

Главное военно-медицинское управление
Министерства обороны Российской Федерации.
ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр»
Министерства обороны Российской Федерации



1921–2021

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ

Материалы научно-практической конференции,
посвященной 100-летию
федерального государственного бюджетного учреждения
«12 консультативно-диагностический центр»
Министерства обороны Российской Федерации

г. Москва
29 октября 2021 года



Здание на Новинском бульваре



Средние торговые ряды на Красной площади

Главное военно-медицинское управление
Министерства обороны Российской Федерации.
ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр»
Министерства обороны Российской Федерации

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ

Материалы научно-практической конференции,
посвященной 100-летию
федерального государственного бюджетного учреждения
«12 консультативно-диагностический центр»
Министерства обороны Российской Федерации

г. Москва

Актуальные проблемы военно-медицинской науки и практики // Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию федерального государственного бюджетного учреждения «12 консультативно-диагностический центр» Министерства обороны Российской Федерации (29 октября 2021 года)// Сборник материалов. – Москва. – 2021. – 126 с.

В сборник включены материалы, представленные сотрудниками военно-медицинских организаций Министерства обороны Российской Федерации и медицинских организаций Министерства здравоохранения Российской Федерации, отражающие различные направления военно-медицинской науки и практики.

Под общей редакцией: начальника ФГБУ «12 КДЦ» Минобороны России Власова Александра Юрьевича, генерал-майора медицинской службы запаса, заслуженного врача Российской Федерации, кандидата медицинских наук.

Редакционная коллегия:

В.Н. Левченко, А.В. Зоткин, Ю.В. Загородная



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приветствую вас в стенах федерального государственного бюджетного учреждения «12 консультативно-диагностический центр» Министерства обороны Российской Федерации и поздравляю всех организаторов, участников и гостей с началом проведения научно-практической конференции, посвященной 100-летию юбилею, одной из старейших амбулаторно-поликлинических организаций Минобороны России.

Проведение таких конференции, в системе профессиональной подготовки личного состава медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации, способствует распространению передового опыта по совершенствованию военно-медицинской науки и практики.

Выражаю уверенность в том, что в период проведения конференции вы получите возможность в творческой профессиональной обстановке обсудить ее программные вопросы и провести взаимно-обмен опытом, знаниями, идеями и оригинальными методическими подходами по рассматриваемым проблемам.

Желаю вам плодотворной работы, вдохновения, свершения планов и надежд, новых творческих успехов в вашей благородной деятельности.

Начальник Главного военно-медицинского управления
Министерства обороны Российской Федерации

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Д.В. Тришкин'.

Д.В. Тришкин



2-й Дом вид с ул. Варварка



Диагностический корпус ул. Академика Скрябина д.3



УВАЖАЕМЫЕ УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ!

Для меня большая честь приветствовать всех участников конференции и открыть ее, прежде всего потому, что состав участников, который находится в зале заслуживает уважения, так как ваша активная жизненная позиция не позволяет вам оставаться в стороне от решения проблем военно-медицинской науки и практики.

На конференции присутствуют гости из лечебных и научно-образовательных учреждений Министерства обороны и Министерства здравоохранения Российской Федерации, которым выражаю вам благодарность за то, что нашли время для участия в нашей научно-практической конференции

В ходе работы конференции будет обсуждаться широкий круг проблем: организация медицинского обеспечения, методы современной диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, обеспечение эпидемиологической безопасности, процессы организации здорового образа жизни, внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, история военной медицины и др.

Уверен, что итоги конференции станут достойным вкладом в развитие отечественной военно-медицинской науки и практики.

Желаю всем нам достижения намеченных планов и эффективного взаимодействия в ходе сегодняшнего мероприятия.

Начальник 12 консультативно-диагностического центра
Министерства обороны Российской Федерации

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'А.Ю. Власов'.

А.Ю. Власов



Поликлиника, г. Москва, 1-й Краснокурсантский проезд



Филиал мкр. Заря, г. Балашиха

12 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР – 100 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Власов Александр Юрьевич

начальник ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр»

Министерства обороны Российской Федерации

Одно из старейших амбулаторно-поликлинических учреждений – 12 консультативно-диагностический центр Министерства обороны Российской Федерации (далее – 12 КДЦ) отмечает 100 летний юбилей.

12 КДЦ начинает отсчет исторического пути с 18 ноября 1921 года, когда в действие вводится штат врачебно-санитарной части (амбулатории) в составе 8 должностей. На протяжении векового пути командный состав, врачебно-сестринский персонал и сотрудники, обеспечивающие лечебный процесс уделяли особое внимание расширению медицинской помощи прикрепленному контингенту, совершенствованию материально-технической базы, созданию практически домашнего уюта пациентам.

Несмотря на непростые социально-экономические условия в довоенный период открываются и вводятся в действие терапевтическое, хирургическое, неврологическое, стоматологическое, рентгеновское, лабораторное, отделения, отделение помощи на дому, отоларингологический, офтальмологический, кожный, электрокардиографический и педиатрический кабинеты, открыта водолечебница и физиотерапевтическое отделение с ингаляториями, открывается аптека. Численность персонала выросла до 110 человек, амбулаторию переименовывают в поликлинику 2-го Дома Народного комиссариата по военным и морским делам СССР.

Врачебные кабинеты комплектовались передовым отечественным и импортным оборудованием. Подбору медицинского, в том числе и врачебного персонала уделялось большое значение. В довоенный период в поликлинике вели консультативный прием врачи Центрального военного госпиталя (далее – ЦВГ) НКО (ныне Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка) В.А.Коровай, Б.А.Чистов, Е.Л.Певзнер.

С первых дней Великой отечественной войны многие врачи поликлиники убыли на фронт – терапевт П.Д.Сельский, хирург Н.Л.Голубенцев и др. Востребованы сотрудники поликлиники и на руководящих постах в действующей армии. Старший врач специалист поликлиники ЦВГ военврач 1 ранга Л.В.Фрунзе-Боголюбова убыла в распоряжение начальника санотдела САВО, начальник хирургического отделения поликлиники ЦВГ бригаврач В.А.Чистов убыл в распоряжение начальника сануправления Красной Армии с последующим направлением хирургом в 29-ю армию Западного фронта, а с октября 1941 г. по февраль 1943 г. он возглавлял хирургическую службу 22 армии Калининского фронта.

Медицинским персоналом поликлиники была оказана квалифицированная помощь тысячам военнослужащим, получившим ранения, контузии и заболевания на полях сражений Великой Отечественной войны. За проявленные мужество и профессионализм свыше 100 сотрудников поликлиники были награждены орденами и медалями.

В первые послевоенные годы для обследования офицеров и генералов НКО в поликлинике создается так называемое диспансерное отделение, где врач постоянно находится в постоянном контакте с наблюдаемым, осведомляется об изменениях в его служебной нагрузке и своевременно корректирует рекомендуемые лечебно-профилактические назначения.

Количество прикрепленного контингента на медицинское обеспечение постоянно увеличивалось и к концу 1980-х годов составляло 25-26 тыс. человек. Структура заболеваемости требовала разработки лечебно-оздоровительных и медико-организационных мероприятий и их внедрения в практику 12 КДЦ. С этой целью в штат включается госпитальное отделение (химиотерапии на 10 коек), травматологический, парадонтологический, хирургический (стоматологический), нефрологический, артрологический кабинеты и рентгеновское отделение (компьютерной томографии), приступила к работе военно-врачебная комиссия, кабинет медицинского страхования.

На протяжении всей истории 12 КДЦ неоднократно входил в состав госпиталей центрального подчинения, несколько раз изменялось место дислокации, создавались и разворачивались новые подразделения, но при этом совершенствовалась лечебно-диагностическая работа, укреплялся научно-методический потенциал.

На современном этапе 12 КДЦ дислоцируется на 4-х территориях и имеет в своем составе основную базу в г. Москва по ул. Академика Скрябина д. 3, филиал по адресу: г. Балашиха, мкр. Заря, его поликлиническое отделение в мкр. Северный и поликлинику в г. Москва на 1-ом Краснокурсантском проезде, ежегодно принимается свыше 300 тысяч пациентов.

Сегодняшний коллектив помнит своих предшественников, сохраняет их богатейший опыт, творчески использует свои достижения и профессиональные навыки, бережно хранит и приумножает лучшие традиции российской военной медицины. За последний год существенно активизировалась публикационная активность врачебного состава, в периодических изданиях опубликовано более 15 научных статей, проводятся тематические конференции врачебного состава, внедрено 3 новых методики лечения заболеваний хирургического профиля. В коллективе трудятся более 700 работников. Особенностью кадровой политики является сохранение в коллективе опытных специалистов, профессионалов. 12 КДЦ укомплектован высококвалифицированным медицинским персоналом, многие врачи-специалисты из числа гражданского персонала Вооруженных Сил - это старшие офицеры медицинской службы запаса или в отставке, в их числе профессионалы высокого класса. Почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации», «Заслуженный работник здравоохранения» удостоены 8 врачей, 22 врача имеют ученую степень кандидата медицинских наук, 1 доктор медицинских наук, 112 врачей защитили высшую квалификационную категорию.

ВВЕДЕНИЕ В ПРАКТИКУ ФГБУ «12 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» МИНОБОРОНЫ РОССИИ ВНУТРИВЕННОЙ СЕДАЦИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Алешина Ю.А.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Эндоскопическое обследование важная часть диагностического процесса. До сих пор отношение пациентов к данным методам обследования неоднозначно. В своей практике мы сталкиваемся с отказами от эндоскопического обследования из-за страха боли, как правило, пациенты отказываются от колоноскопии, прочитав в интернете или услышав от знакомых, а иногда и незнакомых, людей о болезненных ощущениях во время процедуры, а некоторые пациенты знают и по собственному опыту о болевом синдроме при колоноскопии, как правило, это зависит от техники эндоскописта, так называемая «Push» техника с формированием петель. Сформировав петлю, аппарат уходит в сигмовидную кишку почти до рукоятки, далее, зацепившись за складку, кишка расправляется, перерастяжение сигмовидной кишки и вызывает болезненные ощущения.

Данная техника до сих пор широко используется в центрах США и, к сожалению, эту технику часто используют наши коллеги в России. Если сразу собирать и не перераздувать кишку процесс не будет болезненным, но данная техника более сложная в исполнении. Данную технику мы применяем в отделение нашей клиники при колоноскопии. Но тем не менее все равно большое количество пациентов боятся и отказываются от исследования, в данном случае мы прибегаем к анестезиологическому пособию.

По данным американских исследований колоноскопию легче переносят мужчины, лица с более высоким образованием и пожилые люди, а медикаментозная седация была необходима мужчинам

в возрасте 17-48 лет с более высоким уровнем образования, как видно в представленных данных наблюдается некоторое противоречие.

По нашему опыту колоноскопию хуже переносят женщины астенического телосложения, перенесшие хирургические вмешательства на малом тазу (как правило, гинекологические операции), с выраженным спаечным процессом и мужчины с аденомой предстательной железы. Гастроскопию хуже переносят молодые мужчины и пациенты с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Для того, чтобы наши пациенты не испытывали дискомфорт во время эндоскопических исследований, а также для улучшения качества проводимого обследования, беспокойное поведение пациента во время процедуры снижает качество проводимого обследования, по назначению врача обследование можно выполнить с применением медикаментозного сна.

За 2020 год, после внедрения анестезиологического пособия, количество эндоскопических процедур увеличилось в 1,5 раза. За прошедший год, в нашем отделении выполнено 224 полипэктомии. При этом, 76% по данным гистологического исследования составили тубулярные аденомы с разной степенью дисплазии, на 626 проведенных колоноскопий, что составило почти 36%, в предыдущие годы данные показатели колебались в пределах 5%. Данные показатели мы напрямую связываем с нашим тесным сотрудничеством с анестезиологами.

Сделать процедуру более легкой для пациента можно двумя способами: седация и общая анестезия. Для проведения общей анестезии необходимо большое количество дополнительного оборудования, длительное время пробуждения соответственно и более длительное время наблюдения за пациентом большой минус в амбулаторных условиях. Главным преимуществом первого подхода, внутривенной седации, является сохранение самостоятельного дыхания и рефлексов предотвращающих аспирацию. Именно седацию мы используем в отделении.

Главный вопрос, которым задаются и врачи и пациенты: «Когда же нужна седация?». Ответ достаточно прост, основной задачей эндоскопии в настоящее время является выявление предраковых и ранних неопластических изменений слизистой, ведь выявить опухоль занимающую половину желудка или стенозирующую просвет кишки не составляет больших проблем, а вот найти предвестники, столь тяжелых заболеваний задача более сложная и требует детального осмотра слизистой оболочки желудка, пищевода, 12 перстной или толстой кишки, что конечно же требует применения специальных методов, а также дополнительного времени (отмыть слизистую, прицельно взять необходимое количество биоптатов, выполнить хромокопию или полипэктомию), а как говорилось ранее, пациент должен находиться в состоянии покоя. Второй стороной ответа на этот вопрос является отношение пациента к процедуре, если он перенесет её плохо, высока вероятность того, что он еще не скоро придет на приём, и мы можем потерять драгоценное время, не предотвратив развития тяжелой патологии.

Учитывая всё вышесказанное можно сделать вывод, что применение анестезиологического пособия во время эндоскопических исследований дало большое количество плюсов для нас и наших пациентов. На данном этапе нашей работы мы можем однозначно сказать, что наши пациенты возвращаются к нам на контрольные обследования, не испытывая страха.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Антипушин С.И., Ольшанская Е.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Повышение эффективности лечения МКБ является одной из актуальных проблем здравоохранения. Во многом это связано с высокой распространенностью заболевания. МКБ занимает 3-е место среди заболеваний урологического профиля после инфекций мочевыводящих путей и болезней предстательной железы. Распространенность МКБ в популяции составляет не менее 3 % трудоспособного населения в возрасте от 20 до 40 лет, а к возрасту 70 лет определяется приблизительно у каждого 8 жителя нашей страны.

В России урологические заболевания составляют 10-12% общей заболеваемости населения и являются одной из причин снижения качества жизни, инвалидизации и смертности. Анализ заболеваемости с 2005 по 2016 годы показал, что в целом, в РФ отмечено прогрессивное увеличение распространенности МКБ. Прирост числа зарегистрированных случаев за 12-летний период составил 34%, а прирост случаев, учтенных впервые в жизни – 27,3 %.

