

Частное учреждение образовательная организация высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз»

ВЕСТНИК

МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА «РЕАВИЗ» (РЕАБИЛИТАЦИЯ, ВРАЧ И ЗДОРОВЬЕ)

Научный журнал

Издаётся с января 2011 года. Выходит один раз в два месяца

Сайт журнала <http://vestnik.reaviz.ru>. ISSN 2226-762X (Print), ISSN 2782-1579 (Online)

В соответствии с приказом ВАК РФ от 01.12.2015 журнал «Вестник медицинского института «Реавиз»: Реабилитация, Врач и Здоровье» включён в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук

ТОМ XII, № 5 (59). ПРИЛОЖЕНИЕ

МАТЕРИАЛЫ ПЕРВОЙ РОССИЙСКО-БЕЛОРУССКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И СПЕЦИАЛИСТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА XXI ВЕКА

22–23 сентября 2022 года

Организаторы конференции:

Правительство Самарской области
Министерство здравоохранения Самарской области
Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Самарский государственный медицинский университет
Медицинский университет «Реавиз»
Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ
Общественная организация «Самарская областная ассоциация врачей»
Самарская региональная общественная организация медицинских сестёр

Сопредседатели конференции:

Бенян Армен Сисакович – министр здравоохранения Самарской области, д-р мед. наук
Пиневиц Дмитрий Леонидович – Министр здравоохранения Республики Беларусь
Череди́нченко Дмитрий Владимирович – заместитель Министра здравоохранения Республики Беларусь
Колсанов Александр Владимирович – ректор Самарского государственного медицинского университета Минздрава России, профессор РАН, д-р мед. наук, профессор
Котельников Геннадий Петрович – президент Самарского государственного медицинского университета Минздрава России, академик РАН, д-р мед. наук, профессор
Лысов Николай Александрович – почетный ректор Медицинского университета «Реавиз», академик РАМТН, д-р мед. наук, профессор

Члены оргкомитета:

Бенян А.С.	Колсанов А.В.	Пушкин С.Ю.
Вдовенко С.А.	Корымасов Е.А.	Ренц Н.А.
Давыдкин И.Л.	Котельников Г.П.	Сиротко И.И.
Досина М.О.	Лиходедова В.А.	Сочинская Т.И.
Дупляков Д.В.	Малютина Э.Н.	Спиридонова Н.В.
Золотарев П.Н.	Орлов А.Е.	Степанова Л.А.
Измаков С.Н.	Палевская С.А.	Тугушев М.Т.
Измаков Н.С.	Пиневиц Д.Л.	Череди́нченко Д.В.
Кирсанов А.Н.	Прохоренко И.О.	Шишкина А.А.

Главный редактор

Шабалин В.Н., профессор, академик РАН, президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, д-р мед. наук, Москва, Россия

Заместитель главного редактора

Лысов Н.А., д-р мед. наук, профессор, почетный ректор Медицинского университета «Реавиз», Самара, Россия

Редакционная коллегия

Акын Б.Э., профессор, директор программы трансплантации почки и поджелудочной железы группы клиник Флоренс Найтингейл, вице-председатель европейской ассоциации трансплантации почки (ЕКПА) – Европейского общества по трансплантации (ESOT), Стамбул, Турция;

Амансахедов Р.Б., врач-рентгенолог ЦНИИ туберкулеза, д-р мед. наук, Москва, Россия;

Ахаладзе Д.Г., руководитель группы торакоабдоминальной хирургии ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва, канд. мед. наук, Москва, Россия;

Ахтямов И.Ф., заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний, заслуженный врач РТ, заслуженный изобретатель РТ, лауреат Государственной премии по науке и технике РТ, лауреат премии фонда им. академика Г.А. Илизарова, д-р мед. наук, профессор. Казань, Россия;

Барышникова Л.А., заместитель главного врача по медицинской части Самарского областного клинического противотуберкулезного диспансера им. Н.В. Постникова, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Самарской области и Приволжского федерального округа по детской фтизиатрии, д-р мед. наук, Самара, Россия;

Богородская Е.М., главный внештатный специалист фтизиатр ДЗМ, директор МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы, д-р мед. наук, профессор, Москва, Россия;

Брейзат А.Х., профессор, руководитель Иорданского директората по донорству органов, главный хирург Министерства здравоохранения, Амман, Иордания;

Бредер В.В., ведущий научный сотрудник химиотерапевтического отделения № 17 НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, член Московского онкологического общества, член Российского общества клинических онкологов (RUSSCO), член Международной ассоциации по исследованию рака легкого (IASLC), член Американского общества клинических онкологов (ASCO), член Европейской ассоциации по изучению печени (EASL), д-р мед. наук, профессор, Москва, Россия;

Буланов А.Ю., главный внештатный специалист трансфузиолог Департамента здравоохранения города Москвы, ведущий научный сотрудник отдела биотехнологий и трансфузиологии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова, д-р мед. наук, Москва, Россия;

Вербовый Андрей Феликсович, заведующий кафедрой эндокринологии Самарского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, профессор, Самара, Россия;

Воздвиженский М.О., заместитель главного врача по лечебной работе Самарского областного клинического онкологического диспансера, д-р мед. наук, профессор, Самара, Россия;

Восканян С.Э., д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, заместитель главного врача по хирургической помощи – руководитель Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, заведующий кафедрой хирургии с курсами онкохирургии, эндоскопии, хирургической патологии, клинической трансплантологии и органного донорства МБУ ИНО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, главный внештатный специалист по хирургии ФМБА России, Москва, Россия;

Гайворонский И.В., д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой нормальной анатомии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия;

Гейниц А.В., д-р мед. наук, профессор, руководитель Клиники лазерной косметологии ESTCLINIC, вице-президент Европейской лазерной ассоциации, Москва, Россия;

Гелашвили П.А., д-р мед. наук, профессор кафедры морфологии и патологии Медицинского университета «Реавиз», Самара, Россия;

Editor in chief

Shabalin V.N., professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, President of the Russian Association of Gerontologists and Geriatricians, Doctor of Medical Sciences, Moscow, Russia

Deputy Editor in Chief

Lysov N.A., doctor of medical sciences, professor, honorary rector Medical University "Reaviz", Samara, Russia

Editorial Board

Akin Emin Baris, professor, director of kidney and pancreas transplantation program at Istanbul Demiroglu University Florence Nightingale Hospital, Vice President of the European Kidney Transplantation Association (EKITA) – European Transplantation Society (ESOT), Istanbul, Turkey;

Amansakhedov R.B., Radiologist, Central Research Institute of Tuberculosis, MD, Moscow, Russia;

Akhaladze D.G., Head of the Thoracoabdominal Surgery Group, DGOI n.a. Dmitry Rogachev, Candidate of Medical Sciences, Moscow, Russia;

Akhtyamov I.F., Head of Traumatology, Orthopedics and Extreme Conditions Surgery Chair, Honored Physician of the RT, Honored Inventor of the RT, Laureate of the State Award in Science and Technology of the RT, Laureate of the Academician G.A. Ilizarov Foundation Award, MD, Professor. Kazan, Russia;

Baryshnikova L.A., Deputy Medical Director of N.V. Postnikov Samara Regional Clinical Antituberculosis Dispensary, Chief specialist of the Ministry of Health of Samara region and Volga Federal District in children phthisiatry, MD, Samara, Russia;

Bogorodskaya E.M., MD, chief specialist in phthisiatry of Moscow Healthcare System, director of Children TB Center of Moscow Healthcare Department, MD, professor, Moscow, Russia;

Breizat Abdel Hadi, professor, Head of the Jordanian Directorate for Organ Donation, Chief Surgeon of the Ministry of Health, Amman, Jordan;

Breder V.V., Leading Researcher, Chemotherapy Department No. 17, National Medical Research Center of Oncology n.a. N.N. Blokhin, Member of the Moscow Oncological Society, Member of the Russian Society of Clinical Oncologists (RUSSCO), Member of the International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC), Member of the American Society of Clinical Oncologists (ASCO), Member of the European Association for the Study of the Liver (EASL), MD, Professor, Moscow, Russia;

Bulanov A.Y., Chief Transfusiologist of the Moscow City Health Department, Leading Researcher of the Biotechnology and Transfusiology Department of the Sklifosovsky Emergency Research Institute, Professor of the Department of Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov" of the Ministry of Health of Russia, Doctor of Medical Sciences, MD, Moscow, Russia;

Verbovoy Andrey Feliksovich, Chief, Endocrinology Department, Samara State Medical University, MD, Professor, Samara, Russia;

Vozdvizhensky M.O., Deputy Chief for General Medicine, Samara Regional Clinical Oncology Center, MD, Professor, Samara, Russia;

Voskanyan S.E., MD, professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Deputy Chief for Surgical Care – Head of the Center for Surgery and Transplantation of Burnazyan Federal Medical Biological Center, Head of the Department of Surgery with courses in oncosurgery, endoscopy, surgical pathology, clinical transplantation and organ donation, Burnazyan Federal Medical Biological Center, Chief Surgeon of Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russia;

Gayvoronsky I.V., MD, Professor, department normal anatomy Military Medical Academy C.M. Kirov, St. Petersburg, Russia;

Geinits A.V., MD, Professor, Head of the Laser Cosmetology Clinic ESTCLINIC, Vice President of the European Laser Association, Moscow, Russia;

Gelashvili P.A., MD, Professor, chair of morphology and pathology, Reaviz Medical University, Samara, Russia;

Горбунов Н.С., д-р мед. наук, профессор кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии КрасГМУ, Красноярск, Россия;

Громов М.С., д-р мед. наук, профессор, генерал-майор медицинской службы, ректор Саратовского медицинского университета «Реавиз», Саратов, Россия;

Загайнов В.Е., д-р мед. наук, главный специалист по хирургии ПОМЦ, заведующий кафедрой факультетской хирургии и трансплантологии ПИМУ, главный внештатный трансплантолог министерства здравоохранения Нижегородской области, Нижний Новгород, Россия;

Зайцев В.В., доктор биологических наук, профессор, заведующий кафедрой физиологии и биохимии сельскохозяйственных животных, декан факультета биотехнологии и ветеринарной медицины Самарской государственной сельскохозяйственной академии, Самара, Россия;

Каабак М.М., д-р мед. наук, профессор курса донорства и трансплантации органов Медицинского университета «Реавиз», Москва, Россия;

Камбаров С.Ю., научный руководитель научного отделения неотложной коронарной хирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, д-р мед. наук, Москва, Россия;

Карчевская Н.А., д-р мед. наук, врач-пульмонолог НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия;

Каримова Р.Г., профессор кафедры физиологии и патологической физиологии Казанской государственной академии ветеринарной медицины имени Н.Э. Баумана, д-р биол. наук, профессор, Казань, Россия;

Карчевская Н.А., канд. мед. наук, врач-пульмонолог НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия;

Кастальдо К., д-р мед. наук, доцент, Департамент общественного здравоохранения, Школа медицины, Университета Неаполя Федерико II, Неаполь, Италия;

Константинов Д.Ю., д-р мед. наук, доцент, директор института клинической медицины Самарского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой инфекционных болезней с курсом эпидемиологии, Самара, Россия;

Лерут Ян Поль, профессор, почётный директор отделения абдоминальной трансплантации Католического университета Лёвена [UCL], вице-президент Международного общества гепатохирургов [ISLS], экс-президент RBSS - BTS - ELIAC-ET - ESOT - ILTS - iDLTG, исполнительный член UEMS-European Board Transplantation Surgery [EBTS], Лёвен, Бельгия;

Литвина Е.А., д-р мед. наук, профессор, куратор травматологического центра первого уровня ГКБ им. М.П. Кончаловского, врач-травматолог высшей категории, профессор ФГБОУ ДПО РМАНПО Министерства здравоохранения РФ, член российской секции международной ассоциации АО TRAUMA, входит в преподавательский состав АО TRAUMA RUSSIA, член Ассоциации травматологов и ортопедов России, Москва, Россия;

Мартынов А.И., д-р мед. наук, профессор, академик РАН, профессор кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Московского медико-стоматологического университета, Москва, Россия;

Медведева Б.М., заведующая рентгенодиагностическим отделением НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, врач-рентгенолог, ведущий научный сотрудник, д-р мед. наук, Москва, Россия;

Менделеева Л.П., заместитель генерального директора НМИЦ гематологии по научной и образовательной работе, заведующая отделением высокодозной терапии парапротеинемических гемобластозов, д-р мед. наук, профессор, Москва, Россия;

Мякова Н.В., заведующая отделением онкогематологии ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, д-р мед. наук, профессор, Москва, Россия;

Новрузбеков М.С., д-р мед. наук, профессор, руководитель научного отделения трансплантации печени НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия;

Попова Л.Л., профессор кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией Самарского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, Самара, Россия;

Прохоренко И.О., ректор Медицинского университета Реавиз, д-р мед. наук, доцент, Самара, Россия;

Ржевская О.Н., д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения трансплантации почки и поджелудочной железы НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия;

Gorbunov N.S., MD, Professor, Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, KrAsSMU, Krasnoyarsk, Russia;

Gromov M.S., MD, Professor, major-general medical service, rector of Saratov Medical University Reaviz, Saratov, Russia;

Zagaynov V.E., MD, Chief Surgeon of the Volga District Medical Center, Head of the Department of Faculty Surgery and Transplantology of PIMU, Chief Surgeon of the Ministry of Health of the Nizhny Novgorod Region, Nizhny Novgorod, Russia;

Zaitsev V.V., doctor of biological sciences, professor, head of the department of physiology and biochemistry of agricultural animals, dean of the faculty of veterinary medicine and biotechnology, Samara State Academy of Agriculture, Samara, Russia;

Kaabak M.M., MD, professor of Organ Donation and Transplantation Course, Medical University "Reaviz", Moscow, Russia;

Kambarov S.Y., Scientific Supervisor of the Scientific Department of Emergency Coronary Surgery of the Sklifosovsky Emergency Research Institute, MD, Moscow, Russia;

Karchevskaya N.A., MD, pulmonologist of the Sklifosovsky Emergency Research Institute, Moscow, Russia;

Karimova R.G., Professor of the Department of Physiology and Pathological Physiology, Kazan State Academy of Veterinary Medicine named after N.E. Bauman, Doctor of Biological Sciences, Professor, Kazan, Russia;

Karchevskaya N.A., Candidate of Medical Sciences, Pulmonologist, Sklifosovsky Emergency Medicine Institute, Moscow, Russia;

Castaldo Clotilde, MD, associate professor, Department of Public Health, School of Medicine, University of Naples Federico II, Naples, Italy;

Konstantinov D.Yu., MD, Associate Professor, Director of the Institute of Clinical Medicine of Samara State Medical University, Head of the Department of Infectious Diseases with an Epidemiology Course, Samara, Russia;

Lerut Jan Paul, professor, Honorary Director, Abdominal Transplantation Department, Catholic University of Leuven [UCL], Vice President, International Society of Hepatosurgeons [ISLS], Ex-President, RBSS - BTS - ELIAC-ET - ESOT - ILTS - iDLTG, Executive, Leuven, Belgium;

Litvina E.A., MD, professor, curator of the first level trauma center at M.P. Konchalovsky City Clinical Hospital, traumatologist of the highest category, M.D., professor at the Russian Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Member of the Russian section of the international association AO TRAUMA. Member of the faculty of TRAUMA RUSSIA. Member of the Association of Traumatologists and Orthopaedists of Russia. One of the Russian and international leaders in the field of polytrauma and pelvic injuries, Moscow, Russia;

Martynov A.I., MD, professor, academician of the Russian Academy of Sciences, professor of the Department of Hospital Therapy No. 1 of the Faculty of Medicine, Moscow University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia;

Medvedeva B.M., headhead of the X-ray department of the National Medical Research Center of Oncology n.a. N.N. Blokhin – radiologist, leading researcher, MD, Moscow, Russia;

Mendeleeva L.P., Deputy General Director of the National Medical Research Center for Hematology for Research and Education, Head of the Department of High-Dose Therapy of Paraproteinemic Hemoblastoses, MD, Professor, Moscow, Russia;

Myakova N.V., Head of the Department of Oncohematology, DGOI them. Dmitry Rogacheva, MD, Moscow, Russia;

Novruzbekov M.S., MD, professor, head of the scientific department of liver transplantation, Sklifosovsky Emergency Medicine Institute, Moscow, Russia;

Popova L.L., Professor, Chair of Infectious Diseases with Epidemiology, Samara State Medical University, MD, Samara, Russia;

Prokhorenko I.O., Rector of Reaviz Medical University, MD, Associate Professor, Samara, Russia;

Rzhevskaya O.N., MD, leading researcher at the Department of Kidney and Pancreatic Transplantation, Sklifosovsky Emergency Medicine Institute, Moscow, Russia;

Рудуш В.Э., д-р мед. наук, хирург высшей категории, заведующий отделением сосудистой и пластической хирургии 2-й городской клинической больницы им. В.В. Баныкина, Тольятти, Россия;

Суздальцев А.А., профессор кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией Самарского государственного медицинского университета, Отличник здравоохранения РФ, заслуженный работник здравоохранения Самарской области, почётный выпускник СамГМУ, д-р мед. наук, Самара, Россия;

Супильников А.А., канд. мед. наук, доцент, первый проректор по научной деятельности Медицинского университета «Реавиз», Самара, Россия;

Филиппов Г.А., директор компании по клиническим исследованиям, Eisai Inc., Бостон, США;

Хамидова Л.Т., заведующая научным отделением лучевой диагностики НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, д-р мед. наук, Москва, Россия;

Хотимский И.А., врач-анестезиолог, Ascension SE Wisconsin Hospital, Милуоки, США;

Цзян Гогуа, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии и прикладной медицины Хэйлунцзянского университета китайской медицины и фитотерапии, Харбин, Китай;

Шабанов А.К., заместитель главного врача по анестезиологии и реаниматологии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, д-р мед. наук, Москва, Россия;

Шатохин В.Д., д-р мед. наук, профессор, врач-травматолог-ортопед Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина, Самара, Россия;

Шумаков Д.В., руководитель отдела хирургии сердца и сосудов Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор, Москва, Россия;

Юшков Ю.Я., управляющий лабораторией консервации органов отделения абдоминальной трансплантации медицинского центра Университета Хакенсака, Нью Джерси, США

Ответственный секретарь редакционной коллегии

Яремин Б.И., канд. мед. наук, проректор по научной и клинической работе, заведующий кафедрой хирургических болезней Московского медицинского университета «Реавиз», главный специалист отдела внешних научных связей и врач-хирург центра трансплантации печени НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

Заведующая редакцией

Павлова О.Н., д-р биол. наук, профессор, заведующая кафедрой физиологии с курсом безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф Самарского государственного медицинского университета, профессор кафедры морфологии и патологии Медицинского университета «Реавиз», Самара, Россия

Научный редактор **Самсонова Е.А.**

Медицинский иллюстратор **Козhevnikova M.S.**

Дизайн обложки **Кривопалова О.В.**

Адрес редакции

443001, г. Самара, ул. Чапаевская, 227

Телефон/факс: (846) 333-54-51

Сайт <http://vestnik.reaviz.ru>

Электронная почта: vestnik@reaviz.ru

Свидетельство о регистрации

ПИ № ФС77-45784 от 13 июля 2011 г.

Подписано в печать 22.09.2022 г.

Формат 60×90 1/8. Гарнитуры Helvetica, Oranienbaum.

Шрифт заголовка DXRussian 1812, © Дмитрий Хорошкин

Бумага офсетная. Печать оперативная.

Усл. печ. л. 11,9. Тираж 1000 экз. Заказ 09221.

Отпечатано в типографии ИП И.А. Гапонова

443099, г. Самара, ул. М. Горького, 117/57.

Тел. (846) 271-16-56.

© Медицинский университет «Реавиз», 2022

Rudush V.E., MD, Surgeon of the highest category, Head of the Department of Vascular and Plastic Surgery of the 2nd City Clinical Hospital. V.V. Banykina, Togliatti, Russia;

Suzdaltsev A.A., Professor of the Department of Infectious Diseases with Epidemiology of Samara State Medical University, Honorary Public Health Worker of Samara region, Honorary Graduate of Samara State Medical University, Samara, Russia;

Supilnikov A.A., candidate of medical science, associate professor, vice-rector for scientific work, Medical University "Reaviz", Samara, Russia;

Filippov G.A., Director, Clinical Research, Eisai Inc., Boston, USA;

Khamidova L.T., Head of the Scientific Department of Radiation Diagnostics, Sklifosovsky Emergency Medicine Institute, MD, Moscow, Russia;

Khotimsky Ilya A., MD Anesthesiologist Ascension SE Wisconsin Hospital, Milwaukee, USA;

Jiang Guohua, MD, professor Head of the Department of Anatomy and Pre-clinical Medicine at the Heilongjiang University of Chinese Medicine and Pharmacology, Harbin, China;

Shabanov A.K., Deputy Chief on anesthesiology and resuscitation, Sklifosovsky Emergency Medicine Institute, Moscow, Russia;

Shatokhin V.D., MD, professor, orthopedic traumatologist of Samara Regional Clinical Hospital. V.D. Seredavin. Author of 40 publications. Samara, Russia;

Shumakov D.V., Head of the Department of Cardiac and Vascular Surgery, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD, Professor, Moscow, Russia;

Yushkov Yu.Ya., Organ Conservation Laboratory Manager, Abdominal Transplant Unit, University of Hackensack Medical Center, New Jersey, USA

Executive Secretary of the Editorial Board

Yaremin B.I., PhD, Vice-Rector for Scientific and Clinical Work, Head of the Department of Surgical Diseases of the Moscow Medical University Reaviz, Chief Specialist of the Department of External Scientific Relations and Surgeon of the Liver Transplantation Center of the Sklifosovsky Emergency Medicine Institute, Moscow, Russia

Head of Editorial Office

Pavlova O.N., doctor of biological sciences, professor, Head of the Chair of Physiology with a Course of Safe Life and Disaster Medicine of Samara State Medical University, Professor of the Department of Morphology and Pathology of the Reaviz Medical University, Head of the Department of Biomedicine Transport Safety of Samara State Transport University, Samara, Russia

Scientific Editor **Samsonova E.A.**

Medical illustrator **Kozhevnikova M.S.**

Cover design **Krivopalova O.V.**

Editorial Address

443001, Samara, 227 Chapaevskaya street

Telephone/Fax: (846) 333-54-51

Website <http://vestnik.reaviz.ru>

E-mail: vestnik@reaviz.ru

Certificate of registration

PI No. FS77-45784 dated July 13th, 2011

Imprimatur September 22nd, 2022.

Format 60×90 1/8. Fonts: Helvetica, Oranienbaum.

Title font DXRussian 1812, © Dmitry Khoroshkin

Offset paper. Operative print.

Conditional printed sheets 11.9. Circulation 1000 copies. Order 09221.

Printed in the printing house owned by IP I.A. Gaponov

443099, Samara, 117/57 Maxim Gorky Street.

Phone (846) 271-16-56.

© Reaviz Medical University, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Касымова Л.К., Барина Ю.Ю. Изучение особенностей профессиональной деятельности медицинских сестер онкологического отделения	9
Шейфер М.С., Голованов Д.А., Боклин А.А. Вторичные психические расстройства в пандемический период	10
Васильев-Ступальский Е.А., Зинченко Ю.Ю. Инновационный подход к лечению онихомикоза	10
Вырмаскин С.И. Опыт применения лазерного излучения в современной стоматологии	11
Сюняков Т.С., Гайдук А.А., Павличенко А.В., Морозов П.В., Шейфер М.С., Насырова Р.Ф., Измайлова О.В., Федотов И.А., Филатова В.В., Игнатенко Ю.А., Спикина А.А., Яшихина А.А., Патсали М., Фунтулакис К., Смирнова Д.А. Прирост показателей суицидальности (суицидальных мыслей) в российской популяции и ассоциированные с ним факторы риска в период применения мер социальной изоляции, связанной с пандемией COVID-19, в мае 2020 года	12
Богданова В.В., Гаршина С.Ю. Ультразвуковая диагностика врожденного гипертрофического пилоростеноза у детей	14
Гусева С.Л., Диш А.В. Расширение функционала медицинских сестер в первичном звене здравоохранения. Возможности и риски	16
Кузнецова И.П., Дегтярева О.И. Роль руководителя сестринской службы в управлении общением и формировании социально-психологического климата в коллективе медицинской организации.....	17
Лисица Д.Н., Неганова О.Б., Никаноров В.Н., Рябов Е.Ю., Шатунова Е.П. Оценка состояния новорожденных у ВИЧ-инфицированных матерей в родильном доме Самарской городской больницы № 10	18
Добродеева В.С., Стрельник А.И., Шейфер М.С., Смирнова Д.А., Измайлова О.В., Шнайдер Н.А., Незнанов Н.Г., Насырова Р.Ф. Ассоциация носительства однонуклеотидных вариантов гена лептинового рецептора LEP и гена рецептора нейротрофического фактора Y NPY5R с изменением веса при монотерапии антипсихотиками у пациентов с шизофренией	19
Дорожкина Е.Д. Распространенные саркомы в Самарской области	19
Зохан А.А., Липаткина Т.Е., Золотарев А.В. Лазерные микрохирургические вмешательства в качестве стартового лечения пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в Самарской области.....	20
Барышникова Л.А., Илясова Э.В., Кабаева М.Н., Воекова Н.А., Карпова И.В. Новое – хорошо забытое старое: развитие традиций оздоровления детей с туберкулезной инфекцией в санаторном детском саду в современных условиях	21
Нурсафин Д.Р. Стоматологические осмотры в выявлении онкологических заболеваний по данным Чапаевской стоматологической поликлиники	22
Измалков С.Н., Братийчук А.Н., Гранкин И.О., Исайкин П.Ю. Сравнительный анализ результатов лечения пациентов с переломами пястных костей кисти	23
Шакуров И.Г., Колмыкова Е.Д., Жирнов Е.Е., Макаров А.И., Ихтиаров Р.И. Опыт внедрения единой медицинской информационно-аналитической системы в Самарском областном кожно-венерологическом диспансере	24
Кабакин И.В., Умывалкина Е.А. Применение экспресс-тестов для иммунохроматографического выявления антигена SARS-CoV-2 в мазке из носоглотки для дифференциальной диагностики кожных проявлений коронавирусной инфекции на первичном приеме врача-дерматовенеролога	25
Китайчик С.М., Кабанова Н.П., Воронина Л.Н., Попова Н.В. Особенности течения коронавирусной инфекции у детей	25
Касымова Л.К. Изучение профессиональной деятельности медицинских сестер, направленной на укрепление репродуктивного здоровья женщин	26

Юдина Н.Г., Ким С.В. Проведение судебно-медицинских экспертиз для установления дефектов медицинской помощи при лечении пациентов с COVID-19.....	27
Орлов А.Е., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. Факторы развития лимфедемы у пациентов с диагнозом рак молочной железы после хирургического лечения.....	28
Кирсанов А.Н. Опыт внедрения методики механической реканализации сосудов головного мозга при ишемическом инсульте в практику работы РСЦ в Самарской области.....	29
Чекулдаева Л.Е., Киселева И.В., Ермакова О.И. Некоторые аспекты ведения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на амбулаторном этапе	30
Коваленко П.С. К вопросу о профилактике «старческого маразма» (психологический аспект).....	31
Филимонов К.А., Подоба С.Н., Золотовицкая О.С., Козлова О.Ю., Краснова Н.Н., Селезнёва И.А. Цитологический метод в оценке эффективности местного лечения асептическими повязками термических ожогов кожи.....	32
Братко С.Н., Козлова О.Ю., Атаева А.Е., Кенжигалиева Х.С., Гусев Д.О. Простат-специфический антиген-маркер стадии опухолевого процесса у пациентов при раке предстательной железы по материалам ГБУЗ СО Волжская ЦРБ	35
Коновалов С.Е., Куликовских И.М. Элементы искусственного интеллекта для персонификации лечебно-диагностического процесса при мочекаменной болезни.....	36
Красненкова Н.С., Петров М.Б., Барышникова Л.А., Кабаева М.Н., Воекова Н.А. Актуальность организации медико-психологической помощи в противотуберкулезной медицинской организации	37
Шейфер М.С., Дорофеева Н.Г., Кузнецов А.А., Боклин А.А., Чистакова Е.П., Корытный И.В. Тактика ведения пациентов психиатрического профиля с новой коронавирусной инфекцией в условиях отделения реанимации	38
Синицына Е.М., Кузнецова И.П., Овчинникова О.В. Инновационный проект приобретения компетенций средним медицинским персоналом в условиях лечебного отделения стационара «Вектор профессионального движения»	39
Лю Д.А. Врожденные аномалии матки и их последствия.....	40
Лужнова Т.П., Аблекова О.Н., Изгарская С.С. Информативность ультразвукового метода исследования в раннем выявлении рака ректосигмоидного отдела толстой кишки	41
Майданюк И.Н. Тактика бригады скорой медицинской помощи при проведении сердечно-легочной реанимации больному с электрокардиостимулятором. Разбор клинического случая	42
Тутурова Е.А., Максимов А.Б. Результаты вакцинации детей и подростков от новой коронавирусной инфекции COVID-19 вакциной «Спутник-М»	45
Мамбетова С.Ф. Современные аспекты профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием	46
Медведев А.В. Пациент-ориентированный подход – обязательная характеристика современного здравоохранения, позволяющая повысить качество медицинской помощи и удовлетворенность пациентов.....	47
Медведчиков-Ардия М.А., Корымасов Е.А., Бенян А.С. Применение аутологичных полнослойных мышечных трансплантатов в хирургии дефектов грудной стенки различной этиологии	48
Антропов И.В., Скупченко С.С., Титов А.Н., Медведчиков-Ардия М.А., Храновский Д.Г., Пушкин С.А. Миниинвазивные технологии в лечении пациентов с осложненным течением цирроза печени	49
Мельник Н.В., Шаховская И.Н., Золотарев П.Н. Опыт реабилитации пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга на амбулаторно-поликлиническом этапе	50
Мигачева Н.Б., Максимов А.Б., Калихман В.А. Контроль атопического дерматита у детей в реальной клинической практике	52
Тюмина О.В., Моисеева И.В. Вклад вспомогательных репродуктивных технологий в демографию Самарской области	53
Тюмина О.В., Кузьмичев К.А. Изучение здоровья детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий.....	54

Морозова Е.В., Панюхина Ю.В., Нарыгова Т.Ю. Использование телемедицинских консультации при оказании медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в ГБУЗ СО «СГБ № 6»	54
Муллова И.С., Черепанова Н.А., Павлова Т.В., Эрлих А.Д., Барбараш О.Л., Бернс С.А., Шмидт Е.А., Дупляков Д.В. Оценка качества оказания медицинской помощи при ТЭЛА: европейские рекомендации и российские реалии	55
Повереннова И.Е., Резников Я.З., Муртазина А.Х. Неврологические расстройства у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19	56
Мякотных М.Н., Миронов А.А., Гребенников В.В., Богданов Р.И. Опыт трансплантации трупной почки с полным удвоением	57
Милованов В.Д., Назаркина И.М., Рыбальченко Н.М., Савосто Е.А., Золотарев П.Н. Бережливая лаборатория: повышение эффективности и упрощение процессов	57
Нестеров А.М., Рыба О.Б., Винник С.В., Винник А.В. Особенности профилактики хронического гингивита у пациентов после COVID-19.....	59
Галахова О.О., Письменная О.А., Романова Т.А., Овчинников П.А., Сердюк М.А., Бордакова Е.В. Мононуклеары пуповинной крови – компонент комплексной реабилитации детей с ДЦП	60
Перевышина Ю.В. Охрана здоровья матери и ребенка.....	61
Урунходжаев А.К., Петровский-Селунский В.Г. Лидерство в управлении медицинским персоналом.....	62
Юрицин Н.С., Попова М.В. Вовлечение взрослого населения г. Чапаевска и прилегающих территорий в процесс ранней самодиагностики злокачественных новообразований наружной локализации	63
Поляков И.А., Малахов В.Г., Глазков С.А., Маслова М.А. Оптимизация анестезиолого-реанимационной службы ГБУЗ «Самарская СМП» в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции	64
Поставная И.Н. Реализация проекта IP-телефонии в ГБУЗ СО «Большеглушицкая ЦРБ» в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.....	65
Романова Е.А. Внедрение современных методов профессионального развития медицинских сестер в ГБУЗ «ССП № 2»	65
Милованов В.Д., Назаркина И.М., Любичкая Н.В. Пациентоориентированность? Скорее – пациентоцентричность!	66
Утин С.А. Профессиональная подготовка среднего медицинского персонала в современных реалиях «пациент-ориентированного здравоохранения»	67
Чекулдаева Л.Е., Симаков А.А., Ермакова О.И. Иммунный статус больных инфарктом миокарда, осложненным тромбоэндокардитом	68
Тетюшкин С.Н., Скачкова С.Н., Севастьянова Е.В., Коршунова Е.Ю. Реализация пациент-ориентированного подхода.....	69
Смирнова Т.В., Лобанкова О.И. Лечение SARS-CoV-2 у пациентов с сахарным диабетом.....	70
Чертыковцева Н.В., Зитева О.О. Компьютерная стабилометрия в диагностике и контроле постуральных нарушений у детей без двигательных нарушений на втором этапе реабилитации с применением мультидисциплинарного подхода после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19.....	70
Самсонов В.Е., Трунин А.А., Васильев М.В. Тактика стоматолога при повреждениях нижнего альвеолярного нерва после дентальной имплантации.....	71
Уланова А.Л. Эпидемиологические особенности заболеваемости новой коронавирусной инфекцией среди жителей Самарской области.....	73
Нурсафин Д.Р., Улбутова А.А. Значение стоматологических осмотров в выявлении онкологических заболеваний	74
Хайкин М.Б., Чигарина С.Е., Храмова И.В., Сирота М.А., Эреджепов А.Б. Выездная организация профилактических осмотров для детского населения г.о. Самары и Самарской области.....	74
Хрипкова П.Г. Применение Международная классификация функционирования в условиях городского специализированного медицинского учреждения ГБУЗ СО ТЛРЦ «Ариадна»	75

Царев С.А., Щербань А.В., Сиротко И.И. Распространенность COVID-19 и охват вакцинацией от новой коронавирусной инфекции в группе лиц, страдающих наркологическими расстройствами	76
Морозов А.Е., Чаплыгина Н.В., Митясова А.С. Применение диодного лазера при лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта	77
Шейфер М.С., Дорофеева Н.Г., Боклин А.А., Егорова Н.В., Чиндяева А.В. Роль медицинского персонала в профилактике пролежней у маломобильных пациентов отделения психиатрической больницы	79
Шувалова Е.В., Золотарев П.Н. Высокие технологии – инновационная трансформация стратегий и тактик оказания медицинской помощи населению	80
Шамсудинов Р.Ш., Лобанкова О.И., Шавалеев А.Н. Применение метода каскадной плазмофильтрации в комплексном лечении пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.....	82
Шухорова Ю.А., Чигарина С.Е., Жукова Е.П., Маркова Е.Н. Маршрутизация пациентов с онкопатологией челюстно-лицевой области в Самарской области	83
Дмитриева М.С., Романчук П.И., Пятин В.Ф. Применение Blue Sky Standart для пожилых людей в условиях гериатрического стационара: пилотное исследование.....	84
Михайлов М.С., Ридель В.Ю., Мусаев А.Б., Эйшлин Е.Г., Зеленкина Н.Ю., Бекетова Е.М., Кириченко О.Н. Каротидная энтерэктомия у пациентов в остром периоде ишемического инсульта	85
Дуплякова П.Д., Павлова Т.В., Дупляков Д.В. Показатели липидного профиля у пациентов с ОКС в возрастной группе старше 90 лет	86
Чаулин А.М., Григорьева Е.В., Суворова Г.Н., Дупляков Д.В. Структурные изменения сердечной мышечной ткани в условиях экспериментального гипотиреоза.....	87
Коновалов С.Е., Школьников Т.А. Инфекции мочевых путей у беременных	88
Чаулин А.М., Свечков Н.А., Гришин С.А., Григорьева Е.В., Суворова Г.Н., Дупляков Д.В. Изменения функционального статуса щитовидной железы в ранний постинфарктный период	89
Хаметов Р.З. Особенности ранней диагностики рака предстательной железы	90
Гончарова О.Н. Пациент-ориентированные аспекты: быстро, эффективно, безопасно (тромболитическая терапия на догоспитальном этапе)	91
Карпухина С.Б., Голованова С.И. Роль медицинской сестры в коррекционной работе с ребенком с аутизмом	92
Каширин А.К., Стоволокова Т.А., Васемазов С.Н. Оказание помощи пациентам с коронавирусной инфекцией в сочетании с острыми нарушениями мозгового кровообращения в условиях СОКГБВ.....	93
Казымова Е.В. Высокий уровень коммуникации с пациентами – необходимость для сохранения эффективности современного здравоохранения.....	94

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Л.К. Касимова, Ю.Ю. Барина

Сызранский медико-гуманитарный колледж, Сызрань

Пациент-ориентированный подход – это не модный тренд, а необходимость и требование сегодняшнего времени. Такой подход декларирует трансформацию восприятия работы от менторского способа взаимодействия с пациентом в формат равноправного, этически и деонтологически оправданного сотрудничества в комфортных условиях лечения. Пациент-ориентированный подход включает следующие составляющие: профилактику, персонификацию, предиктивную медицину, парсипативность.

В оказании онкологической помощи актуализирован пациент-ориентированный подход и совершенно очевидно просматривается роль и возможность реализации компетенций среднего медицинского персонала во взаимодействии с пациентом.

В 2021 году в рамках организации дипломного проектирования в Сызранском медико-гуманитарном колледже было проведено исследование. Цель исследования: изучение особенностей оказания сестринской онкологической помощи. Для достижения цели были поставлены и решены следующие задачи: изучить научную, медицинскую литературу по данному вопросу; изучить особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при оказании онкологической помощи инкурабельным пациентам; провести социологическое исследование по изучению мнений пациентов по вопросам оказания онкологической помощи. Объект исследования: пациенты с онкологическим заболеванием. Предмет исследования: пациент-ориентированные подходы в оказании онкологической помощи. Методы исследования: общетеоретический, социологический, аналитический.

Анализ литературных источников выявил высокую актуальность изучения профессиональной деятельности сестринского персонала онкологического отделения с позиции качества оказания медицинской помощи. В процессе исследования были систематизированы особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при оказании помощи инкурабельным пациентам.

Практическая часть работы осуществлялась на базе консультативного отделения № 2 Самарского областного клинического онкологического диспансера, расположенного в г.о. Сызрань. В отделении оказывается консультативно-диагностическая помощь, проводится амбулаторная химиотерапия, компьютерная томография.

В социологическом исследовании приняло участие 30 пациентов. Была разработана анкета, которая включала 13 вопросов. 100 % респондентов оценили как высокий уровень сестринского ухода в отделении. 100 % респондентов оценили контроль качества работы медицинских сестер со стороны старшей медицинской сестры, как «хороший». 66,7 % респондентов считают, что медицинская сестра уделяет более чем достаточное количество времени каждому пациенту. 46,6 % респондентов оценивают стиль общения медицинской сестры, как доброжелательное, 40 % оценивают, как внимательное, 13,4 %, как равнодушное. 80 % респондентов отметили своевременность выполнения манипуляций, ухода, назначений врачей. 93,3 % респондентов считают, что отношения между ними и медицинской сестрой не изменились, а 6,7 % считают, что в отношениях медицинская сестра стала более внимательной. 100 % респондентов отметили, что медицинский персонал проводит с ними психологические беседы.

Таким образом, по итогам опроса пациентов было выявлено, что в консультативном отделении № 2 применяются пациент-ориентированные подходы. Важная роль принадлежит категории средних медицинских работников, от квалификации и личностных качеств которых зависит успех проводимого лечения. Одним из значимых критериев оценки качества и доступности медицинской помощи является повышение уровня удовлетворенности населения, что было выявлено в рамках социологического исследования. Материалы исследования можно использовать в образовательном процессе колледжа и практическом здравоохранении.

ВТОРИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПАНДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

М.С. Шейфер, Д.А. Голованов, А.А. Боклин

Самарская областная клиническая психиатрическая больница, Самара

Пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ) отчетливо показала зависимость и уязвимость центральной нервной системы вообще и психической деятельности в частности от таких повреждающих факторов как гипоксия, интоксикация, системная воспалительная реакция.

Цель исследования: улучшить дифференциальную диагностику острых психических расстройств при НКИ, уточнить патогенез, клинику, диагностику и особенности лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением состояли 1100 пациентов с НКИ, лечение которых проводилось в ковидном госпитале ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» с сентября 2021 г. по апрель 2022 г. Вакцинированных в структуре заболевших было 99 человек, что составило 9 %.

Изучены клинико – лабораторные параллели степени тяжести и характера психических расстройств. Использован анамнестический метод и метод клинического наблюдения.

Выявлено, что характер развивающихся при НКИ острых психических расстройств не имел четкой связи с психиатрическим анамнезом.

Диапазон психических нарушений включал как психотические, так и поведенческие проявления.

Одним из частых проявлений психотических нарушений являлась бессонница, когнитивные

нарушения, депрессивные эпизоды, в том числе сопровождающиеся суицидальными мыслями.

Реже отмечалось психомоторное возбуждение, требующее медикаментозной коррективы.

Тяжесть соматического состояния существенно влияла на поведение пациентов, их понимание необходимости назначенных процедур и активному сопротивлению их выполнения (отказ от ингаляционной маски, отказ от prone-позиции), что кардинально могло влиять на прогноз заболевания. Из числа переведенных в отделение реанимации, 80 % пациентов имели выраженные поведенческие нарушения, что являлось маркером тяжести течения НКИ.