До сих пор не выработана единая патогенетическая концепция камнеобразования, выделяют четыре основных патогенетических механизма:

- Рост конкрементов над бляшками Рэндалла;
- Образование конкрементов над заглужками протоков Беллини;
- Образование микролитов в собирательных канальцах внутреннего мозгового вещества почки;
- Образование конкрементов в свободном растворе в чашечно-лоханочной системе.

К экзогенным причинам МКБ относят особенности воды, почвы, питания; к эндогенным – наследственные (тубуло- и энзимопатии, метаболические нефропатии, некоторые формы нарушения обмена веществ). К приобретенным нарушениям уродинамики мочевых путей, расстройства микроциркуляции в почках, наличие мочевой инфекции и др.

Бессимптомные и неосложненные камни в чашечках могут подлежать мониторингу и консервативной терапии, если пациент хорошо информирован о всех рисках и осложнениях подобной тактики. Наибольшая эффективность литолитической терапии отмечена при уратном нефролитиазе. В терапии кальций-оксалатных конкрементов используются фитопрепараты (Оксалит, Цистон, Ренотинекс).

При конкрементах мочеточника в отсутствие осложнений применяется камнеизгоняющая терапия, которая может включать в себя альфа-адреноблокаторы и блокаторы кальциевых каналов (нифедипин).

В настоящее время отмечается рост хирургической активности в отношении МКБ.

В хирургическом лечении нефролитиаза достигнуты успехи благодаря развитию новых малоинвазивных методов удаления мочевых камней (эндоскопических методов, созданию новых литотриптеров, совершенствованию методик. При конкрементах почек и мочеточников в зависимости от размера, локализации и плотности конкрементов используются дистанционная ударно-волновая литотрипсия, чрескожная пункционная нефролитолапаксия или уретерореноскопия. В связи с этим открытые методы лечения отошли на второй план и используются только при неэффективности малоинвазивных методов.

Хотя выбор хирургической тактики зависит от опыта хирурга, наличия сопутствующей патологии, тем не менее существуют общие рекомендации в отношении оперативного лечения конкрементов почек.

При конкрементах мочеточника применяется дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) или уретерореноскопия (УРС).

Камни средней и верхней группы чашечек почки до 12 мм и плотностью ≤ 1000 единиц Хаунсфилда (НУ) обычно подлежат дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

Камни средней и верхней группы чашечек почки до 12 мм, но плотностью ≥ 1000 НУ подлежат ретроградной интравенальной хирургии (РИРХ) или чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ). В настоящее время для разрушения камня с помощью контактной литотрипсии используют ультразвуковую, пневматическую, лазерную и электрогидравлическую энергию. Ультразвуковая литотрипсия наиболее эффективна при низкой плотности конкремента (менее 800 НУ), пневматическая при очень высокой плотности (более 1500 НУ). Эти виды энергии используются с ригидными эндоскопами. При использовании гибких эндоскопов возможно применение только лазерной или электрогидравлической энергии или их сочетания, что в определенных случаях повышает эффективность вмешательства. Для этих видов энергии плотность камня не имеет большого значения.

В лечении камней средней и верхней группы чашечек почки более 12 мм, а также камней нижней чашечки более 6 мм, особенно при отсутствии эффективного сообщения с ЧЛС, используется ЧНЛТ нефроскопами различных диаметров [15]. В последнее время существует тенденция к использованию более тонких нефроскопов (мини-ЧНЛТ) от 24 до 9,5 Шарьер (Ch); их преимуществами являются минимальная частота осложнений и отсутствие значимой кровопотери.

После хирургического удаления конкрементов пациентам назначаются препараты для консервативной терапии уролитиаза с целью предотвращения повторного камнеобразования.

Таким образом, можно отметить следующие общие характеристики современных методов лечения мочекаменной болезни:

- Развитие эндоурологических методик;
- Широкое применение лазерной энергии и гибких эндоскопов;
- Минимизация доступа;
- Комплексная терапия.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ТРАНСРЕКТАЛЬНЫХ ПУНКЦИОННЫХ БИОПСИЙ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В СКРИНИНГЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Антипушин С.И., Турин Д.Е., Ольшанская Е.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Введение. В настоящее время одним из самых чувствительных методов диагностики рака предстательной железы является определение уровня простатспецифического антигена в сыворотке крови. Однако, он обладает довольно низкой специфичностью и, кроме рака предстательной железы, может быть повышен при воспалительных заболеваниях предстательной железы (простатит, абсцесс), гиперплазии простаты, а также после ряда урологических манипуляций или эякуляции накануне обследования.

Как известно, повышение простатспецифического антигена в сыворотке крови является высокоспецифичным для рака простаты и составляет 59 – 68 %, даже при нормальных результатах пальцевого ректального исследования и трансректального ультразвукового исследования простаты. Наибольшее затруднение в дифференциальной диагностике заболеваний простаты вызывает интерпретация уровня простатспецифического антигена в диапазоне от 4 до 10 нг/мл («серая» зона значений ПСА).

Задача исследования: изучить результаты трансректальных мультифокальных пункционных биопсий предстательной железы у больных хроническим простатитом (без или в сочетании с гиперплазией простаты) при повышении уровня простатспецифического антигена в пределах от 4 до 10 нг/мл с целью повышения эффективности ранней диагностики рака простаты.

Материалы и методы: ретроспективному анализу подвергнуты материалы обследования 211 больных хроническим простатитом (без или в сочетании с гиперплазией простаты), находящихся на лечении в ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ за период с сентября 2018 по январь 2021 г. В связи с повышенным уровнем простатспецифического антигена в сыворотке крови, у данной группы больных после стандартного обследования, по показаниям, была выполнена мультифокальная трансректальная пункционная биопсия простаты. Стандартное обследование включало в себя, в первую очередь (с целью исключения ложноположительных результатов), анализ крови на простатспецифический антиген (ПСА), а затем пальцевое ректальное (ПРИ) и трансректальное ультразвуковое исследования (ТРУЗИ).

Результаты: Средний возраст больных составил 58,5 (41 – 76) года. По уровню простатспецифического антигена в сыворотке крови больные были распределены на три группы: 1 группа – уровень ПСА изначально от 0 до 4 нг/мл, 2 группа – 4 – 6 нг/мл, 3 группа – 6 – 10 нг/мл. Мультифокальная трансректальная пункционная биопсия простаты у больных первой группы выполнялась при положительных результатах ПРИ и (или) ТРУЗИ предстательной железы, а также тем больным, у которых при отсутствии положительных результатов ПРИ и (или) ТРУЗИ через 1 год отмечен рост ПСА > 2 нг/мл. Во второй и третьей группах биопсия простаты выполнялась всем пациентам вне зависимости от результатов ПРИ и (или) ТРУЗИ.

При этом получены следующие данные: из всех биопсий ПЖ рак выявлен у 112 человек (53%), в первой группе морфологический диагноз рака предстательной железы подтвержден у 19 человек (9%), во второй группе – 30 (14%), в третьей группе – 63 (30%).

Выводы: Таким образом, у больных хроническим простатитом с изначально высоким уровнем ПСА 0 – 4 нг/мл и положительными результатами ПРИ и ТРУЗИ, использование мультифокальной трансректальной пункционной биопсии простаты повышает раннюю диагностику рака предстательной железы почти на 10%. У пациентов с уровнем ПСА 4 – 6 нг/мл этот показатель составляет 14% и у пациентов с ПСА 6 – 10 нг/мл – 30%. В связи с чем возможно разделение данной категории больных на группы риска по раку предстательной железы – уровень ПСА 0 – 4 нг/мл – группа очень низкого риска, 4 – 6 нг/мл – группа низкого риска, 6 – 10 нг/мл – группа умеренного риска и более 10 нг/мл – высокого риска.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЛОКАТОРА АЛЬДОСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

*Артемьев В.А., Ворсин О.Э., Сбродова Л.В., Темиргазина Э.З., Медведев И.Ю.
ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва*

Определение уровня N-терминального фрагмента натрий-уретического пептида (NT-pro BNP) занимает важное место в диагностике сердечной недостаточности. Использование селективного антагониста минералокортикоидных рецепторов эплеренона позволяет опосредованно влиять на уровень NT-pro BNP, как предиктора сердечной недостаточности.

Цель: оценить эффективность комплексной медицинской реабилитации при применении эплеренона у больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование по оценке уровня NT-pro BNP.

Материалы и методы: обследовано 58 пациентов в возрасте от 56 до 65 лет (50 мужчин, 8 женщин) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III функционального класса, перенесших коронарное шунтирование. Реабилитационное лечение включало ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, В-блокаторы, статины, антиагреганты, кардиотренажеры, физиопроцедуры. В ходе исследования пациенты основной группы (30 человек) использовали эплеренон в дозе 25 мг в сутки в течение 14 дней, пациенты контрольной группы данный препарат не принимали. С последующим определением уровня NT-pro BNP в сыворотке крови. Для оценки структурно-функционального состояния миокарда проводился тест с физической нагрузкой (стресс ЭХО КГ).

Результаты: средний уровень NT-pro BNP до приема эплеренона составил 250 пг/мл, через 14 дней после приема 109 пг/мл. У больных не принимавших эплеренон уровень NT-pro BNP остался без динамики. При применении эплеренона выявлена корреляционная связь средней силы между уровнем NT-pro BNP и индексом массы миокарда левого желудочка ($r=0,42$, $p=0,01$), временем изоволюмического расслабления ($r=0,5$, $p=0,01$).

Таким образом, при включении эплеренона в лечение больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование, отмечается снижение уровня NT-pro BNP, улучшаются показатели систолодиастолической

функции миокарда левого желудочка, что свидетельствует о повышении эффективности медицинской реабилитации больных ИБС после коронарного шунтирования за счет применения блокатора альдостероновых рецепторов.

СРАВНЕНИЕ ДВУХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Блидченко Л.Е., Алешина Ю.А., Кондрашов С.Ю.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в настоящее время является актуальной медицинской проблемой. По разным сведениям инфицированность в России может достигать у взрослого населения до 88% (Кудрявцева А.В. 2018г.).

Согласно современным представлениям, *H. pylori* вызывает хронический активный гастрит у всех зараженных лиц. Это может привести к язвенной болезни, атрофическому гастриту, аденокарциноме желудка или MALT- лимфоме желудка.

Последние международные и отечественные консенсусы рекомендуют проведение эрадикационной терапии у всех инфицированных при отсутствии противопоказаний, поэтому крайне актуальной является информация о достоинствах и недостатках методов диагностики *H. pylori*.

В настоящей работе проанализированы данные, полученные при проведении фиброгастродуоденоскопии (далее ФГДС) эндоскопом фирмы «ОЛИМПУС» военнослужащим во время прохождения ими УМО и ВВК.

Целью настоящего исследования явилось сравнение 2-х инвазивных методов верификации *H. pylori*: уреазный и цитологический (бактериоскопический).

Было обследовано 51 человек в возрасте 30-48 лет, направленные на ФГДС с диагнозами:

- хронический гастрит-21 человек;
- хронический гастродуоденит-8 человек;
- язвенная болезнь желудка и 12п кишки-8 человек;
- Обследование-14 человек.

В эндоскопическом отделении использовали стандартный метод выявления *H. pylori* по уреазной активности биоптата слизистой (ХЕЛПИЛ-тест, Санкт-Петербург).

Цитологическое исследование проводилось в мазках-отпечатках полученных при эндоскопическом исследовании из антрального отдела и тела желудка, (окраска мазков по Романовскому-Гимзе). Микроскопически *H. pylori* имеет характерную изогнутую или спиралевидную форму с закругленными краями.

Из 51 обследованных пациентов: уреазный тест оказался положительным у 38 человек (74%); цитологический тест был положительным у 29 человек (57%).

У 10 (19%) пациентов с положительным уреазным тестом цитологическое исследование показало отрицательный результат.

У 1 пациента с хроническим гастродуоденитом, (1990гр) при отрицательном уреазном тесте, морфологически было подтверждено наличие *H. pylori*.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что уреазный тест на коммерческих реагентах дает более высокий процент выявления *H. pylori* по сравнению с цитологическим методом. Различия между двумя методами явились достоверными ($p < 0,05$).

По данным литературы (Кишкун А.А., 2010г) специфичность уреазного теста составляет 75–100%, а специфичность цитологического -100%.

Одним из возможных факторов возникновения ложноположительных результатов уреазного метода может быть присутствие других содержащих уреазу микроорганизмов (таких как *Proteus mirabilis*, *Citrobacter freundii*, *Klebsiella pneumonia*, *Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus aureus*).

Результаты теста также зависят от заболевания желудка, наличия атрофических изменений или экзогенных факторов, которые уменьшают бактериальную нагрузку, что приводит к ложноотрицательным результатам.

В заключении следует отметить, что в обследованной группе военнослужащих (51 человек) возбудитель *H. pylori* выявляется чаще при использовании уреазного теста по сравнению с цитологическим (бактериоскопическим) методом (74% и 57% соответственно). Мы считаем, что для повышения точности диагностики хеликобактериоза необходимо использовать как минимум два метода. Оценка прогностической значимости уреазного и цитологического методов, динамическое наблюдения элиминации возбудителя *H. pylori*, обследование большого количества пациентов, является предметом наших дальнейших исследований.

НОРМАТИВНО-РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ В РАБОТЕ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ

Булатов М.Р., Демьянков К.Б., Агапитов А.А., Якушев Д.Ю.

ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

По данным исследований ряда авторов от 20 до 50 % пациентов могут получать медицинскую помощь с помощью стационарозамещающих технологий. Расширение перечня современных прогрессивных форм и методов диагностики и лечения позволяет медицинским организациям амбулаторно-поликлинического звена практически сравняться по своим лечебно-диагностическим возможностям со стационарами. Кроме этого, программа государственных гарантий предусматривает уменьшения объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм и планирования роста части расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь. Правильная организация медицинской помощи с применением стационарозамещающих технологий возможна только при соблюдении требований нормативно-регламентирующих документов.

Следуя концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387, одной из основных направлений которой определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм Министерством здравоохранения Российской Федерации 9 декабря 1999 г. был издан приказ № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».

Далее Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения в 2002 году были разработаны методические рекомендации № 2002/106 «Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению».