Острых психических расстройств среди вакцинированных пациентов не отмечено.

Одной из трудностей при лечении данных пациентов являлось взаимоотягивающее сочетание антибактериальной терапии и ряда психиатрических препаратов, таких как нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты.

Нейролепсия, развивающаяся у некоторых пациентов, приводила к мышечной скованности и затрудняла дыхание, что требовало назначения корректоров.

Выводы. Вторичные психические расстройства нередко возникают при НКИ, являются маркером ее тяжести, требуют адекватной терапии и коррекции лечения.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОНИХОМИКОЗА

Е.А. Васильев-Ступальский, Ю.Ю. Зинченко

Тольяттинский кожно-венерологический диспансер, Тольятти

В настоящее время отмечается рост заболеваемости грибковыми инфекциями, среди которых значительная доля приходится на онихомикоз, распространенность которого наблюдается повсеместно среди лиц разных возрастных групп [1]. Хроническое течение заболевания, рецидивы, развитие вторичных осложнений и инфекций, распространенный характер заболевания, устойчивость к противогрибковым препаратам, приводят к значительному снижению качества жизни пациентов [2–4] и

вызывают необходимость поиска новых безопасных и эффективных методов лечения данного заболевания [5].

Цель: оценка эффективности и безопасности применения лака отечественного производства инновационной формы гидролак, с основными действующими противогрибковыми компонентами: циклопирокс 8 % антибактериального действия, и молочной кислоты, способствующей прекращению роста и размножению возбудителей заболевания,

в наружной терапии пациентов с дистальной формой ониомикоза кистей и стоп с поражением менее половины площади ногтевой пластины.

Материал и методы. Проводилось местное лечение ониомикоза с использованием водорастворимого лака в форме гидролак (циклопирокс 8 % + молочная кислота). Под наблюдением находилось 47 пациентов в возрасте от 20 до 65 лет с установленным диагнозом ониомикоз стоп и кистей (21 мужчина и 26 женщин) с поражением менее половины площади ногтевой пластины. Длительность заболевания варьировалась от 6 месяцев до 10 лет. Сопутствующие заболевания (преимущественно диабет, артериальная гипертензия) имелись у 21 пациента (44,7 %). Все пациенты получали лечение лак МИКОЛЕПТ 1 раз в сутки на пораженные ногтевые пластины. До начала лечения проводилась механическая обработка пораженных ногтевых пластин. Визиты пациентов проводились через каждые 8 недель на протяжении 12 месяцев. Клиническую эффективность применения препарата оценивали при каждом посещении (изменение формы, толщины, цвета ногтевых пластин, степень выраженности подногтевого гиперкератоза, динамика индекса КИОТОС) [6].

Результаты. По результатам проведенной монотерапии микологическое излечение составило 93,6 % (44 пациента), из которых 19 пациентов (43,2 %) завершили терапию через 6 месяцев, 56,8 % (25 пациентов) – через 12 месяцев. Три пациента (6,4 %) прекратили лечение до получения положительного результата. Средний показатель индекса КИОТОС в начале лечения у всех пациентов составлял 4,2 балла, через 6 месяцев терапии у пациентов, продолжавших лечение, снизился на 59,5 % и составил 1,7 балла. По окончании терапии у 8 пациентов (18,2 %) с длительностью лечения

12 месяцев он составил 0,8 балла (снижение на 81,0 %), 17 пациентов (38,6 %) имели нулевой показатель КИОТОС. Площадь поражения ногтевых пластин уменьшилась с 4,2 до 1,5 баллов (на 71,4 %). Отмечено изменение динамики показателей с достоверной разницей по сравнению с исходным состоянием ($p < 0,05$).

Выводы: проведенное наблюдение показало клиническую эффективность наружной терапии с применением отечественного водорастворимого лака (МИКОЛЕПТ) у пациентов разных возрастных групп с дистальной формой ониомикоза стоп и кистей с поражением менее половины площади ногтевой пластины. Инновационная форма выпуска гидролака (раствор + лак), применение 1 раз в сутки, отсутствие резистентности, доступная цена увеличивает его комплаентность.

Литература

1. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2017–2018 гг. (Статистические материалы). М., 2019.
2. Gupta A.K., Daigle D., Foley K. A. Network Meta-Analysis of Onychomycosis Treatments. *Skin Appendage Disord.* 2015;1:74–81. <https://doi.org/10.1159/000433473>
3. Gupta A.K., Versteeg S.G., Shear N.H. Onychomycosis in the 21st Century: An Update on Diagnosis, Epidemiology, and Treatment. *J. Cutan. Med. Surg.* 2017;21:525–539. <https://doi.org/10.1177/1203475417716362>
4. Lubeck D.P. Measuring health-related quality of life in onychomycosis. *J Am Acad Dermatol.* 1998 May;38(5 Pt 3): S64–8.
5. Сакания Л.Р., Пирузян А.Л., Корсунская И.М. Современные факторы риска и особенности терапии ониомикоза. *Медицинский алфавит.* 2020;(2):20–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-2-20-23>
6. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М.: БИНОМ-Пресс 2003;440.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

С.И. Вырмаскин

Самарский государственный медицинский университет, Самара

В современной стоматологической практике высокотехнологичные источники лазерного излучения применяются для диагностики и лечения патологии твердых и мягких тканей полости рта. В данной статье обобщен и представлен опыт использования лазерного излучения при оказании

амбулаторной стоматологической помощи пациентам с сахарным диабетом. Источники лазерного излучения использовались в комплексе с традиционными способами и методами лечения. Цель исследования – оценить результаты применения лазерного излучения в комплексном лечении воспа-

лительных заболеваний пародонта. Высокоэнергетическое лазерное излучение эрбиевых (2940 нм и 2780 нм) и диодных (890 нм, 915 нм и 940 нм) лазеров использовали в качестве режущих инструментов при операциях на пародонте и мягких тканях полости рта. Низкоинтенсивное лазерное излучение диодных лазеров применяли по показаниям для биостимуляции в послеоперационном периоде, при лечении сочетанной патологии, кандидоза, красного плоского лишая. Оценку состояния тканей пародонта проводили с использованием общепринятых индексов. Лазерный диагностический комплекс «Лазма МЦ» (1064 нм) применяли для неинвазивной клинической диагностики периферического кровотока при оценке качества лечения воспалительных заболеваний пародонта. Изменения

состояния сосудистого русла в динамике оценивали методом лазерной доплеровской флуометрии до операции и в послеоперационном периоде. Морфологические исследования 152 биоптатов мягких тканей показали формирование сосудов нормального типа и нормализацию стромально-эпителиального соотношения в результате применения лазеров при лечении воспалительных заболеваний пародонта. Анализ результатов лечения 200 пациентов показал сокращение послеоперационных осложнений с 40 % до 2 %. Использование лазерных технологий позволило существенно сократить сроки лечения, количество посещений, повысить эффективность лечения и качество жизни пациентов.

ПРИРОСТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ (СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ) В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМ ФАКТОРЫ РИСКА В ПЕРИОД ПРИМЕНЕНИЯ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19, В МАЕ 2020 ГОДА

Т.С. Сюняков^{1,2}, А.Я. Гайдук¹, А.В. Павличенко², П.В. Морозов^{1,3}, М.С. Шейфер^{1,4}, Р.Ф. Насырова^{1,10}, О.В. Измайлова^{1,4}, И.А. Федотов⁵, В.В. Филатова¹, Ю.А. Игнатенко², А.А. Спикина⁶, А.А. Яшихина¹, М. Патсали⁸, К. Фунтулакис⁹, Д.А. Смирнова^{1,10}

¹Международный научно-образовательный центр нейropsychиатрии, Самара

²Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева, Москва

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

⁴Самарская областная клиническая психиатрическая больница, Самара

⁵Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

⁶Психоневрологический диспансер № 2, Санкт-Петербург

⁷Самарский государственный медицинский университет, Самара

⁸Греческий открытый университет, Патры, Греция

⁹Университет Аристотеля в Салониках, Салоники, Греция

¹⁰НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Введение. Первый пик роста заболеваемости COVID-19 был зарегистрирован в России в начале мая 2020 года. К этому времени повсеместно были внедрены меры социального дистанцирования и объявлен режим нерабочих дней с приостановкой работы большинства учреждений страны. В контексте повседневной «неопределенности» и на фоне применения повсеместных мер по сдерживанию пандемии были зафиксированы повышенные показатели уровня переживаемого дистресса, тревоги и депрессивных состояний в общей популяции взрослого населения страны. По результатам международного мультицентрового исследования COMET-G (55589 респондентов из 40 стран, Fountoulakis et al., 2022), до 30 % представителей

российской популяции продемонстрировали повышение средних показателей суицидальности и самоповреждающего поведения. Тем не менее, до сих пор не была проанализирована динамика показателей суицидальности, включая изменение частоты возникновения суицидальных мыслей, возникшая в ответ на стресс неопределенности, вызванный пандемией в связи с применением мер социальной изоляции.

Цель исследования: на основании базы данных проекта COMET-G, мы оценивали кросс-секционную динамику показателей суицидальности, включая суицидальные мысли, и связанные с ними факторы риска в период применения мер социальной изоляции с 29 апреля по 6 мая 2020 года среди представителей российской популяции.

Методы исследования. В соответствии с гипотезой исследования по оценке факторов риска и изменения показателей суицидальности, мы провели дополнительный анализ данных базы проекта COMET-G для респондентов российской популяции. Включались ответы, зарегистрированные с 29.04.2020 (первый день опроса) по 6.05.2020, включительно. Для оценки изменения показателей суицидальности использовался пункт О11 опросника COMET-G («В какой мере изменилась Ваша склонность думать о смерти и/или самоубийстве по сравнению с тем, что было до вспышки эпидемии COVID-19?»), варианты ответов в рамках которого ранжировались в интервале значений от -2 до +2: «Очень сильно уменьшилась», «Немного уменьшилась», «Ни увеличилась, ни уменьшилась», «Немного увеличилась», «Очень сильно увеличилась».

Для оценки факторов, связанных с изменениями показателей суицидальности, включая суицидальные мысли, оценивались: история/наличие в анамнезе психических и соматических заболеваний (раздел В, пункты О12-О13), параметры эмоциональной реакции на угрозу COVID-19 для себя и окружающих (раздел С), отношение к теориям, объясняющим возникновение пандемии (раздел D), влияние социальной изоляции на повседневную жизнь (раздел Е), физической активности (раздел Н), пищевого поведения (раздел I), отношения к теориям возникновения пандемии (раздел J), изменения привычек и особенностей использования сети интернет (раздел К), сна (раздел L), использования табака, алкоголя и запрещенных веществ (раздел М), сексуальной активности (раздел N), религиозности (пункт Р1).

Результаты исследования. Анализ включал результаты опроса 3664 респондентов (средний возраст $34,0 \pm 12,0$ лет, 65,1 % женщин, 52,8 % жители крупных городов или столицы, 44,2 % состояли в отношениях на момент опроса, 12,2 % были одиноки, 48,5 % не имели детей, 59,7 % с образованием выше среднего, 57,8 % работали, 12,9 % были безработными, 4,7 % жили на пенсию или государственные субсидии, 55,4 % продолжали работать в условиях локдауна). Незначительное либо значительное усиление суицидальных мыслей отмечалось у 301 (8,2 %) и 170 (4,6 %) респондентов (всего $n = 371$, 12,9 %). Отсутствие изменений показателей суицидальности зарегистрировано у 76,7 % ($n = 2810$), а снижение – у 10,5 % ($n = 383$).

Регрессионный анализ продемонстрировал, что наиболее значимыми линейными факторами риска в отношении увеличения суицидальных тенденций являлись повышение использования запрещенных веществ ($0,110 \pm 0,018$, $t = 6,069$, $p = 0,000$), восприятие низкой пользы физических упражнений ($0,095 \pm 0,016$, $t = 6,015$, $p = 0,000$), кошмарные сновидения ($0,099 \pm 0,017$, $t = 5,731$, $p = 0,000$), учащение курения ($0,068 \pm 0,018$, $t = 3,744$, $p = 0,000$), ухудшение качества сна ($0,060 \pm 0,017$, $t = 3,605$, $p = 0,000$), либидо ($0,056 \pm 0,016$, $t = 3,491$, $p = 0,000$), более молодой возраст ($0,061 \pm 0,018$, $t = 3,482$, $p = 0,001$), отсутствие новых привычек, ассоциированных с использованием интернета ($0,055 \pm 0,017$, $t = 3,296$, $p = 0,001$), ухудшение взаимоотношений в семье ($0,049 \pm 0,016$, $t = 3,040$, $p = 0,002$), злоупотребление наркотическими веществами в анамнезе ($0,049 \pm 0,017$, $t = 2,916$, $p = 0,004$), снижение удовлетворения от секса ($0,047 \pm 0,016$, $t = 2,898$, $p = 0,004$), ощущение недостаточности информирования о мерах защиты от вируса ($0,047 \pm 0,016$, $t = 2,867$, $p = 0,004$), повышение потребления алкоголя ($0,049 \pm 0,018$, $t = 2,750$, $p = 0,006$) и трудности взаимодействия с детьми ($0,042 \pm 0,016$, $t = 2,594$, $p = 0,010$).

Обсуждение. В период с 29.04.2020 по 06.05.2020, то есть за время первой недели объявленных нерабочих дней, у 13 % представителей опрошенной популяции отмечалось усиление суицидальных тенденций. В этот период люди столкнулись с существенным изменением стереотипа жизни: прекращение либо перевод на дистанционный характер рабочей деятельности, вынужденная необходимость проводить больше времени во взаимодействии с членами семьи и детьми без возможности организовать досуг за пределами места проживания. В дополнение к этому на начальном этапе локдауна и введенных мер социальной изоляции существовала выраженная неопределенность в отношении их длительности и последствий. Исследование продемонстрировало, что главными факторами, ассоциирующимися с повышением суицидальности, в этих условиях явились повышение потребления запрещенных веществ, алкоголя и табака, ухудшение качества сна и кошмарные сновидения, более молодой возраст, негибкий поведенческий ответ (неприятие физической активности в качестве меры борьбы с дистрессом, отказ от использования интернета, неспособность прочные

взаимоотношения с родственниками и, в частности, с детьми).

Заключение. У значительной части населения (13 %) на начальных этапах локдауна выявлено усиление суицидальных тенденций. Проанализированы и выделены основные факторы риска повышения показателей суицидальности, включая из-

менение паттерна приема алкоголя и других психоактивных веществ, более молодой возраст, негибкую поведенческую реакцию в разных сферах жизни. Для снижения данных факторов риска необходимо разработать комплекс мер, нацеленных на повышение гибкости поведенческого паттерна и снижение потребления психоактивных веществ, особенно у лиц более молодого возраста.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

В.В. Богданова, С.Ю. Гаршина

Тольяттинская городская детская клиническая больница, Тольятти

В диагностическом отделении ГБУЗ СО «ТГДКБ» врачами кабинета ультразвуковой диагностики ежегодно проводится около 10000 исследований пациентам стационара, из них детям от 30 дней до 2-х лет – около 1300 исследований. Особое место при обследовании брюшной полости у младенцев занимает исследование желудка, при котором возможна ранняя и достоверная диагностика заболеваний, требующая неотложного хирургического вмешательства.

Врожденный пилоростеноз (врожденный гипертрофический пилоростеноз, врожденный гипертрофический стеноз привратника) – врожденное сужение всех слоев пилорического отдела желудка с утолщением слизистой оболочки в пилорическом отделе, нарушением иннервации мышц привратника и избыточным разрастанием в них соединительной ткани.

Врожденный пилоростеноз является мультифакториальным заболеванием, определенную роль в развитии которого играет наследственная предрасположенность, внутриутробных вирусных инфекций (цитомегаловирусная, герпетическая), а также стрессовые ситуации и других воздействий среды на организм матери.

Морфологически пилоростеноз проявляется утолщением стенки пилорического канала. У здоровых детей первых недель жизни привратник имеет округлую форму, напоминающую луковицу, и розовый цвет. В случае пилоростеноза он удлиняется и приобретает форму оливы, хрящевую плотность и белый цвет. Гистологически выявляется гипертрофия мышечных волокон (в основном циркуляторного слоя), соединительнотканые перегородки утолщаются, возникает отек, а позже –

склероз слизистого и подслизистого слоев с нарушением дифференцировки соединительнотканых структур.

Врожденный пилоростеноз, по данным медицинских информационных изданий и клинических руководств, встречается в популяции с частотой от 0,5:1000 до 3:1000. При этом частота случаев данного заболевания у мальчиков (1:150) значительно превосходит этот показатель у девочек (1:750). На 1 случай врожденного пилоростеноза у девочек приходится 4–7 случаев у мальчиков.

За период 2017–2021 гг. выявлено впервые 14 случаев (в среднем 3 случая в год) гипертрофического пилоростеноза: 5 человек девочек (36 %) и 9 мальчиков (64 %), из них – 1 двойня (мальчики), декомпенсация у которых наступила с разницей в 3 дня. Все дети были первенцами. Достоверно по данным анамнеза наследственной предрасположенности по данным случаям не выявлено.

Возраст к моменту выявления патологии от 27 дней до 1 месяца 22 дней. В зависимости от клинического течения врожденный пилоростеноз может носить острый и затяжной характер, который проходит стадии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации. На время развития и выраженность симптоматики оказывает влияние степень сужения пилорического канала, а также компенсаторные возможности желудка ребенка. Поэтому отчетливая клиника проявляется у детей, находящихся уже в домашних условиях.

Основным клиническим симптомом является рвота с нарастанием по частоте и количеству содержимого (срыгивание в небольшом количестве отмечалось у большинства детей с рождения), через промежуток времени после кормления рвота количе-

ством, превышающем съеденное, при этом в рвотных массах отсутствовали примеси желчи; обращала на себя внимание вялость ребенка, при обследовании дети вели себя спокойно, отмечалось отсутствие стула в предыдущие дни или «склонность к запорам», урежение мочеиспусканий, снижение массы тела, бледность кожных покровов.

Дети поступали с направительными диагнозами: «пилороспазм?», «перинатальная патология ЦНС», в связи с чем госпитализировались первоначально в отделение младшего возраста, а при выявлении пилоростеноза переводились в отделение хирургии.

Педиатрам приходится проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями, сопровождающимися упорной рвотой, пилороспазмом, халазией и ахалазией пищевода, редкими пороками развития, сужением пищевода, двенадцатиперстной кишки, гипоксически-ишемическим поражением ЦНС, адреногенитальным синдромом, гипoadостеронизмом, менингитом и другими инфекционно-воспалительными заболеваниями.

Первично ребенку с признаками патологии ЖКТ проводится УЗИ органов брюшной полости. УЗИ – это самый чувствительный метод для диагностики гипертрофического пилоростеноза (ГПС). В диагностическом отделении проводятся исследования на ультразвуковых сканерах Philips iU22, используется линейный высокочастотный датчик 5–12 МГц, что позволяет видеть все слои кишечной стенки и оценить толщину мышечного слоя.

Для исследования желудка ребенка лучше первично осматривать перед следующим кормлением. У ребенка с ГПС в желудке визуализируется жидкостное содержимое в большом количестве даже через 4 часа после кормления.

Отсутствие содержимого в желудке, без предшествующей обследованию рвоты, после последнего кормления, подвергает сомнению диагноз пилоростеноза. Пилорический отдел визуализируется обычно кнутри от желчного пузыря между печенью и головкой поджелудочной железы. Если в желудке большое количество содержимого, привратник разворачивается кзади и влево, поэтому для лучшего доступа ребенка рекомендуется слегка повернуть на левый бок. Привратник визуализируется в продольном и поперечном срезах, в реальном времени возможно наблюдение за про-

движением желудочного содержимого через пилорический канал, оценить перистальтику желудка, заполнение нижележащих отделов кишечника.

В норме у детей первых месяцев жизни в желудке натошак отсутствует содержимое, длина привратника не превышает 18 мм, просвет пилорического канала хорошо визуализируется, толщина мышечного слоя стенки – не более 3–4 мм, диаметр привратника – не более 10 мм. При гипертрофическом пилоростенозе, во время проведения УЗИ натошак, в желудке обнаруживалось большое количество жидкого неоднородного содержимого, перистальтика глубокая, «перетягивающая». При прохождении перистальтической волны пилорический канал не раскрывался, его длина составляла в среднем 22–25 мм, наружный диаметр привратника – 13–16 мм. На продольном срезе циркулярная мышца представлена двумя параллельными гипоехогенными полосками, между которыми располагается эхогенная полоска слизистой оболочки. На поперечном срезе циркулярная мышца визуализируется в виде гипоехогенного кольца вокруг эхогенного кружка слизистой оболочки. Толщина мышцы у всех обследованных с ГПС составляла от 6 до 8 мм.

После УЗИ всем детям проводилась эхофагогастродуоденоскопия, с подтверждением заключения о пилоростенозе.

Из-за постоянной рвоты у ребенка с ГПС прогрессирует гипотрофия и обезвоживание, развивается олигурия, запоры. Вследствие нарушений водно-солевого баланса развиваются тяжелые метаболические и электролитные нарушения, анемия дефицитного характера, сгущение крови. Могут развиваться серьезные осложнения такие как язвенные поражения привратника с перфорацией и желудочно-кишечным кровотечением. А синдром рвоты может явиться причиной асфиксии, аспирационной пневмонии, отита, евстахеита.

Своевременно установленный диагноз пилоростеноза позволяет избежать осложнений, связанных с нарушением трофики и обезвоживания.

В настоящее время основным методом лечения пилоростеноза является хирургический. Предоперационную подготовку проводят в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Клинический пример. Девочка в возрасте 1 месяц 3 недели поступил в отделение младшего возраста в связи с появлением обильных срыгиваний в течение последней недели. Отмечалась незначительная потеря веса.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлены следующие изменения: привратник увеличен в размерах – длиной 2,2 см, толщиной 1,7 см, просвет канала сомкнут, утолщение мышечного слоя до 0,5 см, мышечный слой «хрящевидной плотности». В желудке большое количество содержимого несмотря на проведение исследования через 4 часа после кормления. Прохождение содержимого через канал не зафиксировано в течение всего обследования. Заключение: эхографические признаки пилоростеноза.

Ребенку была проведена ФГДС с подтверждением признаков пилоростеноза. В течение первых суток девочку перевели в хирургическое отделение, на следующий день было проведено оперативное вмешательство, диагноз: пилоростеноз, декомпенсированный. С учетом ранней диагностики в самом начале декомпенсации послеоперационный период прошел благополучно. Срыгивания

сразу прекратились, появилась хорошая прибавка в весе. Выписан с выздоровлением.

Ультразвуковая диагностика, благодаря своей безопасности, неинвазивности, доступности, высокой информативности, позволяет выявлять патологию на ранних стадиях и осуществлять динамический контроль за процессом лечения.



Рисунок 1. Пилоростеноз желудка

РАСШИРЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ

С.Л. Гусева, А.В. Диш

Самарская городская поликлиника № 6, Самара

Актуальность. Повышение роли среднего медицинского персонала является одним из ключевых международных трендов в здравоохранении, активно поддерживаемых ВОЗ, и доказавших свою клиническую и экономическую эффективность.

Цель: оценка возможностей и рисков расширения функционала среднего медицинского персонала, перспективного развития кадрового потенциала поликлиник для увеличения доступности и повышения качества медицинской помощи первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. Официальные статистические данные форм федерального статистического наблюдения № 12, 30, Методы: аналитический, сравнительного анализа, статистический, контент-анализ.

Результаты

✓ Оптимизация деятельности и тайминга персонала территориальных участков за счет делегирования исполнения ряда медуслуг медицинским сестрам. Расширение сестринских профессиональных компетенций в рамках действующего законодательства.

✓ Повышение доступности и качества первичной медицинской помощи за счет увеличения клинической доли в структуре врачебного приема, длительности приема пациентов врачебно-сестринской бригадой (ВСБ) в рамках режима работы поликлиники – 12 часов. Увеличение пропускной способности ВСБ за счет организации одновременной работы врача и медицинской сестры, ведущей самостоятельный прием. Повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи по новой организационной модели.

✓ Расширение профилактической компоненты оказания первичной медико-санитарной помощи за счет увеличения времени самостоятельного приема медицинскими сестрами.

✓ Популяризация профессии медсестры за счет повышения престижа профессии среднего медицинского работника, расширения его полномочий и предоставления возможности профессиональной самореализации.

✓ Повышение экономической эффективности использования ресурсов медицинской организации за счет экономии фонда оплаты труда ВСБ.

Основные препятствия и риски

✓ Несовершенство законодательства в части возможностей расширения функционала медицинских сестер

✓ Недостаточный уровень квалификации у части среднего медицинского персонала (профессиональные компетенции) и врачей участковой службы (управленческие компетенции, организация здравоохранения)

✓ Недостаточное финансирование дополнительных образовательных программ

Выводы. Восьмилетний опыт работы ГБУЗ СО Самарская городская поликлиника № 6 по расширению функционала медсестер территориальных участков, решению вопроса дисбаланса численности медицинских кадров, рациональному распределению функциональных обязанностей между врачебным и сестринским персоналом, позволяет значительно увеличить доступность и качество медицинской помощи на фоне существенной экономии фонда оплаты труда лечебного учреждения.

РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В УПРАВЛЕНИИ ОБЩЕНИЕМ И ФОРМИРОВАНИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА В КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

И.П. Кузнецова, О.И. Дегтярева

Самарская областная клиническая психиатрическая больница, Самара

Найти подход к сотрудникам, расположить их к себе, объединить, суметь грамотно выстроить профессиональные отношения внутри трудового коллектива важно уметь каждому руководителю.

Цель исследования. Изучение роли руководителя сестринского персонала в управлении общением и формировании микроклимата в коллективе.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2021–2022 годах на базе Самарской областной клинической психиатрической больницы. В исследовании приняли участие 40 старших медицинских сестер. Определяли уровень коммуникативных и организаторских склонностей, процентное соотношение показателей этих показателей. Еженедельно проводили рабочие собрания – тренинги по разработанной методике. Коллектив исходно характеризовался как умеренно однородный. Исследуемая группа старших медицинских сестер об-

ладала умеренными организаторскими способностями, высокими профессиональными знаниями, умением работать с людьми. Оценка психологического климата в коллективе определялась анкетированием и такими характеристиками, как дружелюбие, согласие, удовлетворенность и продуктивность.

В результате проведенного исследования руководителем сестринской службы отмечено возрастание уровня организаторских способностей старших медицинских сестер, сопровождающееся улучшением психологического климата в коллективе.

Выводы. Целенаправленная работа руководителя сестринской службы больницы позволяет усилить организаторские способности старших медицинских сестер, улучшить психологический климат в коллективе сохранить высокие профессиональные навыки.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ САМАРСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 10

Д.Н. Лисица¹, О.Б. Неганова², В.Н. Никаноров^{1, 2}, Е.Ю. Рябов¹, Е.П. Шатунова²

¹Городская больница № 10, Самара

²Медицинский университет «Реавиз», Самара

Актуальность. В последние два десятилетия в РФ рост ВИЧ-инфекции носит характер эпидемии. Самарская область в десятке лидеров по уровню ВИЧ-инфекции в РФ. Доказано, что 90 % ВИЧ-инфекции у детей – это результат перинатальной трансмиссии. Терапия ВИЧ-инфекции продлевает качество жизни пациентов. Также имеются факты негативного влияния противовирусных препаратов на здоровье новорожденных. Поэтому важен анализ данных новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

Цель исследования: оценить клинические особенности новорожденных детей у ВИЧ-инфицированных матерей за десять лет в Самарской ГБ № 10.

Материалы и методы. Проведен анализ историй родов, а также историй новорожденных у ВИЧ-инфицированных матерей с 2010 по 2019 годы в родильном доме Самарской ГБ № 10. Изучены показатели: масса детей, оценка по шкале Апгар, соматическая заболеваемость.

Результаты и их обсуждение. За период с 2010 по 2019 годы в родильном доме ГБ № 10 произошло 18065 родов, при этом общее количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин составило 316 (данные представлены в табл. 1).

Таблица 1

Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Роды у ВИЧ-инфицированных женщин	66	19	14	22	32	30	19	41	48	25
Родов всего	2025	2040	2065	2100	2020	2135	1850	1300	1330	1200
Доля ВИЧ-инфицированных женщин, %	3,3	1,0	0,7	1,1	1,6	1,4	1,0	3,2	3,6	2,1

Из таблицы видно, что доля родов от ВИЧ-инфицированных была от 0,7 до 3,6 %, а средний показатель за десять лет составил 1,7 % от общего количества родов (на каждые 100 родов приходится примерно два случая ВИЧ-инфекции). Средний вес новорожденных составил 2850 г, оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Выявлено, что у ВИЧ-инфицированных матерей чаще наблюдается анемия (от 32,7 % в первом триместре и до 74,5 % в третьем триместре). Анемия при рождении была у новорожденных (снижение гемоглобина до 115,5 г/л). У детей выявлено нарушение функции желудочно-кишечного тракта, они проявлялись в виде колик, частых срыгиваний, функциональной диареи и запоров. Нарушения функции почек в виде слабой или умеренной протеинурии, повышения уровня креатинина в крови, заслуживают внимания врачей неонатологов. Эти отклонения в состоянии здоровья новорожденных, вероятно, связаны с антиретровирусной терапией, проводимой матерям при беременности. Все дети

также получали антиретровирусную терапию после рождения. Основными препаратами для проведения третьего этапа профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции были: зидовудин, ламивудин и невирапин.

Выводы. Число случаев рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей остается стабильно высоким и значительно не меняется. Масса новорожденных у матерей с ВИЧ в среднем была ниже по сравнению с новорожденными от здоровых женщин. Показатель соматического здоровья этих детей отличается проявлением патологии желудочно-кишечного тракта (частые срыгивания, колики, функциональная диарея, запоры) и патологией системы почек (слабая или умеренная протеинурия, повышение уровня креатинина в крови). Эти нарушения вероятнее всего обусловлены побочным эффектом антиретровирусной терапии и требуют коррекции.

АССОЦИАЦИЯ НОСИТЕЛЬСТВА ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ЛЕПТИНОВОГО РЕЦЕПТОРА *LEP* И ГЕНА РЕЦЕПТОРА НЕЙРОПАПТИДА *NPY5R* С ИЗМЕНЕНИЕМ ВЕСА ПРИ МОНОТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

**В.С. Добродеева¹, А.И. Стрельник², М.С. Шейфер², Д.А. Смирнова², О.В. Измайлова²,
Н.А. Шнайдер², Н.Г. Незнанов¹, Р.Ф. Насырова^{1,2}**

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Институт персонализированной психиатрии и неврологии, Санкт-Петербург

²Самарский государственный медицинский университет, Международный научно-образовательный центр нейropsychиатрии, Самара

Цели исследования: оценить роль носительства однонуклеотидных вариантов (ОНВ) гена лептина *LEP* (rs3828942) и рецептора нейрпептида *NPY5R* (rs11100494) на изменение веса при монотерапии антипсихотиками (АПС) у пациентов с шизофренией, постоянно проживающих в Северо-Западном регионе и Республике Татарстан, Российская Федерация.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 117 пациентов в возрасте 18–55 лет с расстройствами шизофренического спектра (F2 по МКБ-10) и без хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации, постоянно проживающих в Северо-Западном регионе и Республике Татарстан. Пациенты принимали АПС (среднее время монотерапии составило 8 недель). Были проведены: биохимический анализ (глюкоза, холестерин, липопротеины, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок), антропометрия (вес, рост, окружность талии и бедер), молекулярно-генетическое исследование (полимеразная цепная реакция в режиме реального времени).

Результаты. Носительство аллеля А ОНВ rs3828942 гена *LEP* ассоциировано с развитием нарушений углеводного обмена (увеличением концентрации глюкозы в плазме крови натошак более, чем 6,1 ммоль/л) у пациентов, принимающих АПС в режиме монотерапии ($OR_A = 2.61$, $CrI_A (1.42; 4.54)$). Носительство аллеля С ОНВ rs11100494 гена *NPY5R* предрасполагает к увеличению веса, вызванному АПС ($OR = 33,48$ [95 % CI: 12,62; 88,82], p -значение $< 0,001$). Кроме того, результаты нашего исследования показывают, что АПС первого поколения с большей вероятностью вызывают повышение уровня трансаминаз в сыворотке, но с меньшей вероятностью увеличивают массу тела. АПС второго поколения с большей вероятностью вызывают увеличение массы тела и изменения уровня глюкозы в сыворотке.

Выводы. Полиморфность генов *LEP* и *NPY5R* может являться фактором формирования нарушений углеводного обмена и метаболических нарушений у пациентов с шизофренией, принимающих АПС.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ САРКОМЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Д. Дорожка

Медицинский университет «Реавиз», Самара

Саркомы – это редкие злокачественные опухоли, имеющие широкий гистологический спектр. Имеют мезенхимальное строение, образуются из соединительной ткани, такой как мышечная, жировая, фиброзная, хрящевая или костная. Отличаются быстрым прогрессивным развитием, при этом большая часть заболевших – дети и молодые люди, у которых развитие опухоли и метастазирование идет более активно.

Цели и задачи работы: изучить проблему на основе научных данных, сделать вывод о распространенности сарком в Самарской области, генетической предрасположенности и методов их диагностики.

В основу работы положены результаты исследования распространенности солидарных опухолей у детей Самарского региона, на базе Самарской областной детской клинической больницы имени Н.Н. Ивановой. В группе исследуемых были

дети, в возрастном диапазоне от 0 до 18 лет. Был проведен анализ историй болезней детей, находившихся на лечении в онкогематологическом отделении, диагноз злокачественного новообразования был установлен впервые. При исследовании были соблюдены принципы конфиденциальности и правила биомедицинской этики.

Намного чаще опухоли встречались у лиц мужского пола, в соотношении мальчики:девочки составило 1,2:1. Наибольшее число случаев приходится на возрастную группу от 0 до 3 лет (32,4 %), несколько реже заболевают дети 3–6 лет (15,2 %). В возрасте 6–12 лет (26,9 %) и 12–18 лет (25,5 %). Структура заболеваемости солидными опухолями детей представлена следующим образом: нейробластомы – 26 %, нефробластомы – 19 %, саркомы мягких тканей – 21 %, медуллобластомы – 16 %, опухоли костей – 9 %, прочие – 11 %.

Из данной статистики саркомами являются – саркомы мягких тканей и опухоли костей. Опухоли костей подразделяются на доброкачественные опухоли костей и злокачественные, такие как: остеогенная саркома, паростальная саркома, саркома Юинга и хондросаркома.

Некоторые виды имеют простую генетику и обусловлены хромосомной мутацией, при которой происходит перенос участка хромосомы на негомологичную хромосому. Приводящую к слиянию онкологических генов, образованию саркомы Юинга. Другие саркомы имеют сложные геномные изменения, обусловлены изменениями числа копий, что вызывает остеосаркомы.

Методами изучения хромосомных изменений являются цитогенетические методы. Позволяет проводить общегеномный скрининг структурных и количественных изменений. Стала развиваться методика компаративной геномной гибридизации, которая стала инструментом для выявления геномных нарушений.

В результате изучения источников мы пришли к выводу, что детская смертность от злокачественных новообразований достаточно высока, несмотря на огромную разницу в заболеваемости взрослых и детей. Таким образом, на детей в возрасте до 3 лет приходится большая часть случаев возникновения сарком. Подтверждено, что большую часть сарком представляю – саркомы мягких тканей, обусловленные хромосомной мутацией.

ЛАЗЕРНЫЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А. Зохан, Т.Е. Липаткина, А.В. Золотарев

Самарская областная клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского, Самара

Актуальность. Глаукома стабильно сохраняет лидирующую позицию в структуре причин слепоты и слабовидения в Российской Федерации. Высокий уровень инвалидизации на фоне постоянно растущей заболеваемости отмечается в большинстве регионов нашей страны. Заболеваемость первичной открытоугольной глаукомой в Самарской области на протяжении последних десятилетий значительно превышает средние показатели в стране. Однако в последние годы в регионе отмечаются позитивные тенденции: удалось достичь повышения выявляемости заболевания, сохраняется стабильно низкая доля пациентов с прогрессирующим течением глаукомы, уровень инвалидности – один из самых низких в России.

В последние десятилетия терапия глаукомы претерпела существенные изменения. Так, сегодня

«золотым» стандартом лечения первичной открытоугольной глаукомы являются аналоги простагландинов. Высокая эффективность данной группы препаратов при отсутствии серьезных нежелательных явлений доказана множественными крупными многоцентровыми исследованиями. Однако развитие лазерных технологий позволяет реализовать принцип стартового лечения глаукомы при помощи лазерного вмешательства, что делает лечение существенно дешевле, доступнее и безопаснее. Кроме того, лазерное лечение успешно применяется на фоне медикаментозной терапии для достижения дополнительного гипотензивного эффекта.

Цель: оценить возможность применения различных лазерных гипотензивных микрохирургических вмешательств и их комбинаций в качестве стартового лечения пациентов с первичной открытоугольной глаукомой.

Материал и методы. Гипотензивные лазерные микрохирургические вмешательства (селективная лазерная трабекулопластика, аргон-лазерная трабекулопластика, ИАГ-лазерная активация трабекулы, субпороговая селективная лазерная трабекулопластика, ИАГ-лазерная иридотомия) выполнялись пациентам с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой в условиях кабинета лазерной микрохирургии глаукомы глазного офтальмологического консультативно-диагностического отделения ГБУЗ СОКОБ им. Т.И. Ерошевского с февраля 2021 года. Основную группу составили 145 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой I и II стадии. Контрольную группу составил 101 пациент с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой I и II стадии, которым была назначена традиционная стартовая гипотензивная терапия аналогами простагландинов.

Результаты. За 11 месяцев 2021 года и 6 месяцев 2022 года было выполнено 145 лазерных микрохирургических вмешательств у пациентов с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой. Из них: селективная лазерная трабекулопластика – у 66 пациентов, аргон-лазерная трабекулопластика – у 13 пациентов, ИАГ-лазерная активация трабекулы – у 10 пациентов, субпороговая селективная лазерная трабекулопластика – у 31 пациента, ИАГ-лазерная иридотомия – у 10 пациентов. Комбинированные лазерные вмешательства

при смешанной и пигментной первичной глаукоме (1 этап – иридотомия, 2 этап – селективная лазерная трабекулопластика) применялись у 15 пациентов. Отдаленные результаты в основной и контрольной группе прослежены в сроки до 18 месяцев. Средний уровень ВГД в группе лазерного лечения составил $14,9 \pm 4,7$ мм рт. ст., в группе медикаментозной терапии $15,4 \pm 3,8$ мм рт. ст. Доля пациентов со стойкой компенсацией внутриглазного давления составила 92 % в основной группе и 94 % в контрольной, достоверных различий между группами выявлено не было. Побочные явления в виде конъюнктивальной гиперемии и слабо выраженных признаков синдрома сухого глаза были отмечены у 1,4 % пациентов основной группы и 34 % пациентов контрольной группы. Кроме того, 21 % пациентов контрольной группы указывали на сложности в соблюдении режима закапывания, а 11 % пациентов – на плохую переносимость препарата, повлекшую необходимость смены терапии.

Заключение. Таким образом, наш опыт применения лазерной микрохирургии в качестве стартового лечения пациентов с первичной открытоугольной глаукомой ранних стадий показал не меньшую гипотензивную эффективность и существенно более высокую безопасность по сравнению с медикаментозной терапией. Экономический эффект и доступность лазерного лечения создает основу для его более широкого внедрения в качестве стартового лечения глаукомы.

НОВОЕ – ХОРОШО ЗАБЫТОЕ СТАРОЕ: РАЗВИТИЕ ТРАДИЦИЙ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В САНАТОРНОМ ДЕТСКОМ САДУ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Л.А. Барышникова, Э.В. Илясова, М.Н. Кабаева, Н.А. Воекова, И.В. Карпова

Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.В. Постникова, Самара

За последние 100 лет в России накоплен значительный опыт взаимодействия системы здравоохранения и образования. В сегодняшних условиях продолжены традиции, берущие начало в 20-х годах прошлого столетия. В результате сотрудничества Наркоматов здравоохранения и просвещения в систему дошкольного образования были успешно внедрены физкультура и навыки санитарно-гигиенического поведения у детей и их родителей, профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Цель: поиск новых возможностей в оздоровлении детей, инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ).

Материалы и методы. Изучены результаты обследования 57 детей в возрасте от 2 до 6 лет, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-фтизиатра в противотуберкулезном диспансере по поводу инфицирования МБТ. Глубина исследования 1 год. Впервые изучены показатели адаптационного потенциала (АП), оценены антропометрические данные, частота и продолжительность простудных заболеваний на фоне проведения профи-

лактических мероприятий у детей, посещающих санаторный детский сад ($n = 28$; группа исследования) и детский сад общей направленности ($n = 29$; группа контроля). В группе исследования для детей были разработаны «Маршруты здоровья» и применялись современные здоровые сберегающие технологии по утвержденным методикам, направленным на повышение резистентности организма к простудным заболеваниям. Детям группы контроля системное оздоровление не проводилось.

Результаты исследования. У детей группы исследования наблюдался больший прирост длины тела (с $108,93 \pm 2,05$ см до $113,36 \pm 2,04$ см; $p = 0,000$), отмечено существенно меньшее повышение АП ($0,08 \pm 0,01$ и $0,16 \pm 0,02$; $p = 0,04$), меньше пропущено дней по причине острых респираторных

инфекций (ОРИ) ($11,57 \pm 1,44$ и $17,00 \pm 1,73$; $p = 0,020$), наблюдалось меньше эпизодов ОРИ ($1,75 \pm 0,18$ и $2,66 \pm 0,27$; $p = 0,007$), чем у детей из группы контроля.