Понятие дневного стационара как условий оказания медицинской помощи, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения появилось и в федеральном законе от 21 ноября 2011 г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32 «Медицинская помощь», п.3, пп.3). В этом же документе сказано, что в условиях дневного стационара может оказываться первичная медико-санитарная помощь (ст.33, п.6), специализированная медицинская помощь (ст.34, п.2) и паллиативная медицинская помощь (ст.36, п.3).

В Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития России) от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной

медико-санитарной помощи взрослому населению» указано, что дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь. В приложении 9 описаны правила организации деятельности дневного стационара, в приложении 10 рекомендуемые штатные нормативы дневного стационара, а в приложении 11 стандарт оснащения дневного стационара.

Проанализировав порядки оказания медицинской помощи населению по профилям согласно приказам Минздрава и Минздравсоцразвития России можно обнаружить, что в дневном стационаре можно оказывать медицинскую помощь по профилям: трансфузиология, урология, детская урология-андрология, дерматовенерология, педиатрическая помощь, терапия, неонатология, стоматологические заболевания, эндокринология, заболевания глаз, сердечно-сосудистые заболеваниями, детская кардиология, гематология, клиническая фармакология, хирургия (комбустиология), торакальная хирургия, детская хирургия, инфекционные заболевания, психические расстройства и расстройства поведения, гериатрия, нейрохирургия неврология, анестезиология и реаниматология, оториноларингология, сурдология-оториноларингология, гастроэнтерология, диетология, оказание медицинской помощи больным туберкулезом, пульмонология, аллергология и иммунология, травматология и ортопедия, детская онкология, остеопатия.

В случае, если в дневном стационаре будет оказываться паллиативная помощь взрослым, то необходимо руководствоваться Приказом Минздрава России и Минтруда России от 31.05.2019 № 345н/372н – приложения 11,12,13, а если необходимо оказывать паллиативную помощь детям следует обратить внимание на приложения 32,33,34 данного приказа.

Приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 N 548 утверждена «Инструкция по заполнению отчетной формы по дневным стационарам». А сама форма находится в приложении № 6 приказа Минздрава РФ от 30.12.2002 N 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

В связи с изданием приказа Минздрава России от 03.12.2020 N 1283 «О признании не действующими на территории Российской Федерации отдельных актов СССР и утратившими силу отдельных актов РСФСР» из неотменённых документов осталась медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), медицинская карта ортодонтического пациента (форма 043-1/у) и индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы (форма 111/у-20).

Что касается санитарных требований к дневным стационарам, то в настоящее время действуют Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 года N 44. Дневные стационары в этом документе отдельно не выделяются. Отдельно они выделяются в своде правил 158.13330.2014 «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования» (Приказ Минстроя России от 18 февраля 2014 г. № 58/пр).

В имеющейся документации рассчитаны ориентировочные нормативы потребности в коечном фонде стационарзамещающих форм. Проведено нормирование труда врачей дневных стационаров, позволившее определить нормативы их нагрузки. Рассчитана стоимость лечения больных в дневных стационарах и другие показатели.

Таким образом при организации и планировании работы дневных стационаров рекомендуется пользоваться предложенной организационной структурой построения дневных стационаров, а также расчетными показателями потребности населения в койках дневного стационара как самостоятельного структурного подразделения, так и на базе больничных учреждений, и в структуре профильных отделений медицинских учреждений.

Организация дневного стационара как самостоятельного структурного подразделения на базе больничного или амбулаторно-поликлинического учреждения с выделением штатов и помещения позволяет более экономно расходовать финансы медицинских учреждений.

Таким образом следование всем выше представленным нормативно-регламентирующим документам позволит более быстро реализовывать основные положения Концепции здравоохранения по развитию стационарозамещающих форм.

Подводя итог дневные стационары организуются с целью совершенствования организации и повышения качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышения экономической эффективности деятельности медицинских организаций на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, что достигается следованию нормативно-регламентирующим документам.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ И РОЛЬ «ПРОТЕФЛАЗИДА» В ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМОВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Вершкова С.Е.
ФГКУ «КДЦ ГШ ВС РФ»

Актуальность рассматриваемого вопроса

Вирус папилломы человека (ВПЧ) в настоящее время считается основным этиологическим фактором развития рака шейки матки.

В экономически развитых странах рак шейки матки (РШМ) является третьей по распространенности локализацией после рака матки и яичников.

В настоящее время лечение ВПЧ носит комплексный характер, включающий методы деструкции, и иммунокоррекции расстройств, на фоне которых развивается поражение шейки матки.

Целью исследования являлось, оценить возможность протефлазида, лекарственного препарат природного (растительного) происхождения, способного ингибировать ДНК-полимеразу и тимидинкиназу (специфические ферменты вирусов), снизить число рецидивов поражения шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования

Проведено комплексное обследование 21 женщины в возрасте от 19 до 48 лет. Наряду со стандартным гинекологическим исследованием проводились клинико-статистические исследования, включающие в себя расширенную кольпоскопию, взятие цитологических мазков и мазков-соскобов на вирусы методом ПЦР, а также верификация диагноза путем гистологического исследования после биопсии шейки матки.

Основные результаты

У всех пациенток имелись признаки ВПЧ-инфекции, подтвержденные ПЦР-анализом.

Цитологические изменения (койлоцитарная атипия, Д 1-2, наличие в мазках двухъядерных и многоядерных клеток, амфилия цитоплазмы) были обнаружены у 13 (62%) чел. При расширенной кольпоскопии изменения, характерные для папилломавирусной инфекции были выявлены у 19 (96%) чел. подтверждены гистологическим методом в 100% случаев проведения биопсии шейки матки. Причем у двух пациенток (9,5%) присутствовали признаки дисплазии слабой степени, а у трех (14,3%) – дисплазия умеренной степени. У всех обследованных был воспалительный тип мазка, при этом уреаплазмоз диагностирован у 14 чел. (66,7%), герпес-вирус с частыми обострениями (не менее 5-6 раз в год) беспокоил 3 чел. (14,3%), хламидиоз у 1 чел. (4,8%), кандидоз – у 4 чел. (19%) и гарднереллез у 4 чел. (19%).

После лечения сопутствующей патологии шейки матки влагалища проводилось противовирусное лечение препаратом протефлазид по нарастающей схеме 5-8-10 капель 3 раза в день 2-4 мес в непрерывном режиме, плюс применение препарата на тампонах 10 дней до и после биопсии и деструктивного лечения шейки матки («Суртитрон») у 6 пациенток (28,6%).

Оценивалась клиническая эффективность препарата протекфлазид с помощью ПЦР-контроля через 3 мес., 6 мес. и далее каждые последующие 6 мес. от начала лечения и цитологический контроль через каждые 6 мес. и РКС каждые 3-6 месяцев в динамике (2008-2010 гг.).

Все пациентки отметили хорошую переносимость препарата. Побочные эффекты и аллергические реакции не отмечались.

Через 6 мес. все пациентки были обследованы на папилломавирусную инфекцию. Цитологические признаки ПВИ не было выявлены ни у кого, но по РКС – признаки папилломавирусной инфекции в виде участка ацетобелого эпителия диагностированы у 3 чел. (14,3%). По результатам ПЦР-тестирования HPV был выявлен у 8 чел. (38%); через 12 мес. – у 6 чел. (28%), и через 18 мес. – у 3 чел. (14,3%), количество ассоциированных вирусов уменьшилось с 3-х (18,56,59) до 1-го (56).

Через 12 и 18 мес. цитологические признаки HPV и кольпоскопические признаки ПВИ инфекции определялись у 2 чел. (9,5%). Для их лечения в дальнейшем применялись другие препараты, с лучшей комплаентностью. Дополнительно к положительным моментам лечения Протекфлазидом нужно отметить, что у 3 чел. (из 4 чел. с герпес инфекцией). Межрецидивные промежутки значительно удлинились (до 2-х эпизодов в год), а у одной пациентки – HPV элиминировался и через 6,12 мес не регистрировался, а эпизоды герпеса повторялись ежемесячно (в виде высыпания герпетических элементов в области вульвы, на коже промежности) перед каждой менструацией.

Заключение

1. Наилучшие результаты лечения наблюдались среди пациенток, получавших комплексное лечение папилломавирусной инфекции с применением звуковолновой хирургии, химической деструкции ОК вульвы и влагалища, местной терапией, протекфлазидом и применением препарата внутрь.

2. Применение в дальнейшем (при длительной персистенции >12 мес) других иммуномодуляторов и противовирусных препаратов («Изопринозин», «Аллокин-альфа») с другим механизмом действия даст возможность повысить эффективность лечения папилломавирусной инфекции.

3. Целесообразно проведение не только HPV тестирования с определением серотипа вируса, но и теста на вирусную нагрузку «ВПЧ высокого канцерогенного риска без определения типа, количественное исследование» для прогнозирования мониторинга лечения вирусной инфекции (клинически малозначимая концентрация вируса менее 3 lg на 10⁵ клеток, что характеризуется минимальным риском развития дисплазии и клинически значимая концентрация вируса 3 lg на 10⁵ клеток, что может расцениваться как наличие хронической инфекции с высоким риском развития дисплазии и РШМ).

4. Необходимо динамическое наблюдение и дифференцированное лечение HPV-инфицированных с заболеваниями шейки матки.

ТРАНСОРАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫХ АБСЦЕССОВ

Владимирова Т.Ю., Игнатов М.Ю., Чечко А.Н.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, Самара

ФГБУ «426 военный госпиталь» МО РФ, Самара

Ключевые слова: паратонзиллярный абсцесс, трансоральное ультразвуковое исследование глотки, доплерография, малоинвазивный метод диагностики.

Актуальность. Паратонзиллярный абсцесс (ПТА) является одним из наиболее частых гнойно-воспалительных заболеваний глотки. До сих пор остается важным вопрос – насколько эффективно, рационально и экономично мы диагностируем и лечим пациентов с указанной патологией? Чтобы определить подходящее лечение, важно различать паратонзиллит (ПТ) и паратонзиллярный абсцесс (ПТА).

Объективное обследование при ПТА имеет ограниченную чувствительность. Традиционная диагностика включает «слепую» пункцию иглой в области воспаления, при которой частота ложноотрицательных результатов составляет 10-24%. Указанная манипуляция несет риск кровотечения при повреждении соседних кровеносных сосудов, таких как ветви сонной артерии.

Методы исследования. С ноября 2020 года по июль 2021 года на базе оториноларингологического отделения ФГБУ «426 военный госпиталь» Минобороны России и клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ было проведено трансоральное ультразвуковое исследование (УЗИ) с доплерографией паратонзиллярной области у пациентов с ПТА.

Пациенты были разделены на две группы. Первая группа - пациенты с рецидивирующим паратонзиллярным абсцессом. Вторая группа - пациенты с первой в анамнезе госпитализацией по указанному заболеванию.

Выявлялись сонографические критерии рецидивов паратонзиллита/паратонзиллярного абсцесса.

Результаты. Первая группа составила 6 человек, вторая – 14. Трансоральное УЗИ было затруднено в одном случае во второй группе. Данное обстоятельство было связано с выраженным тризмом жевательной мускулатуры у пациента. У 2 пациентов (по одному в каждой группе) были выявлены гипоехогенные очаги в исследуемой области. При контрольной пункции, патологического отделяемого не получено. Установлен диагноз паратонзиллит. У остальных пациентов обеих групп были выявлены анэхогенные образования с гипоехогенными изменениями вокруг. При контрольном выполнении пункции с использованием ультразвуковой навигации в указанных случаях (100%) было получено гнойное содержимое. У первой группы также отмечались гиперэхогенные очаги (рубцовые изменения), во второй группе указанных изменений не выявлено. В одном из случаев (пациент из первой группы) было выявлено аномальное расположение сосудов: ветви наружной сонной артерии находились на глубине до 10 мм.

Заключение. Согласно требованиям клинических рекомендаций РФ, при поступлении пациентов с паратонзиллярным абсцессом одним из инструментальных методов диагностики указано ультразвуковое исследование. В настоящее время, данный метод используется крайне редко, что связано с отсутствием необходимой подготовки УЗИ паратонзиллярной области как у врачей функциональной диагностики, так и у врачей-оториноларингологов. В нашем исследовании, диагностика ПТА проводилась врачом-оториноларингологом, владеющим навыками УЗИ. Исходя из полученных результатов применения трансорального УЗИ, можно сделать следующие выводы:

- среди неинвазивных методов исследования ПТА – один из самых доступных;
- доступная навигация при пункции паратонзиллярной области;
- относительно недорогой метод исследования;
- высокая детализация структур мягких тканей паратонзиллярной области;
- профилактика кровотечений, вызванных повреждением ветвей сонной артерии при вскрытии ПТА;
- высокая чувствительность и специфичность трансорального УЗИ при ПТА.

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ

Гмир Т.Н., Казанкина В.В., Воронина А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Одной из причин возникновения аневризмы брюшного отдела аорты является длительное воздействие высокого или низкого давления на организм человека (профессиональные вредности) у аквалангистов, подводников, пилотов, альпинистов и т.д.

Цель исследования: определить частоту встречаемости аневризмы грудного и брюшного отделов аорты у военнослужащих проходящих службу по контракту.

Материал и методы: эхокардиография (ЭхоКГ) и ультразвуковое исследование брюшного отдела аорты проводились на ультразвуковых сканерах Mindray DC-8 Exp, Esaote mylab 50, Philips Affiniti 50. Исследования осуществлялись в В-, М- режимах с применением импульсноволнового, непрерывного и цветового доплера.

Всего за период с 2019 г. по 2020 г. ЭхоКГ проведено у 120 военнослужащих в том числе из них у 30 женщин. Ультразвуковое исследование аорты проводилось при ультразвуковом исследовании брюшной полости у 1790 военнослужащих из них у 312 женщин.

Результаты: по нашим данным ни у одного из 1790 военнослужащих проходящих службу по контракту не было выявлено аневризмы брюшного отдела аорты. У двух военнослужащих мужского пола из 120 военнослужащих проходящих службу по контракту была выявлена аневризма восходящего отдела аорты (размером больше 45 мм), что составило 1,6 % от всего количества обследованных.

Выводы: несмотря на то, что аневризма аорты отличается особой опасностью летального исхода и инвалидизации, 60% аневризм протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно при проведении визуализирующих исследований.