Заключение. У детей, посещающих санаторный детский сад, отмечалась высокая эффективность применения современных здоровые сберегающих технологий. Доказаны более высокие адаптационные возможности организма, более редкие и короткие эпизоды ОРИ, лучшая динамика антропометрических показателей. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего развития сети санаторных детских садов для детей, состоящих на диспансерном наблюдении врача-фтизиатра.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ В ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ЧАПАЕВСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Д.Р. Нурсафин

Чапаевская стоматологическая поликлиника, Чапаевск

Онконастороженность на стоматологическом приеме является одной из приоритетных задач для врача-стоматолога любой специализации по раннему выявлению предраковых и онкологических заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта.

Цель: оценка первичных стоматологических осмотров для выявления онкопатологии по данным ГАУЗ СО «Чапаевская стоматологическая поликлиника».

Задачи: 1. Изучить сведения о онкологических заболеваниях по данным ГАУЗ СО «Чапаевская стоматологическая поликлиника». 2. Провести анализ полученных данных.

Материалы и методы. Изучены амбулаторные карты пациентов, обращающихся впервые в календарном году, в ГАУЗ СО «Чапаевская стоматологическая поликлиника» с 2019 по 2022 г. Использовались статистические и клинические методы исследования.

Полученные результаты. В ГАУЗ СО «Чапаевская стоматологическая поликлиника» особое внимание уделяют выявлению онкологических заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта на ранних стадиях. На приеме врач-стоматолог тщательно проводит сбор анамнеза и осмотр пациента.

С целью первичного осмотра в ГАУЗ СО «Чапаевская стоматологическая поликлиника» с 2019 по 2022 гг. обращались 52 человека. За вышеуказанный период выявлена онкопатология челюстно-лицевой области и полости рта у 37 обратившихся, что составило 19 %.

В 2019 г. из 13034, 14 пациентов (0,11 %). В 2020 из 11168,13 пациентов (0,12 %). В 2021 г. из 12042, 8 пациентов (0,07 %) За 2022 г по август из 7425,2 пациента (0,03 %).

При подозрении на онкологическое заболевание данные пациента вносятся в журнал онкозаболеваний и пациент направляется в ГБУЗ СО «Чапаевская центральная городская больница» к врачу-онкологу.

С 2019 по 2022 г. из 37 направленных к онкологу пациентов у 9 подтвердился рак полости рта, 1 – предраковое состояние, остальные – доброкачественные новообразования.

На основании вышеизложенного исследования мы можем сделать выводы о том, что первичные осмотры на стоматологическом приеме имеют высокую значимость для раннего выявления онкологических заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

С.Н. Измалков¹, А.Н. Братийчук¹, И.О. Гранкин^{1,2}, П.Ю. Исайкин²

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара

²Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Самара

Переломы пястных костей встречаются по данным различных авторов в 32–47 % случаев от всех переломов костей кисти, что определяет основную причину снижения функции верхней конечности. На сегодняшний день разработано огромное количество новых металлофиксаторов и конструкций для лечения переломов костей кисти, однако количество осложнений остается довольно высоким и достигает 12,3–32,7 %.

Цель: сравнить результаты оперативного лечения переломов пястных костей различными металлофиксаторами.

Материалы и методы. В период с 2019 по 2022 гг. под нашим наблюдением находилось 120 пациентов с переломами пястных костей со смещением отломков. Из них мужчин было 79 (65,8 %), женщин – 41 (34,2 %). Получали лечение преимущественно пациенты молодого и среднего возраста. Так в возрасте от 16 до 45 лет пролечено 98 человек, что составило 81,7 % от всех лечившихся. Открытые переломы встретились в 14 случаях (11,7 %). Пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 87 человек, которым выполнен погружной на костный остеосинтез мини-пластинами или интрамедуллярный остеосинтез спицами. Во вторую группу вошли 33 пациента, которым были применены аппараты внешней фиксации (спицевые, стержневые и их комбинации). Оперативное лечение переломов пястных костей оценивали с использованием клинических (продолжительность стационарного и общего лечения, отсутствие или наличие осложнений, исходы лечения) и физических (восстановление объема движений в смежных суставах и реабилитационные тесты) методов исследования.

Результаты. Длительность стационарного лечения была в 1,5 раза больше при применении погружного остеосинтеза. Срок лечения был в 1,2 раза меньше при использовании закрытого чрескостного остеосинтеза. В первой группе осложнения встречались у 4 пациентов (3,3 %) в виде воспаления послеоперационной раны, во второй группе у 13 пациентов (10,8 %), у которых было

выявлено околоспицевое или околостержневое воспаление мягких тканей, которые впоследствии были купированы. На 30 суток после операции ограничение движений в смежных суставах второй группы было больше, чем в первой группе в 1,3 раза. По данным опросника «DASH Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure», который определяет степень трудности выполнения различных физических действий. В данном опроснике сумма баллов по 30 пунктам преобразовывают на 100-бальную шкалу. Установлено, что на тридцатые сутки после операции восстановление функции кисти при использовании чрескостного остеосинтеза происходило медленнее и составило 20 баллов, сумма баллов при использовании погружного остеосинтеза составила только 15. Спустя 90 дней после операции функция кисти при остеосинтезе аппаратом внешней фиксации не достигла полного восстановления – 12 баллов, при использовании погружной фиксации функция кисти восстановилась и достигла 2–3 баллов.

Выводы. Несмотря на малоинвазивность чрескостного остеосинтеза, погружной остеосинтез является оптимальным способом оперативного вмешательства при переломах пястных костей и обеспечивает анатомичную репозицию и надежную фиксацию костных отломков, что положительно влияет на процессы регенерации костной ткани, дает возможность ранней функциональной активности пациента.

Литература

1. Shomurodov K.E. Features of cytokine balance in gingival fluid at odontogenic phlegmon of maxillofacial area. *Doctor-aspirant*. 2010;42(5.1):187–192.
2. Tillyashaykhov M.N., Rakhimov N.M., Khasanov Sh.T., Features of Clinical Manifestation of the bladder cancer in young people. *Doctor Bulletin*. Samarkand, 2019;2:108–113.
3. Клюквин И.Ю., Мигулова И.Ю., Охотский В.П. Травмы кисти. М., 2009. С. 150–186.
4. Зердеджи М., Мигулова И., Клюквин И. Применение остеосинтеза спицами при открытых оскольчатых переломах фаланг и пястных костей. *Врач*. 2008;6:80–82.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЕДИНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В САМАРСКОМ ОБЛАСТНОМ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

И.Г. Шакуров, Е.Д. Колмыкова, Е.Е. Жирнов, А.И. Макаров, Р.И. Ихтиаров

Самарский областной кожно-венерологический диспансер, Самара

В Самарском областном кожно-венерологическом диспансере (ГБУЗ «СОКВД») в настоящий момент осуществляется внедрение Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) разработанной фирмой «БАРС Груп».

Работы по внедрению Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) в ГБУЗ «СОКВД» начались во второй половине 2020 года с автоматизации рабочих мест. Было подключено 106 единиц компьютерной техники типа АРМ.

В настоящее время все автоматизированные рабочие места медицинских работников подключены к ЕМИАС, что осуществилось благодаря достижению следующих задач:

- интенсивно собиралась информация о формах медицинских документов, отчетах и разделах, необходимых сотрудникам диспансера, начиная от врачей и заканчивая отчетными формами для статистики и бухгалтерии;
- с учетом полученных материалов была проведена настройка модулей и возможностей информационной системы;
- для каждого пользователя оформлена учетная запись с распределением соответствующего доступа к различным функционалам информационной системы;
- все пользователи прошли обучение по работе в ЕМИАС.

Все электронные листы нетрудоспособности оформляются в ЕМИАС, через информационную систему врачи осуществляют отправку экстренных извещений в Роспотребнадзор и активнов в поликлинику.

Также есть возможность организовать и провести телемедицинские консультации: врач-врач, врач-пациент. За 7 месяцев 2022 г. организовано и проведено более 1700 телемедицинских консультаций.

Сервис электронный рецепт также внедрен в работу. В настоящее время врачи ГБУЗ «СОКВД»

выписывают рецепты в электронном виде непосредственно в информационной системе, используя свою цифровую подпись.

За время внедрения врачами диспансера выписано более 3000 электронных рецептов.

В ГБУЗ «СОКВД» продолжается процесс по подключению и внедрения лабораторной информационной системы (ЛИС), для этого был подключен один лабораторный анализатор, планируется подключение еще четырех лабораторных анализаторов.

Сформированные в ЕМИАС медицинские документы экспортируются в Интегрированную электронную медицинскую карту (ИЭМК) и в Реестр электронных медицинских документов (РЭМД). За 2022 г. сформировано и отправлено в ИЭМК более 70 тыс. документов, а в РЭМД более 60 тыс.

С 01.12.2022 г. наряду со многими ЛПУ региона диспансер переходит на полный электронный документооборот.

Также в ближайшее время планируется тестовая отправка счетов через информационную систему.

Для успешной работы в ЕМИАС и полном переходе на нее необходимо следующее:

- обновления или полная замена устаревшей ЭВМ (закупленные АРМ более 6–7 лет назад уже не отвечают требованиям в нынешних условиях).
- доработка в программном обеспечении в ЕМИАС (разработка и внесение учетно-отчетных форм по профилю дерматовенерология).

В заключении стоит отметить, что внедрения единой медицинской информационно-аналитической системы в медицинском учреждении осуществляется более эффективно посредством мотивационного программно-целевого подхода, предполагающего последовательность и систематизацию конкретных предписаний для каждого уровня и формирующих психологическую готовность конечных пользователей к применению новых информационных технологий.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТОВ ДЛЯ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИГЕНА SARS-COV-2 В МАЗКЕ ИЗ НОСОГЛОТКИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПЕРВИЧНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

И.В. Кабакин, Е.А. Умывалкина

Сызранский кожно-венерологический диспансер, Сызрань

Цель: установление взаимосвязи кожных проявлений при коронавирусной инфекции на ранних этапах заболевания и определение дальнейшей тактики ведения пациента.

Материалы и методы. Сотрудниками ГБУЗ СО СКВД с января 2022 года по настоящее время активно осуществляется применение тестов для иммунохроматографического выявления антигена SARS-CoV-2 в мазке из носоглотки на приеме врача-дерматовенеролога.

Результаты. В настоящее время возрастает количество результатов и предварительных наблюдений, указывающих, что различные штаммы вируса коронавирусной инфекции могут также поражать кожу. Высыпания, связанные с COVID-19 могут быть похожи на поражения кожи, характерные для других вирусных заболеваний, согласно результатам исследования, проведенного специалистами в Испании.

Пациенты, которые обнаруживают у себя высыпания на коже в большинстве случаев первично

обращаются к дерматологу, особенно если сыпь не сопровождается температурной реакцией.

Первые симптомы COVID-19 могут возникать на 5-6 день после заражения, иногда этот период может увеличиться до 14 дней. Но сыпь может быть как первым симптомом, так и единственным признаком коронавирусной инфекции.

Экспресс-тест OSANG Healthcare GeneFinder COVID-19 Ag Rapid Test предназначен для выполнения быстрого и качественного иммунохроматографического анализа. Диагностическая специфичность – 100 %. Чувствительность – 96,77 %. Время исполнения – 15 минут. Биоматериал – мазок из носоглотки.

Выводы. Необходимость применения экспресс-тестов для выявления антигена SARS-CoV-2 у пациентов, обратившихся на прием к врачу-дерматовенерологу, при появлении необходимости в дифференциальной диагностике кожных высыпаний. Данное исследование определяет дальнейшую тактику лечения пациента.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

С.М. Китайчик, Н.П. Кабанова, Л.Н. Воронина, Н.В. Попова

Самарская областная детская инфекционная больница, Самара

В последние два года пандемии в этиологической структуре инфекционных заболеваний ведущее место занимает новая коронавирусная инфекция. Более 15 % в структуре заболевших в Самарской области занимают дети.

Цель работы: проведение анализа и оценки клинико-эпидемиологических особенностей течения коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19 у детей.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 900 медицинских карт детей, госпитализированных в Самарскую детскую инфекционную больницу с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция COVID-19» за период с 1.01.21 по 1.08.2022 г.

Основную часть госпитализированных больных составили дети раннего (32 %) и школьного

(53 %) возраста. Клинические проявления COVID-19 в 95,8 % были представлены общеинфекционными и респираторными симптомами. В структуре госпитализированных пациентов 2022 года преобладали дети раннего возраста, клиническая картина заболевания у которых была представлена симптомами острого ларинготрахеита с разной степенью стеноза гортани, а также выраженными гастроинтестинальными симптомами и интоксикацией. В 2021 году чаще регистрировался бронхообструктивный синдром как при моно-, так и при микст инфекции с другими респираторными вирусами. Гематологические изменения в ОАК у детей были выражены незначительно.

Не всегда прослеживалась связь между повышением СРБ и поражением легочной ткани, достовернее реагировал ферритин и ЛДГ.

Более чем у 80 % пациентов заболевание протекало в средне-тяжелой форме. 30 пациентов имели тяжелое и крайне-тяжелое течение заболевания. При этом тяжесть течения не всегда была обусловлена наличием респираторных расстройств и дыхательной недостаточности, но и другими проявлениями (обезвоживание, интоксикация, угнетение сознания и др.). Нами наблюдались тяжелые формы COVID-19, стартующие с поражения ЦНС, мочевыделительной и желудочно-кишечной систем, без поражения легких. Зарегистрировано два случая энцефалита, диссеминированного энцефалополиневрита, тяжелого тубулоинтерстициального нефрита. Тяжесть течения COVID-19 у детей закономерно увеличивалась с возрастом пациента. Более половины среднетяжелых и тяжелых

форм наблюдалось в группе детей с 15 до 18 лет. За текущий год увеличилась потребность оксигенотерапии даже при небольших объемах поражения легких. На кислородотерапии находились 232 человека. Аппаратное дыхание применялось у шести пациентов (в 4 случаях закончилось неблагоприятным исходом). Во всех случаях неблагоприятного исхода отмечалось позднее обращение за медицинской помощью и наличие иммунодефицитного состояния.

Таким образом, новая коронавирусная инфекция в связи с высокой заболеваемостью и риском неблагоприятных исходов является актуальной и для детей. Разработка эффективных средств профилактики и этиотропной терапии, в т.ч. у детей раннего возраста, должны являться одними из важных научных направлений.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР, НАПРАВЛЕННОЙ НА УКРЕПЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Л.К. Касимова

Сызранская городская больница № 3, Сызрань

Актуальность изучаемой темы связана с тем, что молодежь определена программами развития нашего государства как приоритетная группа при решении вопросов репродуктивного здоровья. Термин «репродуктивное здоровье» напрямую связан с демографией. Многие демографические проблемы определяются отношением к деторождению, особенностями контрацептивного и репродуктивного поведения молодежи. Женщины в России все чаще стали рожать первого ребенка к 30 годам, когда возрастает риск развития бесплодия или рождения нездорового ребенка. В год Россия теряет около 0,6 % женщин репродуктивного возраста, это было озвучено на Петербургском международном форуме. Важную роль в данном вопросе играет средний медицинский персонал.

В 2022 году в Сызранской городской больнице № 3 было проведено исследование. Цель исследования: изучение актуальных аспектов профессиональной деятельности медицинской сестры, направленной на укрепление репродуктивного здоровья женщин. Для достижения цели были поставлены и решены следующие задачи: изучить научно-

методическую, медицинскую литературу по вопросам репродуктивного здоровья женщин; систематизировать функциональные обязанности медицинских сестер; провести социологическое исследование женщин по факторам, влияющим на репродуктивное здоровье; подготовить практические рекомендации по сохранению репродуктивного здоровья молодежи.

Анализ литературных источников выявил высокую актуальность изучения профессиональной деятельности сестринского персонала по укреплению репродуктивного здоровья женщин. В процессе исследования были систематизированы в амбулаторно-поликлинической службе функциональные обязанности медицинских сестер по вопросам репродукции.

Практическая часть работы осуществлялась на базе поликлиники Сызранской городской больницы № 3. В социологическом исследовании приняло участие 25 женщин в возрасте от 20 до 45 лет. На вопрос «Что такое репродуктивное здоровье?» было выяснено, что 66,7 % женщин правильно выбрали определение понятия, связанного со спо-

способностью к воспроизводству. 32,14 % респондентов считают, что на репродуктивное здоровье влияют половые инфекции, 25 % ответили – медицинские аборт, которые могут нарушать репродуктивную функцию. 53,33 % респондентов обращаются к врачу-гинекологу в случае гинекологических заболеваний. К заболеваниям, передающимся половым путем, респонденты отнесли хламидиоз, сифилис, гонорея. 46,67 % респондентов ответили, что у них беременность закончилась родами. У 40 % женщин беременность не была запланирована, 33,33 % женщин планировали беременность. 100 % респондентов отметили, что заболевания, передающиеся половым путем влияют на женское здоровье. 53,33 % респондентов начали половую жизнь в 16 лет. Все опрошенные женщины (100 %) считают, что аборт влияет на репродуктивное здоровье. На вопрос «Кто чаще виноват в возникновении непредвиденной беременности?» 53,3 %

респондентов ответили, что виноваты оба партнера. Респонденты используют следующие методы контрацепции: презервативы, таблетированные контрацептивы.

Таким образом, уровень информированности респондентов по факторам риска репродуктивного здоровья, выявленный в ходе опроса, на удовлетворительном уровне. Респонденты владеют понятием «репродуктивное здоровье», знают заболевания, передающиеся половым путем, знают риски, факторы, которые могут повлиять на их здоровье. Но выявлены проблемные аспекты.

В современных условиях проблемы охраны здоровья имеют большую значимость и актуальность. По итогам исследования были подготовлены и распространены в поликлинике практические рекомендации по сохранению репродуктивного здоровья молодежи.

ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Н.Г. Юдина, С.В. Ким

Самарское областное бюро судебно-медицинской экспертизы, Самара

Актуальность сообщения обусловлена ростом судебно-медицинских экспертиз по установлению дефектов медицинской помощи, в том числе при лечении новой коронавирусной инфекции, проводимых в отделе особо сложных (комиссионных комплексных) экспертиз ГБУЗ «СОБСМЭ».

Проведен анализ судебно-медицинских экспертиз, выполненных в 2020–2022 гг.

В анализируемом периоде всего выполнено 24 экспертизы (мужчин – 12, женщин – 12): 2020 г. – 1, 2021 году – 10, за текущий период 2022 года – 13.

На основании постановлений следственных комитетов Российской Федерации выполнено 20 экспертиз: по Самарской области – 14, по Волгоградской области – 2, по республике Башкортостан – 3, по Пермскому краю – 3.

На основании постановлений (определений) судов Российской Федерации выполнено – 4 экспертизы: Саратовской области – 1, Республики Башкортостан – 2, Оренбургской области – 1.

Возраст лиц, в отношении которых проведены судебно-медицинские экспертизы составил 38–83 года, из которых: до 40 лет – 1 случай; 40–50 лет – 1;

50–60 лет – 4; 60–70 лет – 7; 70–80 лет – 7; старше 80 лет – 4.

Для решения поставленных в определении (постановлении) вопросов, касающихся дефектов медицинской помощи, во всех случаях привлекались врачи, не состоящие в штате ГБУЗ «СОБСМЭ», по специальностям «Инфекционные болезни», «Пульмонология», «Рентгенология». В зависимости от клинической ситуации, изложенной в медицинских документах, привлекались врачи по другим специальностям: «Анестезиология и реаниматология», «Кардиология», «Эндокринология», «Терапия», «Клиническая фармакология», «Неврология», «Травматология», «Торакальная хирургия», «Хирургия», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Онкология». При этом в 2 случаях ходатайства не были удовлетворены и экспертизы выполнены без решения вопросов о наличии/отсутствии дефектов медицинской помощи.

– дефекты диагностики, выразившиеся в неполноте лабораторных и инструментальных обследований, неполноте и недооценке физикальных данных – 13;

– дефекты лечения в виде неадекватной респираторной поддержки, не назначения показанных медицинских препаратов – 4;

– дефекты ведения в виде отсутствия показанных консультаций специалистов: кардиолога, эндокринолога – 6.

Ни один из выявленных дефектов в причинно-следственной связи с наступлением смерти от осложнений новой коронавирусной инфекцией не состоял.

Таким образом, из вышеизложенного следует:

1. Решение вопросов относительно дефектов медицинской помощи пациентам с COVID-19 возможно лишь при условии привлечения врачей по специальностям в обязательном порядке «Инфекционные болезни», «Пульмонология» и других специальностей в зависимости от клинической ситуации.

2. По гендерному признаку различий не установлено.

3. Смерть наступала преимущественно у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями: сахарный диабет, цереброваскулярные болезни, ожирение и др.

4. В возрастном аспекте преобладали лица в возрасте старше 70 лет.

5. Клинические диагнозы (новая коронавирусная инфекция, осложненная пневмонией) подтверждены морфологическими исследованиями в 21 случае.

6. Не возможно решение вопроса об установлении причинно-следственной связи между дефектами медицинской помощи и смертью пациента без проведения судебно-медицинского исследования или патологоанатомического вскрытия.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЛИМФЕДЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Е. Орлов^{1,2}, О.И. Каганов^{1,2}, В.Н. Савельев¹, М.В. Ткачев^{1,2}, А.П. Борисов^{1,2}

¹Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

²Самарский государственный медицинский университет, Самара

Актуальность. Хирургия пациентов с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) является обязательным компонентом в радикальном лечении данного заболевания. В позднем послеоперационном периоде нередко появляются такое осложнение как лимфедема верхней конечности с ограничением функции, что значительно ухудшает качество жизни пациентов.

Цель исследования: определение факторов развития лимфедемы у пациентов с диагнозом РМЖ после хирургического лечения.

Материал и методы исследования. В исследование включены 115 пациентов, с диагнозом РМЖ проходивших лечение в ГБУЗ СОКОД в период 2014–2017 гг. Из них 45 пациентам были выполнены органосохраняющие операции (ОСО), а 70 – радикальная мастэктомия по Маддену (РМЭ). Всем пациентам произведена подмышечная и подключичная лимфодиссекция. В качестве вероятных факторов риска развития лимфедемы нами рассмотрены: возраст, индекс массы тела, показатели Т и N, лучевая терапия, химиотерапия и объем операции. Индекс вычислялся по формуле – масса (кг)/рост. Степень нарушения жизнедеятельности пациентов, обусловленная ограничением функции верхней конечности на

оперированной стороне, оценивалась 100-бальной шкалой-опросником DASH. Статистическая обработка проводилась компьютерной программой Statistica 10.0.

Результаты исследования. К моменту осмотра, лимфедема той или иной степени была развита у 27,8 % пациентов. На развитие отека не влияли возраст пациентов, показатели Т и N. Статистический анализ показал, что независимыми прогностическими признаками для развития лимфедемы могут служить проведенная лучевая терапия ($p = 0,053$) и индекс массы тела выше 25-и ($p = 0,061$). Проведенный однофакторный дисперсионный анализ показал, что после РМЭ снижение трудоспособности вследствие ограничения подвижности верхней конечности на стороне операции более выражено, чем после ОСО ($p = 0,074$).

Выводы. Высокий индекс массы тела пациентов, послеоперационная лучевая терапия и РМЭ повышают риск развития лимфедемы верхней конечности на стороне операции, ограничивают функцию конечности и снижают качество жизни пациентов. Выполнение ОСО приводит к статистически значимому снижению развитию лимфедемы у пациентов с диагнозом РМЖ.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В ПРАКТИКУ РАБОТЫ РСЦ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Н. Кирсанов

Тольяттинская городская клиническая больница № 5, Тольятти

Введение. С появлением технологии эндоваскулярной тромбоэкстракции с доказанной эффективностью в ангионеврологии наступила эра фармако-инвазивного подхода к лечению ишемического инсульта. Существенным образом изменились работа скорой медицинской помощи и маршрутизация пациентов, подходящих для эндоваскулярного лечения и экстренной транспортировки в рентгеноперационную с минимальными задержками по времени. Широкое применение тромбоэкстракции (ТЭ) у пациентов с инсультом способствовало развитию эндоваскулярных методов. Появились новые инструменты и варианты их взаимодействия, что расширило спектр хирургических техник.

Материалы и методы. За период с сентября 2021 по июль 2022 года выполнено 14 эндоваскулярных рентгенохирургических вмешательств на сосудах головного мозга с целью восстановления кровотока. Всем пациентам проводилась МСКТ ангиография сосудов и МСКТ перфузия головного мозга. По данным МСКТ зафиксированы окклюзии различных сегментов средней мозговой артерии. Механическая реканализация сосудов головного мозга проводилась по технологии тромбоэкстракции. Особенности ведения пациентов на реанимационном этапе включали круглосуточный мониторинг жизненных показателей и недопущение эпи-

зодов повышения артериального давления, во избежание геморрагических осложнений. Проанализирован клинический результат тромбоэкстракций при ишемических инсультах с оценкой динамики в неврологическом статусе (данные представлены в табл. 1).

Таким образом, минимальная потребность в выполнении рентгенохирургического восстановления церебрального кровотока у пациентов с ОИИ составляет 9-10 операций на 100 тыс. населения. Для Автозаводского района, который обслуживает ТГКБ 5 – 40 операций в год.

Выводы. ТГКБ 5 – многопрофильный стационар, позволяющий обеспечить мультидисциплинарный подход к пациенту с ОНМК, что в свою очередь необходимо, чтобы выявить и определить показания для применения эндоваскулярных технологий. Наш небольшой опыт показывает об эффективности метода и необходимости применения в большем количестве. Применение тромбоэкстракции и тромбоаспирации в скором времени позволит отойти от традиционного фармацевтического подхода (тромболизиса), позволит уменьшить количество осложнений и повысить эффективность реперфузии, уменьшить инвалидизацию и уровень летальности.

Таблица 1. Результаты ТГКБ 5

Год	Кол-во ТЭ из ГМ	Достигнутая реканализация	Полушарный ОНМК	Геморрагический ОНМК после ТЭ	Эффективность-тромболитика	Летальность
2021	4	4 (100 %)	2 (50 %)	1 (25 %)	Не эффективно в 100 %	50 %
2022	10	10 (100 %)	4 (40 %)	1 (10 %)	Не эффективно в 100 %	20 %

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Л.Е. Чекулдаева, И.В. Киселева, О.И. Ермакова

Самарская медико-санитарная часть № 2, Самара

Цель работы: создание модели оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на участке врача общей практики.

В самарской медико-санитарной части № 2 Промышленного района большое внимание уделяется пациентам с болезнями сердечно сосудистой системы. В рамках региональной программы Борьба с сердечно сосудистыми заболеваниями с 2020 года и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 сентября 2021 г. N 936н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний» предусмотрено дополнительное финансирование для лиц, не являющихся инвалидами. Эти люди получают в течение двух лет лекарственные препараты для лечения имеющихся заболеваний по перечню, состоящему из 23 наименований лекарственных препаратов согласно клиническим рекомендациям и назначениям врача-кардиолога, врача-терапевта или врача-невролога.

Материалы и методы: статистический, сплошное исследование – выборка из всех пациентов и лекарственных назначений им за три года из централизованной медицинской информационной системы льготного лекарственного обеспечения Асулон (ЦМИС ЛЛО Асулон).

В конце года по прогнозным значениям формируется заявка на льготные лекарственные препараты по программе острые сердечно-сосудистые заболевания. Врачи предоставляют информацию по потребности своих пациентов в лекарственных препаратах. Заведующие вводят в ЦМИС

ЛЛО Асулон потребность по отделению с использованием калькуляторов для расчета, предоставленных главными внештатными специалистами министерства здравоохранения. Администратор формирует заявку на медицинскую организацию. За 2020 год – 332, 2021 – 407 и 7 месяцев 2022 года 372 пациентов получили льготное лекарственное обеспечение на сумму 3940 тысяч в 2020 году, 4906 тысяч в 2021 году и 4037 тысяч в 2022 году.

Полученные результаты. Структура по группам представлена следующим образом: на пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения приходится 43 %, лиц с инфарктами миокарда – 33 %, на лиц с аортокоронарным шунтированием – 7 %, с катетерной абляцией – 12 %, стентированием – 5 %. Средняя стоимость рецепта варьировала от 1156 до 1786 рублей.

Предложена модель оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на участке врача общей практики-план-участок (таблица 1), один из разделов которой включает льготное лекарственное обеспечение по программе острые сердечно-сосудистые заболевания.

Выводы. Все пациенты находятся под диспансерным наблюдением врачей-специалистов: врача-кардиолога, врача-невролога, врача-терапевта участкового или врача общей практики. Выполняются клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с болезнями системы кровообращения. Таким образом, соблюдение рекомендаций врачей пациентами позволяет увеличить среднюю продолжительность жизни и качество жизни пациентов. Для администрации оценка показателей плана- участка по системе «светофор» дает представление о слабых местах и рисках в реализации достижения целей национального проекта.

Таблица 1. Модель оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на участке врача общей практики-план-участок

№ п/п	Наименование	Целевой показатель	Факт
1.	Диспансерное наблюдение:	50 % от прикрепленного населения – 1700	
1.1.	Старше 60 лет	90 % – 700	
1.2.	От 18 до 60 лет	70 % – 700	
1.3.	Впервые выявленная патология	100 %	
2.	Диспансерный прием в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Минздрава России от 15.03.2022 №168Н	не менее 35–40 на диспансерный день	
2.1.	Проактивное приглашение с оценкой отклика	не менее 35–40 на диспансерный день	
2.2.	Оформление контрольных карт диспансерного наблюдения	35–40 на диспансерный день	
3.	Диагностические исследования		
3.1.	Эхокардиография	не менее 25 в месяц	
3.2.	Холтеровское мониторирование	4 в месяц	
3.3.	Ультразвуковая доплерография сосудов	6 в месяц	
3.4.	Нагрузочные тесты в другие медицинские организации	5 в месяц	
3.5.	Мультиспиральная компьютерная томография	не менее 1 в 2 месяца	
4.	Смертность – число сохраненных жизней от болезней системы кровообращения	не менее 5 в год	
5.	Чрезкожное коронарное вмешательство	не менее 11 в год, 1–2 в месяц	
6.	Телемедицина	не менее 10 в неделю	
7.	Льготное обеспечение пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями – в течение 3-х дней осмотр специалистом в 100 % случаях и 100 % обеспечение лекарствами	обеспечение ЛО не менее 2 в месяц с обеспечением на 6 месяцев	
7.1.	Средняя стоимость рецепта	не менее 1500 рублей	
8.	Лабораторные исследования		
8.1.	Направление на натрийуретический пептид	не менее 5 в месяц	
8.2.	Направление на микроальбуминурию	не менее 5 в месяц	
9.	Разбор летальных случаев	100 % все случаи смерти	

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ «СТАРЧЕСКОГО МАРАЗМА» (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

П.С. Коваленко

МАОУ лицей № 18, Калининград

Данная статья посвящена исследованию психологического аспекта «старческого маразма». Автор предлагает ряд упражнений для профилактики этого заболевания.

Старческое слабоумие – это прогрессирующий распад психики и интеллектуально-познавательных способностей личности в результате гибели клеток головного мозга. Медицинское название болезни – «сенильная деменция», в просторечье – старческий маразм [1].

Российские и зарубежные ученые пришли к выводу, что носители болезни Альцгеймера и других форм старческого слабоумия выросло в 2 раза за последнюю четверть века. В соответствии с данными на 2016 год можно сказать, что на сегодня более миллиона россиян страдает от данной формы заболевания [2].

Исходя из вышеперечисленного, было проведено исследование по определению профилактических мероприятий с людьми у которых возникает данное заболевание.

Целью исследования являлось применение авторского комплекса методик по профилактике «старческого маразма».

Задачами исследования являлись: проанализировать понятие «старческий маразм», изучить методики развития мышления и памяти, обосновать и разработать авторский комплекс методик (далее – АКМ) по профилактике данного заболевания.

В результате исследования был определен ряд апробированных методик (упражнений), обоснован и разработан комплекс, способный эффективно осуществлять профилактику заболевания. В АКМ вошли следующие методики: «Заучивание десяти слов» А.Р. Лурия [3]; детский кроссворд из 10 слов;

психодиагностическая методика «Обобщения-2010. Форма А» [4]; исключение слов; проба чтения или пересказ рассказа; понимание смысла прочитанного, пословиц и поговорок.

В исследовании приняли участие 10 респондентов, в возрасте 61–79 лет (бабушки, дедушки, родственники). С января 2022 года по июнь 2022 года каждый день опрашиваемые проходили АКМ.

Контрольные замеры по АКМ проводились в начале эксперимента и в конце.

Из рисунка видно, что столбцы синего и оранжевого цвета, показывающие количество решенных верно методик (упражнений) различаются, что означает, что пожилые люди улучшили свои результаты по выполнению методик за полгода исследования. Следовательно, представленный АКМ повысил их мозговую активность.

Таким образом, в ходе исследования был определен и внедрен АКМ. По итогу эксперимента была прослежена положительная динамика у респондентов. Таким образом представленный АКМ способствует профилактике «старческого ма-разма».



Рисунок 1. Результаты респондентов в начале (ряд 1) и в конце (ряд 2) исследования

Литература

1. <https://dom-prestarelyh.net/starcheskij-marazm/?ysclid=170u1rvtub735407919>
2. <https://ria.ru/20181207/1547613924.html>
3. https://21668.maam.ru/up-load/maps/news328895/metodika-zauchivanie-10-slov-a-r-luriya_dsur3.docx
4. <https://azps.ru/tests/kit/general10a.html?ysclid=170yy6qcwr855475477>

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКИМИ ПОВЯЗКАМИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ КОЖИ

**К.А. Филимонов, С.Н. Подоба, О.С. Золотовицкая, О.Ю. Козлова,
Н.Н. Краснова, И.А. Селезнёва**

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского, Москва
Самарская городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова, Самара

Введение. Ожоги занимают третье место среди других травм. В России ежегодно регистрируется более 270 тысяч пациентов с термическими ожогами (3–4 % от всех травм и отравлений). Для идентификации стадии репаративного процесса в ожоговой ране могут быть применены цитологические методы описательной оценки клеточного состава раневого отпечатка, гистологический анализ биоптатов раны и тканевых мазков с оценкой репаративной реакции в ране, основанный на учете типа изменений активности факторов тканевого гемостаза грануляций. На результативность исследования особое влияние оказывает выполнение единого стандарта при взятии материала для исследования, методика подготовки и окраски препарата на стекле и классификация клеточного состава раневого от-

печатка. Тип цитогрaмм оценивается по классификации М.В. Камаева (1970–1971 г.). 1. Некротический тип. 2. Дегенеративно-воспалительный тип. 3. Воспалительно-регенеративный тип. 4. Регенеративный тип.

Оценка фаз репаративной реакции ожоговых ран на основе цитологической верификации важна на всех этапах заживления раны, так как исследование позволяет идентифицировать фазы и особенности течения раневого процесса, оценить эффективность хирургической обработки раны и возможности применения современных методов местного лечения ожоговых ран. Заключение оформляется в виде стандартного бланка. Для практического проведения терапии во влажных условиях имеется целый ряд современных раневых асепти-

ческих повязок, с помощью которых можно проводить весь спектр местных лечебных процедур (МестаМидин, Бетадин и другое).

Цель исследования. Данное исследование заключалось в том, чтобы оценить эффективность современных окклюзивных гидроповязок с учетом дифференцированного их применения в зависимости от фаз раневого процесса у пациентов с термическими ожогами кожи.

Материалы и методы работы. Проведено клиническое исследование 80 пациентов с пограничными и глубокими ожогами второй и третьей степени, находившихся на лечении в Самарском ожоговом отделении ГБУЗ СГКБ № 1 имени Н.И. Пирогова в период с апреля по август 2021 года. Среди пациентов, включенных в исследование, были выделены 3 группы в зависимости от используемого антисептика при местном лечении ожоговых ран: первая – МестаМидин, вторая – Бетадин, третья – Хлоргексидин.

Для цитологического исследования клиницистами не было поставлено задач деления групп по возрасту, этиологическому фактору ожога, времени воздействия или другим показателям. Задача в том, чтобы, в соответствии с целью проводимых исследований, дать морфологическую оценку эффективности используемых антисептиков. Критерии включения в исследование: возраст пациента старше 18 лет, этиологический фактор поражения: пламя, кипяток, контактные ожоги, общая площадь ожогов составила не более 10 % поверхности тела. Средний возраст пациентов составил 37 ($\pm 1,5$) лет. Мужчины составили большинство – 57 (71 %), женщины – 23 (29 %) соответственно. Критерии исключения: возраст младше 18 лет, обширные ожоги более 10 % поверхности тела, наличие сопутствующих заболеваний: сахарный диабет, атеросклероз, инсульт, инфаркт миокарда, а также заболевания, требующие дополнительного комплексного лечения с назначением медикаментозной терапии, которая может влиять на свертывающую систему крови

Обследовано цитологическим методом 80 пациентов, которым было проведено местное лечение повязкой МестаМидин (27 человек), Бетадин (27 человек), Хлоргексидин (26 человек). Лечение проводилось во вторую и третью фазу раневого процесса для стимуляции репаративных процессов и эпителизации.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистической программы STADIA 6.3, выражая данные в виде средней арифметической и стандартной ошибки ($M \pm m$). О достоверности различий судили по непараметрическому критерию уровень статистической значимости.

Взятие материала для цитологического исследования проводилось на 2, 4 и 6 сутки лечения. Певязки с растворами антисептиков в каждой группе проводились в первые два дня ежедневно, а затем через день. Препарат МестаМидин-сенс – антисептическое средство, обладающее широким антимикробным действием. Препарат не оказывает токсического действия, не впитывается через кожу и слизистые, раневые поверхности, не повреждает клетки и ткани, способствует заживлению ран, ожогов.

Препарат Бетадин – антисептическое средство АТХ D08AY02. Оказывает быстрое действие на грам-положительные и грам-отрицательные бактерии. Эффективен в отношении грибов, вирусов, простейших. Показан при лечении и профилактике раневых инфекций в хирургии, комбустиологии, стоматологии.

Результаты исследования. С целью определения типа цитограмм использовались мазки-отпечатки с ожоговой раны 80 пациентов. Все цитограммы в наблюдениях относятся к воспалительному типу. В группе с применением антисептика МестаМидин-сенс в 77 % случаев на 6 сутки клинически отмечалось купирование воспалительного ответа, о чем указывал переход цитограмм воспалительного типа выраженной степени в цитограммы воспалительного типа умеренной или легкой степени, в группе с раствором Бетадина аналогичное клиническое изменение в виде снижения воспалительного ответа отмечалось в 66 %. Отсутствие положительных клинических изменений за наблюдаемый период (6 суток) в группе МестаМидин-сенс наблюдалось в 23 %, при использовании Бетадина – в 34 %, хлогексидина – 44 %.

Обращает на себя внимание то, что при использовании раствора МестаМидин-сенс в 4 % наблюдений в цитограммах на 6 сутки отмечалось появление мицелия грибов. В 3 % наблюдений наличие мицелия грибов отмечалось в цитограммах воспалительного типа умеренной степени при поступлении, их присутствие также имеет место и в цитограммах на 6 сутки, несмотря на переход

данных цитогрaмм в невоспaлительный тип. В группах с применением раствора Бетадина и хлоргексидина формирования мицелия грибов в цитогрaммах не отмечалось, что указывает на эффективность этих антисептиков в отношении грибковой патологии.

Анализируя результаты исследований было обнаружено, что на 2-е сутки лечения у пациентов из трех групп не было различий. Определялся экссудативно-воспaлительный тип цитогрaмм с преобладанием нейтрофильных лейкоцитов с признаками деструкции, незначительно количество макрофагов, лимфоцитов и отсутствием фибробластов.

В процессе лечения Бетадином к 6 суткам в цитогрaммах сохранялись признаки экссудативного воспаления незначительно увеличивалось число лимфоцитов и фибробластов. Среди макрофагов преобладали незрелые формы, Процент лимфоцитов и фибробластов незначительный.

Замедление регенераторных процессов связано с отсутствием в динамике лечения заметного роста макрофагов. Снижение функционального резерва нейтрофилов и макрофагов, отражает снижение их эффективного потенциала. При лечении хлоргексидином формировались условия к хронизации процесса.

У пациентов группы МестаМидин нормализация ЛИИ проходила на 3 сутки, при применении препарата Бетадин на 4 сутки, группы хлоргексидин 6 сутки.

В препаратах пациентов, применявших препарат МестаМидин, на 3 сутки лечения, значительно чаще, чем применявших асептические повязки с Бетадином на 4 сутки определялись макрофаги и фибробласты, повязки с хлоргексидином только на 6 сутки. К 4 суткам лечения у пациентов с применением лечебных повязок МестаМидин определялся регенераторный тип цитогрaмм, «чистый» фон, уменьшение содержания нейтрофилов, рост числа макрофагов, увеличение лимфоцитов и фибробластов.

Выводы:

1. Применение гидроактивных повязок МестаМидин во вторую и третью фазу раневого процесса ускоряет сроки заживления и реабилитации пациентов с ожоговыми ранениями, более эффективно, чем Бетадин и традиционных повязок с хлоргексидином.

2. Цитологическая диагностика важна на любом этапе заживления ожоговой раны, позволяет судить о характере морфологических изменений, определять фазы раневого процесса, уточнить показания и противопоказания к использованию лечебных мероприятий.

3. Метод физиологичен, технически прост, экономически выгоден.

4. Цитологическое исследование имеет возможность динамического наблюдения за раной в условиях *in vivo*, представляет богатые возможности для практических и теоретических обобщений.

5. Изучение цитогрaмм указывает, что использование раствора МестаМидин при лечении ожоговых ран позволяет сократить сроки лечения за счет сокращения фаз воспаления в сравнении с раствором Бетадина и традиционным местным лечением хлоргексидином.