В связи с тем, что ЭхоКГ является достаточно достоверным и доступным методом исследования восходящего отдела аорты, предлагаем сделать данный метод исследования обязательным у военнослужащих проходящих службу по контракту имеющих указанные выше профессиональные вредности.

ФАКТОРЫ РИСКА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ОРОЛАБИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Гришин О.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Вирусные инфекции представляют значительную угрозу для здоровья и жизни человека, будучи способными к широкому распространению и длительному персистированию в организме хозяина как в латентной, так и в активной формах. В настоящее время выявлено более 220 вирусов, способных заражать человека.

Одной из наиболее широко распространенных вирусных инфекций считается герпетическая, выявление которой в человеческой популяции достигает 90%. Неблагоприятная особенность герпетической инфекции заключается в том, что после первичного заражения она всегда переходит в персистентную форму. Оральные проявления инфицирования вируса простого герпеса (ВПГ) 1-го или 2-го типов тесно связаны со стоматологической практикой и требуют специализированных подходов к дифференциальной диагностике герпетических инфекций и профилактике возможных осложнений.

Наиболее частым проявлением герпетической инфекции в челюстно-лицевой зоне является лабиальный герпес (ЛГ). Эта патология выражается во временном поражении покровных оболочек области рта, развивающемся в результате реактивации персистирующего ВПГ-1 (реже – ВПГ-2) из латентного состояния. ВПГ-1, как и ВПГ-2 при первичном заражении поражает эпителиальные клетки. ВПГ-1 имеет больший тропизм к эпителию орофациальной области – чаще в области рта, реже – глаз. Вероятность заражения выше при наличии дефицита гуморальной иммунной защиты секретов полости рта – слюны, десневой жидкости, нарушении межклеточных контактов, механических повреждениях эпителия. Латентные формы ВПГ-1 не проявляют себя до момента запуска нового цикла репликации (реактивации вируса), который может произойти под влиянием какого-либо стрессового фактора. В результате реактивации вируса новые вирионы распространяются по нервным окончаниям нейрона – хозяина

к коже и слизистым оболочкам, проникают в эпителиальные клетки и вызывают их повреждения, что сопровождается характерной симптоматикой. При первичном инфицировании чаще возникает герпетический гингивостоматит, который в ряде случаев протекает без специфических проявлений или бессимптомно. Только у 5% людей наблюдается характерные, ярко выраженные клинические признаки – наличие язвочек в полости рта, гингивит, лихорадка и цервикальная лимфаденопатия.

Симптомы более легкой формы первичной ВПГ-1 инфекции могут не распознаваться или быть ошибочно интерпретированы. Таким образом, люди могут не обратить внимание на ситуацию первичного заражения ВПГ -1. Проявлением первичной инфекции ВПГ-1, помимо гингивостоматита, также могут быть кератоконъюнктивит, пневмония, менингоэнцефалит, неонатальный генитальный герпес. Чаще всего вторичная инфекция ВПГ-1 проявляется в виде лабиального герпеса на границе между красной каймой и кожей губ. Кроме того, сходные повреждения могут возникать на других частях – в области носа, на шее, могут наблюдаться изъязвления на слизистой оболочке полости рта, особенно на твердом нёбе. Частота рецидивов ЛГ индивидуальна и варьирует от единичных случаев за 5-10 лет до ежемесячных эпизодов.

Физиологические триггерные механизмы реактивации ВПГ-1 в настоящее время еще не ясны, однако отмечается, что реактивацию вируса и рецидив герпетической инфекции провоцируют различные стрессовые факторы:

1. Системные - лихорадка, менструация и другие сопровождающиеся гормональными изменениями эндогенные состояния, физические и психоэмоциональные стрессоры, действие ингибирующих иммунитет препаратов.
2. Местные – повреждения губ, воздействия холода, солнечное излучение, а также зубоврачебные манипуляции и хирургические операции в полости рта. Это необходимо учитывать в практике врача - стоматолога.

В частности, описаны случаи вторичной герпетической инфекции после удаления зуба с обширными повреждениями эпителия в области носа, подбородка, губ и полости рта. Повреждению нерва при стоматологическом лечении повышает риск реактивации вируса герпеса. Среди пациентов с хирургическими вмешательствами, затрагивающими ветви тройничного нерва, инфекция ВПГ-1 возникает у 50%. Фактором риска является также использование анестезии, т.к. она временно нарушает функционирование нервных волокон в зоне её действия.

В острую фазу инфекции ВПГ-1 пациент является переносчиком вируса, что создает угрозу для лечащего врача- стоматолога. Путем заражения этим вирусом становится контакт с пораженными зонами и / или со слюной. Герпетический стоматит стоматолога при первичном инфицировании возникает редко, однако зафиксированы случаи поражение кожи пальцев шеи и роговицы глаз. В первом случае у врача развивается воспаление мягких тканей пальцев или шеи, во втором – как правило, воспаление роговицы – кератит. Оба заболевания сопровождаются снижением работоспособности и могут продолжаться несколько недель. Профилактикой подобного заражения для врача служит использование перчаток и защитных очков, недопущение прикосновений к открытым участкам лица и шеи.

Выявление ВПГ-1 у пациента необходимо при симптомах инфекционных проявлений в области лица и полости рта- в первую очередь с целью постановки правильного диагноза, назначение оптимальной терапии, предупреждение и коррекции осложнений, связанных со стоматологическим лечением – например, при наличии стоматита, гингивита, или поражений покровных оболочек в области лица после лечения или удаления зуба.

Обнаружить присутствие ВПГ-1 в организме можно двумя способами.

Первый – это определение наличия в клетках, жидкостях, мазках из поврежденных зон вирусных белков или ДНК, что возможно только в активную фазу жизни вируса.

Второй – заключаются в выявлении присутствия антител к ВПГ-1 в сыворотке крови вне зависимости от формы существования вируса в текущий момент. Этот способ более универсален.

Для диагностики можно использовать взятие биоматериала из поврежденной зоны эпителия, однако этот метод предпочтителен только в первые три дня проявления симптомов.

При лечении ВПГ-1 используют несколько направлений:

1. Противовирусное, направленное на подавление размножения вирусных частиц
2. Иммуномодулирующее (интерфероны, индукторы интерферона и др.)
3. Симптоматическое, направленное на снижение внешних проявлений инфекции и более быстрое заживление повреждений (антигистаминные, противовоспалительные, обезболивающие препараты, способствующие регенерации кремы и мази)

Поскольку естественный процесс выздоровления запускается уже в первые сутки заболевания, терапию необходимо начинать как можно раньше. Блокада репликации вируса в начале заболевания способствует уменьшению продолжительности симптомов и ускорению процесса заживления. Так согласно клиническим исследованиям, местное применение ацикловира в виде мази (5% аппликация 5 раз в день) уменьшало время заживления на несколько дней (0,5-2,5 дня).

Профилактика рецидивов ВПГ-1 в настоящее время не эффективна. По статистическим данным нет значимых подтверждений действий различных профилактических методов для предупреждения эпизодов рекуррентного лабиального герпеса.

Выводы: таким образом в настоящее время в мире сохраняется высокая распространенность лабиального герпеса, несмотря на прогресс в медицинских технологиях. Биология вирусов простого герпеса, вызывающего лабиальный герпес, определяет его высокий потенциал к заражению, транспорту между клетками и длительному латентному существованию в организме хозяина. Рецидив лабиального герпеса преимущественно зависит от иммунного статуса, из чего следует необходимость поддержания оптимального уровня иммунной защиты организма.

ПОРЯДОК УЧЕТА И КОНТРОЛЯ МЕРОПРИЯТИЙ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Гулям Н.Ю., Зоткин А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Важным элементом в обеспечении безопасности медицинской деятельности в многопрофильной амбулаторно-поликлинической организации (АПО) являются мероприятия санитарно-противоэпидемического режима (СПЭР). В этой связи, разработка методических подходов осуществления порядка учета и контроля таких мероприятий, при осуществлении повседневной медицинской деятельности, является актуальной проблемой, зависящей от организации, структуры и объема оказываемой медицинской помощи в АПО.

Необходимо отметить, что санитарными нормами и правилами, методическими указаниями и руководствами по отдельным вопросам того или иного вида медицинской деятельности (иммунопрофилактика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования, обращение с медицинскими отходами, инвазивные манипуляции и процедуры, содержание помещений для оказания медицинской помощи пациентам и др.) рекомендован учет мероприятий по таким видам деятельности по рекомендуемым формам.

При этом, действия по учету мероприятий СПЭР как отдельный элемент медицинской деятельности не выделены и не увязаны в логической взаимосвязи с существующей системой контроля проводимых мероприятий.

При осуществлении медицинской деятельности обращается внимание, как правило, на ведение медицинской документации (медицинская книжка, амбулаторный журнал, история болезни и др.), касающейся оказания медицинской помощи пациентам и, не обращается должного внимания на регламентированные санитарным законодательством формы учета мероприятий СПЭР.

Для практической повседневной медицинской деятельности важно смысловое значение терминов СПЭР, порядок учета и контроля, отделив, с методической точки зрения, два последних понятия друг от друга.

Так, под санитарно-противоэпидемическим режимом понимается комплекс строго регламентированных и обязательных для выполнения организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, обеспечивающих безопасность медицинской деятельности. Именно в рамках названных мероприятий СПЭР регламентирован их учет и контроль.

В этом контексте под порядком учета вышеуказанных мероприятий понимается организация регистрации показателей, характеризующих процедуру, манипуляцию, измерение и иную деятельность в соответствии с установленным для нее алгоритмом и последовательностью проведения по установленной форме.

В этой связи под порядком контроля проводимых мероприятий СПЭР понимается организация системы слежения за проводимыми мероприятиями по формам учета в подразделениях осуществляющих медицинскую деятельность, для оценки правильности ведения и содержания на предмет их соответствия установленным формам и требованиям. Такая система является составной частью программы производственного контроля АПО.

Практика применения учета мероприятий СПЭР позволила выделить несколько групп таких форм учета, которые представлены соответствующими журналами. Так к группе учета мероприятий по стерилизации изделий медицинского назначения отнесены журналы-учета качества предстерилизационной обработки; контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава); регистрации работы ультрафиолетового бактерицидного облучателя камеры для хранения стерильных инструментов; контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств; контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом.

К группе учета мероприятий по содержанию помещений для приема и проведения манипуляций пациентам отнесены журналы – регистрации и контроля работы ультрафиолетовой бактерицидной установки; регистрации и контроля работы ультрафиолетового бактерицидного облучателя-рециркулятора; график проведения генеральных уборок.

К группе учета мероприятий по обращению с дезинфицирующими средствами отнесены журналы-учета получения и расходования дезинфицирующих средств; учета результатов экспресс-контроля концентрации рабочих растворов дезинфицирующих средств.

Кроме того, используются в работе – «Технологический журнал учета отходов классов «Б» и «В»; «Журнал регистрации температурного режима холодильника»; «Журнал учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций». Названные формы учета сопровождаются пояснениями с примерами их ведения. Весь порядок ведения форм учета представлен в «Методических указаниях по ведению медицинской документации по обеспечению санитарно-противоэпидемического режима в отделениях», введенных в действие локальным нормативным правовым актом АПО, доведенных до медицинского персонала, осуществляющего мероприятия СПЭР.

Элементы порядка контроля за осуществлением мероприятий по обеспечению СПЭР включены разделом в программу производственного контроля, что позволяет проводить его непосредственно в местах оказания медицинской помощи пациентам, как старшими медицинскими сестрами, так и руководителем медицинских подразделений, а также другими должностными лицами, осуществляющими производственный контроль.

Таким образом, порядок учета и контроля мероприятий СПЭР представляет собой важный элемент в системе обеспечения безопасности медицинской деятельности АПО.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ САКУБИТРИЛ+ВАЛСАРТАН У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СНИЖЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Диденко О.И., Хачатурян Л.Э., Авакян А.А

ФГБУ «52 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Одним из важнейших механизмов прогрессирования ХСН является дисбаланс симпато-адреналовой системы (САС), ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и системы натрий – уретического пептида (НУП). У здорового человека РААС и система НУП сбалансированы. Активация САС и РААС ведут к вазоконстрикции, повышению АД, повышению выброса альдостерона, задержке натрия, развитию фиброза миокарда. Напротив, активация системы НУП приводит к вазодилатации, снижению АД, снижению выброса альдостерона, натрийурезу, увеличению диуреза. Для восстановления баланса систем НУП и РААС необходимо воздействие на обе системы. Таким препаратом стала комбинация, включающая сакубитрил – блокатор неприлизина, влияющий на систему натрий - уретического пептида, и валсартан, являющийся антагонистом рецепторов ангиотензина II. Это первый и пока единственный представитель класса антагонистов ренин-альдостероновой системы и неприлизина (АРНИ), зарегистрированный в Российской Федерации. На сегодняшний день данный препарат рекомендован пациентам с хронической сердечной недостаточностью II-IV класса по классификации NYHA, с нарушением систолической функции левого желудочка (ФВ менее 40%), или с промежуточной ФВ (находящейся в серой зоне 40-49%) с систолическим АД более 100 мм рт.ст.

Клиническое наблюдение За период с января 2019 г по апрель 2021года мы наблюдали группу пациентов, состоявшую из 16 мужчин (средний возраст $65,2 \pm 3,3$ лет), страдавших ХСН II-IV класса по NYHA со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ < 50%) и имевших легочную гипертензию различной степени (≥ 30 мм рт.ст.). Продолжительность наблюдения составила 2,5 года. Группа была разбита на 2 подгруппы. Первая включала в себя 7(44%) пациентов, имевших ФВ менее 40%, вторая – 9(56%) человек, имевших ФВ от 40 до 49%. Все больные страдали коморбидной патологией: 11 пациентов (69%) имели фибрилляцию предсердий, постоянную или пароксизмальную форму, 9 больных (56%) страдали сахарным диабетом, у 10(63%) человек - фиксировались желудочковые нарушения ритма – экстрасистолия, короткие пробежки желудочковой тахикардии (от 3 до 7 комплексов). До назначения комбинации сакубитрил+валсартан все пациенты получали ингибитор АПФ или сартаны, бета-блокаторы, антагонист альдостерона, мочегонные. Пациенты с фибрилляцией предсердий получали оральные антикоагулянты, пациенты с сахарным диабетом принимали гипогликемическую терапию. Перед назначением препарата класса АРНИ за 36 часов отменялся ингибитор АПФ. Пациентам, которые ранее получали сартаны, данные препараты отменялись в день назначения комбинации сакубитрил+валсартан. Остальная терапия оставалась без изменений.