Преимуществом в обследовании лечения и последующем наблюдении являются общими звеньями системы лечения ожоговых ран, при этом предполагается взаимопонимание хирурга, цитолога и пациента.

Литература

1. Глянец С.П. Требования к современным лечебным повязкам и их практическое применение: материалы Второй Международной конференции. 1995:28-49.
2. Покровская М.П., Варфоломеева А.Г. Цитология раневого экссудата, как показатель заживления ран. М., 1942:1-42.
3. Сергель О.С., Гончарова З.Г., Тепляков В.Г. Раны и раневая инфекция. М., 1990:192-196.
4. Багинская И.С., Туманов В.П. Эффективность местного лечения хронических ран гидроактивными повязками. *Новости клинической цитологии России*. 2002;6(3-4).
5. Туманов В.П., Серов Г.Г., Рукова Г.С. Цитологическая характеристика культуры фибробластов человека и оптимальные условия трансплантатов для клиники. М., 1997:34.
6. Кононов А.В. Местный иммунитет и регенерация слизистых оболочек при хроническом воспалении (биопсийное исследование). Омск, 1993:320.
7. Туманов В.П., Глущенко Е.В., Морозов С.С., Саркисов Д.С. Способ лечения ожоговой раны. Бюллетень изобретателя и рационализатора. 1991;1:51.
8. Туманов В.П. Современные клеточные технологии. *Новости клинической цитологии России*. 2007;2:3-4.
9. Костюченко Б.М., Карлов В.А. Классификация раневого процесса. Руководство для врачей. М., 1990:187-188.
10. Воспaление: руководство для врачей / под ред. В.В. Серова, В.С. Паукова. М.: Медицина, 1995:640.

ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН-МАРКЕР СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ СО ВОЛЖСКАЯ ЦРБ

С.Н. Братко, О.Ю. Козлова, А.Е. Атаева, Х.С. Кенжигалиева, Д.О. Гусев

Волжская центральная районная больница, Самарская область

В работе представлены результаты обследования 45 мужчин от 55 до 80 лет с установленным диагнозом рака предстательной железы (I, II, III, VI стадии). Отмечено, что степень морфологических изменений в предстательной железе зависит от уровня содержания в крови простатический специфический антиген (ПСА).

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний у мужчин среднего и пожилого возраста. В структуре онкологической патологии это заболевание занимает 2–3 место после рака легкого и желудочно-кишечного тракта, а также входит в тройку лидеров по смертности мужчин от злокачественных образований.

Заболеваемость по Самарскому региону раком предстательной железы превышает общероссийскую и имеет устойчивую тенденцию к росту с выраженным подъемом в 2018–2019 годах до 42,83 на 100 тыс. населения. На сегодняшний день достигнуто значительное снижение этого показателя (34,87 на 100 тыс. мужчин). Тем не менее продолжающего превышать общероссийский уровень (27,42 на 100 тыс. мужчин в 2020–2021 гг.). Городское население заболевает вдвое чаще, чем сельское – 40,41 и 20,31 на 100 тыс. мужчин, соответственно. Для сравнения, средняя заболеваемость (20–50 на 100 тыс. мужчин) характерна для Южной Америки и европейских стран, а наиболее низкая заболеваемость раком предстательной железы (10 на 100 тыс. мужчин) регистрируется в Японии, Китае и Индии. Анализ смертности от рака предстательной железы свидетельствует о его неуклонном росте. На отчетный период показатель смертности 16,35 на 100 тыс. мужчин региона, а по России 12,9 на 100 тысяч мужчин от рака предстательной железы.

Цель исследования: актуальным является ранняя диагностика рака предстательной железы. В этом отношении наиболее ценным опухолевым маркером является простат-специфический антиген (ПСА).

Материалы и методы. Работа выполнена в ГБУЗ СО Волжская ЦРБ, основана на результатах

оперативного лечения и уточняющей пункционной биопсии у 9 пациентов в период 2020–2021 гг. Мужчины в возрасте 55–80 лет с установленным морфологическим диагнозом «рак предстательной железы». Диагностические исследования по определению уровня ПСА проводились на иммунохимическом анализаторе Access 2, ф. Becton Coulter.

У части пациентов выявлена концентрация онкомаркера выше 4 нг/мл. При получении результата исследования уровня общего ПСА, выше интервала 4 до 10 нг/мл, обязательно исследовалась доля свободного ПСА.

В 2020 г. обследовано на ПСА общ. 2218 человек, из них «> 4–10» – 214 человек (9,65 %); в 2021 г. обследовано на ПСА общ. 1850 человек, из них «> 4–10» – 210 человек (11,37 %).

Обследованным, у которых содержание ПСА не превышало установленного порогового значения, проведено пальцевое ректальное исследование и обнаружено уплотнение в предстательной железе. По результатам биопсии установлен диагноз рака предстательной железы на разных стадиях развития. I стадия – 3 человека (33 %), II стадия – 4 человека (44 %), III–IV – 2 человека (23 %). Показатель определения ПСА в крови указывает на тяжелый патологический процесс в предстательной железе. Всем пациентам выполняли инструментальное исследование (УЗИ, КТ), подтверждающих наличие и локализацию образований в предстательной железе.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистической программы STADIA 6.3, выражая данные в виде средней арифметической стандартной ошибки ($M \pm m$). О достоверности различий судили по непараметрическому критерию. Различия между показателями считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Обсуждение результатов. С 50 лет всем мужчинам рекомендован скрининг рака предстательной железы. Исследование крови на ПСА (простатический специфический антиген) 1 раз в 1–2 года. На базе ГБУЗ СО «Волжская ЦРБ» было обследовано в 2020–2021 гг. – 4068 человек в возрасте от 45 до 80 лет.

Анализ результатов показал, что уровень ПСА в сыворотке крови больных раком простаты по медиане составил 6,88 (межквартильный размах 1,45–13,45). У больных I ст. опухолевого процесса содержание онкомаркера равно 1,45 (0,35–6,20) нг/мл, II ст. – 7,55 (1,67–13,45) нг/мл, III–IV ст. – 13,53 (11,18–36,93) нг/мл. При морфологической оценке удаленных образований предстательной железы (ПЖ) использовали классификацию опухолей, основанную на международной классификации опухолей, рекомендованной ВОЗ 2006.

Таким образом, у больных раком предстательной железы на ранних стадиях развития опухолей может наблюдаться нормальная концентрация ПСА крови, нарастающая при прогрессировании процесса, одной из наиболее важных характеристик опухоли считается потенциал ее роста. Скорость роста опухолей у разных больных может быть различной, даже при одной стадии болезни и при равной степени дифференцирования опухоли.

Полученные данные показывают возможность быстрой и малоинвазивной диагностики опухолевого заболевания на разных стадиях развития при проведении скрининговых исследований уровня разных фракций простатспецифического антигена.

Заключение. Региональной особенностью Самарской области является превышение показателей ранней диагностики рака предстательной железы над общероссийскими. Так, в 2020 году рак простаты был диагностирован в I–II стадии у 43,1 % человек, в III стадии – у 39,4 %, соответствующие общероссийские показатели – 37,6 % и 38,2 %. В Волжском районе установлен рак ПЖ: I стадия – 33 %, II стадия – 44 %, III–IV – 23 %.

Причинами, объясняющими расхождение региональных показателей по сравнению с общероссийскими, могут служить повышенный риск развития данной патологии в Самарской области, а также организация онкоурологической службы по выявлению, учету и лечению больных раком предстательной железы, соответствующая современным требованиям.

ЭЛЕМЕНТЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПЕРСНИФИКАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

С.Е. Коновалов¹, И.М. Куликовских²

¹Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара

²Самарский национальный исследовательский университет им. академика С.П. Королева, Самара

Введение. Формирование первичного диагноза в реальной клинической практике происходит на основе данных, не всегда отличающихся полнотой, достаточностью, точностью и непротиворечивостью. При этом клиническое решение принимается в условиях ограниченности времени и в рамках существующих стандартов. Пространство входящих признаков, как правило, имеет большую размерность, связанную с обилием зашумляющих параметров, которые впоследствии редуцируются. Продолжается разработка различных систем поддержки принятия решений (СППР) на основе технологий искусственного интеллекта (ИИ).

Цель работы: применить методы ИИ Machine Learning «без учителя» (PCA, параллельных координат, кластеризации) для оптимизации анализа признакового пространства на всех этапах выбора клинической стратегии на модели мочекаменной болезни (МКБ) с почечной коликой.

Материалы и методы. 87 пациентов с МКБ, поступивших экстренно, включены в выборку случайным образом. Проведен анализ 208 входящих параметров (клинические и инструментальные данные), которые в совокупности составляют достаточно полный информационный «образ» пациента О1. Этап принятия решения А1 осуществлялся путем выбора из альтернатив лечебных сценариев (консервативная терапия, варианты операций). Результат лечения Y оценивался по известным критериям качества и эффективности, наличию осложнений и шкалам SF-36.

Реализация методов анализа PCA, параллельных координат, и кластеризации K-means осуществлялась с применением открытых библиотек Python Scikit-learn, Matplotlib.

Результаты. Алгоритм выделил 6 первичных кластеров О1, отличающихся по качеству заполненных данных, анамнезу, осложнениям, характеристикам МКБ.

Также определено по 6 кластеров этапа клинического решения О1А1 и исходов лечения О1А1У1.

Проведено сопоставление состава объектов, входящих в однородный кластер, методом простой оценки пересечения множеств.

В основных кластерах (75 % наблюдений) сохранялась однородность групп на этапах О1-О1А1-О1А1У1, что говорит о управляемом и прогнозируемом лечебном процессе.

В 12,6 % отмечено объединение результатов У различных кластеров О1. В 12,4 % случаев – феномен миграции наблюдений и расщепления исходного кластера.

Клиническая интерпретация результатов осуществлялась определением параметров с наибольшими весами в главных компонентах РСА. Наиболее значимыми группами параметров, влияющими на этапы О1А1-О1А1У1 оказались анамнез, обменные нарушения (ХБП, ОПН, диабет, подагра, ожирение), множественность камней и инфекционные осложнения.

Выводы. Метод анализа кластерных групп позволяет объективно оценить траектории лечебного процесса в первично однородных выборках.

Комплексирование методов анализа данных выявляет индивидуальный профиль пациента, обосновывая персонифицированный выбор тактики лечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Н.С. Красненкова¹, М.Б. Петров², Л.А. Барышникова¹, М.Н. Кабаева¹, Н.А. Воекова¹

¹Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.В. Постникова, Самара

²Санаторий «Лесное», Тольятти

Введение. Туберкулез – социально значимое, опасное для окружающих заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза. Характеризуется длительным периодом лечения. Отношение пациента к болезни, как и любое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо. От него зависит сам ход лечения, приверженность к лечению и во многом исход заболевания. Важен комплексный подход, включающий психологическое сопровождение всей медицинской помощи пациенту.

Цель работы: повышение эффективности длительного лечения в противотуберкулезной медицинской организации за счет реализации комплексного подхода с обязательным наличием психологического сопровождения.

Материалы и методы. Изучены данные у 52 пациентов и 14 сотрудников. Осуществлялись психологические консультации, психокоррекция эмоциональных состояний пациентов. Использованы методики психологического сопровождения: «Диагностика профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон); «Колесо жизненного баланса» (Пол Дж. Майер); психодиагностическая методика для определения типа отношения к болезни «ТО-БОЛ»; авторская программа психологического

тренинга «Профилактика синдрома эмоционального выгорания» для сотрудников.

Результаты. Выделены три блока отношений к болезни у пациентов. Первый блок отношений: гармоничное (24 человека – 46,1 %), эргопатическое (27 человек – 51,9 %), анозогнозическое (17 человек – 32,6 %). Второй: тревожное (2 человека – 3,8 %), ипохондрическое (2 человека – 3,8 %), неврастеническое (7 человек – 13,5 %), меланхолическое (1 человек – 1,9 %), апатическое (4 человека – 7,7 %). Третий: сенситивное (14 человек – 26,9 %), эгоцентрическое (2 человека – 3,8 %), паранойяльное (2 человека – 3,8 %) и дисфорическое (2 человека – 3,8 %). Смешанные типы отношений выявлены у 27 человек (51,9 %). При оценке динамики показателей в результате тренинга у сотрудников установлено: снижение эмоционального истощения на 7 баллов; перемещение деперсонализации с высокого уровня на средний; увеличение редукции личных достижений на 5 баллов, увеличение сектора сфер жизненного баланса («Деньги», «Личностный рост», «Здоровье и спорт») на 1 балл.

Выводы. Психологическое сопровождение пациентов позволяет выделить лиц с позитивным отношением к болезни и стремлением преодолеть заболевание (первый блок отношений) и лиц с нарушением социальной адаптации (второй и третий

блоки). Дальнейшее индивидуальное психологическое сопровождение длительного лечения больных туберкулезом обеспечивает повышение привер-

женности к лечению в зависимости от вида отношения к болезни. Проведение тренингов с сотрудниками способствует снижению уровня эмоционального выгорания.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ

**М.С. Шейфер, Н.Г. Дорофеева, А.А. Кузнецов, А.А. Боклин,
Е.П. Чистакова, И.В. Корытный**

Самарская областная клиническая психиатрическая больница, Самара

Четыре года пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) позволили накопить и обобщить опыт лечения пациентов с сопутствующими психическими расстройствами. Временные методические рекомендации по лечению и диагностике НКИ (версия 16) лишь к 18.08.2022 г. определили порядок оказания помощи данной категории пациентов, оставляя тактику лечения в предыдущие годы на личный опыт врачей.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов психиатрического профиля с новой коронавирусной инфекцией в отделении реанимации.

Материал и методы. За период с сентября 2021 г. по апрель 2022 г. в отделении реанимации госпиталя для лечения пациентов с НКИ Самарской областной клинической психиатрической больницы проведено лечение 142 пациентов, из них 62 (43,7 %) психиатрического профиля. В структуре пациентов отделения реанимации заболевших НКИ вакцинировано 40 (64,5 %).

Показанием для перевода в отделение реанимации пациентов с НКИ является развитие острого психоза, делирия.

Все пациенты психиатрического профиля на фоне НКИ в отделении реанимации получают базовое лечение, согласно временным рекомендациям Министерства здравоохранения РФ.

Необходима четкая дифференцировка психического состояния пациента, сбор анамнеза – либо

это хроническое психическое расстройство, декомпенсированное на фоне НКИ, или дебют его, либо имеет место острое психическое расстройство, обусловленное гипоксией, интоксикацией.

С учетом коморбидности пациента с психическим расстройством и органотоксичностью некоторых психотропных препаратов, либо их непосредственным действием (угнетение сознания) следует учитывать побочные действия каждого назначенного лекарственного средства. В частности, нейролепсия при приеме нейролептиков может вызывать мышечную скованность и затруднять дыхание пациента. Особую опасность для жизни может представлять нейролептический синдром, протекающий с лихорадкой и маскирующий тяжесть течения НКИ.

В некоторых случаях требуется отмена психотропных препаратов до стабилизации соматического состояния, либо коррекция дозы и кратности введения назначенных ранее препаратов. Также необходимо учитывать, что НКИ может изменять профиль переносимости психотропных лекарственных препаратов.

Выводы. При лечении пациентов с психическими расстройствами на фоне НКИ в отделении реанимации требуется тщательная дифференциальная диагностика возможных побочных явлений всех лекарственных препаратов, их взаимодействия и учет коморбидности пациентов.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОЕКТ ПРИОБРЕТЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА «ВЕКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ»

Е.М. Синицына, И.П. Кузнецова, О.В. Овчинникова

Самарская областная клиническая психиатрическая больница, Самара

Компетентность медицинских кадров является одним из важнейших условий квалифицированного оказания медицинской помощи пациенту.

Цель исследования: разработать и изучить метод приобретения компетенций и контроля за ними средним медицинским персоналом и доказать его эффективность в условиях лечебного отделения стационара.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 20 средних медицинских сотрудников психиатрического фтизиатрического отделения Самарской областной клинической психиатрической больницы.

Наличие квалификационных категорий у среднего медицинского персонала не является единственной компетенционной характеристикой сотрудника, иногда является формальной. Объективная оценка характеристик сотрудника возможна только при постоянном наблюдении за его работой непосредственно на рабочем месте. Были разработаны модели профессионального развития специалистов сестринского дела и метод приобретения компетенций «вектор профессионального движения», которые помогли описать, объяснить, контролировать этапы, связанные с профессиональной деятельностью медицинских сестер.

Ступени профессионального роста располагаются последовательно, продвижение по ступеням клинической лестницы происходит в определенном порядке. Старшая медицинская сестра оценивает последовательное продвижение сотрудников по профессиональному вектору. В течение первых шести месяцев работы (начальный) сотрудника старшая медицинская сестра наблюдает за его работой. Дает свою характеристику и оценку деятельности работника.

Через два года с начала профессиональной деятельности (прогрессивный) сотрудник имеет право подать заявку старшей медицинской сестре на получение следующего профессионального звания. Старшая медицинская сестра с приложенной характеристикой и сформированной оценкой обращается для согласования данного вопроса к за-

местителю главного врача по работе с сестринским персоналом. При переходе на третью ступень (компетентный) основным показателем возможности получения звания является проявление инициативы в работе. На данном этапе сотрудник может рассматриваться старшей медицинской сестрой как наставник молодым специалистам. Данный вопрос обсуждается на совете сестер медицинского учреждения. Принятие решения происходит путем голосования. К сотруднику предъявляются требования на уровне медицинского учреждения, а не только лечебного отделения.

При поэтапном движении сотрудника по профессиональному вектору нельзя перейти на следующий этап, не завершив предыдущий и не приобретя новые компетенции. Все ступени располагаются последовательно. Для сбора сведений об уровне компетенций специалистов сестринского дела используются различные инструменты – оценка практики на рабочем месте; основанная на непосредственном наблюдении; соблюдение должностных инструкций; формирующая оценка; обратная связь от коллег, клинического наставника и пациентов; участие в обучающих мероприятиях, выступления на конференциях; создание медицинских статей, СОП; участие в местных комиссиях/секторах/рабочих группах; участие в разработке различных медицинских проектов, участие в конкурсах; использование онлайн-ресурсов для самообучения.

Результаты. Сотрудники стали четко ориентированы на соответствующие цели и задачи, содействующие профессиональному развитию, повысилось качество работы сестринского персонала и производительность труда, компетентность, возросла заинтересованность сотрудников в продвижении по профессиональному вектору, приобретении новых умений и навыков, повысился коэффициент участия сотрудников отделения в научно-исследовательской работе, санитарно-просветительской, профилактической, реабилитационной деятельности. Два сотрудника подготовили научно-исследовательскую работу по теме «Психи-

ческие нарушения у лиц с туберкулезной инфекцией», которая была опубликована в Российском медицинском журнале. Выявлены потенциальные наставники молодых специалистов, резерв старшей медицинской сестры, которым было присвоены звания «профессионал» и «продвинутый профессионал». Два медицинских брата, достигших ступени «продвинутый профессионал» предложили организовать для пациентов спортивные секции «шахматы» и «нарды» и стать их руководителями в рамках реабилитационных мероприятий.

В ходе реализации данного проекта повысился интерес медицинских сестер к самообучению и обучающим онлайн-ресурсам. Все сотрудники отделения из числа сестринского персонала зарегистрировались на информационном портале ZDRAV.RU, сайте непрерывного медицинского образования. По объективному мнению врачебного состава отделения и администрации больницы работа медицинских сестер отделения значительно улучшилась. О положительных результатах говорят

и многочисленные отзывы пациентов и родственников о работе сестер отделения.

Во время реализации проекта стало понятно, что в современном отечественном здравоохранении большое внимание следует уделить вопросам организации и управления медицинским персоналом младшего звена. Младший персонал в настоящее время является не только механическими уборщиками, исполняющими функцию клининга. Современная медицина предъявляет к ним особые требования. Они обязаны обладать определенными компетенциями. Перспективным является дальнейшее применение инновационного проекта «Вектор профессионального развития» для младшего медицинского персонала.

Выводы. Инновационный метод приобретения компетенций средним медицинским персоналом доказал положительное влияние на медицинскую деятельность медицинских сестер лечебного отделения, но и выявил слабые стороны и необходимость расширения данного подхода и на младший медицинский персонал.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ МАТКИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Д.А. Лю

Медицинский университет «Реавиз», Самара

Врожденные аномалии матки возникают во время эмбрионального развития, но клинически они могут проявиться уже в подростковом или репродуктивном возрасте в виде функциональных нарушений.

Цель: изучить частоту встречаемости пороков развития матки у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности.

Материалы и методы. Проведен анализ научных статей по изучаемой теме за период 2002–2022 гг., из источников elibrary.ru и pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.

Результаты. Показатели распространенности врожденных аномалий матки среди населения варьируют от 0,06 до 38 %.

В двух систематических обзорах оценивалась распространенность аномалий матки, сообщая о 5,5 % среди популяции, 8 % с бесплодием, 13,3 %

с невынашиванием беременности и 24,5 % с невынашиванием беременности и бесплодием.

Частота обнаружения ультразвуковым методом диагностики врожденных пороков матки: при гипоплазии матки – 1,61–6,45 %; седловидной матке – 5,00–5,65 %; при неполной перегородке в дне матки – 1,61–5,00 %; при сочетании неполной перегородки и гипоплазии матки – 0,81–3,57 %; при сочетании седловидной матки и гипоплазии матки – 2,86 %; при двурогой матке – 0,81 %.

Выводы. Строение матки среди женщин репродуктивного возраста, страдающих бесплодием и невынашиванием беременности, встречается с аномалиями, которые варьируются в большом процентном интервале, что связано с оценкой различных исследуемых групп населения и использованием различных диагностических методов.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ РАКА РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Т.П. Лужнова, О.Н. Аблекова, С.С. Изгарская

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель работы: оценить информативность ультразвукового метода исследования (УЗИ) в выявлении рака ректосигмоидного отдела толстой кишки на ранней стадии.

Материал и методы. Для работы взяты истории болезни 70 пациентов с диагнозом рак ректосигмоидного отдела толстой кишки (С19 по МКБ-Х) обратившихся в ГБУЗ СОКОД (государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер») в 2021 году, из них только у 34 диагноз поставлен впервые, 36 пациентов оказались из диспансерной группы. 32 пациентам, помимо физического осмотра онкологом и лабораторных методов, выполнялась фиброколоноскопия (ФКС) с биопсией, УЗИ брюшной полости и малого таза на аппаратах экспертного уровня (LOGIC S8), оперативное лечение с последующим гистологическим исследованием материала, 1 пациент прооперирован экстренно по поводу ОКН (острая кишечная непроходимость), УЗИ не проводилось и 1 пациенту выполнена магнитно-резонансная томография. При УЗИ признаком патологического процесса в кишке является синдром поражения полого органа, это неравномерное утолщение стенки, с нарушением дифференцировки слоев, неровным контуром, деформацией просвета кишки.

Результаты. Из 32 пациентов изменения стенки кишки при УЗИ выявлено у 11 (34,3 %) различной стадии. Первичная опухоль Т1 для УЗИ не видима, потому что распространяется в пределах подслизистого слоя, далее учитывать ее в подсчете не будем. Опухоль Т2 – распространяется на мышечный слой, опухоль Т3 прорастает за мышечную оболочку до серозы, Т4 – прорастает за висцеральную брюшину.

Всего в анализируемой группе пациентов с Т2 было 11, из них у 1 (9 %) изменения определялись при УЗИ, пациентов с Т3 – 15, из них изменения при УЗИ у 6 (40 %), пациентов с Т4 – 5, из них при УЗИ выявлена патология у 2 (40 %).

Распределение пациентов по стадиям заболевания следующее: I стадия – 2 пациента, II стадия – 14, IIa – 3, IIб – 1, III стадия – 3, IIIб – 2, IV – 7 пациентов, среди них при УЗИ изменения выявлены у 5

(35,7 %) пациентов со II стадией, у 2 (66,7 %) пациентов с III стадией, у 2 (28,6 %) пациентов с IV стадией. При I стадии опухоль растет в пределах слизистой и подслизистого слоев, при IIa – опухоль растет преимущественно в просвет, сужая его менее чем на 50 %, при IIб – опухоль растет в просвет и прорастает стенку кишки за серозную оболочку, при III – окружность просвета кишки сужена опухолью более чем на 50 % и поражена стенка, IIIб – дополнительно регионарные метастазы, при IV стадии – изменения переходят с кишки на окружающие органы.

Для объективной оценки состояния стенок кишки необходим адекватный акустический доступ, который включает отсутствие метеоризма, ожирения, признаков кишечной непроходимости, хорошая подготовка кишечника (соблюдение диеты и очистительная клизма накануне обследования). В силу разных причин не всегда эти требования выполняются, что затрудняет осмотр.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что рост опухоли в просвет кишки (66,7 %) и поражение всех слоев стенки (40 %) являются наиболее информативными для выявления при УЗИ. Опухоль с тотальным поражением стенок (Т4) выявлена у 40 % пациентов методом УЗИ, что может быть объяснено затруднением визуализации из-за признаков кишечной непроходимости и отсутствия адекватного акустического окна.

Выводы: 1. Ультразвуковой метод является наиболее информативным для выявления злокачественного заболевания ректосигмоидного отдела толстой кишки на II стадии или при размере первичной опухоли Т3.

2. При наличии специфических жалоб на боли в животе, потерю веса, примеси крови или слизи в стуле целесообразно прицельно осмотреть все отделы толстой кишки, включая ректосигмоидный, при необходимости трансвагинально или трансректально, полостным датчиком.

3. Метод УЗИ является доступным и безопасным в качестве первичного метода при обследовании пациентов с подозрением на рак кишечника.

ТАКТИКА БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ БОЛЬНОМУ С ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

И.Н. Майданюк

Самарская областная станция скорой медицинской помощи, Новокуйбышевск

Работа на скорой помощи достаточно разнообразная. Сейчас специалист педиатр, а через час уже травматолог, кардиолог, невролог. Специфика работы такова, что специалисты должны уметь разобраться в заболевании, дифференцировать, стабилизировать и передать больного врачу приемного отделения в кратчайшие сроки. Много времени на рассуждения у бригад нет. Поэтому специалист должен иметь представления обо всех критических состояниях и знать стандарты оказания скорой медицинской помощи. С 1 сентября 2021 года вступил в силу приказ № 3Н об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер скорой медицинской помощи», согласно которому в обязанности фельдшера входит обеспечение центрального венозного доступа, интубация трахеи. Каждый сотрудник скорой помощи должен уметь проводить сердечно-легочную реанимацию. Не зависимо от обстоятельств.

Больные разные и подход к ним индивидуальный, в рамках стандарта оказания помощи. Есть больные со встроенным электрокардиостимулятором.

Электрокардиостимулятор (ЭКС) – медицинский прибор, обеспечивающий нормальную частоту сердечных сокращений. ЭКС – достаточно умное устройство, практически компьютер: он наблюдает за работой сердца, и когда «понимает» что ЧСС снижается до критического уровня, он включается и не дает пульсу упасть ниже предельных значений. ЭКС работает по требованию (on demand). Если собственная ЧСС сердца не снижается ниже запрограммированного значения (например, 60 уд./мин), то стимулятор не включается. Стимуляция миокарда происходит только в тех случаях, когда наблюдается нарушение ритма – снижается ЧСС, в этом случае прибор посылает электрический импульс сердечной мышце.

Бывают ситуации, когда у больного с имплантированным кардиостимулятором развиваются состояния угрожающие жизни. Такими состояниями может быть желудочковая тахикардия без пульса либо, фибрилляция (трепетание) желудочков. Эти состояния требуют немедленной дефибрилляции, так как бездействие может привести к смерти

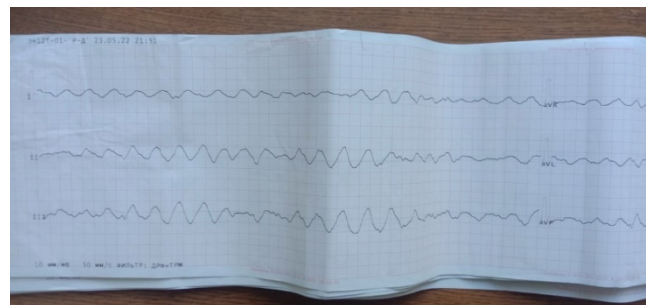
больного. Но как поступить, если у больного ЭКС? Давайте разберем клинический случай расширенной сердечно-легочной реанимации у больного с ЭКС и ответим на ряд вопросов:

1. Какая должна быть тактика бригады при данной ситуации?
2. Какие тактические ошибки может совершить бригада при оказании помощи?
3. Что необходимо помнить при оказании помощи больным ЭКС?

Клинический случай. На станцию скорой помощи поступает вызов с поводом боль в груди. Диспетчер передает его бригаде, которая незамедлительно выезжает.

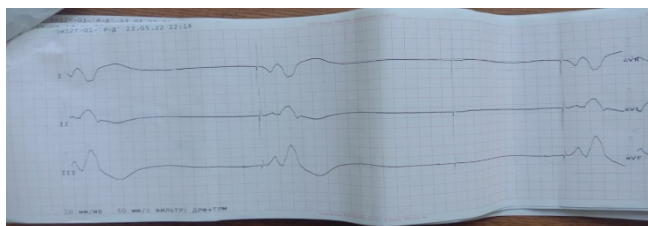
По приезду на адрес от соседки бригада выяснила, что вызывающая пожаловалась на боль в груди и вызвала СМП, а соседей попросила встретить бригаду. Позже соседи обнаружили женщину лежащей на полу в комнате без сознания. К этому времени бригада прибыла на место вызова.

При осмотре больной, был обнаружен имплантированный в левой подключичной области прибор, визуально похожий на датчик кардиостимулятора. Наличие ЭКС подтвердили соседи. Больная была без сознания, на обращенную речь и болевые раздражители не реагировала. Отмечались слабые редкие дыхательные движения малой амплитуды с ЧДД 3–5 в мин. Пульс на крупных артериях не определялся. Зрачки широкие. Фотореакции нет. На ЭКГ крупноволновая фибрилляция желудочков.



Принято решение о проведении сердечно-легочной реанимации. Начат непрямой массаж сердца с компрессией грудной клетки 100 в мин.

Больной произведена дефибрилляция разрядом в 200 Дж. Санация дыхательных путей и обеспечение их проходимости. Обеспечен внутривенный доступ. Через две минуты проведена оценка ритма: на ЭКГ зафиксированы стимулированные сокращения сердца кардиостимулятором с частотой 60 в мин без комплексов собственного сокращения сердца.



Ритм, навязанный желудочковой стимуляцией с эпизодом (1) неэффективного захвата желудочков. СЛР продолжена согласно алгоритму при асистолии.

Исходом сердечно-легочной реанимации стала констатация смерти.

Теперь разберем данный клинический случай.

1. Какая должна быть тактика бригады при данной ситуации?

Данное состояние является угрожающим жизни. Поэтому начать необходимо с незамедлительной дефибрилляции. В принципе, что и сделала бригада смп. Но у больного установлен ЭКС. Как быть в этом случае? Ответ один – если у больного сердечный ритм, который угрожает жизни, то дефибрилляция должна быть проведена незамедлительно несмотря на ЭКС. Только необходимо соблюсти особенности ее проведения. Согласно ГОСТ 31212-2003 (межгосударственный стандарт кардиостимуляторы имплантируемые. Общие технические требования и методы испытаний Implantable cardiac pacemakers. General specifications and basic test methods МКС 11.040.40 Дата введения 2015-01-01), не должно происходить нарушения функций ЭКС после разряда дефибриллятора. Таким образом, кто бы не был производителем ЭКС он должен предусмотреть защиту ЭКС от дефибрилляции.

2. Какие тактические ошибки может совершить бригада при оказании помощи?

Первой ошибкой может стать задержка проведения дефибрилляции (отсутствие под рукой дефибриллятора при его наличии в укладке машины, неисправность дефибриллятора). Дефибрилляция в

течение 1-й минуты повышает выживаемость пациентов с первичной фибрилляцией желудочков на около 90 %. Каждая последующая минута задержки нанесения электрического разряда снижает выживаемость на 7–10 %, поэтому важно как можно раньше провести дефибрилляцию.

Второй ошибкой может стать трата времени на наложение электродов электрокардиографа при наличии дефибриллятора с монитором. Если имеется АНД (автоматический наружный дефибриллятор), то он сам определяет ритм и если необходимо, то произведет разряд.

Так же ошибкой может стать отложенный непрямой массаж сердца и проведение медикаментозной терапии.

Не нужно забывать и про дыхание. Несмотря на приоритет НМС, во время ФЖ миокарду требуется больше кислорода для миоцитов и поэтому оксигенация тоже должна быть обеспечена.

Так же ошибками может стать не достаточное прижатие электродов дефибриллятора для достижения необходимого сопротивления или отсутствие проводника электричества (специального геля или салфетки смоченной водой).

3. Что необходимо помнить при оказании помощи больным с ЭКС?

Не стоит располагать электрод непосредственно над имплантированным устройством. В национальном руководстве скорой медицинской помощи указано, что при наличии ИДК или ЭКС электроды дефибриллятора следует накладывать как можно дальше от имплантированных устройств, используя переднезаднее или переднебоковое положение. Стараются выбрать такую позицию, чтобы расстояние между электродами и кардиостимулятором было более 8 см. Перед разрядом на рабочую поверхность электродов нужно нанести токопроводящее вещество. В рекомендациях по СЛР АНА, ERC ESC 2005 и 2010 гг. отмечается, что энергия первого разряда при дефибрилляции биполярными импульсами должна составлять от 120 до 200 Дж. При резистентности к электрическому воздействию необходимо быстро переходить к разрядам максимальной энергии. При применении монополярного дефибриллятора – 360 Дж. В момент нанесения разряда, электроды должны быть с силой прижаты к грудной клетке.

Техника безопасности при работе с дефибриллятором:

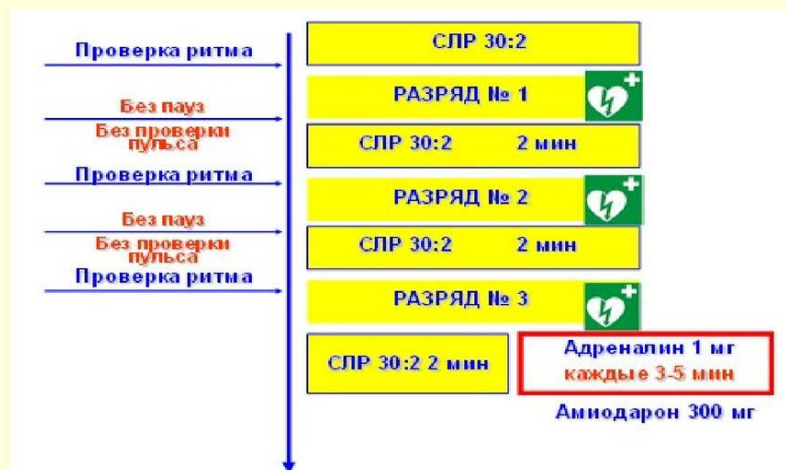
- в момент дефибрилляции необходимо исключить возможность прикосновения окружающих к пациенту;
- при работе с дефибриллятором нельзя прикасаться к трубам водопроводной, газовой или отопительной сети (т.е. следует избегать любых вариантов заземления).

Так же необходимо не забывать про медикаментозную терапию при внезапной остановке кровообращения в зависимости от сложившейся ситуации:

1. У больного фибрилляция желудочков. В данной ситуации необходимо проводить НМС пока не будет подготовлен дефибриллятор. Компрессии грудной клетки производятся плавно, без отрыва рук от груди на глубину 5–6 см с частотой 100–120 в минуту.

Наносим разряд необходимой мощности. Далее без проверки пульса и анализа ритма продолжить НМС.

Алгоритм расширенной реанимации при ритмах, требующих нанесения разряда дефибриллятора



2. Зафиксирована на ЭКГ асистолия.

Выполняя правильно алгоритм оказания помощи при внезапной остановке кровообращения, можно добиться как положительного, так и отрицательного результата. Наша цель – выполнить то, что от нас требуется. Выполняя свою работу пра-

вильно, мы можем спасти человека. Еще один аспект не мало важен. У всех сейчас есть телефоны, и люди очень любят снимать видео. Не всегда есть возможность остаться один на один с больным. Поэтому правильность действий может защитить вас при судебных разбирательствах.



РЕЗУЛЬТАТЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ВАКЦИНОЙ «СПУТНИК-М»

Е.А. Тутурова¹, А.Б. Максимов²

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара

²Самарская городская поликлиника № 3, Самара

Введение. Вакцинация – это верный и надежный способ защиты организма от болезней, тяжелого течения и развития осложнений. Пандемия коронавирусной инфекции привела к необходимости создания вакцины для детей. В связи с ростом заболеваемости, проявлением новых штаммов вируса у детей стали регистрироваться среднетяжелые и тяжелые случаи заболевания COVID-19 с поражениями легких, особенно у детей с фоновой патологией (бронхиальная астма, сахарный диабет, врожденные пороки развития и т.д.) [1]. Часто после перенесенного заболевания у детей стали регистрироваться мультисистемные воспалительные процессы. Кроме того, дети являются дополнительным источником заражения окружающих их взрослых, особенно старшего поколения. Детская вакцина «Спутник-М» представляет собой 2-компонентный препарат, полученный биотехнологическим путем. В состав входят рекомбинантный вектор на основе аденовируса человека 26-го и 5-го серотипов, несущих ген белка S-вируса SARS Cov-2, так как иммунная система работает более активно, чем у взрослых, дозировка у детей уменьшена в 5 раз по сравнению со взрослым аналогом «Спутник».

Материалы и методы. Вакцинация разработана в Национальном Исследовательском Центре Эпидемиологии и Микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи. Вакцина «Спутник-М» 2-фазная с интервалом 21 день. После поступления в 2022 году представленной вакцины в Самарскую Городскую поликли-

нику № 3 было проведено вакцинирование 280 детей и подростков с 12 до 17 лет. Все пациенты перед прививкой осматривались врачом педиатром, в присутствии родителей с их согласием.

Результаты. На первое введение вакцины из побочных явления отмечались у 27 детей (9 %) появление болезненности в месте инъекции, в течение последующих суток у 16 детей (6 %) регистрировалось повышение температуры до субфебрильных цифр, у 20 детей (7 %) отмечалась общая слабость. Значительного ухудшения общего состояния зарегистрировано не было. После второй вакцинации у 15 человек (5,3 %) боли в месте инъекции, у 9 (3 %) общая слабость, у 5 (2 %) субфебрильная температура.

Выводы. Представленные результаты показывают удовлетворительную переносимость вакцины. Такие кратковременные, невыраженные реакции не являются угрожающими для здоровья, а являются проявлением индивидуальной работы иммунной системы ребенка. Вакцинация от COVID-19 позволит сформировать иммунную защиту, создать иммунную прослойку, что приведет к снижению заболеваемости.

Литература

1. Williams PCM, Howard-Jones AR, Hsu P, Palasanthiran P, Gray PE, McMullan BJ, Britton PN, Bartlett AW. SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings. *Pathology*. 2020;52(7):801-808.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

С.Ф. Мамбетова

Самарская стоматологическая поликлиника № 6, Самара

Сегодня происходит трансформация взаимоотношений между медицинским персоналом и пациентами [7]. Важно обеспечить не только качественное оказание стоматологической помощи, но и обеспечить пациенту социальный, психологический комфорт [2]. Это подтверждает значимость непрерывного профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием.

Цель исследования: рассмотреть пути профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием в сфере стоматологии.

Материалы и методы. Статья является обзорной, носит теоретико-методологический характер. Использовались стандартные методы анализа литературных источников: обобщение, систематизация, классификация, сопоставление.

Результаты. Важная роль в профессиональном развитии среднего медицинского персонала отводится компетентностному подходу, в рамках которого формируются компетенции, определяющие в целом профессионализм и конкурентоспособность личности [10]. Для эффективного развития специалиста требуется соблюдение ряда принципов: адекватность обучения, направленность на достижение конкретных образовательных результатов; динамичность, способствующая процессам развития и саморазвития согласно внутренним изменениям и внешним влияниям; технологичность, обеспечивающая готовность персонала к внедрению и использованию в работе современных технологий, в том числе, компьютерно-информационных; индивидуальный подход к развитию личности специалиста [6].

Ряд исследователей подчеркивает необходимость участия специалистов, в профессиональных, образовательных мероприятиях (конференциях, семинарах, симпозиумах) [1, 3, 7, 8]. Подчеркивается необходимость повышения квалификации, направленной на освоение современных технологий, знакомство с новыми моделями и технологиями, стандартами оказания медицинской помощи.

Важная роль отводится обмену передовым опытом, в том числе, на международном уровне [4]. Обеспечение высокого уровня подготовки медицинского персонала, невозможно без создания и введения в действие государственных образовательных стандартов, адекватной организации учебного процесса, направленного на повышение квалификации, приобретение новых навыков и компетенций, необходимых для решения профессиональных задач, научно обоснованной системы контроля качества обучения на различных этапах подготовки и профессиональной деятельности [5].

Важная роль отводится расширению знаний, профессиональному развитию в сфере психологии, этики и деонтологии [9]. Важно сформировать у среднего медицинского персонала профессиональные навыки, которые помогут ему эффективно выполнять следующие функции: административная, коллективная, общественная. Важно уметь решать такие важные проблемы, как бригадная проблема, коллегиальная проблема, врачебная проблема, индивидуальная проблема (проблема индивидуального развития) [2].

Выводы. Таким образом, результаты проведенного нами исследования указывают на важность формирования и совершенствования профессиональных и личностных компетенций средних медицинских работников с целью развития личности специалиста, повышения качества оказываемой стоматологической помощи. В развитии сотрудника важная роль отводится профессиональным компетенциям (ПК), общекультурным компетенциям (ОК). В стоматологии практическая составляющая должна превалировать над теоретической подготовкой.