Результаты наблюдения: Через 2,5 года от начала лечения 13 пациентов (81%) продолжали прием Юперии в дозе 200мг 2 раза в сутки, 2 пациента (13%) принимали препарат в дозе 100мг 2 раза в сутки – увеличить дозу препарата до целевого уровня не позволило низкое АД (110/65 мм рт ст), а у 1 больного (6%) препарат был отменен в связи с прогрессированием хронической болезни почек – снижение СКФ менее 18 мл/мин, гипотонией (САД менее 100мм рт ст). Госпитализации в стационар по поводу декомпенсации ХСН не потребовалось ни одному из пациентов в наблюдаемой группе. За прошедший период не было ни одного летального исхода. На фоне проводимого лечения у 14 пациентов (88%) отмечалась положительная клиническая динамика – субъективно пациенты отмечали уменьшение одышки, отеков, повышение толерантности к физической нагрузке (по результатам теста с 6 минутной ходьбой). У 3 пациентов с исходно сниженным показателем сатурации O₂ отмечалось его увеличение – в среднем с 95% до 98% – через 6 месяцев от начала лечения. Пациенты с сахарным диабетом имели показатели глюкозы на уровне – 5,9–6,9 ммоль/л, гликированный гемоглобин – 5,8–6,5 ммоль/л. По данным ЭхоКГ на фоне лечения также отмечалась положительная динамика – увеличение ФВ ЛЖ во всех группах наблюдения

(на 8–14% от исходных значений ФВ ЛЖ), также, снижение давления в легочной артерии. В последующем приводящее к снижению нагрузки на правое предсердие и улучшение функциональности сердца. При контрольном суточном мониторинге ЭКГ отмечалось снижение количества желудочковых экстрасистол, у 3 пациентов из 4 не регистрировались пробежки желудочковой тахикардии.

Выводы: комбинация сакубитрил+валсартан, являющийся представителем класса АРНИ, показал себя, как эффективный препарат улучшающий насосную функцию сердца у коморбидных пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной систолической функцией левого желудочка, как у пациентов с ФВ ЛЖ менее 40%, так и у пациентов, у которых ФВ ЛЖ находится в серой зоне 40–49 %. На фоне лечения отмечалось клиническое улучшение, повышение толерантности к физической нагрузке, повышение ФВ ЛЖ и снижение давления в легочной артерии (по данным ЭхоКГ), по данным ХМ-ЭКГ- уменьшение желудочковых нарушений ритма и пробежек желудочковой тахикардии (по данным суточного мониторинга ЭКГ), а также положительное влияние на течение сахарного диабета. Прием данного препарата в комбинированном лечении больных с ХСН и сниженной систолической функцией левого желудочка предотвратил госпитализации в стационар по поводу декомпенсации ХСН, а также за прошедший период не было ни одного летального исхода. Таким образом, препарат юпериио (сакубитрил+валсартан) является эффективным, безопасным, улучшающим качество жизни, снижающим частоту госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН.

ХРОНИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Дондокова В.Г., Новикова Е.Н., Рожко А.В., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Хроническое нарушение мозгового кровообращения – это прогрессирующее многоочаговое нарушение функции головного мозга, обусловленное хронической недостаточностью церебрального кровообращения.

В понятие «хроническое нарушение мозгового кровообращения» входят: «дисциркуляторная энцефалопатия», «хроническая ишемия головного мозга», «сосудистая энцефалопатия», «цереброваскулярная недостаточность», «атеросклеротическая энцефалопатия». Длительная недостаточность мозгового кровообращения вызывает прогрессирование неврологических и психических расстройств, может сопровождаться повторными нарушениями мозгового кровообращения.

Наиболее распространенными причинами нарушения мозгового кровообращения – являются церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы с высоким риском эмболии в головной мозг (например, фибрилляция предсердий, патология клапанов сердца, ишемическая болезнь сердца), сахарный диабет.

В основе патогенеза хронической ишемии головного мозга лежит нарушение ауторегуляции мозгового кровообращения в результате патологических изменений сосудов головного мозга на фоне артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета и др. Церебральный кровоток становится все более зависимым от системной гемодинамики, к этому добавляется нарушение нейрогенной регуляции кровообращения в ходе старения нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, что также усиливает хроническую гипоксию головного мозга. Определенное значение имеет нарушение реологических и биохимических характеристик крови, нарушение микроциркуляции.

В клинике хронической ишемии головного мозга выделяют три стадии:

Для I стадии характерно превалирование субъективных нарушений, большинство из которых сводится к астеническому кругу жалоб (головные боли, тяжесть в голове, общая слабость, повышенная утомляемость, снижение памяти, несистемное головокружение, шаткость при ходьбе, нарушение сна). Из объективных симптомов характерны анизорефлексия, нарушение координации и конвергенции, появление патологических рефлексов орального автоматизма, нейропсихологические расстройства в виде снижения памяти и явлений астении.

Во II стадии дисциркуляторной энцефалопатии наблюдается усиление очаговой неврологической симптоматики в виде оживления рефлексов орального автоматизма, появления пирамидной недостаточности, координаторных и глазодвигательных нарушений, усугубление вестибуло-атактического синдрома, интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений, паркинсонизма.

В III стадии дисциркуляторной энцефалопатии значительно снижается критика к своему состоянию, поэтому объем предъявляемых жалоб уменьшается, но из-за выраженных неврологических нарушений (пирамидного, псевдобульбарного, вестибулоатактического, психоорганического, судорожного и других синдромов) происходит значительная дезадаптация этих пациентов с нарушением функций самообслуживания, общения, передвижения.

В ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ диагностика хронической ишемии головного мозга основывается на жалобах, анамнезе, объективных данных, лабораторных и инструментальных исследованиях, нейропсихологическое обследование с оценкой когнитивных функций:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- гликированный гемоглобин;
- биохимические анализы (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, билирубин, общий белок, холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, глюкоза);
- коагулограмма (МНО, ПТИ, определение свертываемости крови, гематокрит);
- исследование гормонов щитовидной железы;
- УЗДГ экстра/интракраниальных сосудов головы и шеи.

Дополнительные диагностические мероприятия, проводимые на амбулаторном уровне:

- видеомониторинг ЭЭГ (при пароксизмальном расстройстве сознания);
- КТ, МРТ головного мозга с оценкой перфузии.

У 80–85% пациентов, получающих первичную медико-санитарную помощь в медицинском отделении и отделении неотложной медицинской помощи и помощи на дому для маломобильных пациентов, диагностировано II или III стадии хронической ишемии головного мозга. Задачами врачей ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ является предупреждение прогрессирования заболевания, уменьшение выраженности когнитивных расстройств и очагового неврологического дефицита, проведение реабилитационных мероприятий, направленных на максимально возможную социальную адаптацию пациентов и повышение качества их жизни. В настоящее время основным направлением профилактики цереброваскулярной патологии является воздействие на модифицируемые факторы риска. Возможность предупреждения развития хронических расстройств мозгового кровообращения путем коррекции повышенного уровня артериального давления, применения антиагрегантов, антикоагулянтов и нормализации углеводного и липидного обмена.

В качестве средства патогенетической терапии в ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ используют вазоактивные, нейротрофические препараты, антиоксиданты. Проводится посиндромная терапия: специфическое лечение психопатологических нарушений, синдрома паркинсонизма, вестибуло-атактического синдрома и других. Каждому пациенту даются рекомендации по питанию, физической активности, когнитивному тренингу, что улучшает качество жизни, функциональный статус, способность к самообслуживанию. Цель лечения хронической недостаточности мозгового кровообращения – стабилизация, приостановление разрушительного процесса ишемизации мозга, замедление темпов прогрессирования, активация саногенетических механизмов компенсации функций, профилактика острых нарушений мозгового кровообращения, терапия основных фоновых заболеваний и сопутствующих соматических процессов.

Хроническую недостаточность мозгового кровообращения не считают показанием к госпитализации, если её течение не осложнилось развитием инсульта или тяжёлой соматической патологией. Поскольку больший процент больных отделения медицинской помощи на дому являются пациенты из категории маломобильных, их регулярно с частотой 2 раза в год направляются на плановую госпитализацию в лечебные учреждения МО РФ с целью дополнительного обследования и лечения в стационарных условиях.

Таким образом, диагностика заболевания в ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ проводится на основании клинических рекомендаций: пациентам проводится консультация невролога, психиатра, нейропсихологическое обследование. Проводится немедикаментозная терапия, в том числе когнитивный тренинг, медикаментозная терапия. На начальной стадии, устранение имеющихся факторов сосудистого риска существенно улучшают прогноз сосудистых нарушений, на длительное время продлевают трудоспособность и качество жизни пациентов.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ АМИОДАРОН-АССОЦИИРОВАННОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дорохина А.В., Чернавский С.В., Стрелмоухов А.А.

ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко»

МО РФ, Москва

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава РФ

Актуальность: В настоящее время амиодарон рассматривается как один из наиболее эффективных и безопасных антиаритмических препаратов, применяемых в лечении больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. В тоже время, его прием даже в низких дозах вызывает побочные эффекты, в том числе поражение щитовидной железы (ЩЖ) с развитием как гипо-, так и гипертиреоза. Наиболее тяжелым осложнением, возникающим на фоне терапии амиодароном, является амиодарон-ассоциированный тиреотоксикоз (ААТ).

Цель исследования: оценить возможные факторы развития амиодарон-ассоциированного тиреотоксикоза у больных с ИБС.

Методы: проведена оценка факторов развития исследование различных у 65 больных ИБС в период развития ААТ. Диагноз ИБС и ААТ устанавливали на основании жалоб, анамнеза заболевания, характерной клинической картины, лабораторных и инструментальных методов обследования. Диагноз ААТ устанавливали на основании характерной клинической картины, лабораторных и инструментальных методов обследования. Всем больным выполнялись исследования уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4св) и трийодтиронина (Т3), титра антител к рецепторам ТТГ, тиреопероксидазе (ТПО) и тиреоглобулину (ТГ), а также ультразвуковое исследование ЩЖ.

Результаты: проведенное исследование показало, что ААТ наиболее часто развивался у мужчин (57 обследованных, 88,2%), больных с индексом массы тела менее 22,1 (48 пациентов, 74,3%) и в возрасте старше 59 лет (81,3%, 39 больных). Кроме того, ААТ в 92,3% случаев (61 обследованный) формировался у больных, принимавших амиодарон более 3,5 лет в суточной дозе более 300 мг (98,2% случаев). При оценке состояния ЩЖ, было установлено, что у 55 больных (84,4%) до развития ААТ диагностировались различные заболевания ЩЖ. Наиболее частыми из них были узловой эутиреоидный зоб и хронический аутоиммунный тиреоидит, которые определялись соответственно у 68,7% и 21,9% больных. В 9,4% случаев – диагностировался диффузно-узловой токсический зоб. При сонографическом исследовании было установлено, что узловые образования в структуре ЩЖ отмечались в 61,5% случаев (40 больных) с ААТ. При этом доля больных с двумя и более узлами составляла 56,3%. Кистозные образования отмечались у 21,5% (14 обследованных), а калицинаты – в 12,5% (у 8 больных) случаев соответственно.

Выводы: полученные результаты необходимо учитывать при назначении амиодарона больным ишемической болезнью сердца.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Егорова Е.А.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Разработка более эффективных схем лечения гиперпластических процессов эндометрия и рака эндометрия, позволяющих снизить объем гормональной терапии, имеет большое научно-практическое значение.

Обследовано 75 больных с верифицированным диагнозом гиперпластический процесс эндометрия (ГПЭ), 5 пациенток с верифицированным диагнозом аденокарцинома эндометрия (T1N0M0) и 13 женщин с диагнозом дисфункциональное маточное кровотечение пременопаузального периода (ДМК) в возрасте от 40 до 50 лет (средний возраст пациенток составил $46,5 \pm 1,5$). У 58,6% женщин ГПЭ сочетался с миомой матки, размеры которой не превышали 9-недельной беременности, а у 12% ГПЭ сочетался с диффузным аденомиозом.

У больных с ГПЭ выявлено, что у 24,2% больных ГПЭ сочетался или с доброкачественной патологией молочных желез, или в 18,8% с патологией щитовидной железы. Больные с ГПЭ были разделены на 2 группы (основную и группу сравнения) с учетом идентичного возрастного состава и их клинической однородности. Основной группе 33 больным перед назначением гормонального лечения проводился курс иммунотерапии ИИФН амиксином с 5-го по 15 день после раздельного диагностического выскабливания слизистой матки (РДВ).

Амиксин таблетированный низкомолекулярный синтетический индуктор эндогенного интерферона (отечественный препарат ООО «ЛЭНС-Фарм» и ОАО «Дальхимфарм») – 2,7-Бис[2-(диэтиламино)этокси]-флуоренона-9-дигидрохлорид по 0,125г.

В настоящем исследовании курсовая доза препарата составила 1,25г. По схеме: 2 дня по 2 таблетки после еды, затем через день по 1 таблетке, в течение 6 дней. С 16-го дня как основной, так и группе сравнения больных с ГПЭ назначались гормональные препараты. Группа сравнения 42 пациентки получали только гормоны. Продолжительность и эффективность гормонального лечения осуществлялась путем аспирационной биопсии с помощью Ripell и последующим гистологическим исследованием ткани эндометрия каждые 3 месяца в течение 9 месяцев наблюдения.

Уровень цитозольных рецепторов прогестерона (РП) и рецепторов эстрадиола (РЭ) оценивался в ткани эндометрия, полученной во время диагностического выскабливания слизистой матки при поступлении в стационар и с использованием Ripell перед началом гормональной терапии. Изучение исходного ИФС больных ГПЭ выявило снижение продукции как γ -ИФ так и α -ИФ в 2–4 раза по сравнению с физиологическими значениями показателей здоровых женщин и больных с ДМК пременопаузального периода.

ИФ-дефицитное состояние наших больных с ГПЭ сочеталось с изменением ряда показателей иммунитета.

Так, в сравнении с параметрами здоровых женщин-доноров выявлено снижение показателей клеточного иммунитета Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD3, CD8, CD25, CD38, CD95).