Литература

1. Антоненков Ю.Е., Чайкина Н.Н., Саурина О.С. О стоматологической службе Воронежской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(2):239-242.
2. Вечеркина Ж.В., Морозов А.Н., Смолина А.А. Деонтологические аспекты в ортопедической стоматологической практике. *Вестник новых медицинских технологий*. 2021;28(2):58-63.

3. Вечеркина Ж.В., Чиркова Н.В., Крючкова А.В. Подготовка обучающихся СПО по специальности «стоматология ортопедическая» в современных условиях. *Тенденции развития науки и образования*. 2020;67-3:70-74.

4. Гречихин С.С. Глобальный анализ распределения рабочей силы среди врачей-стоматологов Курской области и актуальность внедрения программы «Земский доктор». *Азимут научных исследований: экономика и управление*. 2021;2(35):153-155.

5. Игнатенко Г.А., Джоджуа А.Г., Первак М.Б. Государственная итоговая аттестация выпускников стоматологического факультета: организационно-методические аспекты. *Смоленский медицинский альманах*. 2019;2:40-45.

6. Кульбашна Я.А. Формирование профессиональной компетентности будущих стоматологов. *Вестник ВГМУ*. 2014;13(1):115-120.

7. Литвинцева С.А., Дьяченко В.Г., Лемещенко О.В. Динамика формирования профессиональных мотиваций

студентов. *Власть и управление на Востоке России*. 2017;2(79):63-74.

8. Попова Т.А., Пшеничников И.А., Урусова Г.Г. Особенности воспитательной работы со студентами медицинского вуза. *Актуальные научные исследования в современном мире*. 2019;4-2(48):93-96.

9. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению 31.05.03 «Стоматология» (уровень специалитета). Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09 февраля 2016 г. Зарегистрировано в Минюсте РФ 01 марта 2016 г. № 41275. С. 6-8.

10. Хасанова Д.Р., Галиуллина М.В. Формирование мануальных навыков как основа образовательного процесса в подготовке врачей-стоматологов ортопедического профиля. *Педагогический журнал Башкортостана*. 2018;6(79):37-39.

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД – ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ПОВЫСИТЬ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

А.В. Медведев

Иса克林ская центральная районная больница, Самарская область, Исаклы

Задача организации медицинской помощи, ориентированной на пациента, является не одной из модных тенденций, а насущной потребностью современности, гарантией построения конструктивных партнерских взаимоотношений между пациентами и медицинскими работниками, приводящей в итоге к взаимному росту удовлетворенности от процесса оказания/получения медицинской помощи. Современный пациент, как правило, грамотен, имеет собственное мнение по поводу не только предпочтительных методов диагностики и лечения собственных заболеваний, но и системы организации оказания медицинской помощи. Это мнение очень важно для нас. Во-первых, пациенты порой вносят действительно очень ценные рекомендации, пожелания, которые медицинская организация обязательно должна учитывать, а во-вторых – в ходе диалога медицинские работники могут разъяснить пациентам причины принятия тех или иных управленческих или медицинских решений. Результат в обоих случаях положительный – пациент из настороженного зрителя, скептика, критика, оппонента прекращается в созидательного партнера как в деле охраны собственного здоровья, так и в деле организации процесса оказания/получения медицинской помощи. Происходит это только

после того, как пациент ощутит неподдельную заинтересованность медицинских работников, всей медицинской организации в нем как в личности, в партнере.

Цель работы: разработать и внедрить ряд пациент-ориентированных мероприятий, направленных на повышение удовлетворенности пациента качеством и своевременностью оказанной медицинской помощи.

В качестве показателя удовлетворенности качеством медицинской помощи использовались показатели числа жалоб, поступивших от пациентов количество жалоб, направленных пациентами в вышестоящий орган власти и контрольные органы.

В 2021 году были внедрены следующие методы, позволяющие улучшить взаимодействие пациентов и персонала, руководства больницы:

1. Созданы странички главного врача, открытые группы в соцсетях «ВК» и «ОК», численность участников групп на 15.08.2022 составляет 798 и 344 человек соответственно.

2. В холле у регистратуры установлен стенд для размещения любой информации нерекламного содержания. На стенде размещают информацию не только администрация и работники больницы, но и пациенты.

3. Мобильные телефоны главного врача и заместителей размещены на стендах и объявлениях во всех медицинских подразделениях больницы, начиная от настенного плаката перед центральным входом ЦРБ.

4. На видном месте размещен почтовый ящик «Почта главного врача».

5. К обычному времени приема главным врачом пациентов добавлена фраза «а также в любое время при возникновении необходимости».

В результате повысилась заинтересованность пациентов жизнью больницы, все чаще они стали

использовать определение «наша больница» вместо распространенного ранее «ваша больница», повысился уровень взаимного доверия и скорость принятия корректирующих мер при объективных недостатках, указанных пациентами при личном общении, количество жалоб, направленных пациентами в вышестоящий орган власти и контрольные органы сократилось на 28 % – с 21 в 2020 году до 15 в 2021 году.

Таким образом, принятые меры можно считать эффективными, способствующими организации пациент-ориентированной системы с механизмами простой обратной связи.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ ПОЛНОСЛОЙНЫХ МЫШЕЧНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ В ХИРУРГИИ ДЕФЕКТОВ ГРУДНОЙ СТЕНКИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

М.А. Медведчиков-Ардия^{1,3}, Е.А. Корымасов^{1,2}, А.С. Бенян¹

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара

²Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара

³Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара

Актуальность. Количество пациентов с дефектами грудной стенки в результате развития постстернотомного медиастинита не уменьшается из года в год. Несмотря на все профилактические мероприятия, проводимые в кардиохирургических стационарах, риск развития этого тяжелого осложнения сохраняется на уровне 4–8 %. Еще одна проблемная группа пациентов – больные с опухолями грудной стенки, удаление которых приводит к образованию обширных дефектов, а также постлучевым остеомиелитом (или остеорадионекрозом) грудины и ребер. Лечение таких пациентов занимают, как правило, торакальные хирурги. Выбор реконструктивно-восстановительной операции основывается на глубине, площади и размерах дефекта, возможностях лечебного учреждения, а также на предпочтениях хирурга. Единого алгоритма хирургической тактики при устранении дефекта грудной стенки различной этиологии не существует.

Цель исследования: изучить трансплантационный потенциал аутологичных полнослойных мышечных лоскутов при устранении дефектов грудной стенки различной этиологии.

Материалы и методы. В хирургическом торакальном отделении ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина» в период с 2021 по 2022 гг. находились 30 пациентов с

инфекционно-воспалительным процессом в области передней грудной стенки: с остеомиелитом грудины и ребер различной этиологии – 9 человек, с постстернотомным медиастинитом было 21 пациент. Все пациенты оперированы. Хирургическая тактика была преимущественно двухэтапная. У 24 пациентов первым этап проводился дебридмент раны и вакуум-ассистированные повязки. Одноэтапный подход в хирургическом лечении был осуществлен у 6 пациентов: постстернотомный медиастинит V тип был у 4 человек, остеомиелит грудины на фоне опухолевого поражения у 2 человек. Реконструктивно-восстановительная операция выполнена 24 пациентам. У 15 пациентов были применены полнослойные лоскуты на питающих сосудах ножках. Полнослойный кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскут на а. epigastrica superior был использован у 10 пациентов (8 случаев с ПСМ, 2 случая с хроническим постлучевым остеомиелитом на фоне опухолевого поражения). Полнослойный кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскут на перфорантной ветви а. thoracica interna был применен у 3 пациентов с ПСМ. Полнослойный кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскут на а. thoracoacromialis использован у 2 пациентов с ПСМ. Изолированная пластика мобилизованным лоскутом большой грудной мышцы выпол-

нена 3 пациентам (2 случая с ПСМ, 1 случай с послеоперационным остеомиелитом ребер). В одном случае проведена оментопластика. Местные ткани в виде кожно-подкожного лоскута были применены у 5 пациентов.

Результаты и обсуждение. В период с 2021 по 2022 гг. из 30 пролеченных пациентов с инфекционно-воспалительным процессом в области передней грудной стенки погибло 4 человека (13,3 %). Все летальные исходы были у пациентов с постстернотомным медиастинитом на фоне сепсиса и полиорганной недостаточности. Объем хирургической помощи этим пациентам ограничивался дебридментом раны и применением вакуум-ассистированных повязок. У пациентов с пластикой мобилизованными мышечными ($n = 3$), а также с кожно-подкожными местными лоскутами ($n = 5$) заживление было первичным натяжением. Данные варианты пластики были применены у пациентов с небольшими, но глубокими дефектами в результате ограниченной резекции тела грудины, а также при отсутствии натяжения тканей при ушивании раны. У пациентов с протяженным дефектом грудной стенки (субтотальная резекция грудины с оставлением рукоятки или стернумэктомия) выполнялась

пластика полнослойным кожно-подкожно-фасциально-мышечным лоскутом на *a. epigastrica superior*. У 1 из 10 прооперированных пациентов развился ограниченный некроз кожи. Эпителизация происходила под струпом в течение 1 месяца. В случаях частичной резекции грудины и ребер, когда в результате дебридмента образовывался глубокий дефект с риском развития натяжения кожи при ее ушивании, применялся полнослойный кожно-подкожно-фасциально-мышечный лоскут либо на перфорантной ветви *a. thoracica interna*, либо на *a. thoracoacromialis*. Из 5 оперированных пациентов у одного из них в послеоперационном периоде развился частичный некроз кожи. После некрэктомии образовавшийся дефект зажил вторичным натяжением в течение 3х недель.

Выводы. Полнослойные кожно-подкожно-фасциально-мышечные лоскуты являются хорошим пластическим материалом для устранения глубоких и обширных дефектов грудной стенки. Основным преимуществом данных трансплантатов является хорошее артериальное кровоснабжение и достаточно большой объем тканей. Это позволяет полностью заполнить остаточную полость в переднем средостении и добиться хорошего приживления трансплантата.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

**И.В. Антропов, С.С. Скупченко, А.Н. Титов, М.А. Медведчиков-Ардия,
Д.Г. Храновский, С.А. Пушков**

Самарская городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова № 1, Самара

Актуальность. Лечение пациентов с осложнениями цирроза печени, в частности, с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода, остается актуальной проблемой современной хирургии в виду высокой летальности в данной группе больных, достигающей 35 %. Как правило, циррозом печени страдают пациенты трудоспособного возраст. Лечение носит преимущественно симптоматический характер.

Цель исследования: анализ результатов лечения пациентов с циррозом печени с синдромом portalной гипертензии и варикозно расширенными венами пищевода, осложненными кровотечением.

Материал и методы. В хирургическом отделении № 6 Самарской городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова в период с 2019–2022 гг.

на лечении находились 333 пациента с диагнозом «Цирроз печени, осложненный синдромом portalной гипертензии и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода». Женщин было 138 (41,4 %), мужчин – 195 (58,6 %). Средний возраст составил $50,8 \pm 8,4$ лет. Причиной цирроза печени был хронический гепатит у 266 пациентов (79,8 %), ишемическая болезнь сердца и хроническая сердечная недостаточность – у 67 пациентов (20,2 %). В экстренном порядке в стационар поступило 248 пациентов (74,5 %), в срочном порядке – 85 пациентов (25,5 %). Временным методом остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода была установка зонда Блэкмора на срок 24-48 часов. В связи с тяжестью состояния 99 (29,7 %) пациентов поступали сразу в отделение

реанимации и интенсивной терапии. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 267 человек, которым проводилось консервативное лечение, включающее инфузионную, антисекреторную, гемостатическую, симптоматическую терапию. Во вторую группу были включены 66 пациентов, которым помимо консервативных методов лечения проводилось эндоскопическое азигопортальное разобщение. Суть метода лечения заключается в эндоскопическом исследовании пищевода и желудка, оценки состояния варикозно расширенных вен, а также устранение патологических венозных анастомозов путем наложение латексных колец на вены пищевода. Эндоскопическое азигопортальное разобщение выполнялось в условиях операционной под внутривенной анестезией и седацией.

Результаты. В первые 24 часа от момента поступления в стационар во второй группе пациентов эндоскопическое азигопортальное разобщение было выполнено у 28 пациентов (42,4 %), в течение 48 часов - у 38 пациентов (57,6 %). Среднее время выполнения эндоскопического вмешательства составило $63 \pm 5,8$ минут. Средний срок пребывания в стационаре в первой группе составил $9,3 \pm 2,4$ дня, во второй группе $7,5 \pm 4,1$ день. Средний срок

пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии в первой группе составил $4,6 \pm 3,1$ дня, во второй группе $4,2 \pm 2,7$ дня. В первой группе погибло 16 человек, что составило 5,9 %. Во второй группе летальных исходов не зафиксировано. Прослежен отдаленный результат лечения пациентов в обеих группах. В течение 8 месяцев после выписки 18 пациентов первой группы были вновь госпитализированы в хирургическое отделение, эндоскопическое азигопортальное разобщение с хорошим клиническим результатом выполнено в 6 случаях. Повторное эндоскопическое азигопортальное разобщение среди пациентов второй группы было проведено у 5 пациентов в сроки от 6 до 10 месяцев.

Выводы. В условиях ургентного общехирургического стационара эндоскопическое азигопортальное разобщение является миниинвазивным, высокотехнологичным, эффективным методом лечения пациентов с циррозом печени, осложненным синдромом портальной гипертензии и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Включение в схему лечения этой тяжелой категории пациентов эндоскопических технологий позволяет снизить госпитальную летальность, снизить риск развития кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, улучшить качество жизни пациентов.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Н.В. Мельник¹, И.Н. Шаховская¹, П.Н. Золотарев²

¹Тольяттинская городская поликлиника № 1, Тольятти

²Министерство здравоохранения Самарской области, Самара

Сосудистые заболевания головного мозга и, прежде всего инсульты, остаются одной из важнейших проблем современного общества, являясь основной причиной глубокой и длительной инвалидизации населения. Огромный социальный и экономический ущерб, возникающий вследствие сосудистых заболеваний головного мозга, диктует необходимость совершенствования медицинской помощи при инсультах как в специализированных центрах [1], так и на амбулаторно-поликлиническом этапе. Особую роль в комплексной программе лечения обсуждаемого контингента пациентов играет реабилитация.

В круг задач реабилитации входит, прежде всего, возвращение пациента к активной социально-бытовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества и в конечном итоге улучшение качества жизни как самого пациента, так и его родственников. Известно, что отсутствие своевременного восстановительного лечения ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений, нарушению психоэмоционального статуса человека. По данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом более 30 % людей, перенесших инсульт, нуждаются в постоянном уходе,

более 20 % пациентов не способны самостоятельно передвигаться и только 20 % пациентов возвращаются в профессию.

Основными задачами реабилитации являются восстановление жизненно важных функций пациента с помощью как физических и психических методов, так воздействием на организм пациента медикаментозной терапией, направленной на нормализацию обменных процессов, выработку системы адаптации при необратимых изменениях, обусловленных патологическим процессом. Реабилитационный период после инсульта весьма вариабелен и зависит, прежде всего, от характера перенесенного нарушения мозгового кровообращения и масштаба повреждения головного мозга.

Для решения этих задач в ГБУЗ «ТГП № 1» была создана мультидисциплинарная бригада, включающая врача-невролога-реабилитолога, врача-психолога, логопеда, физиотерапевта, инструктора ЛФК. Мультидисциплинарная бригада согласно приказу МЗ РФ №788 от 31.07.2020 г. призвана оценить состояние пациента, направленного на реабилитационное лечение по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При этом выделяют следующие группы пациентов [2]:

➤ Пациенты с оценкой 0–1 балла по ШРМ, не нуждающиеся в продолжении медицинской реабилитации.

➤ Пациенты с оценкой 2–3 балла по ШРМ, которым мероприятия по медицинской реабилитации проводились на I и/или II этапах, направляются на III этап реабилитации в медицинскую организацию первой, второй, третьей и четвертой групп.

➤ Пациенты с оценкой в 4–5 баллов по ШРМ, которым мероприятия по медицинской реабилитации осуществлялись на I этапе направляются на второй этап медицинской реабилитации в медицинскую организацию второй, третьей и четвертой групп.

➤ Пациенты с оценкой 4–6 баллов по ШРМ, которые после мероприятий по медицинской реабилитации не изменили своего состояния направляются на II этап медицинской реабилитации в медицинскую организацию третьей и четвертой групп, с оценкой его реабилитационного потенциала и прогноза.

Медикаментозное лечение включает в себя ряд препаратов: антигипоксанты (Актовегин); антиоксиданты (Этилметилгидроксипиридина сукцинат); сосудистые средства (Пентоксифиллин, Вин-

поцетин); антихолинэстеразные (Ипидакрин, Прозерин); витамины группы В; антигипертензивные средства. Продолжительность курса лечения составляет 14 дней.

Применяемые нами программы реабилитации разрабатываются индивидуально, с учетом клинической картины, наличием сопутствующих заболеваний, возраста, возраста пациента и т.д. Индивидуальные программы реабилитации после нарушений мозгового кровообращения, кроме медикаментозной терапии, включают:

- медицинский массаж;
- лечебную физкультуру;
- психотерапию;
- социальную адаптацию;
- восстановление когнитивных функций, речи [3].

Известно, что у половины выживших после первого инсульта в течение первых пяти лет возможны повторные эпизоды острого нарушения мозгового кровообращения, поэтому все вышеперечисленные методы лечения являются профилактикой как осложнений, так и повторных инсультов.

ГБУЗ СО «ТГП № 1» – единственное ЛПУ в городе Тольятти, проводящее III этап реабилитации из средств ОМС пациентам, перенесшим инсульты. Помощь оказывается как прикрепленному контингенту, так и пациентам с других районов города. Востребованность этой услуги жизненно необходима, что обусловлено, с одной стороны, ростом количества инсультов, с другой стороны, отсутствием III этапа реабилитации в городе Тольятти в рамках ОМС. Хотя койки реабилитации в ГБУЗ СО «Тольяттинская городская поликлиника № 1» открыты сравнительно недавно (с июля 2019 г.), однако при двухсменном режиме работы отмечен значительный рост количества пациентов по годам (см. табл. 1).

Распределение пациентов по гендерному признаку представлено в таблице 2.

Таблица 1. Количественная характеристика работы отделения реабилитации ГБУЗ СО «ТГП № 1» по годам

Период	ГБУЗ СО «ТГП №1»	Сторонние медицинские организации	Всего
2019 г.	38 чел.	7 чел.	45 чел.
2020 г.	61 чел.	19 чел.	80 чел.
2021 г.	78 чел.	25 чел.	103 чел.
2022 г.	33 чел.	18 чел.	51 чел.
ИТОГО	210 чел.	59 чел.	279 чел.

Таблица 2. Распределение пациентов по гендерному признаку

Возраст	Мужчины	Женщины	ИТОГО:
20-29 лет	–	2 чел.	2 чел.
30-39 лет	3 чел.	3 чел.	6 чел.
40-49 лет	24 чел.	15 чел.	39 чел.
50-59 лет	46 чел.	24 чел.	70 чел.
60-69 лет	49 чел.	26 чел.	85 чел.
70-79 лет	28 чел.	42 чел.	70 чел.
80-89 лет	3 чел.	3 чел.	6 чел.
90-99 лет	1 чел.	–	1 чел.
Всего	154 чел.	115 чел.	279 чел.

Характер перенесенного ОНМК у пролеченных нами пациентов представлен на рисунке 1.

**Рисунок 1.** Характер перенесенного ОНМК у пролеченных пациентов

Анализ полученных нами фактических данных показал, что проведенная реабилитация позволила получить удовлетворительные и хорошие результаты практически у 99,7 % пациентов. У пролеченных нами пациентов значительно повысился уровень адаптации, расширился диапазон бытовых навыков и возможностей, улучшился психологический настрой, что выразилось в снижении ситуативной и личностной тревожности, значительном снижении уровня депрессии. Практически 100 % пациентов дали согласие на продолжение реабилитационных мероприятий. Об эффективности реабилитационных мероприятий свидетельствует и тот факт, что 14 пациентов из группы ШРМ 3 были переведены в группу ШРМ 2, а 21 пациент из группы ШРМ 2 был переведен в группу легких нарушений.

Литература

1. Скворцова В.И., Шетова И.М., и др. Результаты реабилитации «Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Российской Федерации». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(4):5-12.
2. Данилов А.Б., Данилов А.Б., Курушина О.В., Барулин А.Е. Междисциплинарная медицина. *Терапия*. 2017;7(17):6-11.
3. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Лечение и реабилитация больных в восстановительном и резидуальном периодах инсульта: методические рекомендации. 2-е изд. Москва: АСТ 345, 2017. 93 с.

КОНТРОЛЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Б. Мигачева¹, А.Б. Максимов², В.А. Калихман²

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара

²Самарская городская поликлиника № 3, Самара

Атопический дерматит (АтД) у детей является одной из актуальных проблем современной педиатрии в связи с высокой распространенностью заболевания в детской популяции (до 30 % детей раннего возраста), тяжестью клинических проявлений и хроническим рецидивирующим течением. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в понимании механизмов развития заболевания и создании алгоритмов его лечения, в реальной клинической практике не всегда удается достичь хорошего контроля над течением заболевания, что

негативно сказывается на качестве жизни пациентов и членов их семей.

Целью проведенного исследования являлось определить частоту достижения контроля над течением заболевания у детей с АтД в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели мы провели наблюдательное исследование, в ходе которого проанализировали течение АтД у 66 детей (39 мальчиков и 27 девочек), обратившихся на консультативный прием к детскому аллергологу-иммунологу за период с января

по апрель 2022 года. Диагноз АтД и степень тяжести заболевания выставлялись на основании федеральных клинических рекомендаций, утвержденных в 2021 году и размещенных на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации. Средний возраст участников исследования составил 4,9 лет. Помимо сбора анамнеза и общеклинического обследования, мы проводили объективную оценку степени тяжести заболевания с использованием шкалы SCORAD и субъективную оценку с применением анкеты POEM.

Результаты. Среди 66 обследованных пациентов у 20 (30,3 %) диагностировано легкое течение заболевания, у 41 (62 %) – средне-тяжелое, у 5 детей (7,7 %) – тяжелое течение АтД. Среднее значение индекса SCORAD составило 31,2, среднее значение оценки POEM – 12,5, что соответствует средне-тяжелому течению заболевания. Лишь у 10 пациентов (15,2 %) индекс SCORAD не превышал 20 баллов, а оценка POEM – 7 баллов, отражающих относительный контроль над течением заболевания. При этом только у 13 наблюдаемых детей (19,7 %) обострения АтД возникали реже 2 раз в

год, а их продолжительность не превышала 5–7 дней. В то же время, в большинстве случаев были выявлены дефекты, связанные с нарушениями диеты, недостатками ухода за кожей, недостаточным объемом или продолжительностью топической терапии.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют очень низкую частоту достижения контроля над течением АтД у детей в реальной клинической практике – не более 15–20 %. Полученные данные диктуют потребность в повышении квалификации врачей первичного звена, осуществляющих непосредственное наблюдение за такими пациентами. С другой стороны, необходимо более глубокое внедрение в практику методик терапевтического обучения пациентов, в том числе, с использованием дистанционных образовательных технологий, которые могли бы повысить уровень их знаний о механизмах развития АтД, приверженность к лечению и обеспечить достижение контроля над течением заболевания.

ВКЛАД ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕМОГРАФИЮ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

О.В. Тюмина, И.В. Моисеева

Самарский областной медицинский центр «Династия», Самара

Одним из актуальных вопросов в Российской Федерации остается вопрос демографии, который решается различными путями. В том числе – применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с целью лечения пар с бесплодием. Поскольку это эффективный, но затратный способ преодоления бесплодия, оказание данного вида медицинской помощи включено в финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). В Самарской области ежегодно выделяется около 200 млн рублей на лечение методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Цель: анализ эффективности лечения пар с бесплодием методами ВРТ за счет средств ОМС в Самарской области.

Материалы и методы. Проанализировано 18955 программ ВРТ, выполненных в Самарской области за счет государственной поддержки периода 2008–2021 гг.

Результаты. Эффективность лечения (нативные циклы и протоколы переносов размороженных эмбрионов) составила от 45,7 % до 47,1 %. Для сравнения частота наступления клинической беременности (ЧКБ) в Европе 32–36 %, в России 36–39 %. В результате проведенного лечения родилось 6723 ребенка. Это составило 2,4 % от всех родов за данный период в Самарской области.

Выводы. Вспомогательные репродуктивные технологии в Самарской области вносят свой вклад в решение демографического вопроса. Кроме того, улучшается микроклимат в семьях, ставших родителями. Данные пары чаще обращаются повторно с целью рождения второго и последующих детей.

Принимая во внимание прогнозируемое ухудшение демографических показателей и увеличение пар с бесплодием, потребность в ЭКО и целесообразность данного вида медицинской помощи остается актуальной и в перспективе.

ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

О.В. Тюмина^{1,2}, К.А. Кузьмичев¹

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара

²Самарский областной медицинский центр «Династия», Самара

Цель исследования: провести анализ и выявить особенности здоровья детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Материал и методы: основная группа состояла из 548 детей среднего дошкольного возраста (4–5 лет), рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у женщин ($38,6 \pm 3,5$ лет). В качестве контрольной группы были подобраны 548 детей по типу пара-копий дошкольного возраста, главным отличительным признаком основной и контрольной группы являлось рождение с применением ВРТ. Изучение уровня и структуры общей заболеваемости проводилось по данным обращаемости и медицинских осмотров. Было получено информированное согласие родителей на участие детей в исследовании, протокол был одобрен этическим комитетом ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ.

Результаты: выявлены различия в уровне и структуре общей заболеваемости исследуемых групп. Уровень общей заболеваемости детей основной группы 2656,1 ‰ и 2361,8 ‰ в контрольной группе, что отличается не значительно в 1,1 раза, однако в возрастной группе женщин, родивших в воз-

расте 38–45 лет с применением метода ВРТ, уровень общей заболеваемости их детей выше в 1,42 раза и составил 3353,7 ‰. В структуре общей заболеваемости детей основной группы на 1 месте – заболевания органов дыхания, на 2 месте – болезни нервной системы, на 3 месте – заболевания костно-мышечной системы, на 4 месте – болезни органов пищеварения, на 5 месте – врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. В контрольной группе: 1 место – заболевания органов дыхания, на 2 месте – болезни глаза, 3 месте – болезни кожи, на 4 месте – болезни нервной системы. Врожденные аномалии занимают также 5 ранговое место.

Заключение. Уровень общей заболеваемости детей среднего дошкольного возраста, рожденных с применением ВРТ значительно не отличается от детей контрольной группы, однако у матерей, родивших в возрасте 38–45 лет уровень общей заболеваемости детей в 1,42 раза выше по сравнению с контрольной группой, здоровье детей зависит от возраста матери и ее соматического здоровья. Чем больше возраст матери, тем выше уровень общей заболеваемости у детей, рожденных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ГБУЗ СО «СГБ №6»

Е.В. Морозова, Ю.В. Панюхина, Т.Ю. Нарыгова

Самарская городская больница № 6, Самара

Цель: повышение качества и доступности медицинской помощи пациентам с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 путем внедрения в работу врача телемедицинских технологий.

Объект исследования: пациенты с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, получившие амбулаторное лечение в «Самарская городская больница № 6» («СГБ № 6»).

Метод исследования: статистический, социологический.

Результат. Применение телемедицинских технологий в ежедневной практике врача позволило повысить качество и доступность медицинской помощи пациентам с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Внедрение инновационных медицинских технологий – одно из направлений реализации нацпроекта «Здравоохранение», инициированного Президентом России Владимиром Путиным.

Так, в рамках совершенствования медицинской помощи взрослым пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или подозрением на нее, а также пациентам с признаками или подтвержденным диагнозом внебольничной пневмонии, острыми респираторными вирусными инфекциями и гриппа, в «СГБ №6» с января 2022 года проводятся телемедицинские консультации (ТМК), обеспечивающие дистанционное взаимодействие врача и пациента, а также дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов. При оказании ТМК уточняется самочувствие пациента, корректируется лечение, рекомендуется необходимое обследование, при ухудшении состояния-пациент госпитализируется.

Проведение ТМК позволяет охватить консультациями большее количество пациентов, за счет

сокращения времени на дорогу. При этом очно осуществляется первая и заключительная консультация, а также очный осмотр в динамике на 3-5 день болезни. Ежедневным мониторингом состояния охвачены все пациенты, состоящие на учете, что имеет большое значение, т.к. состояние таких пациентов может меняться молниеносно. При этом, все пациенты старше 60 лет наблюдаются врачами на дому очно при их отказе от госпитализации, так как эта категория граждан относится к группе риска.

Так, за данный период (январь-август 2022 года) оказано 4800 ТМК. Ежедневно проводится порядка 50 ТМК. За этот период получили амбулаторное лечение 5732 пациента с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЭЛА: ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И РОССИЙСКИЕ РЕАЛИИ

**И.С. Муллова^{1,2}, Н.А. Черепанова^{1,2}, Т.В. Павлова¹, А.Д. Эрлих^{3,4}, О.Л. Барбараш⁵,
С.А. Бернс⁵, Е.А. Шмидт⁵, Д.В. Дупляков^{1,2}**

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара

²Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова, Самара

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

⁴Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана, Москва

⁵НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

Цель исследования: оценка особенностей диагностики, лечения и исходов тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов в российских стационарах.

Методы. Рабочей группой врачей были разработаны основные принципы наблюдательного проспективного исследования – регистра СИРЕНА. В регистр включались все последовательно госпитализированные пациенты, у которых были выявлены признаки, позволяющие диагностировать наличие ТЭЛА. Длительность включения – 12 месяцев; оценивался госпитальный период ведения пациентов. Информация о включенных пациентах была предоставлена 20 стационарами из 15 российских городов.

Результаты. За период с 15 апреля 2018 по 15 апреля 2019 года в регистр было включено 609 пациентов (женщины – 50,7 %, средний возраст – 63,0 ± 14,5 лет, минимум-максимум – 19–94 года). Из факторов, предрасполагающих к развитию ТЭЛА, наиболее часто встречались варикозная болезнь вен нижних конечностей (31,4 %),

хроническая сердечная недостаточность (23,3 %), тромбоз глубоких вен в анамнезе (19,4 %), онкология (17,1 %). Медиана времени от начала симптомов до подозрения/подтверждения ТЭЛА составила 4 дня (1–3 квартили – 1–8 дней). Одышка, синкопальное/пресинкопальное состояние, боль/дискомфорт в груди, кашель, симптомы, связанные болью в ноге или асимметрия нижних конечностей и кровохарканье отмечались в 88,7 %, 30,0 %, 29,8 %, 17,3 %, 9,4 % и 8,5 % соответственно.

Эхокардиография была выполнена у 89,5 %, а ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей – у 85,9 % пациентов. Признаки тромбоза вен нижних конечностей обнаружены у 57,8 % пациентов. Компьютерная томография легочной артерии для подтверждения ТЭЛА проведена 89,2 % пациентов, сцинтиграфия легких и ангиография легочной артерии – по 0,8 %. В общем, визуализирующие технологии использовались у 90,6% пациентов, а признаки, подтверждающие ТЭЛА, были обнаружены у 92,7 %.

Тромболитическая терапия (ТЛТ) была проведена у 25,0 %. Антикоагулянты получали 92,0 % пациентов. У 42,7 % пациентов при введении НФГ не было достигнуто целевое активированное частичное тромбопластиновое время. На фоне лечения варфарином целевое международное нормализованное отношение было достигнуто лишь у 48,4 % пациентов. Имплантация кава-фильтра и тромбэктомия были выполнены каждая у 1,3 %. За время госпитализации (медиана 11 дней) умерло 9,9 %.

Заключение. Клинические симптомы и основные факторы риска ТЭЛА у российских пациентов принципиально не отличались от известных ранее. При приверженности к современным рекомендациям в плане диагностики ТЭЛА, медикаментозная терапия только в половине случаев соответствовала данным требованиям. Имело место избыточное применение ТЛТ, а также неэффективные способы введения и контроля за терапией антикоагулянтами.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

И.Е. Повереннова¹, Я.З. Резников², А.Х. Муртазина³

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара,

²Самарская государственная клиническая больница № 2 имени Н.А. Семашко, Самара

Работами многих авторов показано, что неврологические расстройства, у пациентов с перенесенной новой коронавирусной инфекцией, имеют широкий спектр клинических проявлений, включая головную боль, головокружение, когнитивные, эмоционально-волевые расстройства, поражение периферической нервной системы и ОНМК.

Анализ немногочисленных доступных публикаций, в которых упоминается проблема COVID-ассоциированных неврологических расстройств, раскрывает некоторые механизмы.

Для всей группы рассматриваемых вирусов характерен нейротропизм. Вирус проникает через эпителий дыхательных путей, распространяется в структурах нервной системы (нейролемме) и реплицируется, индуцируя дальнейшее повреждение клеток центральной нервной системы (ЦНС). Нейротропизм основан на использовании спайкового белка, который напрямую проникает через гемато-энцефалический барьер и способствует прикреплению вириона к клеточной мембране клеток в стволе и таламусе хозяина.

Вирус непосредственно взаимодействует с рецептором ангиотензин-превращающего фермента 2 (АПФ-2) и рецептором трансмембранного гликопротеина CD147, которые активно экспрессируются в клетках эндотелия церебральных сосудов. Этот механизм описывает прямой путь проникновения вируса в клетку.

По данным авторов, существует трансэндотелиальный путь, реализуемый за счет экспрессии АПФ-2 на эндотелиальных клетках сосудов. Являясь активным паракринным, эндокринным и аутокринным органом, эндотелий сосудов при повреждении не обеспечивает функциональные задачи по регуляции тонуса и гомеостаза. Это сопровождается выраженной системной воспалительной реакцией, вторично вовлекающей в процесс структуры нервной системы и связанные с нарушениями макро- и микроциркуляции. Дисфункциональный эндотелий становится более проницаемым, повышение уровня лейкоцитов и молекул эндотелиальной адгезии может привести к разрушению гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Пролонгирование этих процессов влечет за собой нарушение функционирования мембран нервных клеток и их аксонов.

Дополнительным патогенетическим механизмом возможного поражения нервной системы при COVID-19 является избыточный иммунный ответ, так называемая «цитокиновая буря», реализуемая посредством интерлейкинов (IL-1 β , IL-6, IL-8, CCL2, CCL3, CCL5, CXCL10), в результате чего цитокины обеспечивают проницаемость гематоэнцефалического барьера и способствуют развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ТРУПНОЙ ПОЧКИ С ПОЛНЫМ УДВОЕНИЕМ

М.Н. Мякотных, А.А. Миронов, В.В. Гребенников, Р.И. Богданов

Клиники Самарского государственного медицинского университета, Самара

Полное удвоение почки – это врожденная аномалия развития мочевыделительной системы, заключающаяся в образовании у одной из почек дополнительной лоханки и мочеточника (при наличии и относительно нормальном функционировании второй почки) и удвоение сосудов. Доля указанной аномалии среди всех пороков развития составляет 0,8 %. В указанной публикации мы представляем наш опыт аллотрансплантации трупной почки с полным удвоением.

В марте 2022 в Самарский центр трансплантации органов и тканей поступила трупная почка с полным удвоением. Донором выступила женщина 52 лет поступившая в одно из лечебных учреждений города с ОНМК. На третьи сутки после поступления диагностирована смерть мозга. При первичном скрининге донора при УЗИ выявлено увеличение длины левой почки до 135 мм, при этом длина правой составила 96*42 мм. Других аномалий по данным УЗИ выявлено не было. Изъятие почек у донора выполнялось методом нефрэктомии en block по Starzl. Во время back table выявлено, что левая почка имеет две почечные ножки, две лоханки и два мочеточника. Правая почка имела одну артерию, одну вену и один мочеточник, но при этом имела удвоение лоханки. Расстояние между почечными артериями составило 4,5 см. Было принято решение формировать два отдельных артериальных анастомоза.

Реципиент женщина 46 лет с диагнозом: ХБП 5. Хронический гломерулонефрит с исходом в

нефросклероз и ТХПН. ЗППТ методом ГД. Стаж гемодиализа 4 года. Трансплантация выполнялась по стандартной методике. Было сформировано два артериальных анастомоза с наружной подвздошной артерией по типу конец в бок и два венозных анастомоза с наружной подвздошной веной по типу конец в бок. После пуска кровотока отмечалась немедленная функция трансплантата. При восстановлении непрерывности мочевых путей сформировано два отдельных уретероцистоанастомоза на стенте по методике Мебеля-Шумакова. Послеоперационный период протекал без осложнений. Стенты удалены на 14 сутки после операции. При контрольном УЗИ расширения ЧЛС нет. Общее время операции составило 6 ч 35 минут, время холодной ишемии почки – 18 ч 10 минут. В настоящее время пациентка наблюдается амбулаторно в Самарском центре трансплантации органов и тканей. Функция трансплантата удовлетворительная.

Заключение. На заре развития трансплантации почки, органы с вариантной анатомией являлись относительным противопоказанием к их использованию. В настоящее время при дефиците донорских органов использование органов с вариантами развития является целесообразным и при надлежащей хирургической технике результаты использования таких органов не отличаются от трансплантатов с нормальной анатомией.

БЕРЕЖЛИВАЯ ЛАБОРАТОРИЯ: ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И УПРОЩЕНИЕ ПРОЦЕССОВ

В.Д. Милованов¹, И.М. Назаркина¹, Н.М. Рыбальченко¹, Е.А. Савосто¹, П.Н. Золотарев²

¹Самарская городская поликлиника № 1, Самара

²Министерство здравоохранения Самарской области, Самара

Бережливая лаборатория» – это подход к управлению и организации работы, основанный на принципах бережливого производства, главной целью которого является оптимизация процессов. Бережливая лаборатория – это лаборатория, которая нацелена на получение результатов оптималь-

ными с точки зрения цены и (или) времени способами при максимально эффективном использовании ресурсов.

Цифровизация здравоохранения – одно из приоритетных направлений реализации нацпроекта «Здравоохранение», инициированного Президентом России Владимиром Путиным. «Создание

единого цифрового контура в здравоохранении» – в том числе, часть стратегии лидерства Губернатора Самарской области Дмитрия Азарова. Для активной работы в региональной информационной системе медучреждения области оснащают необходимым оборудованием.

В рамках данного проекта ГБУЗ СО СГП № 1 было оснащено компьютерами в количестве 12 штук, которые были установлены в клинко-диагностической лаборатории.

Новый уровень лабораторного обслуживания требует большей эффективности, большей точности и автоматизации лабораторных процессов. С января 2021 года в поликлинике осуществляются мероприятия по внедрению информационных систем в лаборатории, обучение персонала. В июле 2021 года была внедрена ЛИС. Работа в данной системе позволила избавить специалистов поликлиники от значительного количества большой работы и рутины.

На первом этапе был пересмотрен график отправки забранного материала в процедурных кабинетах в лабораторию: трехкратно вместо однократной доставки, что позволило начинать работу лаборантам в 8.30. Разработана система электронных заявок, что сокращает время обработки крови. Приобретены пробирки, в которых возможно выполнение анализов без использования дополнительных кювет, что также позволило сократить время обработки крови и подготовки ее к исследованиям.

Одним из шагов внедрения принципов бережливого производства: оптимизация рабочих мест, поддержание порядка по системе 5 S. Цель заключается в том, чтобы выполнить в лаборатории все задачи 5S: избавиться от всех ненужных предметов, рассортировать и разложить оставшиеся и сделать все пространство более доступным и эргономичным. Промаркировать предметы и места, содержать рабочее место в чистоте и стремиться снизить количество отходов.

Заведующей клинко-диагностической лабораторией была пересмотрена логистика лаборантов внутри кабинетов, расстановка аппаратов и

компьютеров, что также привело к сокращению времени лаборантов на перемещение по кабинету.

Автоматизация рабочих мест сотрудников лаборатории позволила сократить время выполнения исследования, отказаться от бумажных носителей, повысить доступность медицинской помощи, и сократить нагрузку на персонал. За счет внедрения электронного заказа и идентификации материала в лаборатории было уменьшено количество журналов.

На аналитическом этапе были внедрены новые исследования: гормоны щитовидной железы, маркеры гепатитов, коагулограмма, ферритин, количественное определение СРБ и фибриногена.

На постаналитическом этапе были проведены обучающие занятия для врачей и медицинских сестер работы с патологическими результатами, устранены журналы валидации результатов, что сократило время на оформление не медицинской документации.

Внедрение принципов бережливого производства, разработка более 40 стандартных операционных процедур в клинко-диагностической лаборатории позволило достичь:

1. Увеличение доступности лабораторной помощи на 47 %.
2. Увеличение использования мощности лабораторного оборудования с 60 до 88,5 %.
3. Сокращение времени доведения информации до врача с 3 суток до 6–12 часов.
4. Снижение числа переделанных повторных исследований на 8 %.
5. Снижение экономических затрат на лабораторию на 43,3 %.

Формирование направления на диагностику, составление графика забора биоматериала у пациентов, регистрация поступающего материала в ЛИС позволяет делать путем сканирования штрих кодов. В систему ЕМИАС результаты поступают напрямую с анализаторов. Именно с таких малогабаритных деталей начинается новый этап цифровизации здравоохранения, теперь у врача есть возможность увидеть исследования в электронной карте пациента в день выполнения.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19

А.М. Нестеров¹, О.Б. Рыба¹, С.В. Винник¹, А.В. Винник²¹Самарская стоматологическая поликлиника № 3, Самара²Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. Значительная распространенность воспалительных заболеваний тканей пародонта актуализирует данную проблему среди стоматологической патологии. Тенденция роста определяется как в Российской Федерации, так и во всем мире. По данным ВОЗ среди лиц в возрасте 31–44 лет, распространенность заболеваний тканей пародонта показали высокий уровень – свыше 75 %, это говорит и о значительном снижении возраста пациентов, страдающих этой патологией.