Многообразие системных нарушений позволило предположить наличие выраженных изменений в рецепторном статусе гиперплазированного эндометрия. Дефицит, либо нарушения рецепторной системы являются одной из причин неэффективности лечения. Четко выявлен дисбаланс между РП и РЭ у больных с ГПЭ. При сочетанной патологии молочных желез с ГПЭ или щитовидной железы, либо миомы матки уровни рецепторов РП и РЭ имеют различия, но для всех них характерно прогестерондефицитное состояние цитозольных рецепторов гиперплазированного эндометрия при избытке РЭ.

После курса иммунотерапия достоверно приводила к нормализации сниженных показателей клеточного иммунитета у больных с ГПЭ, осуществляя коррекцию одной из важнейших систем гомеостаза.

Измерение уровня рецепторов показало статистически достоверное снижение концентрации РЭ в цитозоле у больных с ГПЭ основной группы в процессе иммунотерапии амиксином.

Обнаруженный прогестероноподобный эффект, выражающийся в снижении количества цитозольных рецепторов эстрадиола, свидетельствует о потенциальном участии ИИФ амиксина в обеспечении ростиингибирующего эффекта в отношении гиперплазированного эндометрия.

На 2-ом этапе исследования оценка клинико-морфологического эффекта гормонального лечения с предшествующей иммунотерапией амиксином составила 3, 6, 9 месяцев.

При патоморфологической оценке эндометрия уже через 3 месяца морфологический эффект у тех кто принимал амиксин перед гормональной терапией оказался выше и составил 87,6%, по сравнению с теми кого лечили традиционной схемой. На 6 месяце лечения при комплексной терапии (амиксин с прогестинами) у больных с ГПЭ морфологический эффект был достигнут в 97% и лишь 66,7%, получавших только гормональное лечение. Через 9 месяцев наблюдения спустя 3 месяца после завершения гормонотерапии в группе больных с иммунокоррекцией, полученный морфологический эффект сохранился в 97%, против 52,8% у больных при монотерапии гормональными препаратами.

Выводы

Клональное фенотипирование поверхностных маркеров лимфоцитов у больных с ГПЭ установило снижение уровня поверхностных антигенов (CD3, CD8, CD25, CD38, CD95), что свидетельствует о наличии у них вторичного иммунодефицита.

Амиксин улучшает показатели иммунитета и гормонорецепторного статуса, восстанавливает дефицит α - и γ -интерферонов.

Амиксин обладает рецептормодифицирующим и антипролиферативным эффектами, снижая концентрацию РЭ и одновременно увеличивая концентрацию РП в ткани эндометрия.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ) МЕРОПРИЯТИЙ В ВОЕННОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Зоткин А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В настоящее время профилактика заболеваний населения Российской Федерации – стратегическое направление в системе охраны его здоровья, как гражданском, так и ведомственном здравоохранении, реализуемое в медицинских организациях.

Важным звеном в этом направлении деятельности рассматривается догоспитальное звено оказания медико-санитарной помощи пациентам, из числа прикрепленного контингента, осуществляемой в военной многопрофильной амбулаторно-поликлинической организации (АПО), предназначение и задачи которой регламентированы соответствующими ведомственными нормативными правовыми актами. Безопасность медицинской деятельности в таких АПО зависит от организации и осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий (далее – профилактические мероприятия), являющихся в военном здравоохранении элементом системы медицинского обеспечения, а, следовательно, одной из задач для военных медицинских организаций, в том числе и для АПО. Решение такой задачи обеспечивает санитарно-эпидемиологическое благополучие как в самой АПО, так и среди населения из числа прикрепленного контингента.

В методической литературе по вопросам организации медицинской деятельности в медицинских организациях способы и формы решения таких задач в рамках деятельности АПО, в соответствии с санитарным законодательством, не отражены.

При разработке методических подходов для решения названных задач, принимались во внимание:

- организационно-штатная структура АПО, виды и объем оказываемой медицинской помощи;
- количественная и качественная характеристика условий размещения объектов для медицинской и немедицинской деятельности;
- целесообразность проведения всего комплекса профилактических мероприятий, регламентированных санитарным законодательством, а не только ее составной части в виде «медико-санитарных мер», как элемента медицинского обеспечения;
- теоретические постулаты по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в также общие подходы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Вышеназванные методические подходы позволили структурировать профилактические мероприятия, характерные для АПО.

Так, к мероприятиям общей направленности отнесены:

- организация и обеспечение подготовки внутренних распорядительных документов (приказов, приказаний, распоряжений, указаний) и планов;
- осуществление мероприятий всем персоналом, в части касающейся его профессиональной деятельности;
- объем и направленность разрабатываемых мероприятий определяется организационно-штатной структурой АПО, особенностями обслуживаемого контингента, санитарно-эпидемиологической обстановкой в районе ее дислокации;
- разработка профилактических мероприятий врачом-эпидемиологом, а при его отсутствии в организационно-штатной структуре, заместителем начальника по медицинской части;
- подготовка планов по общим принципам планирования, как элемента управленческой деятельности по достижению поставленной цели, с определением конкретных мероприятий, их последовательности и сроков проведения.

К профилактическим мероприятиям, проводимым медицинским персоналом, отнесены:

- проведение предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров работников;
- осуществление профилактической вакцинации;
- выявление случаев инфекционных заболеваний, их регистрация и учет;
- организация и осуществление порядка действия при выявлении больного особо опасными и карантинными инфекциями;
- организация и проведение порядка по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима (дезинфекции и стерилизации инструментария, изделий медицинского назначения, обращение с медицинскими отходами и т.д.);
- организация обеспечения радиационной, биологической безопасности, а также профилактика инфекций связанной с оказанием медицинской помощи;
- гигиеническое воспитание и обучение, пропаганда здорового образа жизни среди медицинского персонала и пациентов;
- Профилактические мероприятия, проводимые службой охраны труда представляют собой меры по контролю выполнение требований санитарного законодательства и законодательства о труде в процессе медицинской и немедицинской деятельности;
- Профилактические мероприятия, проводимые службами материально-технического обеспечения, представляют инженерно-технические действия по содержанию зданий и сооружений, систем коммунального хозяйства, обеспечение материальными средствами квартирно-эксплуатационной службы;
- Мер по контролю безопасных условий медицинской деятельности, в соответствии с Программой производственного контроля.

Таким образом, вышеприведенный методический подход к организации профилактических мероприятий в многопрофильной АПО обеспечивает безопасность медицинской деятельности персонала, а также санитарно-эпидемиологическое благополучие среди прикрепленных контингентов.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ВАКЦИНАЦИИ В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Зоткин А.В., Лева Е.С.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В принятой системе профилактических мероприятий, проводимых в военной амбулаторно-поликлинической организации (АПО) важное место занимает вакцинация, являющаяся одной из самостоятельных задач решаемой в отношении прикрепленных на медицинское обслуживание контингентов, как из числа военнослужащих, так и гражданского населения.

Вакцинация как проведение профилактических прививок, представляет собой комплекс мероприятий, направленный на введение в организм вакцин с целью формирования активного защитного иммунитета против определенных инфекционных заболеваний.

Это направление деятельности АПО регламентировано законодательством в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, включающего в себя как федеральные, так и ведомственные нормативные правовые акты, определяющих вопросы организации, обеспечения безопасности, порядка проведения вакцинации.

Результирующим принципом в проведении профилактических прививок является безопасность, как комплекс мероприятий организационного, материально-технического, медико-санитарного и иного характера, направленных на создание условий, обеспечивающих максимальную эффективность иммунизации с наименьшим негативным воздействием на состояние здоровья вакцинируемых. Таким образом, обеспечение безопасных условий проведения профилактической вакцинации является актуальным направлением в повседневной медицинской деятельности АПО.

Опыт проведения профилактической вакцинации в АПО позволяет, с методических позиций, выделить ряд основных аспектов, направленных на обеспечение ее безопасности в соответствии с требованиями санитарного законодательства в этой сфере деятельности, что отражает комплексный подход в решении проблем безопасности профилактической вакцинации.

Приоритетным является организационный аспект, регулирующий правовые отношения между медицинским персоналом, включающим назначение лиц, ответственных: за организацию и планирование профилактической вакцинации прикрепленных контингентов и работников АПО; определение потребности в вакцине и ее истребование; получение, транспортировку, хранение вакцин с соблюдением требований «холодовой» цепи; непосредственное проведение вакцинации; организацию обучения медицинского персонала, участвующего в вакцинации, безопасности ее проведения.

Не маловажное значение имеет аспект, связанный с архитектурно-планировочным решением размещения подразделений (прививочный кабинет, кабинет иммунопрофилактики), осуществляющих профилактическую вакцинацию, в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями, с учетом объема проводимых процедур по вакцинации. Данный аспект характеризуется обособленностью названных подразделений, с необходимым набором помещений (процедурная для проведения прививок, кабинет врача, помещение для размещения холодильного оборудования для хранения вакцин, помещения для персонала, картотечная, туалеты для персонала и для пациентов), оборудованием автономной принудительной системой вентиляции, подводом коммуникаций холодного и горячего водообеспечения и канализации, отопления.

Велика значимость аспекта связанного с обеспечением медицинским оборудованием, в соответствии со стандартами оснащения кабинетов для вакцинации, среди которых обращает на себя внимание специальное холодильное оборудование, позволяющее хранить вакцины с учетом требований «холодовой» цепи, а также оснащение устройствами, позволяющими обеззараживать воздух в рабочих зонах в присутствии медицинского персонала и пациентов. В этой связи обращает на себя внимание оснащение одноразовыми расходными изделиями медицинского назначения, такими как шприцы, шпатели, медицинские маски и т.д.

Кадровый аспект профилактической вакцинации связан с реализацией специальных требований к профессиональной подготовке медицинского персонала в данном направлении медицинской деятельности АПО. Так, врач кабинета иммунопрофилактики, кроме базовой подготовки по терапии имеет квалификацию врача-иммунолога, а также усовершенствование по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний. Такое усовершенствование имеют врачи-терапевты, привлекаемые к профилактической вакцинации. Специальная подготовка по вопросам иммунопрофилактики обязательна для среднего медицинского персонала, осуществляющего и привлекаемого к проведению профилактической вакцинации.

Иммунологический аспект профилактической вакцинации характеризуется условиями и обстоятельствами способствующими формированию адекватного иммунного ответа на введение вакцины, с учетом как иммунного статуса вакцинируемого, так и применяемой вакцины. При этом, принимаются во внимание закономерности вакцинального процесса, обеспечивающие наиболее эффективный иммунный ответ, что отражено в общих подходах по проведению вакцинации, а также в частных инструкциях по применению каждого вида вакцин. В них указываются: интервалы между введением вакцин; возможность одномоментного их введения в разные участки тела; сочетание совместного введения живых и инактивированных вакцин, а также отдельно указываются, при необходимости, интервалы введения живых вакцин, отличающиеся от общепринятых. Кроме того, принимаются во внимание противопоказания к введению вакцин, с учетом иммунного статуса вакцинируемого – наличие аллергической реакции организма на продукты питания, а также на прием лекарственных препаратов. В этой связи, обеспечивается постоянная готовность медицинского персонала обеспечивающего вакцинацию к оказанию неотложной медицинской помощи в случае развития реакции немедленного типа на введение вакцины.

Таким образом, представленный опыт осуществления вакцинации в военной амбулаторно-поликлинической организации, с учетом изложенных основных аспектов, соответствующих санитарному законодательству в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, обеспечивает ее безопасность и эффективность.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Зоткин А.В., Солодянникова Ю.М.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Обеспечение радиационной безопасности (РБ) в условиях функционирования многопрофильной военной амбулаторно-поликлинической организации (АПО) является актуальным направлением ее деятельности.

Данное направление деятельности представляет собой систему мер организационного, инженерно-технического, технологического и иного характера, обеспечивающих защиту медицинского персонала и пациентов от воздействия неблагоприятных факторов при проведении различных видов рентгенологических исследований в рамках медицинской деятельности в АПО. Ведущим фактором воздействия в таких условиях является радиационный, обусловленный эксплуатацией источников ионизирующего излучения (генерирующих) (далее – ИИИ) в результате применения рентгеновского медицинского оборудования.

Регламентация мер защиты от воздействия названного фактора определена санитарным законодательством в данной сфере медицинской деятельности, возлагающим ответственность за их организацию

на руководителя АПО, а на медицинский персонал рентгеновских подразделений за выполнение таких мер в рамках своих должностных обязанностей. При этом, если изложено какие меры должны быть организованы и проведены, то меры методического характера с механизмами их реализации в полной мере не определены.

Методология построения систем длительного функционирования выделяет в качестве основных организационный и методический подходы, которые принимались во внимание при построении системы обеспечения РБ.

Организационный подход представляет собой меры, затрагивающие вопросы организации медицинской деятельности АПО, ее организационно-штатную структуру, в которой рентгеновские подразделения находятся в диагностическом центре, а также в обособленных структурных подразделениях, функционирующих без их юридического статуса (поликлиника, филиал). Это предполагает подготовку распорядительного документа единого для всех, в том числе и для обособленных подразделений, в которых имеются рентгеновские подразделения. Кроме того, разработку Программы производственного контроля (ППК) на объектах РБ, а также единых для всех рентгеновских подразделений инструкций по охране труда.

Методический подход представляет собой порядок установления функциональных связей между составными элементами системы обеспечения РБ, в том числе и по их распределению между медицинским персоналом рентгеновских подразделений. Это предполагает наличие списков персонала отнесенного к группе «А» и допущенного к работе с ИИИ; ответственных за организацию мероприятий по обеспечению РБ (реализацию ППК, учет ИИИ; индивидуальный дозиметрический контроль; оформление санитарно-эпидемиологического заключения; ведение радиационно-гигиенического паспорта, представление статистической отчетности по дозам облучения).

Организационный и методический подходы, с учетом их функциональной взаимозависимости, представляют собой единое целое, как организационно-методические подходы, реализация которых в АПО в обеспечении РБ отражение в приказах руководителя АПО, в ППК за объектами ИИИ, в инструкции по охране труда для персонала рентгеновских отделений.