Отрицательная динамика стоматологического здоровья, наличие сопутствующей патологии, в том числе инфекционной, как триггера воспалительных заболеваний тканей пародонта, актуализирует проблему мониторинга их факторов риска, среди которых лидирующее место занимают местные факторы, такие как микробная биопленка. Для ранней диагностики и разработки оптимальной тактики лечения, пациентам, после перенесенной Новой коронавирусной инфекции выполняются клинические и лабораторные обследования. Сочетание методов диагностики позволяет обследовать пациента для выявления этиологического агента, постановки корректного диагноза, назначения персонализированного лечения и своевременной профилактики воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Цель исследования: оптимизация диагностики воспалительных заболеваний тканей пародонта у пациентов после перенесенной Новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании участвовали 50 пациентов основной (n = 30) и контрольной (n = 20) групп, перенесших и не перенесших новую коронавирусную инфекцию соответственно, с диагнозом простой маргинальный гингивит. Обследование пациентов проводится согласно предложенной схеме, включающей основные (выяснение жалоб, сбор анамнеза, внешний осмотр, осмотр полости рта и зубов) и дополнительные методы обследования (определение стоматологических индексов: КПУ, индекс кровоточивости десневых сосочков по Saxer Muhlemann, индекс гингивита РМА, а также

микробиологическое исследование содержимого десневого желобка с идентификацией выделенной микрофлоры и определение ее свойств).

Взятие материала проводили новым инструментом для сбора содержимого десневого желобка (патент на полезную модель RU 204 047). Сбор материала проводят утром натощак, до процедуры чистки зубов. Исследуемый зуб очищают ватным тампоном без использования антисептических растворов и изолируют от ротовой жидкости. Инструмент, не касаясь иных поверхностей, вводят в десневой желобок. Контролируют глубину его погружения по цветной метке на поверхности рабочей части. После достижения дна желобка инструмент наклоняют и собирают его содержимое в ложбинки рабочей части. Материал в жидкой транспортной среде доставили в микробиологическую лабораторию. Производили посев в чашки Петри на кровяной агар, селективные среды для анаэробов и универсальные хромогенные среды. Посевы в термостате выдерживали течение 5 суток при температуре 37 °С в с ежедневным осмотром чашек. Идентификация микроорганизмов была произведена с применением метода масс-спектрометрии (Microflex LT фирмы Bruker™).

Результаты исследования. Проведенный нами статистический анализ индексной оценки у пациентов основной и контрольной групп показал, что средние значения индексов у пациентов основной группы выше, чем у пациентов контрольной группы индекс (OHI-S в основной группе $1,2 \pm 1,26$, в контрольной – $0,7 \pm 0,24$ индекс; РМА в основной группе $28,7 \pm 8,2$, в контрольной – $10,3 \pm 5,1$; индекс кровоточивости десневых сосочков по Saxer Muhlemann в основной группе 1, в контрольной – 0).

В ходе исследования у 14 пациентов основной группы произошло обострение простого маргинального гингивита.

Статистический анализ микробиологического статуса показал, что было выделено 78 видов микроорганизмов, из которых 30 % клинически значимых.

На разных стадиях гингивита имеются достоверные различия в микрофлоре у следующих микроорганизмов: *Streptococcus oralis*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Neisseria elongata*, *Streptococcus intermedius*, *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium durum*, *Neisseria subflava*, *Neisseria flavescens*, *Streptococcus sanguinis*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus gordonii*, *Veillonella parvula* ($p < 0,05$).

Заключение. Проведенный корреляционный анализ выявил достоверные корреляционные связи значений микробиологического индекса видового разнообразия микрофлоры, выделенной из десневого желобка у пациентов, перенесших и не

перенесших новую коронавирусную инфекцию. Таким образом, для снижения количества и продолжительности периода обострения хронического гингивита, уменьшения риска прогрессирования воспалительных заболеваний тканей пародонта мы рекомендуем проводить профилактику хронического гингивита у пациентов не позднее 1 месяца после перенесенной новой коронавирусной инфекции, путем проведения профессиональной гигиены полости рта. Поэтому имеет целесообразность включить врача стоматолога в ведение пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

МОНОНУКЛЕАРЫ ПУПОВИННОЙ КРОВИ – КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

О.О. Галахова¹, О.А. Письменная¹, Т.А. Романова¹, П.А. Овчинников²,
М.А. Сердюк¹, Е.В. Бордакова¹

¹Самарская областная детская клиническая больница имени Н.Н. Ивановой, Самара

²Самарский областной медицинский центр «Династия», Самара

Цель: оценить эффективность применения моноклеаров пуповинной крови в комплексной реабилитации у детей с диагнозом ДЦП.

Материалы и методы. На базе Детской областной клинической больницы имени Н.Н. Ивановой г. Самары в отделение медицинской реабилитации поступают дети с диагнозом ДЦП для проведения комплексной программы реабилитационных мероприятий (массаж, ИРТ, физиолечение, ЛФК, БАК, Войта-терапия, кровать «Сатурн», медикаментозная терапия).

Одним из новых методов лечения таких детей является – применение моноклеаров пуповинной крови. Оценивается неврологический статус, когнитивное, моторное, пред- и речевое развитие, таблицы Kid-Kids, Cat-Clams, Griffiths. Проводится динамический видеомониторинг у детей.

Подбор образцов пуповинной крови осуществляется из имеющихся на долгосрочном криогенном хранении в Самарском банке пуповинной крови по группе крови по системе АВ0 и резус фактору, и из расчета не менее 10×10^8 ядросодержащих клеток в образце (не менее 10 000 000 клеток на 1 кг веса пациента). Все образцы проверены и безопасны в отношении гемотрансмиссивных инфекций. Образцы пуповинной крови разморажива-

ются на водяной бане при температуре $+37^\circ\text{C}$. Далее в комплексе чистых помещений проводится отмывка образцов от криопротектора, методом трехкратного центрифугирования в стерильном физиологическом растворе. Готовый раствор для введения представляет собой взвесь ядросодержащих клеток пуповинной крови в 20 мл физиологического раствора. Жизнеспособность клеток после разморозки составляет 96–98 %. Введение осуществляется в течение первого часа после отмывки внутривенно капельно через инфузомат со скоростью 60 мл в час.

Результаты. За время проведения процедуры введения моноклеаров пуповинной крови осложнений не было. Отмечается улучшение общего состояния, неврологического статуса- повышение двигательной активности (большой и мелкой моторики), удержание предметов и игрушек, уменьшение бульбарного синдрома- гиперсаливации, дисфагии, поперхивания, снижение спастичности мышц, стимуляция когнитивных функций- коммуникативности, речи и концентрации внимания.

Выводы. Данный метод подтверждает высокую эффективность применения моноклеаров пуповинной крови в лечении детей с диагнозом ДЦП.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Ю.В. Перевышина

Самарская городская поликлиника № 4, Самара

Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений развития любого государства. Это система государственных общественных и медицинских мероприятий, обеспечивающих рождение здорового ребенка, правильное и всестороннее развитие подрастающего поколения, предупреждение и лечение болезней женщин и детей.

Организация акушерско-гинекологической помощи является важным звеном в общей системе здравоохранения, так как обеспечивает охрану здоровья и способность женщины к материнству, а также охрану здоровья ребенка.

Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи населению в Российской Федерации утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» зарегистрирован 12.11.2020 № 60869). Одним из достоинств этого приказа является следующее: на основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и информации талона-направления посредством программного обеспечения осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии. В случае установленного высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом-акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций. Беременная пациентка должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре (АДКЦ) для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений. В нашем случае пациентки дистанционно консультируются в АДКЦ Перинатального центра СОКБ им. В.Д. Середавина.

Рекомендации для беременных группы высокого риска по преэклампсии (ПЭ):

1. Ежедневный самостоятельный мониторинг артериального давления на протяжении всей беременности (дважды в день, утром и вечером (например, в 08.00 и 20.00) с ведением дневника самонаблюдения.

2. Отказ от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость.

3. Аэробные упражнения 3–4 раза в неделю по 45–90 минут (ходьба в умеренном темпе, плавание).

4. Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока во время 2-го УЗИ (при сроке беременности 18–20 + 6 недель).

5. УЗИ плода при сроке беременности 30–34 недели с ультразвуковой доплерографией маточно-плацентарного кровотока.

6. При низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день.

7. Пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности до 36 недель беременности по 150 мг/день (перед сном)

Рекомендации для беременных группы высокого риска по задержке роста плода (ЗРП):

1. Пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности до 36 недель беременности по 150 мг/день (перед сном)

2. При ожирении или недостаточной массе тела – индивидуальный режим питания и прибавки массы тела (достижение ИМТ < 30 кг/м² и > 18 кг/м²).

3. При курении (в том числе пассивное) – отказ от курения.

4. При сахарном диабете – поддерживать целевые показатели гликемии с целью профилактики гипогликемии. Ведение дневника самоконтроля гликемии.

5. При тяжелой ЗРП (ниже третьего центиля) в анамнезе и индуцированных преждевременных родах на сроке до 34 недель беременности – определение содержания антител к фосфолипидам в крови.

Рекомендации для беременных группы высокого риска по преждевременным родам(ПР):

1. УЗ-цервикометрия с 16 по 24 неделю беременности.

2. Прием препаратов прогестерона (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально с 22 до 34 недель беременным группы высокого риска ПР: с бессимптомным укорочением шейки матки по данным УЗ-цервикометрии менее 25 мм в сроках 16–24 недели беременности и/или наличием ПР (до 34 недель) или позднего выкидыша (после 16 недель) в анамнезе как при одноплодной, так и многоплодной беременности.

3. Нормализация микробиоты влагалища.

4. Применение акушерского пессария при укорочении шейки матки менее 25 мм.

5. Наложение профилактического акушерского серкляжа пациенткам с одноплодной беременностью, укорочением шейки матки 25 мм и менее по данным УЗ-цервикометрии, проведенной между 16 и 24 неделями беременности и наличием в анамнезе спонтанных ПР (и/или ПРПО) или травм шейки матки (конизация, удаление обширной зоны трансформации, радикальные вмешательства (ампутация, трахелэктомия).

В женской консультации ГБУЗ СО СГП № 4 в 2021 году завершили беременность родами 557 женщин, в группу высокого риска реализации задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определено 20 пациенток (3,6 %):

- по преэклампсии – 3;
- по преждевременным родам – 3
- по задержке развития плода – 10;
- сочетанный риск (преэклампсия + задержка развития плода) – 4.

Вывод. Благодаря своевременному назначению перорального приема ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности до 36 недель беременности по 150 мг/день (перед сном) в группах риска по преэклампсии и задержке роста плода, препаратов прогестерона (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально с 22 до 34 недель беременным группы высокого риска ПР, а также выполнению общих и лечебно-диагностических мероприятий, реализация рисков значительно снижена по сравнению с прогнозируемым количеством, т. е.:

1) преэклампсия средней степени реализовалась в 1 случае из прогнозируемых 7 (пациентка старшего репродуктивного возраста – 43 года, с экстрагенитальной патологией-артериальная гипертензия, нарушение жирового обмена);

2) преждевременные роды реализовались в 1 случае в сроке 33–34 недели из прогнозируемых 3;

3) задержка роста плода реализовалась в группе риска 2 случаях из прогнозируемых 10.

Таким образом, у 16 пациенток (80 %) из 20, отнесенных к группе высокого риска, рисковая патология не реализовалась.

ЛИДЕРСТВО В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

А.К. Урунходжаев, В.Г. Петровский-Селунский

Сызранская станция скорой медицинской помощи, Сызрань

Хороший руководитель – не только тот, кто владеет наукой управления, может приказывать, а тот, кто может стать лидером, освоив науку общения.

Подготовка лидеров в России в необходимом количестве практически не ведется, руководители большого масштаба учатся в процессе исполнения роли лидера.

Отличия между лидерством и менеджментом

Менеджер влияет на работу подчиненных и строит отношения с ними, полагается на должностную основу власти, и источники, ее питающие. Ли-

дерство как специфический тип отношений управления основывается на процессе психологического воздействия.

Теории лидерства

Лидерство – ведущая тема в социальной психологии и есть много теорий, которые пытаются объяснить различные аспекты лидерства.

Стили управления в лечебном учреждении

Стиль руководства персоналом – это совокупность отличительных черт и приемов, с помощью которых руководитель выполняет возложенные на него обязанности.

Для совершенствования стиля управления медицинским персоналом руководитель должен работать одновременно в нескольких направлениях.

Влияние стиля руководителя в управлении своим персоналом на подбор сотрудников очень существенно.

Функции лидера в лечебном учреждении

Для реализации целей, лидер предлагает способы и методы для достижения поставленных задач.

Задачи, выполняемые лидером, будут выглядеть следующим образом:

- 1) информационная;
- 2) когнитивная и мотивационная;

3) аффективная;

4) координационная.

Руководитель обязан уметь поддерживать в коллективе должный баланс между сотрудничеством и соперничеством.

Качества лидера – важнейший фактор, определяющий деловые успехи и неудачи руководителя. Лидерские качества являются определяющей силой или слабостью организаций.

Умение взять на себя функции лидера и обеспечить надлежащее руководство – основное условие для достижения успеха в деятельности медицинского учреждения.

ВОВЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЧАПАЕВСКА И ПРИЛЕЖАЩИХ ТЕРРИТОРИЙ В ПРОЦЕСС РАННЕЙ САМОДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Н.С. Юрицин, М.В. Попова

Чапаевская центральная городская больница, Чапаевск

Одна из главных задач онкологической службы заключается в раннем выявлении и предупреждении развития онкологических заболеваний, что становится приоритетным для каждой медицинской организации.

В ГБУЗ СО «Чапаевская центральная городская больница» подготовлен проект, целью которого является вовлечение взрослого населения г. Чапаевска и прилежащих территорий в процесс ранней самодиагностики злокачественных новообразований наружной локализации.

Задачи проекта:

1. Создать пациент-ориентированную Школу здоровья, миссия которой будет заключаться в снижении показателей смертности от онкологических заболеваний путем проведения мероприятий по профилактике данных заболеваний и организации индивидуального подхода к каждому слушателю школы.

2. Организовать выездные мероприятия на предприятия г. Чапаевска, которые позволят информировать население трудоспособного возраста о рисках онкологических заболеваний в молодом возрасте, возможностях ранней диагностики онкологических заболеваний с использованием мобильного медицинского комплекса и передвижного флюорографического кабинета для проведения онкоскрининга, профилактического и диспансерного осмотров.

3. Внедрить в работу онкологической службы центральной городской больницы инструмент ранней самодиагностики населения – специализированный чек-лист, использование которого позволит населению оценивать свои онко-риски и напоминать о своевременном обращении за медицинской помощью к участковому терапевту.

Материалы: чек-лист для пациента (лист самодиагностики).

Методы: социологический (опрос), статистический (анализ).

В процессе реализации проекта будет проводиться:

- активное информирование широких масс населения г. Чапаевска и прилежащих территорий о мерах профилактики онкологических заболеваний;
- обучение населения методам самообследования;
- информирование населения о необходимости проведения онкоскрининга в соответствии с полом и возрастом;
- организационная помощь в проведении населению лабораторной диагностики;
- тщательное отслеживание выявленных случаев онкологической патологии и направление пациентов врачом-онкологом Школы в специализированные учреждения.

Выводы. Эффективность внедрения проекта по вовлечению взрослого населения в процесс ранней

самодиагностики злокачественных новообразований наружной локализации будет оцениваться:

- по количеству слушателей Школы здоровья, которые получают полный объем информации;
- по количеству человек, которые пройдут скрининговые тесты на онкологическую патологию;

- по количеству впервые выявленных случаев онкологической патологии;
- по количеству впервые пролеченных пациентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ ГБУЗ «САМАРСКАЯ СМП» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

И.А. Поляков, В.Г. Малахов, С.А. Глазков, М.А. Маслова

Самарская скорая медицинская помощь, Самара

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ), начавшаяся в 2020 году, стала вызовом региональному здравоохранению. В соответствии со временем, претерпела изменения и анестезиолого-реанимационная служба скорой медицинской помощи (СМП). В ГБУЗ «Самарская СМП» для сохранения качества оказания экстренной и неотложной медицинской помощи населению были внедрены в клиническую практику новые методы диагностики и лечения. Одной из наиболее значимых инноваций стала неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ).

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения НИВЛ в условиях анестезиолого-реанимационных бригад (АРБ) у пациентов с НКИ, осложненной тяжелой острой дыхательной недостаточностью (ОДН).

Материалы и методы. В ходе ретроспективного анализа электронных карт вызова скорой медицинской помощи было выявлено 23 пациента с подтвержденной НКИ, осложненной ОДН и средним значением сатурации $56,6 \pm 10,4$ (33;69) %, которым проводилась НИВЛ на догоспитальном этапе при транспортировке в стационар. Средний возраст $70,7 \pm 9,2$ (49;84) лет. Среди пациентов было 14 женщин (61 %) и 9 мужчин (39 %). Все пациенты имели тахипноэ, средняя частота дыхания $33,4 \pm 6$, (26;48) вдохов в минуту, акроцианоз. У всех пациентов не удалось достигнуть удовлетворительного уровня оксигенации при подаче кислорода через лицевую маску, противопоказаний для

НИВЛ не было. Респираторная поддержка проводилась в режиме вспомогательной вентиляции FiO_2 100 % при помощи аппарата ИВЛ РИТМ 100 «ТМТ». Проводился мониторинг артериального давления, пульса и сатурации на протяжении всей транспортировки. Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 13.0, результаты оценивались при помощи непараметрической статистики критерием Манна-Уитни и критерия Пирсона (Хи-квадрат). Все расчеты сделаны с достоверностью 95 %.

Результаты и обсуждение. По полученным данным, у всех получивших пациентов было выявлено повышение сатурации до уровня выше 90 %. Средний уровень сатурации во время транспортировки и при передаче на стационарный этап составил $93,4 \pm 8,2$ (88;98) %, что составило достоверное улучшение оксигенации. артериальной крови на 36,8 % ($p < 0,05$). Побочных эффектов и осложнений респираторной поддержки на догоспитальном этапе выявлено не было.

Данная методика давно применяется в отделениях реанимации и интенсивной терапии, однако на догоспитальном этапе она широко не применялась. Ее внедрение позволило улучшить эффективность экстренной и реанимационной помощи пациентам с НКИ на догоспитальном этапе.

Выводы. Внедрение НИВЛ на догоспитальном этапе позволило повысить эффективность респираторной поддержки, а значит уменьшить период гипоксии у пациентов с ОДН, вызванной вирусным поражением легких при НКИ.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА IP-ТЕЛЕФОНИИ В ГБУЗ СО «БОЛЬШЕГЛУШИЦКАЯ ЦРБ» В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

И.Н. Поставная

Болезнеглушицкая центральная районная больница, Самарская область, Большая глушица

Важнейшими задачами современного здравоохранения является увеличение доступности, своевременность оказания медицинской помощи, повышение удовлетворенности населения оказанными медицинскими услугами. В период пандемии новой коронавирусной инфекции эти задачи приобрели особую актуальность в связи с возрастанием нагрузки на здравоохранение, необходимостью быстроты коммуникаций между врачом и пациентом и среди сотрудников медицинского учреждения.

В ГБУЗ СО «Большеглушицкая ЦРБ» реализован проект IP-телефонии всех структурных подразделений центральной районной больницы, целью которого является сокращение сроков ожидания медицинской помощи, улучшение доступности, повышение удовлетворенности жителей муниципального района Большеглушицкий оказанными медицинскими услугами.

Задачи проекта:

1. Оптимизация работу регистратуры с одно-временной обработкой нескольких сообщений.
2. Сокращение времени ожидания ответа для пациента до 180 секунд.
3. Возможность коллегиального решения для врачей специалистов.

4. Запись на вакцинацию от новой коронавирусной инфекции.

5. Увеличение производительности при снижении финансовых затрат на услуги телефонной связи.

Материалы: лист опроса пациента, запись телефонных обращений.

Методы: социологический (опрос), статистико-экономический (анализ).

В процессе реализации проекта достигнуты следующие результаты:

сократилось время ожидания ответа для пациента до 180 секунд, быстрая запись на прием к врачу, сократилось время вызова врача на дом, быстрая запись на вакцинацию от новой коронавирусной инфекции, обработка 100 % обращений, контроль пропущенных звонков, запись и хранение телефонных обращений, уменьшились затраты на услуги телефонной связи в 48 %.

Выводы: Достигнутые результаты реализации проекта IP-телефонии в ГБУЗ СО «Большеглушицкая ЦРБ» доказывают его эффективность, удобство, экономичность, безопасность и позволяют рекомендовать его к использованию в медицинских учреждениях.

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ГБУЗ «ССП № 2»

Е.А. Романова

Самарская стоматологическая поликлиника № 2 Промышленного района, Самара

Повышение качества оказания медицинской помощи является одной из приоритетных задач стоматологической поликлиники. Значимую роль в этом процессе оказывает уровень профессиональной подготовки среднего медицинского персонала.

Цель: совершенствование профессионального развития средних медицинских работников ГБУЗ «ССП № 2».

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в ГБУЗ «ССП № 2» была закуплена и установлена справочная система, к которой был

оформлен бесплатный многопользовательский доступ для 20 медицинских сестер нашего учреждения здравоохранения.

Пользование системой позволяет:

- а) ознакомиться с действующими нормативными документами;
- б) получить доступ к обучающим видео-урокам;
- в) принять участие в конференции;
- г) прослушать вебинар;
- д) получить консультацию специалиста;

е) пройти цикл обучения по программе, аккредитованной в системе непрерывного медицинского образования.

Результаты и обсуждение. За 8 месяцев использования системы 90 % медицинских сестер освоили программы: инфекционная безопасность и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи – 100 %; обращение с медицинскими отходами – 86 %; сестринская помощь при механических травмах – 82 %, безопасная работа при COVID-19 – 72 %, нормативно-правовое регулирование обращения с наркотическими средствами и психотропными веществами и лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету в медицинских организациях – 10 %, оказание экстренной медицинской помощи – 48 %.

За время пользования системой выявлена необходимость создания новых алгоритмов, инструкций и

стандартных операционных процедур. Разработанные и внедренные стандартные операционные процедуры позволили в кратчайшие сроки стандартизировать выполнение различных манипуляций. Это позволило сделать их выполнение однотипным. Систематизировано оформление медицинской документации средним медицинским персоналом.

Кроме того, значительно сокращаются временные затраты среднего медперсонала и средства медицинского учреждения на дополнительное профессиональное образование и повышение квалификации медицинских сестер.

Совершенствование профессионального развития медицинских сестер в стенах ГБУЗ «ССП № 2» посредством многофункционального доступа к системе обеспечивает формирование необходимых профессиональных компетенций.

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ? СКОРЕЕ – ПАЦИЕНТОЦЕНТРИЧНОСТЬ!

В.Д. Милованов, И.М. Назаркина, Н.В. Любичкая

Самарская городская поликлиника № 1, Самара

В условиях ухудшающейся нестабильной эпидемиологической обстановки, сложной политической ситуации, в век прогрессивных информационных технологий задача сохранения и улучшения качества оказываемой медицинской помощи становится особенно актуальной.

Продолжая работать в тренде «Бережливых технологий» персонал женской консультации ГБУЗ СО «СГП № 1» огромное внимание уделяет пациентоориентированности. Беременная пациентка и маленький внутриутробный пациент особенно чувствительны к эпигенетическому воздействию, психологическому дискомфорту. Комфортная среда ожидания, своевременность планового приема врача и акушерки, изделия одноразового медицинского применения, высококласное оборудование – все это безусловно и давно присутствует в рамках оказания медицинской помощи. оборудованием.

В женской консультации ГБУЗ СО «СГП № 1» уже на протяжении 10 лет функционирует кабинет медицинского психолога. Кабинет оснащен оборудованием, необходимым для эффективной работы: аквалампа, проектор с видеотекой с широким ассортиментом фильмов по физиологии беременности, муляжами грудных детей, компьютерным и музыкальным оборудованием.

С целью улучшения психоэмоционального напряжения в кабинет медико- социальной реабилитации приобретено сенсорное оборудование, медицинским психологом освоен метод телесно-ориентированных релаксаций и нейрографики. В результате, беременная женщина (при необходимости, и ее супруг, и ее окружение) получают индивидуальные эффективные тренинги, улучшающие не только эмоциональный фон, но и течение беременности. Использование аквалампы/воздушно-пузырьковой панели помогает создать ощущение комфорта и безопасности, необходимой для психоэмоциональной разгрузки беременных женщин, адаптации и гармонизации процесса беременности. По результатам проведенного анкетирования после получаса проведенного взаимодействия с акваоснащением 50 % пациенток обрели равновесие, 27 % отметили отличное расположение духа, 18 % женщин испытали некоторые позитивные эмоции, 9 % женщин оценили воздействие колонны как нейтральное. Формирование адаптационной гестационной доминанты способствует благоприятному течению беременности, повышению ресурсов личности, и, в результате, успешному родоразрешению, рождению здорового малыша.

Кроме того, пациентки, стоящие перед репродуктивным выбором, не желающие пролонгировать беременность, обязательно консультируются медицинским психологом и социальным работником. Неоднократные консультации, тренинги позволили сохранить беременность и появиться на свет более 240 детей!!!

Благодаря деятельности данного кабинета беременным оказывается не только медицинская и психологическая помощь, но и квалифицированная юридическая помощь по трудовым, жилищным, семейным вопросам и нуждающиеся в социальной помощи обеспечиваются ей в необходимом количестве.

Внедрены инновационные решения по соблюдению клинических протоколов при ведении беременных пациенток: чередование приемов и телемедицинских консультаций, активное использование тестов и дневников самоконтроля, аэробные нагрузки в кабинете ЛФК, самостоятельный прием акушерки и многое другое. отсутствие материн-

ской и младенческой смертностей, а главное, высокая удовлетворенность оказанной медицинской помощью наших пациенток.

В результате комплексной работы команды специалистов достигнут высокий процент по изменению репродуктивного выбора. По данным за 2020 год 26 процентов женщин отказались от желания прервать беременность и пролонгировали ее за 2021 год, 31 процент женщин изменили репродуктивный выбор. Отсутствует материнская и младенческая смертность, а главное, отмечается высокая удовлетворенность оказанной медицинской помощью наших пациенток.

Данная работа неоднократно представлялась на Всероссийском конкурсе «Святость материнства». В 2020 году врач акушер-гинеколог и медицинский психолог заняли призовые места, в 2021 году врач акушер-гинеколог оказалась лучшей среди коллег, участвующих в почетном конкурсе.

Все это позволило определить работу персонала женской консультации как пациентоцентричную.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ «ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

С.А. Утин

Сызранский психоневрологический диспансер, Сызрань

Пациент-ориентированное здравоохранение – путь к справедливой, эффективной и оптимальной по затратам системе общественного здравоохранения.

Системы здравоохранения во всем мире не могут быть эффективными, если они ставят во главу угла болезнь, а не пациента. Необходимо вовлекать пациентов и стремиться к повышению приверженности к лечению, отказу от вредных привычек и введению самоконтроля. Пациент-ориентированное здравоохранение может стать самым эффективным и оптимальным по затратам путем к улучшению результатов лечения для пациентов.

Средний медицинский персонал является важнейшей составной частью лечебного процесса, а также имеет реальные возможности для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи.

ГБУЗ СО «Сызранский психоневрологический диспансер» – специализированное учреждение для оказания медицинской помощи психиатрического

профиля, в котором средний медицинский персонал играет значительную роль, где в полной мере используется его потенциал с учетом профессиональной компетенции.

Основные направления развития пациент-ориентированного здравоохранения: изменение характера отношений между медицинскими работниками и пациентами-переход от взаимодействий по принципу «главный – подчиненный» к равноправному диалогу и сотрудничеству; повышение «прозрачности» систем здравоохранения и их деятельности, так чтобы пациенты могли ориентироваться и взаимодействовать с ними в соответствии со своими потребностями – задавать вопросы, формулировать требования и др.; совершенствование знаний и навыков медицинских работников в области коммуникации с пациентами; повышение уровня информированности и приверженности к лечению пациентов и членов их семей; повышение доступности и понятности медицинской информации.

Основой профессионально оказанной медицинской помощи и успешного лечения в современных условиях является удовлетворенность пациента услугами, которые ему предоставляются.

Все вышеперечисленные функции берут на себя медицинские сестры, так как они постоянно находятся в контакте с пациентом, что позволяет им увидеть его ситуацию в полном объеме.

Совершенно доказано, что качество оказываемой медицинской помощи непосредственно зависит от уровня образования среднего медицинского персонала. Организация процесса профессионального развития медицинских специалистов среднего звена и его результаты является важнейшей составляющей работы ГБУЗ СО «Сызранского психоневрологического диспансера».

Для оказания квалифицированной медицинской помощи средний медицинский персонал должен развивать профессиональное мышление, уметь принимать самостоятельные решения, основанные не только на опыте, но и использовать накопленные знания. При оказании медицинской помощи большое значение имеет слаженность, оперативность действий сотрудников, особенно среднего медицинского персонала. Сотрудники среднего медицинского персонала ГБУЗ СО «Сызранский психоневрологический диспансер», с целью совершенствования их профессиональной подготовки участвуют в системе непрерывного медицинского образования, конференциях, семинарах, и других обучающих мероприятиях.

НМО – это возможность получать новые знания и умения не периодически, а на протяжении всей профессиональной деятельности. Непрерывное медицинское образование помогает медперсоналу становиться более компетентными в оказании

медицинской помощи, своевременно повышать свою квалификацию в соответствии со всеми изменениями в отрасли.

Для среднего медицинского персонала в ГБУЗ СО «Сызранский психоневрологический диспансер» созданы автоматизированные рабочие места. Информационные технологии предусматривают большую роль специалистов среднего медицинского персонала: составление и контроль расписания врачей-психиатров в электронной регистратуре, запись пациентов к врачам-психиатрам через электронную регистратуру, консультирование пациентов по объему оказываемых медицинских услуг, заполнение паспортной части электронной амбулаторной карты пациента и т. д.

Потенциал кадрового обеспечения ГБУЗ СО «Сызранский психоневрологический диспансер» очень велик. Штат учреждения среднего медицинского персонала укомплектован на 99 %. Для сотрудников созданы все условия для повышения своего профессионализма и работы. Все профессиональные и личные качества среднего медицинского персонала направлены на качественное оказание медицинских услуг и на создание благоприятного климата для пациента.

Таким образом, можно утверждать, что организация самостоятельной деятельности медицинской сестры на уровне формирования модели «пациент-ориентированного здравоохранения», способствует повышению доступности и качества медицинской помощи населению, реализации творческого потенциала медицинской сестры и росту значимости специалистов со средним медицинским образованием в системе здравоохранения, где прежде всего учитываются интересы пациента.

ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ТРОМБОЭНДОКАРДИТОМ

Л.Е. Чекулдаева, А.А. Симаков, О.И. Ермакова

Самарская МСЧ № 2, Самара

Цель: исследование иммунного статуса у больных инфарктом миокарда (ИМ), осложненным тромбоэндокардитом.

Методы исследования. Обследовано 88 больных инфарктом миокарда (ИМ) средний возраст $67,22 \pm 1,89$, из них 30 больных ИМ с неосложненным течением заболевания, 29 больных ИМ, осложненным синдромом Дресслера и 29 больных

ИМ, осложненным тромбоэндокардитом. Определение иммунного статуса включало: исследование содержания общего числа Т-лимфоцитов и их фракций – теофиллинчувствительных (Т-супрессоры) и теофиллинустойчивых (Т-хелперы), Т-лимфоциты, В-лимфоциты, иммуноглобулины классов G, A, M, циркулирующие иммунные комплексы, титры компонента.

Полученные результаты. Выявлено несколько типов изменений иммунной системы: Т-клеточная недостаточность I, II, III степени, недостаточность функции тимуса, дисбаланс иммунорегуляторных клеток, повышение активности Т-хелперов в сочетании с резко повышенными показателями циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулинов класса G (признаки «аутоиммунного синдрома»), активации функции супрессоров при увеличении содержания супрессоров («супрессорный иммунодефицит»), сочетанные изменения Т- и В-систем иммунитета.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать выводы о патогенетической разнородности осложнений инфаркта миокарда. Так, у больных ИМ, осложненным тромбоэндокардитом диагностирована вторичная Т-клеточная недостаточность, у больных ИМ, осложненным синдромом Дресслера выявлены признаки «аутоиммунного синдрома.» Выявленная типология изменений иммунной системы в зависимости от осложнений ИМ позволяет прогнозировать развитие осложнений и назначать патогенетическую терапию.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

С.Н. Тетюшкин, С.Н. Скачкова, Е.В. Севастьянова, Е.Ю. Коршунова

Тольяттинская городская больница № 4, Тольятти

Стратегия пациент-ориентированного подхода предполагает акцентирование внимания на качестве предоставляемой медицинской помощи. В центре этой стратегии находится здоровье пациента в контексте не только физиологических признаков и клинических состояний, но и комплекса его желаний и предпочтений, что в итоге влияет на результаты лечения и удовлетворенность пациентов качеством полученной медицинской помощи.

В нашем учреждении активно внедряется пациент-ориентированный подход при оказании медицинской помощи пациентам. С целью реализации данного подхода проводятся следующие мероприятия:

1. Пациент-ориентированный подход предполагает активную позицию пациента: расширение прав и возможностей пациентов. Для этой цели на связи находятся представители администрации. Функционирует телефон «горячей линии», организован личный, проводится работа с обращениями граждан, изучаются комментарии в социальных сетях.

2. Регулярно актуализируется информация на официальном сайте и на стендах внутри больницы. При этом мы информируем пациентов не только об их правах, но и об обязанностях (разделение границ ожиданий и требований), в противном случае процесс взаимного непонимания и дистанцирования может усугубиться.

3. Мы понимаем, что, с одной стороны, пациент приходит к нам для получения конкретной медицинской услуги, а с другой – пациенту важны дружелюбное отношение к себе. С целью повышения коммуникативных навыков сотрудников внедрены

в работу «речевые модули» в виде стандартизированной операционной процедуры (СОП).

4. Сопровождение пациента начинается сразу, как только он переступает порог больницы. Для комфорта и безопасности разделены потоки поступающих пациентов, разработана маршрутизация – пути следования пациентов по больнице, график работы кабинетов, проведена оптимизация работы перевязочных кабинетов для маломобильных пациентов с целью предотвращения скученности пациентов у кабинета и их нежелательных эмоциональных реакций.

5. Разработаны рекомендации для медицинского персонала и пациентов в целях профилактики рисков падения. В лечебных отделениях ведется плановая ежедневная работа медицинского персонала по данному направлению.

6. В целях создания комфортной среды проводится ремонт помещений, благоустраивается и озеленяется прилегающая территория.

7. При внедрении пациент-ориентированного подхода необходимо знать мнение пациентов о качестве и доступности оказываемой медицинской помощи. С этой целью свыше 15-ти лет в нашей больнице проводится мониторинг мнения пациентов по специально разработанной анкете «Уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи». На основании итогов анкетирования проводятся организационные мероприятия, направленные на достижение качественной и доступной медицинской помощи, а также реализацию пациент-ориентированного подхода в нашем учреждении.

ЛЕЧЕНИЕ SARS-COV-2 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Т.В. Смирнова, О.И. Лобанкова

Самарская городская больница №6, Самара

Цель: продемонстрировать случай лечения пациента с сахарным диабетом с тяжелым течением SARS-CoV-2 и применение дневника вариабельности.

Материалы и методы. Пациент М. 47 лет, сахарный диабет 1 типа (длительность 10 лет), предшествующая инсулинотерапия растворимым генно-инженерным человеческим инсулином до 1,5 ЕД на кг/сутки. При поступлении: глюкоза крови 20,82 ммоль/л, повышение температуры тела до 38,5 °С, одышка при ходьбе, сухость во рту, онемение пальцев стоп, сатурация 93 %, ПЦР мазок на SARS-CoV-2 – положительный, С-реактивный белок – 98,2 мг/л, гликированный гемоглобин – 13,8 %, по данным КТ поражение 35 % легких. Диагноз: новая коронавирусная инфекция, внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония средней степени тяжести, дыхательная недостаточность 1, сахарный диабет 1 типа. Проведено лечение: Фарипиравир, Барицитиниб, Дексаметазон, Гепарин, сахароснижающая терапия: инсулин деглудек 54 ЕД, сверхбыстродействующий аспарт по 10 ЕД на прием пищи, инфузионная терапия. В связи с невозможностью использовать систему не-

прерывного мониторинга глюкозы (НМГ), был использован дневник вариабельности по амбулаторному гликемическому профилю¹ для контроля дозы сахароснижающей терапии.

Результат. Через 2 недели пациент был выписан с показателями: глюкоза крови в пределах 8–10 ммоль/л, мазок SARS-CoV-2 отрицательный, КТ легких поражение 10 %, С-реактивный белок 4,9 мг/л. Рекомендовано на амбулаторный этап – инсулин деглудек 48 ЕД, сверхбыстродействующий аспарт – 24 ЕД в сутки (0,72 ЕД на кг/сутки). Динамика гликемии снизилась с 16,3 до 9,3, гликемия натощак снизилась с 19,0 ммоль/л до 8,6 ммоль/л, коэффициент вариации за день с 19,1 % до 6 %. Пациент отмечал улучшение общего самочувствия, снижение головных болей, и снижение судорог в ногах.

Выводы. Применение современных аналогов инсулина у данного пациента с сахарным диабетом и тяжелым течением SARS-CoV-2, позволило быстро вывести пациента из состояния острой гипергликемии, позволило снизить среднесуточные дозировки инсулина на 50 % от исходного уровня. Применение дневника вариабельности позволило заменить НМГ для целей контроля гликемии.

КОМПЬЮТЕРНАЯ СТАБИЛОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОНТРОЛЕ ПОСТУРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ БЕЗ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Н.В. Чертыковцева, О.О. Зитева

Самарская городская детская больница № 2, Самара

Постуральные расстройства – это нарушения способности удерживать равновесие при изменении положения тела или при ходьбе.

Цель работы: улучшить диагностику и дать объективную оценку проведенной реабилитации постуральных нарушений у детей с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС) после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Материалы и методы:

► Произведено исследование нарушений постуральной функции у 120 пациентов с резидуально-органическим поражением ЦНС после COVID-19 с помощью метода компьютерной стабилометрии с последующей статистической обработкой полученных результатов.

► Оценена эффективность метода компьютерной стабилометрии в диагностике постуральных нарушений и оценке результатов проводимой

реабилитации с применением мультидисциплинарного подхода после COVID-19.

Медицинскую реабилитацию осуществляли специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды: лечащий врач-невролог, врач-физиотерапевт, врач-реабилитолог, врач по лечебной физической культуре (ЛФК), медицинский психолог, инструктор по ЛФК, медсестра по массажу, медсестра по физиотерапии, медсестра по реабилитации.

В реабилитации делался акцент на усиление активности постуральной системы: занятия на нестабильной виброплатформе для уменьшения атаксии, занятия в подвесной системе «Экзарта» в облегченном положении для укрепления локальной мускулатуры, лечебная гимнастика в костюме динамической проприоцептивной коррекции для формирования правильной позы и восстановления стереотипа ходьбы, корректирующие уклады, активная и пассивная лечебная гимнастика, общий массаж.

В качестве физиотерапевтических методов воздействия мы применяли магнитотерапию, лазеротерапию, электрофорез, электростимуляцию, теплотечение, цветотерапию, светотерапию, методику микрополяризации.

Физическая реабилитация проводилась на фоне поддерживающей медикаментозной терапии: ноотропные препараты, сосудорегулирующие препараты, нейромедиаторы.

Психологическая реабилитация проводилась с применением пространственных представлений «схемы тела» и компьютерного интерфейса REVIMOTION.

Выводы. После проведения курса реабилитации мы получили улучшение показателей по всем оценочным шкалам, улучшилась постуральная функция по показателям стабилотраммы.

Частота и выраженность постуральных нарушений уменьшилась после проведенного лечения, что говорит о хорошем потенциале лечения и тренировке постуральной функции.

Таким образом, компьютерная стабилотметрия и мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации позволяют дифференцированно и комплексно подходить к составлению индивидуальной программы реабилитации каждого пациента, объективно контролировать постуральную функцию до и после проведенного лечения, что обеспечивает пациент-ориентированный подход в реализации целей медицинской реабилитации.

ТАКТИКА СТОМАТОЛОГА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

В.Е. Самсонов, А.А. Трунин, М.В. Васильев

Тольяттинская стоматологическая поликлиника № 1, Тольятти

В настоящее время при проведении дентальной имплантации с использованием современных методик и новых технологий при обследовании пациентов, проблема послеоперационных осложнений является актуальной проблемой. Данное обстоятельство обусловлено не полным и неверным планированием вмешательств, а также нарушением методик хирургического лечения (Жусев А.И., Ремов С.Ю., 2004 г.). Но даже при тщательном планировании и соблюдении протокола операций существует риск возникновения осложнений. При дентальной имплантации на нижней челюсти нередко встречается повреждение нижнечелюстного канала. По данным А.В. Камалаян (2007 г.) такое осложнение может наблюдаться до 20 % случаев.

Вышеназванное осложнение возникает в следствии компрессии, размозжения, сдавливания, полного или частичного пересечения нижнеальвеолярного нерва, что приводит к нарушению его функции. Симптоматика в этих случаях типичная: длительное отсутствие и изменение чувствительности тканей, иннервируемых поврежденным нервом, а также развитие болевого синдрома различной степени тяжести в этой области.