Таким образом, вышеназванные организационно-методические подходы являются основой в создании эффективной системы обеспечения радиационной безопасности в многопрофильной амбулаторно-поликлинической организации.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЫ ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Зоткин А.В., Шобохонова М.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В системе мероприятий, обеспечивающих безопасность любого вида деятельности, в том числе и медицинской, важным является оценка профессиональных рисков такой деятельности, осуществляемой в тех или иных условиях, зависящих как от состояния медицинской среды, так и от поведения лиц осуществляющих медицинскую деятельность.

В этой связи, управление профессиональными рисками, как составная часть системы управления охраной труда, основанная на оценке профессиональной деятельности медицинских работников и специальной оценке условий труда (СОУТ) является перспективным направлением в деятельности медицинской организации, в том числе и амбулаторно-поликлинического типа, по обеспечению безопасности медицинской среды, как составной части безопасности медицинской деятельности.

Федеральное законодательство по охране труда дополнено Правилами по охране труда в медицинских организациях (приказ Минтруда России от 18 декабря 2020 г. № 928н) обязывающих работодателя

при организации медицинской деятельности оценивать профессиональные риски, связанные с возможным причинением вреда здоровью работника в процессе его трудовой деятельности и принимать меры по снижению уровней риска. В приложении к документу приведен перечень вредных и (или) опасных производственных факторов/опасностей, профессиональных рисков, которые должны быть исследованы в медицинской организации. Таким образом, оценка профессиональных рисков, перейдя из области теории в практику, стала инструментом для выработки политики работодателя по области предупреждения травматизма и заболеваний работников, связанных с их профессиональной деятельностью.

Теоретическими положениями оценки профессиональных рисков является определение понятия «опасность», а также наличие связи вероятных рисков с деятельностью медицинских работников. В этой связи, опасность – фактор медицинской среды и трудового процесса, который может быть причиной травмы, острого заболевания или внезапного резкого ухудшения здоровья. В зависимости от количественной характеристики и продолжительности действия отдельных факторов медицинской среды они могут стать опасными. Вероятность реализации такой опасности может быть установлена по уровню профессионального риска, в чем и заключается особенность проведения оценки профессиональных рисков на отдельных рабочих местах. Таким образом, управление профессиональными рисками – комплекс взаимосвязанных мероприятий, включающих в себя меры по выявлению, оценке и снижению уровней профессиональных рисков.

В связи с высокой ответственностью за полученный результат, для проведения идентификации опасностей на рабочих местах ФГБУ «12 КДЦ» Минобороны России (далее – 12 КДЦ) были привлечены независимые внешние эксперты, имеющие необходимую квалификацию, опыт работы по оценке профессиональных рисков, способные обратить пристальное внимание на существующие проблемы в обеспечении мер безопасности.

При проведении идентификации рисков были выделены два основных направления исследования – поведенческого и функционального рисков.

К поведенческим направлениям исследования профессиональных рисков была отнесена опасность, связанная с отсутствием на рабочем месте инструкций, содержащих порядок безопасного выполнения работ, и информации об имеющихся опасностях, связанных с выполнением рабочих операций, характеризующая роль человеческого фактора риска, причиной которого, помимо отдельных психосоматических состояний, может стать недостаток положительного предыдущего опыта работы.

К функциональным направлениям исследования профессиональных рисков были отнесены - организация рабочих мест, исправность оборудования и инструмента, содержание помещений, состояние микроклимата медицинской среды, обеспеченность средствами индивидуальной и коллективной защиты.

Для определения уровней рисков в 12 КДЦ проведен осмотр всех 718 рабочих мест, как медицинских, так и немедицинских работников. По результатам такого осмотра и числовой интерпретации его результатов, идентификация рисков оценивались по шкале уровней – низкий, умеренный, высокий. Так, уровни, соответствующие высокому риску, выявлены не были.

Риски на рабочих местах, где вредные условия деятельности отсутствуют, отмечены как умеренные, для медицинских работников занятых на работах: с химическими активными веществами, в связи с возможностью попадания их в глаза, а также с пароструйным аппаратом, в связи с возможностью получения ожогов горячим паром. На остальных рабочих местах риски оценены как низкие.

Риски на рабочих местах с вредными условиями труда отмечены: по подклассу 3.1 (тяжесть трудового процесса) как низкие на всех рабочих местах указанного подкласса; по подклассу 3.2. (химический фактор) как умеренные на всех рабочих местах (врача-анестезиолога-реаниматолога, медицинской сестры-анестезиста); по подклассу 3.2. (биологический фактор) как умеренные на всех рабочих местах работников клинико-диагностических подразделений, а также медицинской сестры процедурной медицинской кабинета (иммунопрофилактики). По результатам проведенных исследований, соответствующих ранее проведенной СОУТ, разработаны мероприятия по снижению умеренных рисков и по недопущению повышения рисков низкого уровня.

Таким образом, оценка профессиональных рисков как составная часть системы управления охраной труда 12 КДЦ, направлена на обеспечение безопасности медицинской среды, предупреждение травматизма и заболеваний работников, связанных с их профессиональной деятельностью

СИСТЕМА ОБУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ВОПРОСАМ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Зоткин А.В., Гулям Н.Ю.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В системе обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в многопрофильной военной амбулаторно-поликлинической организации (АПО), одно из ведущих мест принадлежит уровню профессиональной подготовки медицинского персонала среднего и младшего звеньев лицензированных видов оказания медицинской помощи.

Сложившаяся система профессиональной подготовки среднего медицинского персонала (медицинских сестер) и младшего медицинского персонала (санитарок) на базе организаций, аккредитованных и имеющих лицензию на образовательную деятельность по соответствующим программам, обеспечивает получение названным медицинским персоналом необходимых теоретических знаний, представлений и профессиональных компетенций, а также общих практических навыков, характерных для названных уровней медицинской деятельности.

При этом, система профессиональной подготовки медицинских сестер существенно отличается от таковой для подготовки санитарок, с учетом уровня их профессионального предназначения и наличия/отсутствия первичного медицинского образования.

Кроме того, для медицинских сестер, занимающих должности (иммунопрофилактика, обращение с медицинскими отходами, эндоскопические исследования, работа с сосудами под повышенным давлением, рентгенологические исследования), обязательно предусмотрена подготовка по вопросам безопасности медицинской деятельности и промышленной безопасности, осуществляемой на базе специализированных образовательных организаций по программам дополнительного профессионального образования, с периодичностью не реже одного раза в пять лет.

Наряду с этим, санитарными нормами и правилами, а также нормативными актами по охране труда в медицинских организациях предписано проведение, при поступлении на работу, обязательного инструктирования по вопросам охраны труда, по мерам безопасности при обращении с медицинскими отходами, а также, с учетом профиля занимаемой должности, по иммунопрофилактике, радиационной безопасности, эпидемиологической безопасности при эндоскопических исследованиях, при обращении с кровью и другими биологическими средами, по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима. Это предполагает ознакомление с соответствующими инструкциями по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима, а также со стандартами операционных процедур (СОП) на проведение медицинских процедур и манипуляций.

В последующем, ежегодно, осуществляется плановое обучение в рамках программы «Профессиональной подготовке в сфере деятельности» с изучением вопросов санитарно-противоэпидемического режима, по действию при особо опасных инфекциях, а также по другим темам общей теоретической специальной подготовки. Кроме того, проводится инструктаж по порядку безопасного обращения с медицинскими отходами, порядку соблюдения санитарно-противоэпидемического режима, а также по отдельным вопросам безопасности медицинской деятельности, в части касающейся отдельных специальностей, в частности – при проведении иммунопрофилактики, эндоскопических исследований, по мерам обеспечения радиационной безопасности, других проводимых медицинских процедур и манипуляций.

Проведению таких инструктажей предшествует работа по разработке инструкций по охране труда и мерам безопасности, СОПов по всему спектру медицинских специальностей, проводимых манипуляций и процедур в АПО.

Однако, доведение до медицинского персонала порядков соблюдения мер безопасности медицинской деятельности в форме инструктажа не может обеспечить полноту их понимания в короткий срок, а следовательно, выполнения в необходимом объеме. Этому должен предшествовать ряд целенаправленных занятий по специально разработанной для этого Программе, с учетом отдельных специальностей, в которой наряду с вопросами общей направленности отражаются и вопросы имеющие специфический характер (иммунопрофилактика, эндоскопия, рентгенология и др.). Для контроля полученного уровня знаний, умений, овладения навыками, порядками проведения медицинских манипуляций и процедур проводится тестирование по контрольным вопросам, составленным с учетом реальных должностных обязанностей и медицинской деятельности.

Названные элементы обучения среднего и младшего медицинского персонала в АПО представляют собой систему обучения, проводимого по отдельной Программе, как медицинских сестер, так и санитарок, с последующим проведением зачетных занятий, которые предшествуют ежегодному инструктажу по охране труда и мерам безопасности при осуществлении медицинской деятельности. Такая система обучения должна осуществляться в соответствии с Планом обучения среднего и младшего медицинского персонала, который является составным элементом в обеспечении безопасности медицинской деятельности.

Таким образом, вышеназванное определяет необходимость создания системы обучения среднего и младшего медицинского персонала, в рамках потребности в непрерывной подготовке медицинских кадров, с учетом функционирования многопрофильной амбулаторно-поликлинической организации, рассматривая ее в виде перспективного элемента в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности.

ДИАГНОСТИКА СНИЖЕНИЯ РЕЗЕРВОВ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У УВОЛЬНЯЕМЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Иванов И.В., Желтый О.П.

*ФГБУ «Государственный научно-исследовательский испытательный институт
военной медицины» МО РФ, Санкт-Петербург*

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В последнее десятилетие XX столетия выявилась отчетливая тенденция к ухудшению показателей, характеризующих состояние психического здоровья населения РФ. По оценке разных исследователей, темп роста психических заболеваний, включая пограничные психические состояния, в последние годы увеличился в 3,5 – 4 раза, а число лиц, совершенно свободных от каких либо нервно психических нарушений, не превышает 35% населения (Пономаренко В.А., Разумов А.Н. и др., 1996; Положий Б.С., 2001; и др.).

Эти процессы не могли не коснуться ВС РФ (Пономаренко В.А., 1996; Ушаков И.Б., 1999; Белинский А.В., 2000 и др.). Произошедшие в 90-х гг. радикальные и стремительные преобразования общества, сопровождавшиеся сменой ценностных ориентации и жизненного стереотипа, носили характер стресса социальных изменений, что привело к развитию множественных форм психической астенизации, что особенно проявилось у увольняемых военнослужащих.

Целью работы явилась разработка и практическая апробация методов амбулаторного скрининга и психокоррекции снижения резервов психической адаптации увольняемых военнослужащих, проявляющейся в форме ранних стадий преневротических расстройств.

Этапы и процедуры амбулаторного скрининга и коррекции преневротических нарушений увольняемых военнослужащих показаны на рисунке.

Проявления эмоционально – регуляторного компонента оценивались по результатам выполнения тестов САН, Люшера, Спилбергера-Ханина.

С использованием теста САН удалось показать:

- повышение субъективных оценок эмоционального состояния: самочувствие улучшилось на 9,8 %, активность – на 15,6 %, настроение – на 9,9% ($p < 0.01$).

С использованием теста Люшера удалось показать:

- работоспособность возросла на 18,7% ($p < 0.01$);
- повысился на 2,6% показатель активности;
- возросла на 19,5% динамика вегетативного тонуса (тенденция к «эрготропному доминированию») ($p < 0.01$);
- показатель отклонения от «аутогенной нормы» (АТ-норма) снизился на 11%.

С использованием теста Спилбергера - Ханина удалось показать положительную динамику актуального психического состояния:

- показатель реактивной тревожности, РСТ, заметно снизился на 10,2%;
- показатель личностной тревожности, ЛТ, практически не претерпел изменения (сдвиг только на 2,2%).

Динамика вегетативного тонуса, возросшего на 19,5 % ($p < 0.01$), выявила тенденцию к «эрготропному доминированию», что выразилось в превалировании симпатической активности вегетативной нервной системы.

Выводы

1. Предложенная коррекционная программа гармонизации и реструктуризации личностных свойств и регуляторов поведения увольняемых военнослужащих ориентирована на развитие рефлексии и сознание отношений личности. Она представляет собой интегративную модель перестройки ригидно-стереотипного поведения на основе понимания пациентом своих функциональных возможностей и ограничений при стимуляции в ходе групповой психотерапии волевой, эмоциональной и морально-этической сферы регуляции поведения и самовосприятия.
2. Применение в составе комплекса восстановительных мероприятий личностно- ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии способствует нивелированию проявлений преневротических нарушений, коррекции стрессогенно обусловленного снижения психофизиологических функций, и, тем самым, оказывает значимое положительное влияние на адаптационный потенциал личности увольняемых военнослужащих в целом.
3. В результате проведения увольняемым военнослужащим психокоррекционного курса в среднем из 10-12 занятий в течение 15-30 дней удается добиться положительной динамики психического состояния, что подтверждается: снижением ситуативной тревожности, нормализацией проявлений эмоционально окрашенных переживаний, ускоренным формированием способности адекватно оценивать собственное психическое состояние.

ОЦЕНКА НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Иванов И.В., Каверина Е.А., Желтый О.П.

*ФГБУ «Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины»
МО РФ, Санкт-Петербург*

ФГБУ «Санаторно-курортный комплекс «Приволжский» МО РФ, Чебаркуль

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Важной задачей медицинского обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации является 100%-ный охват нуждающихся военнослужащих медико-психологической реабилитацией в военных санаторно-курортных организациях.

Несмотря на высокую социально-прикладную значимость и постоянную актуальность, эта проблема требует дополнительного изучения. Комплексных исследований результатов коррекции последствий боевого стресса по нейрофизиологическим критериям в современных условиях не проводилось. Имеющиеся в доступной литературе данные посвящены в основном различным методикам медико-психологической реабилитации и их оценке клиническими и психологическими методами.

Использование для оценки эффективности медико-психологической реабилитации неинвазивных методик, в том числе пульсометрии, миографии, электроэнцефалографии и нейрокомпьютерных интерфейсов, является перспективным и быстроразвивающимся направлением.

Целью исследования явилось оценка нейрофизиологических коррелят состояния военнослужащих в процессе медико-психологической реабилитации с применением комплексного санаторно-курортного лечения и методик психологической коррекции.

При психологической коррекции военнослужащие были разделены на три сопоставимые по среднему возрасту группы, в которых она осуществлялась по разным методикам с использованием:

- 1 группа – аутогенной словесной саморегуляции – 21 человек;
- 2 группа – прогрессивной нервно-мышечной релаксации – 22 человека;
- 3 группа – словесной саморегуляции с нервно-мышечной релаксацией – 24 человека.