Основными причинами повреждения нижнеальвеолярного нерва при дентальной имплантации являются:

1) прямое повреждение (перфорация) нижнечелюстного канала и травма нерва при препарировании ложа и установки имплантата;

2) компрессия или разможнение сосудисто-нервного пучка установленным в просвет канала имплантатом;

3) сдавление нерва в следствии формирования внутриканальной гематомы и послеоперационного отека.

Реабилитация пациентов с данным видом осложнений после имплантации заключается в комплексном медикаментозном, физиотерапевтическом, а иногда в хирургическом лечении. Не целесообразно использовать выжидательную тактику, надеясь на самопроизвольное восстановление функции нижнеальвеолярного нерва на протяжении длительного времени. Возникновение данного осложнения не позволяет завершить начатое имплантологическое лечение, заставляет страдать пациента, поэтому требует определенных действий врача для эффективного устранения осложнения.

Цель настоящей работы заключалась в формировании адекватной тактики врача-стоматолога при нарушениях функции нижнего альвеолярного нерва после операции установки имплантатов и разработке алгоритма лечения пациентов.

Материал и методы. При проведении исследования были взяты пациенты с нарушениями функции нижнего альвеолярного нерва после проведенной дентальной имплантации, обратившиеся в хирургическое отделение ГБУЗ СО «ТСП № 1» в различные сроки после операции. Под нашим наблюдением находилось 16 пациентов в возрасте от 29 до 53 лет с установленными винтовыми, цилиндрическими и пластинчатыми имплантами различных систем в количестве от 1-го до 3-х на стороне повреждения сосудисто-нервного пучка.

Всем пациентам проводилось обследование (общее и рентгенологическое), а также оценка неврологического статуса. Исследование чувствительности мягких тканей на стороне поражения проводились с помощью сенсорных тестов. Для уточнения локализации не корректно установленных имплантатов пациентам проводили компьютерную томографию нижней челюсти. По результатам обследования пациенты были разделены на две группы. Первая состояла из 6 пациентов (5 женщин и 1 мужчина) с локализацией имплантата непосредственно в просвете нижнечелюстного канала (полностью или частично). У всех пациентов выявлялась перфорация дентальным имплантатом верхней или верхне-язычной стенки нижнечелюстного канала. Вторая – составлена из 10 пациентов

(8 женщин и 2 мужчин), у которых на рентгенограммах и томограммах выявлена локализация имплантата в пределах 1 мм. и менее до нижнечелюстного канала без перфорации его стенки. У некоторых пациентов верхняя стенка нижнечелюстного канала не визуализировалась.

Результаты. Пациенты первой группы предъявляли жалобы как на стойкое и длительное отсутствие чувствительности кожи нижней губы, подбородка, зубов и десны на стороне поражения, так и на боли в области нижней челюсти. Характер болей был различным: постоянные и периодические, приступообразные, ночные и т.д. Интенсивность болей менялась. Пациенты второй группы предъявляли жалобы на снижение чувствительности кожи нижней губы, подбородка, иногда тела нижней челюсти на стороне имплантации. У всех пациентов, названные жалобы появились сразу после операции. Всем пациентам обеих групп проводилось консервативное лечение в течение 2–4 недель. Оно включало в себя медикаментозную терапию (нейромультивит, мильгамма, комбилипен – по схемам) и физиотерапевтическое воздействие (ультразвук, диадинамические токи, АСБ, лазер, электрофорез 2 % раствором витамина В1).

Необходимо отметить, что консервативное лечение было не эффективно у пациентов первой группы, интенсивность болей не снизилась и купировалась приемом анальгетиков, антиконвульсантов, антидепрессантов, препаратов НВПС. Через 2 недели после начала лечения у всех пациентов «причинные» имплантаты были удалены. Болевой синдром удалось купировать только устранением причины осложнения, а дальнейшее лечение и реабилитацию пациенты получали у невролога.

Клинические проявления осложнения во второй группе удалось ликвидировать консервативным лечением. Так, восстановление чувствительности тканей у пациентов второй группы происходило в интервале от 3 до 12 недель. У девяти пациентов имплантаты успешно интегрировались в кости и были использованы в качестве опор для несъемного протезирования. У одного пациента на пятые сутки после операции выполнена реимплантация путем удаления «причинного» имплантата и замены его на более короткий (13 мм на 10 мм) имплантат того же диаметра с изоляцией области перфорации стенки нижнечелюстного канала блоком коллагеновой губки.

Выводы:

I. Длительное безуспешное консервативное лечение пациентов с повреждением нижнего альвеолярного нерва позволяет сделать вывод, что без устранения причины ликвидировать такие осложнения имплантации не всегда возможно. Локализация в просвете нижнечелюстного канала имплантата является показанием к его удалению в максимально ранние сроки.

II. Раннее выявление симптомов повреждения сосудисто-нервного пучка нижней челюсти после имплантации необходимо.

III. Уточнение локализации установленных имплантатов относительно нижнечелюстного канала с помощью компьютерной томографии.

IV. При сохранении признаков повреждения нижнечелюстного канала более 12 недель, целесообразно проводить повторное обследование для определения дальнейшей тактики лечения.

V. Консультация у врача-невролога.

Рекомендации. С целью предотвращения вышеперечисленных осложнений необходимо шире использовать возможности компьютерной томографии при планировании имплантации, средств навигационной хирургии, а также тщательное соблюдение хирургического протокола с использованием фрез со стопперами, учитывать топографо-анатомические особенности челюстной кости в каждом клиническом случае.

Литература

1. Жусев А.И., Ремов А.Ю. Дентальная имплантация. Критерии успеха. М.: Центр дентальной имплантации, 2004.
2. Камалян А.В. Критерии экспертной оценки ошибок и осложнений при стоматологической имплантации (медико-правовые аспекты: дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.
3. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. Минск: ООО «Юнипресс», 2008.
4. Копылова И.А., Сирак С.В., Копылов А.В. К вопросу о лечении травм нижнего альвеолярного нерва при дентальной имплантации. 2014.
5. Greenstein G. et al. Повреждения нерва в имплантологической стоматологии. 2021.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Л. Уланова

Самарская городская поликлиника № 4 Кировского района, Самара

Цель работы: оценка эпидемиологических особенностей заболеваемости новой коронавирусной инфекцией среди прикрепленного населения ГБУЗ СО «СГП № 4 Кировского района».

Материалы и методы. Использовались данные «Федеральный регистр лиц, больных COVID-19», ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области», данные о привитых лицах против COVID в «Федеральном регистре лиц, привитых против COVID-19».

Результаты. При проведении динамической оценки эпидемиологической обстановки по новой коронавирусной инфекции в ГБУЗ СО СГП № 4 Кировского района было отмечено, что с начала 2020 года по настоящий момент на территории данного учреждения диагноз «Новая коронавирусная инфекция» был поставлен 14305 пациентам.

В структуре заболеваемости отражены дети 0–17 лет – 2779 (19,42 %), взрослые 18–59 лет – 8389 (58,64 %), взрослые 60+ – 3137 (21,94). Стоит отметить, что уровень заболеваемости в возрасте

18–59 лет выше, чем у остальных, также чаще заболевали представители женского пола – 8142 (56,91 %), чем мужского 6163 (43,09 %). Число пациентов с диагнозом новая коронавирусная инфекция осложненной пневмонией составило – 76 человек (0,53 %). Среди профессиональных рисков преобладает заболеваемость медицинскими работниками – 528 (3,68 %). По тяжести течения преобладало легкое, среднетяжелое 7725 (54 %), пациентов с тяжелым течением госпитализировали в инфекционный стационар, доля таких пациентов 46 %. Среди известных штаммов распространенность штамма «COVID-19» выше, чем «Омикрон», «Кентавр» на 78 %

В динамике заболеваемость характеризовалась медленным развитием эпидемии с 3 подъемами количества заболевших (сентябрь–декабрь 2020, октябрь–ноябрь 2021, январь–февраль 2022)

В результате начала вакцинации против новой коронавирусной инфекции в конце 2021 удалось

снизить пик заболеваемости и улучшить эпидемиологическую обстановку.

С конца 2021 по настоящее время на территории ГБУЗ СО «СГП № 4» завершили курс вакцинации 56525 человек. Также по истечению 6 месяцев повторно прошли курс вакцинации 78 % от привитых. Среди привитых имеются повторные случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией, но тяжесть течения заболевания легкая в 95 % случаев, чем у не привитой группы населения. Также отмечается легкое течение заболевания у лиц привитых только от гриппа.

Вывод. В целом, эпидемиологическая обстановка остается умеренной, несмотря на разнообразие возрастов в структуре заболеваемости уменьшается число пациентов со среднетяжелым и тяжелым состоянием, благодаря вакцинации против новой коронавирусной инфекции и гриппа, так как данная процедура понижает риски возникновения осложнений и не отягощает течение заболевания. При проведении достаточных противоэпидемических мероприятий, специфической профилактики в дальнейшем, возможно, добиться того, что заболевание приобретет сезонность и сформируется коллективный иммунитет.

ЗНАЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Д.Р. Нурсафин, А.А. Улбутова

Чапаевская стоматологическая поликлиника, Чапаевск

В настоящее время, частота онкологических заболеваний как челюстно-лицевой области, так и в целом организма, с каждым годом становится выше. Это связано с несвоевременным выявлением данной патологии. Поэтому, вопрос о ранней диагностике и профилактике онкологических заболеваний является актуальным. В ГАУЗ СО «Чапаевская стоматологическая поликлиника» особое внимание уделяют выявлению онкологических заболеваний полости рта на ранних стадиях. При приеме врача-стоматолога хирурга, врач тщательно проводит сбор анамнеза и осмотр пациента. При подозрении на онкологическое заболевание, пациент вносится в журнал онкозаболеваний и направляется на консультацию в ГБУЗ СО ЧЦГБ к врачу он-

кологу. Результаты выявленных больных за последние 3 года: 2020 – 13 человек; 2021 – 8 человек; 2022 – 2 человека.

Из них 9 подтвержденных случаев рака полости рта, 1 случай предракового состояния, остальные доброкачественные новообразования. По результатам работы за 3 года наблюдается тенденция снижения заболеваемости онкологических пациентов. Таким образом, в настоящее время возрастает роль врача-стоматолога в профилактике и раннем обнаружении онкологических заболеваний. Постоянная работа в проведении санитарно-просветительной работы среди широких слоев населения, разъяснение необходимости неотложного обращения к врачу при появлении первых признаков заболевания, недопустимости самолечения ведет к уменьшению роста онкологических заболеваний.

ВЫЕЗДНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.О. САМАРЫ И САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

М.Б. Хайкин, С.Е. Чигарина, И.В. Храмова, М.А. Сирота, А.Б. Эреджепов

Самарская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1, Самара

Цель исследования: оценить результативность выездной организации проведения профилактических осмотров детского населения г.о. Самара и Самарской области

Материал и методы исследования. Проведен анализ эффективности использования ресурсов мобильных лечебно-профилактических модулей

«Стоматология» ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1» по отчетной документации проведения профилактических осмотров детям г.о. Самара и Самарской области за период 2021–2022 годы. Профилактиче-

ские осмотры проведены в г.о. Самары и Красноглинском районе, г. Чапаевске, Красноярском и Куйбышевском районах Самарской области.

Полученные результаты и их обсуждение.

В ходе работы выездного мобильного лечебно-профилактического модуля (МЛПМ) «Стоматология» за указанный период отмечено повышение доступности по проведению профилактических осмотров несовершеннолетним детям-подросткам, в том числе детям с инвалидностью, в период их нахождения в учебных и оздоровительных организациях г.о. Самары и районах Самарской области. На базе мобильных лечебно-профилактических модулей «Стоматология» врачом-стоматологом за период 2021 года было осмотрено 2640 пациентов, а за шесть месяцев текущего года (2022 год) – 6015 пациентов.

Выводы. Выездная организация мобильных лечебно-профилактических модулей «Стоматология» для проведения профилактических осмотров детского населению Самарской области эффективна в качестве средств оказания стоматологической помощи населению, особенно проживающих в отдаленных районах. Проведенные профилактические осмотры при относительно небольших затратах позволили в короткий срок увеличить эффективность работы ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1» за счет уменьшения потерь рабочего времени. Все это позволяет охватить профилактическими мероприятиями большее количество детей, по сравнению с посещениями поликлиники «по обращаемости», улучшить качество и доступность стоматологической помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ГБУЗ СО ТЛРЦ «АРИАДНА»

П.Г. Хрипкина

ТЛРЦ «Ариадна», Тольятти

Актуальность. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности как на уровне индивида, так и на уровне населения. С января 2022 года мы начали применять МКФ в условиях нашего центра, что позволило приобрести новые компетенции в рамках пациентоориентированного подхода. Смещая фокус от причины заболевания к его последствиям, МКФ позволяет производить оценку различных уровней здоровья по универсальной шкале здоровья и инвалидности. Данный подход также позволяет учитывать воздействие окружающей среды на жизнедеятельность человека.

Описание. Пример диагноза по МКФ. «Ариадна» – городское специализированное медицинское учреждение, выполняющее функцию дневного стационара. В нашем центре проходят лечение дети с рождения до восемнадцати лет, спектр патологии различен: ДЦП, наследственные заболевания, расстройство аутистического спектра, задержки речевого развития, реабилитация после травм и операций. При поступлении с каждым пациентом работает мультидисциплинарная бригада, которая состоит из следующих специалистов:

врач-невролог, врач-реабилитолог, медицинский психолог, логопед, эрготерапевт, врач ЛФК, инструктор ЛФК, реабилитационные сестры, врач-физиотерапевт. Формулируется индивидуальная цель и задача реабилитации, индивидуальная программа реабилитации, происходит выбор доменов, определяется последовательность и приоритетность приемов (методик) медицинской реабилитации. Заседание длится в среднем 30–40 минут, что способствует сокращению времени на индивидуальные первичные консультации. Оформляется индивидуальная карта пациента с внесением диагноза по МКБ, МКФ, целей и плана лечения, ответственных специалистов.

Пациент М., 6 лет. Поступил с жалобами на трудности в обучении (по причине импульсивного поведения, нарушения внимания, гиперактивности). При первичном осмотре мальчик не сразу идет на речевой контакт, осмотру доступен, элементы протестного поведения, гипердинамичен, постоянно поправляет элементы одежды, не дослушивает задания. Посещает детский сад, занятий с логопедом, психологом не было.

Основной диагноз по МКБ: Последствия перинатального поражения ЦНС, синдром гиперактивности и дефицита внимания. Общее недоразвитие

речи 3 уровня, стертая форма дизартрии. Диагноз при поступлении по МКФ: невролог b1400.3 d1401.3 d7203.2 d250.3 d7202.3 e425. + 2 e440.2 логопед: b126.1 b167.2 b140.2 b144.1 b164.2 d880.1 d250.3 b130.2 d710.1 d720.2 психолог b167.2 b320.2 b440.1 s320.2 d137.2 d310.2 d330.2

Диагноз при выписке: b1400.2 b1401.2 b130.2 b320.1 d7203.1 e425. + 2 e440.2

Цель на 21 день (весь курс): пациент без истерик, протестов приходит на занятия, коммуницирует со специалистами (приветствие\прощание), удерживает внимание на занятиях 30 минут. Обучение родителей воспитанию ребенка с СДВГ (методическая литература, лекции).

Долгосрочная цель: у пациента есть мотивация к занятиям, освоен навык самоконтроля, развито продуктивное взаимодействие.

Перспективы маршрутизации: пациент после выписки продолжает посещать д\с, занятия с логопедом и психологом на регулярной основе, занятия

для дошкольников. Обустроена среда для обучения. Наблюдение невролога. Поддерживающая медикаментозная терапия.

Вывод. Для нас достоинством и удобством работы с МКФ стала возможность наглядного представления динамики восстановления функции. Применение единой шкалы позволило специалистам говорить на одном языке, понятном каждому участнику. Каждый специалист вовлечен в реабилитационный процесс, работает над конкретной задачей. Проводится плотная работа с родителями.

В центре ведется работа по разработке удобной платформы обобщения, структурирования и передачи данных доменов между специалистами.

Внедрение в практику использования МКФ позволяет описывать не только медицинский аспект, но и не медицинские проблемы пациентов, повышает качество реабилитации.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ COVID-19 И ОХВАТ ВАКЦИНАЦИЕЙ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ГРУППЕ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С.А. Царев¹, А.В. Щербань¹, И.И. Сиротко²

¹Самарский областной клинический наркологический диспансер, Самара

²Министерство здравоохранения Самарской области, Самара

Введение. Распространение новой инфекции, вызванной действием коронавируса SARS-CoV-2, носит угрожающий для всего человечества характер. Рост регистрации в популяции по всему миру симптомов стресса, повышенной тревоги, психологического дистресса, нарушений сна, симптомов посттравматического стрессового расстройства, депрессии является следствием действия пандемии, как психотравмирующего фактора.

В этой связи, для определения направлений и объемов воздействия психотерапевтических мероприятий, с учетом выявления дополнительных психотравмирующих факторов у лиц, страдающих наркологическими расстройствами, крайне важны эпидемиологические данные, отражающие распространенность выявления COVID-19 среди лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, а также данные об охвате вакцинацией данной категории пациентов.

Таким образом, целью исследования является оценка распространенности и охвата вакцинацией

у пациентов, страдающих наркологическими расстройствами в Самарской области, по сравнению с аналогичными данными в общей популяции.

Материалы и методы исследования. Исследование является наблюдательным. Данные о перенесенной коронавирусной инфекции и наличии завершенной вакцинации от COVID-19 в 2021 году (период: январь – декабрь 2021 года) у лиц, с зарегистрированными наркологическими заболеваниями, представлены Самарским областным медицинским аналитическим центром.

Результаты исследования. Всего в Самарской области в 2021 году было зарегистрировано 23002 пациента с диагнозами, соответствующими по МКБ-10 классу психических расстройств и расстройств поведения (F10–F19), при этом синдром зависимости от психоактивного вещества зарегистрирован у 15865 пациентов, пагубное потребление – у 7137. Общая распространенность наркологических расстройств в регионе составила 729,7 на 100 тыс. населения. Из них мужчин – 79,6 %, жен-

щин – 20,4 %. Средний возраст пациентов с наркологическими заболеваниями составил $43,9 \pm 12,6$ (для мужчин: $43,6 \pm 12,4$; для женщин: $45,2 \pm 13,2$). Из всех пациентов с зарегистрированными наркологическими заболеваниями, вакцинопрофилактику одной из вакцин в полном объеме в течение 2021 года прошли 7684 пациента, что составило 33,4 % (95 % ДИ: 32,8–34,0), из них частота вакцинации у мужчин составила 33,3 %; у женщин – 33,9 %. При этом в Самарской области в 2021 году вакцинопрофилактикой было охвачено 51,5 % населения области.

Анализ четырехпольных таблиц, выявил статистически значимое различие в долях привитых в группах здоровых лиц и лиц с наличием наркологического заболевания ($\chi^2 = 7,4$; $p = 0,007$), а также определил, что между фактором риска (наличие наркологического заболевания) и исходом (отсутствием вакцинации) имеется прямая связь слабой силы ($\phi_c = 0,192$).

Данные о перенесенном COVID-19 в 2021 году были отмечены у 1467 наркологических пациентов, что составило 6,4 % (95 % ДИ: 6,1 – 6,7), при этом у мужчин COVID-19 перенесли 5,9 % пациентов, у женщин – 8,3 %. За тот же период в регионе было зарегистрировано 168308 случаев заражения, что составило 5,3 % населения Самарской области. Различия в долях перенесших COVID-19 среди наркологических больных и остального населения региона не были статистически значимыми.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют, что наибольший охват вакцинацией от COVID-19 отмечался в группах потребителей табака (71,8 %) и алкоголя (35,5 %), наименьший – в группе потребителей летучих растворителей

(14,7 %) и стимуляторов (23,8 %). При этом наибольшая доля наркологических пациентов, перенесших COVID-19, зарегистрирована в группе потребителей табака (12,8 %) и опиатов (7,3 %), наименьшая – в группах потребителей каннабиоидов (5,7 %) и стимуляторов (5,6 %).

Обсуждение результатов. Полученные в ходе исследования результаты подтвердили выдвинутую гипотезу о некоторых особенностях распространённости новой коронавирусной инфекции у лиц, страдающих наркологическими заболеваниями. Статистически значимой оказалась меньшая доля вакцинированных от COVID-19 в группе страдающих наркологическими заболеваниями по сравнению с остальной частью населения Самарской области. В ходе исследования также выявлено, что в группе наркологических пациентов в сравнении с лицами, не страдающими наркологическими заболеваниями, частота заражений от COVID-19 была выше, однако разница в долях не была статистически значимой.

Заключение. Полученные данные о распространённости COVID-19, охвата вакцинопрофилактикой от коронавирусной инфекции среди пациентов наркологического профиля может иметь высокую практическую значимость. Учитывая статистически значимые различия в охвате вакцинацией наркологических пациентов по сравнению с остальными лицами, зарегистрированными в Самарской области, наркологической службе необходимо активнее организовывать мотивационную работу по вовлечению пациентов в вакцинацию от COVID-19. При этом необходимо учитывать особенности охвата вакцинацией в различных возрастных группах, а также в группах наркологических пациентов с различным диагнозом.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

А.Е. Морозов, Н.В. Чаплыгина, А.С. Митясова

Самарская стоматологическая поликлиника № 5 Куйбышевского района, Самара

Создание новой медицинской аппаратуры, основанной на достижениях современной науки и техники, позволяет разрабатывать новые медицинские технологии, обладающие несомненными преимуществами перед существующими методами. Использование новых технологий позволяет повы-

сить эффективность лечения, уменьшить вероятность развития осложнений и рецидивов, болевые ощущения пациента и время его нетрудоспособности. Среди этих технологий значительное место занимают лазерные технологии. С появлением в стоматологической практике новой лазерной хирургической техники появилась возможность выбирать

длину волны рабочего излучения и временной режим работы (непрерывный, импульсный или импульсно-периодический). Высокая надежность, простота управления, малый вес и габариты позволяют использовать современные лазерные скальпели на основе мощных полупроводниковых (диодных) и волоконных лазеров в лечебных учреждениях, не имеющих инженерно-технических служб, при этом снижаются расходы на их эксплуатацию. Низкая чувствительность к внешним воздействиям в сочетании с малым энергопотреблением позволяет использовать подобные аппараты во в неклинических условиях [1].

Обоснование. Травматичность хирургических операций в стоматологии диктует необходимость поиска малоинвазивных методов альтерации тканей. Применение лазеров позволяет решить эту проблему, так как лазерное излучение отличается меньшей операционной травмой, селективностью воздействия, активацией репаративных процессов в ране.

Цель: повысить эффективность хирургического лечения стоматологических пациентов путем применения диодного лазера. Адаптировать насадки, длительность импульса к тканям пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. В поликлинике проводится обследование и хирургическое лечение при заболеваниях пародонта (эпулис, гипертрофия десны), коррекция преддверия полости рта, коррекция уздечки, доброкачественных новообразований (папиллома, фиброма, ретенционная киста) с помощью диодного лазера EPIC™ 10, класс лазера 4, полупроводниковый диод InGaAsP, с длиной волны 940 нм, мощностью 10 Вт [3].

Результаты. В ходе работы изучено воздействие диодного лазера на ткани пародонта и слизистой оболочки полости рта. По сравнению с традиционным методом лечения, при использовании хирургического лазера менее выражены послеоперационный отек и боль. Разница в сроках заживления операционной раны при использовании хирургического лазера по сравнению с традиционным составила $3 \pm 0,5$ суток у пациентов, раны которых были ушиты, в случае заживления раны под фибриновой пленкой разница составила $7 \pm 0,5$ суток. Раневой дефект, созданный лазерным излучением,

по сравнению со скальпельным, проходит значительно быстрее все стадии раневого процесса [2]. Кроме того, селективное удаление патологических тканей уменьшает вероятность травмирования слизистой оболочки полости рта, что приводит к сокращению сроков лечения, также положительный момент применения лазера – психологический комфорт пациента, у которого есть страх перед анестезией и скальпелем.

Неудобство в работе заключается в том, что удаленное образование должно быть отправлено на гистологическое обследование, а после применения лазера на тканях это невозможно. Приходится проводить биопсию тканей до оперативного вмешательства.

Выводы. Таким образом, применение диодного лазера позволяет совершенствовать технику хирургического лечения и повысить эффективность лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями полости рта.

Гемостаз – операции проводятся практически на бескровном поле, большая точность операций, четкие края, низкая вероятность заражения заболеваниями, передающимися через кровь.

Стерильность, сильное антибактериальное действие, абластичность раневой поверхности.

В большинстве случаев не требуется использование местной анестезии.

Эстетический эффект: в большинстве случаев не требуется наложение послеоперационных швов, образование тонкого, нежного, малозаметного рубца.

Биостимуляция. Высокая скорость воздействия на ткани.

Литература

1. ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», разработка «Применение диодного лазерного скальпеля в амбулаторной хирургической стоматологии. Новая медицинская технология». М., 2008, с. 4.
2. Журнал «Современные науки и образования» http://www.stomport.ru/articlepro_show_id_528
3. Руководство пользователя «BIOLASE epic™», раздел 5, стр. 14.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ У МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

М.С. Шейфер, Н.Г. Дорофеева, А.А. Боклин, Н.В. Егорова, А.В. Чиндяева

Самарская областная клиническая психиатрическая больница, Самара

Разработка программ по длительному уходу за пожилыми, маломобильными пациентами с каждым годом становится все актуальнее. Методы, способы и приспособления для ухода претерпели существенные изменения в связи с развитием медицинских технологий. Неизменной и важной остается роль медицинской сестры и младшего медицинского персонала в осуществлении ухода за пациентами с нарушенными навыками самообслуживания.

Цель исследования: улучшить работу по профилактике пролежней у пациентов, утративших навыки самообслуживания ввиду заболеваний психического характера.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделении на 70 коек за два года находилось 254 лежачих пациента с деменцией. Средний возраст составил $79,0 \pm 1,2$ лет. Мужчин было 98 (38,6 %) человек, женщин 156 (61,4 %). Индекс массы тела (ИМТ) при поступлении составлял $25,1 \pm 1,5$. Мобильность при поступлении низкая с доступностью кратковременного сидения и стояния с поддержкой. Выявляли факторы риска и регистрировали их в специальных учетных формах в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Пролежни», проводили бальную оценку факторов риска. Средний балл риска пролежней по шкале Ватерлоу составил $4,75 \pm 0,6$ (очень высокий).

Использовали противопролежневые матрасы, специализированные функциональные кровати, подъемники, различные валики, подушки и приспособления.

Неотъемлемой частью в уходе за пациентами была физическая работа медицинского персонала с маломобильным пациентом. Участие медицинской сестры и младшего медицинского персонала в профилактике пролежней – сложный процесс, требующий профессионализма, ответственности и огромного физического труда. Одним из главных условий данного процесса является ежедневное изменение положения тела пациента каждые 2 часа, а у пациентов с дефицитом массы тела –

каждые 20 минут. Во время смены положения осуществляется протирание кожных покровов, смена постельного и нательного белья, виброакустический и перкуссионный массаж и легкие похлопывающие движения в уязвимых местах, гигиенические мероприятия.

Очень важным является соблюдение питьевого режима по графику, так как обезвоживание (при неспособности пациента заявить о жажде) и сухость кожи – один из факторов риска развития пролежней, а также пищевого режима и режима питания и кормления с соблюдением норм калоража и поддержания нормального нутритивного статуса.

С целью объективизации работы медицинского персонала проведен хронометраж рабочего времени по непосредственному физическому контакту с пациентами (повороты, протирания, смена белья и т.д.).

Хронометраж показал, что длительность такого физического контакта одной медицинской сестры в суточную смену должна составлять не менее $8,3 \pm 1,9$ часов и одной санитарки $10,5 \pm 1,8$ часов. То есть треть работы медицинской сестры и половина работы санитарки в суточную смену составляет тяжелый физический труд! И это при достаточной оснащенности функциональными кроватями, противопролежневыми матрасами и приспособлениями, которые не являются альтернативой физическому усилию персонала. При такой организации профилактической работы количество пролежней за исследованный период сведено к нулю. Существенно повышается мобильность пациентов, вплоть до возможности сидеть на кресле – каталке, выезжать в парк больницы, активными движениями помогать персоналу при перекладывании, самостоятельно переворачиваться, в итоге облегчая осуществление ухода.

Выводы. Только ежедневный тщательный уход за лежачим пациентом с непосредственным физическим усилием персонала позволит предотвратить пролежни. Роль медицинского персонала в решении данной проблемы нельзя недооценивать.

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ – ИННОВАЦИОННАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ СТРАТЕГИЙ И ТАКТИК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Е.В. Шувалова¹, П.Н. Золотарев²

¹Сызранская стоматологическая поликлиника, Сызрань

²Министерство здравоохранения Самарской области, Самара

Введение. Цифровизация медицины – это внедрение передовых информационных технологий в различные процессы медицинской отрасли, как бюджетной, так и коммерческой. До 2024 года правительством РФ инициирована реализация двух проектов – Медицинских платформенных решений федерального уровня и создание единого цифрового контура.

Утверждены целевые показатели успешности проектов, включая увеличение количества пациентов, которые воспользовались сервисом на портале государственных услуг, удельный вес дистанционных записей на прием, доля электронного медицинского документооборота.

Целью данной работы является рассмотрение инновационных подходов в медицине и сопутствующих секторах экономики.

В работе были установлены и рассмотрены следующие задачи:

- рассмотреть особенности использования высоких информационных технологий в медицине;
- выделить наиболее актуальные направления инноваций;
- изучить практическое использование инноваций;
- представить характеристику развития медицины в России;

Объектом изучения представленной работы является инновационная трансформация стратегий и тактик оказания медицинской помощи населению.

Предмет исследования: высокие информационные системы в медицине и их использование в РФ и мире.

Методы исследования: изучение проводилось на базе анализа теоретических данных, учебной литературы. Использовались статистические данные.

Телемедицина (ТМ). ТМ подразумевает общение врача и пациента или врача и врача посредством телекоммуникационных технологий. Настоящая разработка, использующая электронные устройства и программное обеспечение, разре-

шает получать медицинскую консультацию, не приходя в учреждение здравоохранения. Сеансы могут проводиться где угодно. Не так важно, пребываете ли вы в отпуске, не можете покинуть рабочее место или же не уверены, нужно ли вам ехать в медицинское учреждение – ТМ гарантирует вам удаленный доступ к разным видам медицинских услуг, экономя ваше время, и в том числе, и средства. При этом врач и пациент могут не только видеть и слышать друг друга, но и обмениваться текстовыми и графическими данными.

Искусственный интеллект (ИИ). Медицинские технологии – это применение гаджетов и сервисов в здравоохранении. Частный пример современных медицинских технологий – это искусственный интеллект, который сейчас активно внедряется в здравоохранение.

ИИ ускоряет считывание результатов исследований (в 150 раз быстрее, чем человек) и может помочь подобрать наиболее действенные фармацевтические композиции, предотвращает утечку личных данных – все это делает обслуживания клиентов на более высоком уровне и значительно снижает риск ятрогенных ошибок. Более того, внедрение ИИ в медицинскую отрасль связано со значимой экономией средств.

AR/VR. Совсем недавно внедрение решений дополненной и виртуальной действительности для здравоохранения являлось фантастикой. Никто не знал, какую пользу это может принести в ближайшем будущем.

Эти перспективные технологии дают возможность специалистам в области здравоохранения тестировать новые идеи и способы, прежде чем воплощать их в жизнь. Близкое к реальности, 3D-моделирование органов и тканей человека позволяет исследователям и врачам виртуально апробировать новые медикаменты, чтобы увидеть, как на них будет реагировать организм человека. Технологии AR и VR, нередко именуемые «виртуальными пациентами» или «органами на чипе», имеют все шансы уменьшить количество опытов на животных и уско-

рять клинические испытания на людях. Они способны обеспечить экономию денег и времени, эпидемиологическую безопасность, активную наработку опыта в сложных операциях.

Чат-боты. Многие области услуг уже используют превосходства применения чат-ботов, медицина только начинает внедрять данную технологию. Несмотря на это, он уже дает многообещающие результаты. Согласно исследованию рынка, проведенному Statista, к 2025 году размер рынка чат-ботов, по прогнозам, достигнет 1,25 миллиарда долларов США.

Поэтому сегодня разрабатываются и внедряются технологии на базе искусственного интеллекта в формате чат-ботов, которые сокращают время сбора анамнеза в несколько раз и снижают вероятность ошибки.

Носимые технологии и IoT. Интернет вещей (Internet of Things, IoT) – это сеть физических объектов, которые могут обмениваться электронной информацией, подключаясь друг к другу. Интернет вещей (IoT) быстро становится важным компонентом увеличения производительности, эффективности и доступности здравоохранения. Интернет медицинских вещей (IoMT) – это категория IoT, разработанная сетью подключенных к Интернету устройств. За последние годы устройства, поддерживающие IoT, усовершенствовались и сделали возможным удаленный мониторинг пациентов через стратегические точки взаимодействия. Данный метод помогает медицинским работникам прогнозировать всевозможные медицинские измерения своих пациентов (данные температура тела, уровня глюкозы в крови, артериального давления, ЭКГ и т.д.)

Блокчейн. Так как доступность и целостность информации в здравоохранении имеют решающее значение, дискутируется внедрение технологии блокчейн медицине. Традиционные механизмы обмена медицинской информацией устарели, они не справляются со своими задачами в современной инфраструктуре здравоохранения. В большинстве случаев пациент должен самостоятельно принести все свои прошлые медицинские записи в новую больницу или снова сдать медицинские анализы.

Digital Twins (цифровой двойник) – это виртуальная модель объекта или системы с нужными характеристиками, на которой можно тестировать воздействие различных препаратов, процедур и визуализировать процессы. Здравоохранение признано отраслью, где технология цифровых двойников может произвести переворот, в будущем позволив врачам работать с виртуальными пациентами. Это своего рода мост между цифровым и физическим мирами.

Облачные вычисления. Облачные технологии все прочнее входят в различные сферы жизни. В последние годы настоящий «бум» переживает облачная медицинская информационная система – по оценке экспертов, эта отрасль в ближайший год может вырасти более чем на 25 млрд. долларов. В медицине всегда приходилось работать с большими массивами данных, и до недавнего времени они хранились на бумажных носителях.

Большие данные. Роль больших данных в медицине заключается в том, что мы можем создавать лучшие профили здоровья и лучшие прогнозистические модели вокруг отдельных пациентов, чтобы лучше диагностировать и лечить болезни. Одним из главных ограничений современной медицины и фармацевтической промышленности является наше понимание биологии болезней. Таким образом, добавление бизнес-аналитики в здравоохранение имеет возможность инициировать экономический подъем и предоставить врачам и пациентам более действенные и улучшенные варианты лечения.

Заключение. Инновационные технологии имеют все шансы сделать более персонализированные экосистемы здравоохранения для пациентов, в то время как поставщикам медицинских услуг будет проще и эффективнее применить современные цифровые технологии. Медицинские организации могут создать цифровую базу, на которую они могут добавлять новые технологии, объединяя фрагментированную врачебную информацию, доступную из общественных систем, денежных ресурсов, ухода на дому и прогноза самообслуживания, а также других классических способов лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КАСКАДНОЙ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Р.Ш. Шамсудинов, О.И. Лобанкова, А.Н. Шавалеев

Самарская городская больница № 6, Самара

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ) поставила много задач перед практическим здравоохранением. Терапия пациентов с клиникой «цитокинового шторма» при COVID-19 до сих пор остается сложной задачей, включающей в себя применение, в том числе и экстракорпоральных методов детоксикации.

Цель исследования: представить собственный опыт применения процедуры каскадной плазмофильтрации (DFPP) у 6 пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии в комплексной терапии тяжелой НКИ с явлениями «цитокинового шторма».

Материалы и методы. Для проведения процедур использовался аппарат Plasauto Σ производства фирмы Asahi Kasei Medical, Япония. Всего было проведено шесть процедур шести разным пациентам (по одной процедуре каждому пациенту). Показаниями к процедуре служила клиничко-лабораторная картина «цитокинового шторма», а именно высокий уровень провоспалительных маркеров (С-реактивный белок, ферритин, фибриноген), а также нарастание дыхательной недостаточности и эскалация респираторной поддержки. В

каждом случае получено информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Результаты и обсуждение. Все процедуры проводились через высокопоточный катетер диаметром 12F, установленный в четырех случаях под ультразвуковым контролем в правую яремную вену, а в двух случаях в правую подключичную вену. Все процедуры завершены без осложнений. Продолжительность процедуры в среднем составила 133,8 мин (114–144 мин), объем дренажа 293,3 мл (190–420 мл). Параллельно проводилось лечение согласно Временным методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» актуальной версии. Все пациенты получили моноклональные ингибиторы рецепторов ИЛ-6. После проведенной процедуры у всех пациентов отмечалось снижение уровня провоспалительных маркеров (табл. 1), а также уменьшение респираторной поддержки в пяти случаях из шести (табл. 2). Это свидетельствовало о купировании явления «цитокинового шторма» и уменьшении повреждения легочной ткани.

Таблица 1. Динамика лабораторных показателей

	Пациент	До процедуры	После процедуры
1	К., 50 лет	CRP 22,5 мг/л Фибриноген 22,5 г/л Ферритин 1178 мкг/л	CRP 16,1 мг/л Фибриноген 1,9 г/л Ферритин 537,4 мкг/л
2	С., 62 года	CRP 155,7 мг/л Фибриноген 8,6 г/л Ферритин 1655 мкг/л	CRP 26,2 мг/л Фибриноген 5,4 г/л Ферритин 1205,80 мкг/л
3	К., 62 года	CRP 246,3 мг/л Фибриноген 16,2 г/л Ферритин 1929,10 мкг/л	CRP 90,1 мг/л Фибриноген 5,3 г/л Ферритин 1125 мкг/л
4	Р., 66 лет	CRP 118 мг/л Фибриноген 9,0 г/л Ферритин 181 мкг/л	CRP 31,6 мг/л Фибриноген 1,7 г/л Ферритин 83 мкг/л
5	Д., 58 лет	CRP 54,7 мг/л Фибриноген 7,2 г/л Ферритин 1870,70 мкг/л	CRP 19,4 мг/л Фибриноген 1,0 г/л Ферритин 1146,50 мкг/л
6	Т., 52 года	CRP 86,5 мг/л Фибриноген 5,4 г/л Ферритин 2077,3 мкг/л	CRP 16,8 мг/л Фибриноген 1,5 г/л Ферритин 1769,80 мкг/л

Таблица 2. Динамика респираторной поддержки

	Ф.И.О.	До процедуры	После процедуры
1	К., 50 лет	НВЛ с параметрами РЕЕР 10 см H ₂ O, Ps 10 см H ₂ O, FiO ₂ 80 %	НВЛ с параметрами РЕЕР 8 см H ₂ O, Ps 4 см H ₂ O, FiO ₂ 70 %
2	С, 62 года	НВЛ с параметрами РЕЕР 10 см H ₂ O, Ps 5 см H ₂ O, FiO ₂ 80 %	НВЛ с параметрами РЕЕР 8 см H ₂ O, Ps 4 см H ₂ O, FiO ₂ 70 %
3	К., 62 года	НВЛ с параметрами РЕЕР 8 см H ₂ O, Ps 4 см H ₂ O, FiO ₂ 80 %	НВЛ с параметрами РЕЕР 6 см H ₂ O, Ps 4 см H ₂ O, FiO ₂ 70 %
4	Р., 66 лет	ВПО с FiO ₂ 80 %, поток 60 л/мин	ВПО с FiO ₂ 70 %, поток 50 л/мин
5	Д., 58 лет	ВПО с FiO ₂ 80 %, поток 60 л/мин	ВПО с FiO ₂ 70 %, поток 50 л/мин
6	Т., 52 года	ВПО с FiO ₂ 80 %, поток 60 л/мин	НВЛ с параметрами РЕЕР 8 см H ₂ O, Ps 4 см H ₂ O, FiO ₂ 80 %

Выводы. В ходе применения данной методики нами было сделано заключение, что как можно более раннее купирование гипервоспаления при НКИ

может улучшить прогноз у пациентов с тяжелым течением COVID-19, находящихся в ОРИТ. Методика каскадной плазмофильтрации может этому в значительной мере способствовать.

МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.А. Шухорова^{1,2}, С.Е. Чигарина², Е.П. Жукова¹, Е.Н. Маркова¹

¹Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника, Самара

²Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель исследования: усовершенствовать систему маршрутизации пациентов Самарской области с онкопатологией слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (СОПР и ККГ) в практике врача-стоматолога первичного звена.

Материалы и методы исследования. При первичном посещении медицинских организаций (МО) стоматологического профиля по Самарской области на амбулаторном приеме врачами стоматологами проводилось скрининговое обследование пациентов. С этой целью проводили сбор анамнеза заболевания и жизни, внешний осмотр, клинический осмотр слизистой оболочки и органов полости рта, из дополнительных методов обследования обязательно проводят аутофлуоресцентную стоматоскопию (аппаратом «АФС 400»).

За период с 2019 по 2021 годы впервые было выявлено 1547 случаев с подозрением на онкопатологию челюстно-лицевой области (ЧЛО). В отношении каждого пациента выполняется соответствующая маршрутизация. При выявлении на слизистой полости рта онкопатологии (доброкачественной/злокачественной), врач-стоматолог должен обеспечить клиническое сопровождение пациента: врач-стоматолог, врач онколог по месту прикрепления – консультация/лечение в онкоцентре.

Полученные результаты и их обсуждение.

Несмотря на тенденцию к уменьшению числа пациентов со злокачественными новообразованиями ЧЛО (в 2018 году у 232 пациентов первично были выявлены злокачественные новообразования полости рта, а в 2021 году – у 208), следует отметить, что доля запущенных случаев данной патологии стабильно высокая. Частота поражения языка злокачественными новообразованиями имеет тенденцию к снижению, но по-прежнему доля выявляемости на 3–4 стадии составляет более 60 %. На территории Самарской области для врачей стоматологического профиля была разработана система маршрутизации пациентов при подозрении или выявлении у них онкопатологии ЧЛО. В случае получения сомнительных результатов обследования, пациента направляют на консультацию к врачу-онкологу в медицинскую организацию по месту прикрепления. Данные о пациенте вносятся в «Журнал регистрации пациентов, направленных к онкологу по месту прикрепления» и далее отправляется «Отрывной талон» в МО по месту прикрепления пациента. После консультации пациента у врача-онколога, заполненный «Отрывной талон» в течение одного месяца возвращается в медицинскую организацию, которая направила пациента с подозрением на онкопатологию.

Выводы. Соблюдение уровней маршрутизации с совершенствованием системы клинического сопровождения пациента с онкопатологией при взаимодействии обратной связи через систему «отрывного талона» врач-стоматолог первичного звена – врач онколог по месту прикрепления паци-

ента – обследование/лечение в онкоцентре стоматологической и онкологической помощи обеспечивает врачу-стоматологу высокий уровень онконастороженности, что позволит повысить процент выявляемости злокачественных заболеваний на ранних стадиях и увеличить продолжительность жизни онкологических пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ BLUE SKY STANDART ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

М.С. Дмитриева¹, П.И. Романчук¹, В.Ф. Пятин²

¹Самарская областная клиническая гериатрическая больница, Самара

²НИИ нейронаук, Самарский государственный медицинский университет, Самара

Циркадианная медицина, как модель антивозрастных вмешательств, основана на современных данных о том, что: (1) циркадианные ритмы снижаются с возрастом (Zwighaft Z. et al., 2015); (2) нарушение циркадианных ритмов приводит к метаболическим нарушениям (Morris C. et al., 2016) и сокращает продолжительность жизни (Park N. Et al., 2012), в то время как восстановление циркадианных ритмов способствует здоровью (He B. et al. 2016) и долголетию (Sellix M. T. et al. 2012); (3) пути, связанные со старением, осциллируют в течение дня (Zhang R., et al., 2014), а старение является биологической мишенью для профилактики и терапии заболеваний, обусловленных циркадианной дисрегуляцией (Barzilai N. Et al., 2018).

Целью исследования является оценка влияния у пациентов с умеренными когнитивными нарушениями и циркадианной дисрегуляцией саенсов электронного светового девайса Blue Sky Standart

Материал и методы. В Самарской областной клинической гериатрической больницы совместно с НИИ нейронаук СамГМУ началось пилотное исследование, которое продолжается 45 дней. Экспериментальная (15 чел.) и контрольная (15 чел.) группы (возраст $65,2 \pm 1,5$ лет) утром в период с 6.00 до 10.00 и вечером с 16.00 до 18.00 использовали дважды в день в течение 15 мин очки Blue Sky Standard (Россия) (рис. 1). Световой спектр излучения Blue Sky Standard 480 ± 5 нм. Нейропсихологические исследования включало: краткая шкала оценки психического статуса (Mini mental State Examination, MMSE), опросник оценки когнитивных функций (Mini-Cog) и PSQI (Питтсбургский опросник качества сна, Pittsburgh Sleep). В настоящее

время в пилотном проекте отрабатывается протокол забор проб венозной крови для исследования в этих же экспериментальных условиях гормонального профиля (мелатонин, кортизол, тестостерон, индекс свободного тестостерона). Также формируется база данных суточного мониторингирования артериального давления (СМАД) и определение биологического возраста с применением объемной сфигмоплетизмографии на аппарате «VaSera-1000».

Результаты. Предварительные результаты анализа анкетных исследований показали следующие изменения показателей MMSE 21 ± 1 , Mini-Cog 6 ± 1 в исходном состоянии и в середине периода исследования – MMSE 25 ± 1 ; Mini-Cog 7 ± 1 . По данным опросника PSQI выявлена положительная динамика улучшения качества сна и субъективного самочувствия.



Рисунок 1. Применение очков Blue Sky Standart для нормализации циркадианных биоритмов

Заключение. Предварительные результаты пилотного исследования применения Blue Sky Standart в стационарных условиях показал удобство использования нового электронного девайса в клинической практике Самарской областной клинической гериатрической больницы для пациентов, проходящих курс реабилитации и имеющих проявления циркадианной дисрегуляции. Необходимы

дальнейшие исследования циркадианной системы пожилых людей, с оценкой вероятности сброса сигналов, в том числе изменения окружающей среды (цикл свет/темнота, Blue Sky Standart), поведения (сон, физические упражнения, питание), эндогенных метаболитов и гормонального статуса.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

**М.С. Михайлов, В.Ю. Ридель, А.Б. Мусаев, Е.Г. Эйдли, Н.Ю. Зеленкина,
Е.М. Бекетова, О.Н. Кириченко**

Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара

С целью предотвращения повторного ишемического инсульта у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий операция каротидная эндартерэктомия должна быть выполнена как можно раньше после появления соответствующей клиники.

Целью исследования: анализ результатов операции каротидной эндартерэктомии у пациентов, выполненной в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы. За период с июня 2013 по июль 2022 года было прооперировано 1650 пациентов на артериях брахиоцефальной зоны. Из них в сроки от 1 до 19 дней после перенесенного ишемического инсульта операция каротидная эндартерэктомия была выполнена 217 пациентам. Все пациенты поступали в городской сосудистый центр СГКБ № 1 Н.И. Пирогова с острым ишемическим инсультом в каротидном бассейне.

Возраст пациентов варьировал от 45 до 78 лет, в среднем составил 65 лет. Мужчин было подавляющее большинство – 197 (90,7 %). Перед операцией число пациентов по Шкале Рэнкин 1–2 балла составляло 71; 3 балла – 105; 4 балла – 41.

Неврологический статус оценивался неврологом по шкале инсульта Национального Института

Здоровья (NIHSS), модифицированной шкале Рэнкина (МШР), индексу Ривермида до операции, через 24 часа после операции и на 14–24 сутки к моменту выписки из стационара.

В 1-е сутки инсульта оперировано 3 пациента, через 2–3 суток – 25, через 4–7 суток – 38, через 8–13 суток – 49, через 14–19 суток – 102 человека.

Результаты. В послеоперационном периоде регресс неврологической симптоматики отмечен у 185 (85,2 %) пациентов. Число пациентов, способных к самообслуживанию при выписке из стационара составило по Шкале Рэнкин: 0 баллов – 28 пациентов, 1–2 балла – 159 пациента, 3 балла – 20 пациентов. Не способных к самообслуживанию по Шкале Рэнкин 4 балла оказалось 15 человек. В послеоперационном периоде умерло 5 (2,3 %) пациентов. В отдаленном периоде прослежена судьба 158 пациентов. Ни в одном случае повторных ОНМК не отмечено.

Полученные нами результаты свидетельствуют о целесообразности проведения операции каротидной эндартерэктомии пациентам в остром периоде ишемического инсульта не только в качестве метода профилактики повторного острого нарушения мозгового кровообращения, но и как важного компонента в реабилитации пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ СТАРШЕ 90 ЛЕТ

П.Д. Дуплякова^{1,2}, Т.В. Павлова², Д.В. Дупляков²

¹Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

²Институт профессионального образования Самарского государственного медицинского университета, Самара

Введение. На долю пациентов старческого возраста приходится около трети случаев острого коронарного синдрома. Однако эта популяция недостаточно представлена в клинических исследованиях, вследствие чего ведение таких пациентов представляет собой значительный пробел доказательной медицины. Для данной группы пациентов характерна высокая коморбидность, хрупкость и большое число неблагоприятных исходов.

Цель: изучить особенности липидного профиля у хрупких и нехрупких пациентов с ОКС в возрастной группе старше 90 лет.

Методы. За период 01.01.2017–31.12.2020 в ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г.Самары было госпитализировано 130 пациента с инфарктом миокарда в возрасте ≥ 90 лет (95 женщин (73 %), средний возраст 91,7 лет (min – 90, max – 99)). ОКСспST был диагностирован у 68 пациента (52,3 %). Средний возраст пациентов с ОКСспST составил 91,7 (min – 90, max – 99). Женщин 45 (66,2 %).

Пациенты были разделены на группы в зависимости от выбранной стратегии ведения. Первую группу составили пациенты ($n = 13$), которым было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Вторая группа включала лиц с проведенной коронарографией (КГ) и консервативным лечением ($n = 55$).

Среди пациентов с ОКСспST из группы инвазивной стратегии в анамнезе ранее переносили инфаркт миокарда 3 (23,1 %), хроническая сердечная недостаточность выявлена у 3 (23,1 %), переносили ОНМК 3 (23,1 %), терминальная ХБП 4 и 5 ст обнаружена у 3 (23,1 %) и 1 (7,7 %) пациентов соответственно. Медикаментозная терапия сахарного диабета имела у 3 (23,1 %) пациентов. Гипертоническая болезнь выявлена у 13 (100 %). Курящих не было.

Среди пациентов с консервативным ведением в анамнезе ранее переносили инфаркт миокарда

19 пациентов (34,5 %), хроническая сердечная недостаточность выявлена у 24 пациентов (43,6 %), перенесенное ОНМК у 7 (12,7 %), заболевания периферических артерий у 6 (10,9 %). Терминальная ХБП 4 ст. и 5 ст. диагностирована у 9 (16,4 %) и 6 (10,9 %) пациентов, соответственно. Сахарный диабет выявлен у 8 (14,5 %). Гипертоническая болезнь обнаружена у 53 пациентов (96,4 %). Все госпитализированные пациенты были некурящими.

Коронарография выполнялась преимущественно лучевым доступом (17 пациентов – 25 %), у 1 (1,5 %) пациента бедренным. Поражение ПМЖВ было обнаружено у 12 (17,6 %) пациентов, огибающей артерии у 4 (5,9 %), правой коронарной артерии у 7 (10,3 %), ствола левой коронарной артерии – 1 (1,5 %). Без поражения коронарных артерий 2 (3 %) пациента. Однососудистое поражение коронарной артерии имели 2 (3 %) пациента, двухсосудистое выявлено у 3 (4,4 %), трехсосудистое у 11 (16,2 %) пациентов. Стеноз 75–90 % был выявлен у 1 (1,5 %) пациента, 99 % стеноз у 8 (11,8 %), окклюзия коронарной артерии встретилась у 7 (10,3 %) пациентов.

Механические осложнения (разрыв свободной стенки ЛЖ и МЖП) наблюдались у 6 пациентов из второй группы [ОШ 0,8; 95 % ДИ 0,7–0,9] ($p = 0,59$). Отек легких развился у 2 пациентов группы инвазивной стратегии и 9 пациентов с консервативной тактикой [ОШ 1,1; 95 % ДИ 0,2–5,7] ($p = 0,93$). Кардиогенный шок был диагностирован у 1 пациента 1 группы и 16 пациентов 2 группы [ОШ 4,9; 95 % ДИ 0,6–41,1] ($p = 0,16$).

Среднее количество койко-дней составило 7,8 дня для группы инвазивной стратегии и 5,9 дней для пациентов с консервативной тактикой ведения ($p = 0,05$).

Летальность составила 1 человек из группы инвазивной стратегии и 24 человека из группы консервативной тактики [ОШ 9,2; 95 % ДИ 1,1–76,5] ($p = 0,02$).

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА

А.М. Чаулин^{1,2}, Е.В. Григорьева¹, Г.Н. Суворова¹, Д.В. Дупляков^{1,2}

¹Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова, Самара

²Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. Гипотиреоз является одним из самых распространенных эндокринных патологий с широким спектром морфологических и клинических нарушений, обусловленных дефицитом тиреоидных гормонов (трийодтиронина и тироксина) и компенсаторным повышением уровня тиреотропного гормона гипофиза. Особой уязвимостью к пониженному уровню тиреоидных гормонов отличаются органы сердечно-сосудистой и нейронэндокринной систем, опорно-двигательного аппарата и кожи. Для изучения морфологических нарушений и клинических проявлений, обусловленных гипотиреозом, широко используются методы экспериментального моделирования гипотиреоза на лабораторных животных.

Цель исследования: изучить морфологические изменения миокарда в условиях гипотиреоза, моделирование которого осуществлялось медикаментозным способом путем введения антигипотиреоидного препарата.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись лабораторные кролики породы Шиншилла ($n = 8$), из которых 5 кроликов составили опытную группу, а 3 кролика были использованы в качестве контрольной группы. Моделирование гипотиреоза осуществлялось при помощи антигипотиреоидного препарата (тиамазола), который блокирует биосинтез тиреоидных гормонов. Для подтверждения развившегося гипотиреоидного состояния проводили иммуноферментный анализ биохимических параметров сыворотки крови (гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы) и морфологическое исследование щитовидной железы. Изучение влияния моделированного гипотиреоза на сердце осуществлялось методом световой микроскопии срезов миокарда, окрашенных гематоксилином и эозином.

Результаты исследования и их обсуждение. Визуальная оценка состояния сердца сразу после вывода животного из эксперимента показало выраженную дряблость органа, хотя камеры сердца достоверно не были расширены. Имеющиеся в литературе некоторые данные о развитии

микседематозного сердца или гипотиреодной кардиомиопатии, которые сопровождаются расширением камер сердца и увеличением перикардialного выпота, нами отмечены не были, что, вероятно, обусловлено выбранными нами временными рамками.

Проведенное гистологическое исследование показывает, что в первую очередь, в миокарде наблюдается развитие интерстициального отека, который выражается в расширении пространств между мышечными волокнами. Данная патоморфологическая особенность, по всей видимости, обусловлена накоплением в ткани миокарда мукополисахаридов и была ранее описана в других органах. Нами также были обнаружены очаги жировой ткани возле сосудов, так называемый периваскулярный липоматоз. Очаги периваскулярного липоматоза встречались в ткани миокарда всех кроликов экспериментальной группы и не были выявлены ни в одном контрольном случае. Периваскулярный липоматоз – это проявление стромально-сосудистой дистрофией и является одним из частых проявлений нарушения питания и метаболизма липидов. Учитывая, что гормоны щитовидной железы являются одними из ключевых регуляторов метаболизма, включая обмен триглицеридов и липопротеинов, аккумуляция липидов может быть обусловлена замедлением процессов распада и усилением процессов синтеза триглицеридов в ткани миокарда. Таким образом, через 1,5 месяца подтвержденного гипотиреоза в миокарде развиваются дистрофические изменения.

Изменения в строении кардиомиоцитов достоверно на светооптическом уровне отмечены не были. На первый взгляд, кажущаяся атрофия клеток в составе волокон, достоверных отличий не дала. Вероятно, это также обусловлено коротким периодом моделированного гипотиреоза, однако литературные источники ссылаются на достаточный срок в 6–8 недель для развития патологии.

Еще одним морфологическим признаком, наблюдаемым нами при моделированном гипотиреозе, было появление рыхлой круглоклеточной

инфильтрации в 1 из 5 случаев в периваскулярной зоне и также в 1 из 5 случаев на границе эпикарда и миокарда. Этот признак в патоморфологии также описан при дистрофии миокарда, однако, механизм его развития в нашем эксперименте до конца не ясен и требует углубленного изучения.

Выводы. По результатам проведенного исследования обнаружены следующие морфологические изменения миокарда в условиях гипотиреоза:

развитие интерстициального отека, периваскулярного липоматоза и появление рыхлой круглоклеточной инфильтрации в ткани миокарда и на границе эпикарда и миокарда. Такие морфологические изменения чаще всего расцениваются как проявление миокардиодистрофии, которая, с течением времени, при латентном течении и некоррективном эутиреоидном состоянии, может дать картину «микседематозного» сердца.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

С.Е. Коновалов, Т.А. Школьников

Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара

Введение. Инфекция мочевых путей при беременности (ИМПб) является актуальной проблемой, связанной с риском осложнений у матери и плода. Частота заболеваний у беременных, связанных с урологической патологией, колеблется от 12,2 до 33,8 %. При легком течении ИМПб (бессимптомная бактериурия и цистит) возможно амбулаторное лечение. Тяжелые формы ИМПб подлежат стационарному лечению.

Цель работы: изучить особенности ИМПб в стационаре, оценить течение ИМПб при необходимости хирургического лечения и зависимость данной патологии от срока беременности (по триместрам).

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 379 беременных женщин с урологической патологией с 2018 по 2022 гг. Оценивались анамнестические, демографические данные, параметры клинической картины, лабораторных и инструментальных исследований, вид и объем проводимого лечения в зависимости от срока беременности.

Результаты. Средний возраст беременных составил $26,6 \pm 5,6$ лет, в сроках гестации от 5 до

39 недель (средний срок $23,4 \pm 7,2$ недель). Картина бактериологических исследований представлена в таблице 1. У 2,7 % беременных выявлялась множественная резистентность к бета-лактамам антибиотикам, что представляло проблему в выборе адекватной и безопасной терапии. В таблице 2 представлены хирургические вмешательства у беременных. Отмечается увеличение малоинвазивных дренирующих операций (катетеризаций, стентирований) с ростом срока гестации. Также во 2–3 триместрах отмечен рост числа нефрэктомий, выполняемых по поводу гнойного пиелонефрита и уросепсиса. Это связано с поздним обращением пациентки за помощью, а также особым – атипичным и молниеносным течением ИМПб с тенденцией к генерализации инфекции. При этом значительно возрастает риск досрочного прерывания беременности и гистерэктомии. Своевременная радикальная санация гнойно-септического очага позволяет сохранить репродуктивную функцию (в 3-х случаях из 5 наблюдений).

Таблица 1

Уропатоген	Частота выявления %		
	1 триместр	2 триместр	3 триместр
<i>E. coli</i>	9,3	7,31	4,89
<i>Candida albicans</i>	11,6	6,8	5,6
<i>Staphylococcus aureus</i>	2,32		0,7
<i>Enterococcus faecalis</i>	6,9	0,48	1,4
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	–	1,95	1,4
<i>Staph epidermitis</i>	–	0,48	2,09
Стерильный посев мочи	69,8	82,92	83,9

Таблица 2

Виды вмешательств	Сроки гестации/частота хирургического лечения в %		
	1 триместр	2 триместр	3 триместр
Катетеризация почки	1,05	1,58	1,32
Уретеролитотрипсия (при МКБ)	1,58	1,32	1,32
Стентирование почки	1,32	3,7	7,4
Ревизия почки	0	0,79	0
Декапсуляция почки	0,26	0,52	0
Нефростомия	0,26	0,52	0
Нефрэктомия	0	0,52	0,79

Выводы. Стационарное лечение тяжелых форм ИМПб требует учета выявленного возбудителя и его резистентности, у пациенток с длительным амбулаторным анамнезом АБ-терапии часто выявляется кандидозная инфекция. Особенная

настороженность требуется для своевременного выявления гнойных форм ИМПб с риском сепсиса, что требует ранних активных хирургических действий и изменения акушерской тактики.

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАННИЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ ПЕРИОД

А.М. Чаулин^{1,2}, Н.А. Свечков¹, С.А. Гришин¹, Е.В. Григорьева¹, Г.Н. Суворова¹, Д.В. Дупляков^{1,2}

¹Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова, Самара

²Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. Острый инфаркт миокарда занимает лидирующие места в структуре заболеваемости, смертности и инвалидизации населения на нашей планете. Инфаркт миокарда сопровождается значимыми реактивными и приспособительными изменениями со стороны органов сердечно-сосудистой, дыхательной, нейроэндокринной систем и ряда других органов и тканей. Данные адаптационно-функциональные изменения могут играть важную роль в патогенезе острого инфаркта миокарда и позволяют поддерживать жизнедеятельность организма.

Цель исследования. Изучить функциональные изменения щитовидной железы в ранний постинфарктный период. Для оценки изменений функциональной активности щитовидной железы в ранний постинфарктный период нами проведено лабораторное исследование динамики гормонов щитовидной железы (трийодтиронина и тетраiodтиронина) и тиреотропного гормона в условиях экспериментального моделирования.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись лабораторные кролики породы Шиншилла (n = 20), из которых 12 кроликов составили опытную группу, и 8 кролика были использованы в качестве контрольной группы. Для экспериментального моделирования инфаркта миокарда был использован хирургический способ,

суть которого заключалась в лигировании передней нисходящей коронарной артерии. Для подтверждения инфаркта миокарда использовался метод электрокардиографии и биохимическое исследование крови на сердечный тропонин I. Для изучения концентрации гормонов щитовидной железы (общего трийодтиронина и общего тетраiodтиронина) и тиреотропного гормона в сыворотке крови в постинфарктный период использовался иммуноферментный анализ. Концентрация гормонов определялась до моделирования инфаркта миокарда, а также на 1, 3, 5, 7 и 10 сутки после моделирования инфаркта миокарда.

Результаты исследования и их обсуждение.

По результатам исследования нами выявлены значимые изменения концентраций гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы в опытной группе животных с тенденцией к повышению уровней общего трийодтиронина и тетраiodтиронина на 1 и 3 сутки и пиковым значениям к 5 суткам. Концентрации тиреотропного гормона, напротив снижались, что характерно для принципа регуляции отрицательной обратной связи. К 7 и 10 суткам отмечалось восстановление уровней общего трийодтиронина общего тетраiodтиронина и тиреотропного гормона к исходным значениям. Уровни гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы у животных контрольной группы достоверно не изменялись.

Основываясь на полученных результатах, можно говорить о существовании реактивных изменений со стороны щитовидной железы, которые выражаются повышением концентрации тиреоидных гормонов в ранний постинфарктный период. Конкретное функциональное значение данной динамики гормонов щитовидной железы неизвестны и требуют дальнейшего изучения. Можно предположить, что они связаны с поддержанием сократительной активности миокарда, в частности, путем потенцирования действия катехоламинов на миокард, что приводит к повышению частоты сердечных сокращений в постинфарктный период. Так, стимулирование сократительной функции и повышение частоты сердечных сокращений в постинфарктный период является важной компенсаторной реакцией для поддержания гемодинамики в условиях снижения сердечного выброса из-за уменьшения объема функционирующего миокарда.

Кроме того, гормоны щитовидной железы играют важную роль в метаболических процессах, которые могут оказывать влияние на репарацию поврежденного участка миокарда, в частности: за счет процессов усиления инфильтрации поврежденного участка лейкоцитами для расщепления поврежденных фрагментов сердечной мышечной

ткани; усиления образования коллагена, необходимого для формирования соединительнотканного рубца; воздействия тиреоидных гормонов на экспрессию сократительных белков, в том числе, миозина, тропонинов, а усиление синтеза которых, будет способствовать компенсаторной гипертрофии миокарда.

Также весьма интересными данными являются работы, свидетельствующие о потенциальном влиянии тиреоидных гормонов на стволовые клетки в сердце, однако клиническое значение данного феномена противоречиво и пока недостаточно изучено.

Выводы. Таким образом, ишемическое повреждение участка сердечной мышцы приводит к реактивным изменениям активности щитовидной железы, в частности повышению высвобождения трийодтиронина и тетрайодтиронина в ранний постинфарктный период. Данные гормоны, вероятно, участвуют в поддержании функционального статуса миокарда в условиях снижения объема сократительного миокарда и регулируют репарацию поврежденного участка сердечной мышцы. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения точной роли гормонов щитовидной железы в раннем постинфарктном периоде.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.З. Хаметов

Богатовская центральная районная больница, Самарская область, Богатое

По статистике на территории Европы и Северной Америки за последнее десятилетие второе место по летальности среди онкологических заболеваний занимает рак предстательной железы (РПЖ). В России за этот же период заболеваемость увеличилась до 120,5 % на 100 000 населения, при этом отмечено снижение среднего возраста первичного выявления заболевания. Такая картина обусловлена не только естественным ростом заболевания, но и расширением списка базовых методов диагностики. В данный момент к ним относятся – пальцевое ректальное исследование (ПРИ), определение в сыворотке крови уровня простатического специфического антигена (ПСА), трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) с последующим выполнением биопсии предстательной железы (ПЖ).

Некоторое время наиболее точным показателем РПЖ считался уровень ПСА, хотя это органоспецифический маркер и его повышение может

сигнализировать о разнообразных заболеваниях предстательной железы, и это не обязательно рак, а может быть и просто следствие ранее проведенных манипуляций. Установлено, что у мужчин с уровнем ПСА от 4 до 10 нг/мл, что существенно выше нормы, РПЖ диагностируется только у каждого четвертого, а частота негативных биопсий составляет 70–80 %. При выявлении повышенного уровня ПСА, данных пальцевого ректального исследования (ПРИ) и обнаружении гипоэхогенных зон в ткани ПЖ по данным ТРУЗИ применяется разработанная в 1989 г. Hodge K. мультифокальная биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем из 6 точек (так называемая «секстантная» биопсия) показывающая лучшие результаты выявления рака. При этом число ложноотрицательных биопсий составляет по разным данным от 31,5 до 45 %, тогда как частота обнаружения рака по данным Guichard G. et al. при 21-,

18-, 12- и 6-точечной биопсии составляет 42,5 %, 41,5 %, 38,7 % и 31,7 % соответственно.

В связи с этим возникла необходимость в новых биомаркерах рака предстательной железы. PCA3 – некодирующая мРНК, которая экспрессируется исключительно клетками предстательной железы. В настоящее время существует уже три поколения тестовых систем диагностики, опирающихся на количественный анализ мРНК гена PCA3 в моче или ее клеточном осадке, которые различаются по типу исследуемого материала и по способу оценки количества мРНК PCA3. Клинические исследования разработанных тест-систем показали, что высокий

уровень экспрессии PCA3 в моче пациента коррелирует с вероятностью обнаружения у него рака предстательной железы. Значения позитивной и негативной прогностических ценностей для теста на PCA3 выше, чем для ранее использованного теста на ПСА. Эти данные многократно подтверждены исследованиями, проведенными в разных клиниках. Таким образом, внедрение метода количественного определения PCA3 в клиническую практику может существенно повысить эффективность диагностирования рака предстательной железы и сократить количество ненужных биопсий.

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ АСПЕКТЫ: БЫСТРО, ЭФФЕКТИВНО, БЕЗОПАСНО (ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ)

О.Н. Гончарова

Тольяттинская станция скорой медицинской помощи, Тольятти

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, а также и в неотложной форме.

Тольяттинская станция скорой медицинской помощи обслуживает одновременно как городских, так и сельских жителей, взрослое и детское население. Численность обслуживаемого населения составляет 826 тыс. 891 житель, в 2020 году создан ЕДЦ (единый диспетчерский центр), в 2021 году внедрена новая информационная система, все подразделения и бригады СМП связаны единой локальной сетью, что позволяет сотрудникам значительно сократить время при заполнении медицинской документации, своевременно получить необходимую информацию. Система эксплуатируется в полном объеме: оформление вызова диспетчером; заполнение электронной карты вызова бригадой; заполнение активов для поликлиник; выписка медикаментов и изделий медицинского назначения; заполнение экстренных извещений и т.д. Бригады скорой медицинской помощи пребывают к пациентам в короткое время. Забота, внимание, участие, адекватный осмотр и оказание помощи способствуют формированию у пациента чувства защищенности и безопасности. Возможность, при необходимости, общения с родственниками все это благотворно влияет на психическое

состояние пациента. Наше кредо: «Мы дорисовываем линии жизни». Пациент – это личность с определенными характерологическими и психологическими особенностями, требующий индивидуального подхода. Врач, фельдшер скорой помощи использует в своей работе коммуникативные и организаторские способности, выбирая тактику поведения с каждым пациентом. Врач, фельдшер проводит тщательный сбор анамнеза, контролирует проведение обследования, работая с каждым индивидуально. С целью недопущения ошибок на вызовах с бригадами проводится вводный инструктаж: объясняем сотруднику, что прежде чем приступить к осмотру пациента, нельзя забывать о личной безопасности, впоследствии, убедившись в безопасности для бригады СМП, осмотр должен быть тщательным, полным, своевременным.

Тромболитическая терапия как современная стратегия оказания неотложной помощи при ОКС в восстановлении кровотока в коронарных артериях до наступления необратимых изменений миокарда. Совершенствование оказания помощи больным с сердечно-сосудистой патологией, возможность более широкого применения чрескожных коронарных вмешательств, как в районах, находящихся на значительном удалении от интервенционных центров, так и в городе при серьезных осложнениях. Проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе с использованием

современных тромболитических препаратов является основным и эффективным способом лечения ОКС с подъемом сегмента ST. Борьба за жизнь человека начинается с бригады скорой помощи.

Применение тромболитических препаратов бригадами СМП является безопасным, позволяет в значительной степени сократить время от момента возникновения ишемического приступа до эффективного анатомического восстановления кровотока в пораженной коронарной артерии, что позволяет добиться выраженного снижения показателей летальности и инвалидизации при ОКС.

Благодаря осведомленности пациента о предстоящем лечении и связанном с ним более быстром восстановлении, раньше выписываются из больницы.

Когда у бригады СМП есть сомнения или картина симптомов скрытая, правильное решение на вызове помогает принять виртуальный консилиум из Самарского областного сосудистого центра. Каждая бригада, может в режиме онлайн отправить запись ЭКГ врачу-консультанту.

Потому жизнь и состояние здоровья в будущем, которое зависит от степени повреждения сердечной мышцы, связано с тем, когда обратился пациент.

Последние года по статистике службы скорой помощи, в год стабильно регистрируется более 2000 случаев острого коронарного синдрома, в том числе до 1000 инфарктов. Только в 2021 году было зафиксировано 992 обращения, из них 118 сельских жителей. Смертность среди пациентов, которым проведен тромболизис, в четыре раза ниже, чем среди тех, кому он на догоспитальном этапе не проводился.

Навыками проведения тромболизиса владеют и врачи и фельдшеры, препаратом для этого обеспечены все бригады.

За 2021 год проведено 74 тромболизиса, из них 7 в сельской местности на догоспитальном этапе, и на сегодня 54 тромболизиса за 7 месяцев 2022 года, из них 13 в сельской местности. Тромболитическая терапия широко применяется в Самарской области.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С РЕБЕНКОМ С АУТИЗМОМ

С.Б. Карпухина, С.И. Голованова

Самарская областная клиническая психиатрическая больница, Самара

Успех лечения раннего детского аутизма зависит от времени начала лечения и степени вовлеченности родителей и родственников в коррекционную работу с детьми.

Цель исследования: информировать и научить родителей и родственников пациента коррекционным методикам и постоянной ежедневной коррекционной лечебно-воспитательной работе для планомерного устранения барьеров на пути развития личности.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2017 года по 2022 год состояло 275 детей с аутизмом. В Самаре с участием специалистов детского отделения ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» организован детский сад № 188 для детей с аутизмом.

Одной из основных задач является развитие самостоятельности у детей. Адекватными являются методики с жесткой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание и повторение. Обучение игровым штампам (игротерапия, арт-терапия, физкультура) способствует формированию памяти, внимания, восприятия.

Для успешной коррекционной работы медицинской сестры с аутичным ребенком необходима

доброжелательная атмосфера в семье. Родителям очень важно избавиться от стереотипов (не оправдал надежды, ребенок, как наказание за грехи, жизнь кончена).

Определена эффективность коррекционных методов – слуховой терапии по Томатису, занятий с карточками, игры с водой, тактильных упражнений и упражнений на тренировку координации, танцев, лепки, нанизывания бус, пазлов.

Показано, что только комплексная терапия с применением указанных коррекционных методик при условии правильного и систематического использования их родителями и родственниками позволяет существенно улучшить результаты лечения.

Выводы. Постоянная работа специалистов среднего звена с аутичным ребенком и его семей является залогом успешного развития и положительной динамики у такого ребенка.

Именно медицинские сестры могут научить родителей правильному применению коррекционных методик и оказать влияние на его развитие, внести достойный вклад в совершенствование оказания медицинской помощи.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СОКГВВ

А.К. Каширин, Т.А. Стоволкова, С.Н. Васемазов

Самарский государственный медицинский университет, Самара
Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн имени О.Г. Яковлева, Самара

Введение. Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной вирусной инфекции: лихорадка, кашель, одышка. Помимо системных и респираторных симптомов, вирус нейротропен и вызывает неврологические расстройства. Неврологические нарушения в той или иной форме возникают примерно у 40–50 % пациентов с COVID-19. В литературе описаны тяжелый вирусный энцефалит, токсическая энцефалопатия, острые демиелинизирующие поражения, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и другие осложнения.

Это связано с прямым действием коронавируса на нервную систему, вероятность его проникновения через обонятельный и тройничный нервы и гематогенным путем через эндотелиальные клетки гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Иммунопатогенез нарушений со стороны нервной системы в острой стадии заболевания может быть обусловлен чрезмерным иммунным ответом – «цитокиновым штормом», повышением проницаемости ГЭБ. Непрямое действие вируса протекает по типу энцефалопатии, миопатии, нейропатии критических состояний и может быть обусловлено гипоксией, респираторным и метаболическим ацидозом, дисрегуляцией гомеостаза вследствие органной недостаточности, а также аутоиммунными воспалительными и демиелинизирующими процессами. Через эндотелий капилляров вирус может повредить ГЭБ. Предполагается, что кроме поражения центральной нервной системы через рецепторы АПФ2 коронавирус может индуцировать прямое повреждение нейронов в кардиореспираторных центрах ствола мозга. Рассматривается генетическая предрасположенность к повышенному риску неврологических осложнений, связанных с SARS-CoV-2.

Цель исследования: выявление неврологических симптомов, оценка течения острого нарушения мозгового кровообращения на фоне новой коронавирусной инфекции у пациентов, находящихся на лечении в госпитале для ветеранов войн за период 2020–2022 годы.

Пролено 196 пациентов, находящихся на лечении в 3-м инфекционном отделении Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн, в возрасте от 30 до 90 лет за период 2020 по 2022 годы. Все они находились на лечении с диагнозом «новая коронавирусная инфекция различной степени тяжести с двусторонней нижнедолевой пневмонией и острым нарушением мозгового кровообращения».

Анализ распределения по полу и возрасту показал, что среди пациентов мужского пола преобладают лица 61–70 лет, а среди женщин – 71–80 лет.

Всем пациентам при поступлении проводился клинический осмотр, лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с актуальными методическими рекомендациями МЗ РФ, оценивался неврологический статус и нейропсихологическое тестирование.

Результаты и обсуждение. Частота возникновения ишемического инсульта была в 4 раза выше, чем геморрагического. Геморрагический инсульт был выявлен у 27 мужчин и 20 женщин, а ишемический у 90 и 59 соответственно. Среди подтипов ишемического инсульта преобладали атеротромботический и неуточненный подтип, в который часто входили смешанные причины. Среди умерших также преобладали геморрагический инсульт и кардиоэмболический подтип ишемического инсульта.

По степени неврологического дефицита преобладали средняя и тяжелая степень выраженности. У пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) отмечалось наличие неврологической общемозговой симптоматики в виде головной боли (15 %), спутанности сознания (10 %), тошноты, рвоты, судорог в конечностях, головокружение (20 %), обонятельные расстройства (15 %), вкусовые нарушения (6 %), эпилептические приступы (10 %), болевые синдромы различной локализации, психические расстройства (20 %).

Выраженность степени неврологических расстройств чаще отмечалась у пациентов со средней и тяжелой формами течения новой ковидной ин-

фекции. На фоне лечения отмечалась положительная динамика в виде увеличения объема движений, нарастание силы в паретических конечностях, активности. Также на фоне лечения уменьшилась нуждаемость в посторонней помощи пациентам.

У большинства пациентов имелся отягощающий фон в виде сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронической обструктивной болезни легких. У части пациентов с инсультом и новой коронавирусной инфекцией (7 %) отмечалось наличие венозных тромбозов, что можно, что можно объяснить коагулопатией и выраженным воспалительным ответом, высокой активацией тромбоцитов, развитием эндотелиальной дисфункции. В общем анализе крови отмечалось повышение СОЭ, лимфопения, тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, увеличение Д-димера-основного маркера гиперкоагуляции. Также отмечалось повышение фибриногена.

Большинство пациентов (порядка 80 %) было с умеренным и выраженным ограничением мобильности. Изменения сознания по типу спутанности отмечалось у 30 %, нарушения внимания, памяти – у 40 %, дискоординаторные нарушения – у 60 %.

Реперфузионная терапия тромболитиками проводилась у 4 пациентов. Изменения в легких по типу ковидной пневмонии отмечались у всех пациентов. По лабораторным исследованиям С-реактивный белок был повышен у 80 % пациентов, ферритин – у 70 %, Д-димер – у 80 %. Невропатия глазодвигательного и отводящего нервов отмечена у

6 пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Данная клиническая картина проявилась на 7 день заболевания. Предъявляли жалобы на двоение в глазах, головокружение, отмечался птоз.

Психоземональные расстройства отмечались у 81,5 % пациентов. Отмечались симптомы выраженной тревоги, депрессии, признаки посттравматического стрессового расстройства у 40 %. Расстройства адаптации отмечались у 20 %. Нарушения сна отмечали 20 % пациентов. В клинике стрессового расстройства преобладали ощущения страха, ожидание угрозы, ночные кошмары, раздражительность, гневливость, чувство одиночества, снижение концентрации внимания, чувство социальной напряженности. На фоне работы с медицинским психологом у пациентов отмечалась положительная динамика в виде уменьшения степени тревожных расстройств.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования и наблюдения свидетельствуют о том, что случаи вовлечения нервной системы при COVID-19 не являются редкими, причем неврологические расстройства могут быть как в дебюте инфекции при отсутствии характерных для нее симптомов, так и в течение заболевания. Неврологические нарушения, ассоциированные с COVID-19, имели выраженные клинические проявления с поражением различных структур нервной системы – центральной нервной системы, периферической нервной системы и черепно-мозговых нервов, а также психических расстройств.

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ – НЕОБХОДИМОСТЬ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.В. Казымова

Сызранская городская поликлиника, Сызрань

Одна из приоритетных задач всех государственных программ «Развитие здравоохранения» – повышение качества медицинской деятельности в медицинских организациях Российской Федерации, а одним из значимых критериев оценки качества реализации мероприятий программ является уровень удовлетворенности населения качеством медицинской деятельности. Одна из целей повы-

шения уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи – предоставление пациентоориентированной помощи.

Пациентоориентированность – это модель взаимодействия медицинского персонала с пациентом, основанная на дружелюбии, уважении, не конфликтности, понимании запросов больного и умении их решать, внимании к эмоциональному состоянию человека.

На индивидуальном уровне основным компонентом пациентоориентированной помощи являются эффективная коммуникация (между медицинским работником и пациентом и внутри профессионального сообщества), активное вовлечение пациента в процесс принятия решений.

Пациенты и их семьи играют одну из ключевых ролей в здравоохранении, являясь и партнерами и советниками по улучшению сферы охраны здоровья. Построение партнерских отношений «пациент-врач» критично для сохранения эффективности здравоохранения в быстро меняющейся среде охраны и заботы о здоровье. Пациенты рассматривают себя как активных, а не пассивных участников лечения, они не удовлетворяются, когда общение сводится к монологу врача, когда врач не объясняет своих решений и требует от пациента беспрекословного выполнения. Пациенты знают себя лучше, чем кто-либо, могут устанавливать цели оказания медицинской помощи, принимать решения о том, что для них важно. Улучшение показателей здоровья может происходить только в партнерстве заинтересованных лиц.

Медицинские информационные системы, административная нагрузка, ограниченное время создают препятствия для эффективного партнерства врача с пациентами и могут поставить под угрозу их взаимодействие.

Медицинские работники и руководители медицинских организаций недооценивают важность навыков коммуникаций между медицинскими работниками и пациентами. Это связано с тем, что врачи склонны переоценивать свои коммуникационные способности и некорректно оценивают их эффективность.

Высокий уровень коммуникации с пациентами позволяет врачу намного успешнее собирать информацию для правильной диагностики, проводить качественные консультации, корректно предоставлять инструкции и рекомендации, а также налаживать доверительный контакт с пациентами.

Благодаря высокой культуре коммуникации достигается наилучший результат лечения и удовлетворенности пациентов.

Во время коммуникаций с пациентом следует принимать во внимание его состояние, ведь в большинстве случаев пациенты испытывают страх и переживания, с которыми врач сталкивается каждый

день. Также на врачей оказывает давление вероятность того, что пациенты будут жаловаться или словесно обвинять врача. Ежедневно врачи сталкиваются с нереалистичными ожиданиями пациентов. Недостаток навыков коммуникации приводит к тому, что медицинские работники не справляются с уровнем напряжения и профессионально выгорают.

Модель компетенции врача и медицинской сестры можно представить следующим образом:

- Сотрудничество с пациентом:
 - доступно излагает информацию и проверяет понимание;
 - исследует мнение и отношение пациента;
 - достигает согласия относительно рисков и плана лечения;
 - распознает и разрешает конфликтные ситуации.
- Межличностное понимание/эмпатия:
 - устанавливает доверительный контакт;
 - находит индивидуальный подход;
 - проявляет вежливость и уважение.
- Управление эмоциональным состоянием:
 - создает и поддерживает благоприятную атмосферу в коллективе;
 - сдержан и конструктивен в сложных ситуациях.
- Саморазвитие:
 - осознает свои сильные стороны и области для развития;
 - регулярно предпринимает действия по саморазвитию;
 - применяет полученные знания и навыки в работе.

Основными проблемами на индивидуальном уровне пациентоориентированной помощи являются расовые/этнические предрассудки, языковые/культурные барьеры, деперсонализация пациентов, недостаточная медицинская грамотность населения, сложности в коммуникации с особыми категориями пациентов (пациенты с психическими заболеваниями, пожилые, наркоманы, дети) и т.д.

Развитие пациентоориентированной корпоративной культуры – это одна из наиболее актуальных задач, стоящих перед государственными органами здравоохранения на современном этапе развития.