Лечебно-оздоровительные процедуры в период МПР применялись для всех военнослужащих. Сеансы психологической коррекции проводились ежедневно 9 дней продолжительностью по 30 минут каждый.

Частоту сердечных сокращений (ЧСС) регистрировали электрокардиографическим методом с наложением двух одноразовых электродов на левую и правую руки и последующим подсчетом количества зубцов R в минуту.

Для оценки мышечного тонуса использовали методику регистрации электрических потенциалов мышц – электромиографию (ЭМГ). Электроды накладывались на трапециевидную мышцу. Критерием улучшения состояния считали снижение показателя ЭМГ, что свидетельствовало об уменьшении мышечного напряжения.

Для регистрации электроэнцефалограммы (ЭЭГ) использовались биполярные отведения, которые подключались к каналам полиграфа. Электроды устанавливали в затылочных отделах головы в области максимальной выраженности альфа-ритма (в окципитальном отведении). Оценивали индекс мощности альфа-активности (альфа-индекс). Его снижение позволяло судить о степени уменьшения возбудительных процессов в коре головного мозга, нормализации соотношения процессов возбуждения и торможения.

Исследование физиологических показателей проводили на 2 сутки после поступления военнослужащих на реабилитацию, затем на 5 и 9 сутки от начала лечения. Для диагностики использовали комплекс реабилитационный психофизиологический «Реакор» (производство ООО НПКФ «Медиком МТД», Россия, г. Таганрог).

При статистической обработке результатов исследования рассчитывались средние значения показателей и их доверительные интервалы (ДИ) при $p=0,95$, отношение к усреднённым нормальным показателям и отношение к средним значениям до начала лечения.

На 5 сутки лечения отмечалась следующая динамика. Установлено урежение пульса по данным ЭКГ на 4-6% и уменьшение мышечных потенциалов по данным электромиографии на 20-45% по отношению к значениям до начала лечения во всех группах военнослужащих

Заключительное исследование на 9 сутки лечения у военнослужащих ЧСС во всех группах снизилось на 4,1 5,2%, сохраняясь на нормальном уровне. Мышечные потенциалы по ЭМГ снизились в 1 группе на 41 %, во 2 и 3 группах на 69–77% от исходного уровня и во всех группах перешли в зону нормы.

На 9 сутки лечения показатели альфа-ритма в абсолютных и относительных единицах во всех группах уменьшились, при этом в наибольшей степени у лиц 3 группы, что является отражением снижения уровня возбудимости центральной нервной системы до нормальных значений.

Исходные значения ЭМГ и ЭЭГ свидетельствовали о том, что показатели нейрофизиологического статуса при прибытии в санаторий у обследованных военнослужащих во всех группах имели отклонение от нормальных значений в сторону повышения нервно-эмоционального напряжения.

На 5 сутки лечения динамика трёх регистрируемых показателей свидетельствовала о тенденции к улучшению психофизиологического статуса всех военнослужащих. Величины мышечных потенциалов у лиц 2 и 3 групп уменьшились до нормального уровня, показатели военнослужащих 1 группы по ЭМГ находились в пределах пограничных с нормой значений с тенденцией к улучшению. Значения альфа-индекса в 1, 2 и 3 группах также уменьшились, но сохранялись несколько выше верхнего предела нормы.

Заключительное исследование на 9 сутки лечения позволяет говорить о том, что заданные целевые установки по уменьшению нервно-эмоционального возбуждения были достигнуты у всех военнослужащих. Нормализация мышечного напряжения достигается на 5 сутки, а электрической активности мозга по альфа-индексу на 9 сутки.

Анализ данных показал, что состояние психофизиологического спокойствия и расслабления у военнослужащих достигалось в более ранний срок и на большем уровне при сочетанном применении аутогенной саморегуляции с прогрессивной нервно-мышечной релаксацией (3 группа). Это может быть связано с тем, что использование комплексной методики аутогенной словесной саморегуляции в сочетании с нервно-мышечной релаксацией приводит к снижению активности процессов возбуждения в коре головного мозга в большей мере, чем при изолированном применении этих методик.

Выводы

1. В результате проведенного комплекса мероприятий медико-психологической реабилитации в сочетании с методами психологической коррекции происходит активация саморегулирующихся систем организма и восстановление нейрофизиологических параметров у военнослужащих.
2. Динамику мышечного тонуса по методике регистрации электрических потенциалов мышц и выраженности альфа-ритма по данным электроэнцефалограммы можно использовать в качестве критериев реабилитации военнослужащих.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА В ЛЕЧЕНИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Калинина С.В., Шальгина О.И., Щегольков А.М., Шкарупа О.Ф., Тимергазина Э.З.
ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва*

При планировании метаболической поддержки пациентов с коронавирусной инфекцией необходимо учитывать: нарушение статуса питания, прогрессирующую саркопению со снижением мышечной массы при длительном постельном режиме, пожилой возраст, сопутствующие заболевания, позицию больного на животе, лихорадку, дыхательную недостаточность, проведение ИВЛ.

Нутритивная поддержка проводится по результатам скрининга и определения степени питательной недостаточности. Менее затратными являются: оценка нутритивного статуса (критерии NRS-2002), антропометрические методы, определение клинических признаков функциональных нарушений ЖКТ. Проведение не прямой калориметрии у пациентов с COVID-19 невозможно из-за риска инфицирования пациентов через аппарат. Европейская ассоциация клинического питания и метаболизма (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) рекомендует для пациентов ОРИТ с коронавирусной инфекцией в отсутствии возможности проведения не прямой калориметрии и в экстренных ситуациях исходить из расчета 20 ккал/кг, достигая 50–70% от рассчитанной величины на 2-е сут и 80–100% к 4-му дню. Если нет возможности проведения не прямой калориметрии, потребности в энергии и белке определяются эмпирически и поэтапно: 1-й этап (1–3-и сут в ОРИТ): постепенно наращивать до 20 ккал/кг/сут; 2-й этап (4–7-е сут в ОРИТ): 20–25 ккал/кг/сут; 3-й этап (после 7-ми сут в ОРИТ): 25–30 ккал/кг/сут. Вне ОРИТ: для больных с сопутствующей патологией в возрасте > 65 лет: 27 ккал/кг/сут; для больных с коморбидной патологией пожилого возраста с учетом статуса питания, тяжести течения основного заболевания, уровня физической активности: 30 ккал/кг/сут; целевые показатели должны быть достигнуты поэтапно, в течение 3–5 сут. Ингредиенты нутритивной поддержки: белки 1,0–1,3 г/кг/сут; углеводы 1,4–2,0 г/кг/сут; жиры 1,4–1,5 г/кг/сут; белки 20–25%, углеводы 25–30%, жиры 50%. Потребность в жирах и углеводах определяется из расчета общего содержания энергии: соотношение = 30:70 у больных без дыхательной недостаточности и = 50:50 у больных, находящихся на ИВЛ.

Основные принципы метаболического лечения и нутритивной поддержки: коррекция метаболических нарушений; обеспечение энергетических и пластических потребностей организма; поддержание активной белковой массы, функционирования органов и тканей, особенно иммунной системы, скелетных и дыхательных мышц; компенсация имеющихся потерь; профилактика и лечение органной/полиорганной недостаточности.

Выбор метода нутритивной поддержки: диетическое питание, пероральное энтеральное питание, энтеральное зондовое питание, парентеральное питание, которое определяется тяжестью течения коронавирусной инфекции, функциональным состоянием ЖКТ, наличием органной/полиорганной недостаточности, применением методов интенсивной терапии. Целью диетического питания является обеспечение энергопластических потребностей организма; способствовать разрешению инфекционного процесса; поддержанию функции органов детоксикации; повышению иммунных свойств и общей реактивности организма; защите органов ЖКТ; предотвращению отрицательного влияния фармакотерапии.

В питание включают продукты, которые повышают гемоглобин и общий иммунитет, обеспечивают энергопластические потребности организма больного за счет достаточной калорийности и увеличенного количества белка, восполняют потери макро- и микроэлементов, витаминов.

При легкой и средней степени тяжести коронавирусной инфекции назначают основной вариант стандартной диеты или вариант диеты с повышенным количеством белка, при явлениях дисфункции органов ЖКТ - щадящую диету. В период реконвалесценции – основной вариант стандартной диеты.

Дополнительно к диете назначают комплекс витаминов, аскорбиновую кислоту до 600–900 мг/сут, витамин Р до 150–300 мг/сут. Полноценный рацион питания в среднем составляет 1600–1800 ккал для женщин, 1800–2100 ккал для мужчин; белок – не менее 1 г/кг нормальной массы тела больного, из них не менее 60% животного происхождения.

Таким образом, метаболическая поддержка – неотъемлемая часть лечения больных с новой коронавирусной инфекцией в зависимости от течения заболевания. Оценка пищевого статуса и его коррекция способствуют снижению частоты осложнений и улучшения клинических исходов при различных условиях, включая полиморбидность и пожилой возраст, госпитализацию и пребывание в отделении интенсивной терапии. Комплексное лечение, в котором метаболическая терапия является средством обеспечения жизненно важных функций организма, обладает потенциалом для улучшения исходов заболевания, особенно в период восстановления.

ДОРСАЛГИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

***Капустина Н.В., Хафизов Н.Н., Шестова Л.А., Тушева Т.В.**
ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва*

В структуре различных болевых синдромов в спине неспецифическая боль составляет 80-85%. Почти половина пациентов, имеющих I или II группу инвалидности, страдают хронической болью в спине. Наиболее частыми причинами боли в поясничном отделе являются дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике, миофасциальный синдром. Как известно, основными факторами риска возникновения дорсалгии являются тяжелый физический труд, физические перенапряжения, вынужденная статическая рабочая поза, избыточный вес, травмы, переохлаждения.

Нами были проанализированы основные показатели состояния здоровья военнослужащих, прикрепленных на медицинское обеспечение, которые представлены в таблице 1.

Основные показатели состояния здоровья военнослужащих

Таблица 1

Показатель	2016г.	2017г.	2018г.	2019	2020
Всего прикреплено военнослужащих на медицинское обеспечение	830	727	565	480	409
Количество военнослужащих, имеющих избыточную массу тела	18,8%	15,3%	19,8%	22%	25%
Количество военнослужащих с заболеваниями костно-мышечной системы	47.1‰	34.4‰	56,6‰	56‰	57‰
Количество офицеров, состоящих под ДДН в неврологическом отделении: из них с заболеваниями ПНС	18 14 (77,8%)	4 3 (75%)	5 3 (60%)	4 3 (75%)	6 2 (33%)

Таким образом, количество военнослужащих, имеющих избыточную массу тела, неуклонно растет. При этом отмечается тенденция к увеличению числа военнослужащих с избыточной массой тела имеющих заболевания костно-мышечной и периферической нервной системы.

В настоящее время «золотым стандартом» лечения хронической боли в нижней части спины, рекомендованным Международной ассоциацией по изучению боли (International Association for the Study of Pain – IASP) для многих пациентов, является мультидисциплинарный подход с привлечением

специалистов разных дисциплин: неврологов, хирургов, ревматологов, физиотерапевтов, кинезитерапевтов. Оптимальная тактика ведения пациента, основанная на принципах доказательной медицины, сводится к следующим положениям: 1) информирование пациента о доброкачественном течении заболевания, 2) исключение постельного режима, 3) назначение доказанного эффективного лечения. К методам лечения с высоким уровнем доказательности относятся: медикаментозное лечение (НПВП и миорелаксанты), исключение постельного режима, тракционная терапия, ЛФК. При этом зарубежными авторами рассматривается применение фармакологических средств только при отсутствии адекватного ответа на нефармакологическую терапию.

Современная система физической реабилитации пациентов с дорсалгией характеризуется этапностью. На первом (начальном, расслабляющем) этапе (соответствует периоду обострения, неполной ремиссии) основными задачами являются снятие болевого синдрома, механическая разгрузка позвоночника, снятие мышечного напряжения, растяжение тонической мускулатуры. На данном этапе применяются лечение положением, дыхательная гимнастика, метод постизометрической релаксации мышц.

При снижении болевого синдрома, улучшении общего состояния больного, приступаем к применению средств и методов второго этапа. На втором (восстанавливающем) этапе (соответствует стабилизации процесса) основными задачами являются декомпрессия межпозвонковых дисков, коррекция имеющейся деформации позвоночника, мобилизация позвоночника, увеличение объема движений в нем, общее увеличение двигательной активности пациента. На данном этапе применяем методики предыдущего периода, направленные на релаксацию тонической мускулатуры, а так же добавляем лечебную гимнастику, направленную на коррекцию и укрепление поясничного отдела позвоночника.

Третий (тренирующий) этап, соответствует периоду регресса заболевания. Основной задачей тренирующего этапа является тренировка силы и выносливости мышц-стабилизаторов. Для этого применяем динамические упражнения в полном объеме, как без вспомогательных средств, так и с применением отягощений и сопротивления. Так же на данном этапе пациентам рекомендуем самостоятельные занятия в форме утренней гигиенической гимнастики, плавание стилем брасс. Длительность каждого этапа индивидуальна и зависит от динамики клинических симптомов, степени нарушения функции позвоночника, немаловажным фактором является и приверженность лечению. Для достижения положительного результата и стойкой ремиссии на тренирующем этапе очень важно мотивировать пациентов к самостоятельным занятиям вне лечебного учреждения.

Среди немедикаментозных методов нами широко применяется физиотерапевтическое лечение. С целью снижения болевого синдрома в острый период применяем синусоидально-модулированные токи (СМТ). Хорошим анальгезирующим действием обладает ультрафонофорез с гидрокортизоном, нестероидными противовоспалительными средствами (ортофен, диклофенак), а так же лечение низкочастотным переменным магнитным полем (ПеМП).

Таким образом, подход к лечению дорсалгии у военнослужащих должен быть комплексным с применением всего спектра современных методов лечения. Медикаментозную терапию необходимо сочетать с физиотерапевтическими методами лечения, кинезотерапией, коррекцией психологического состояния, а для достижения стойкого положительного результата необходимо мотивировать военнослужащих к активному и здоровому образу жизни, так как существенный эффект лечения невозможен без адекватного уровня повседневной двигательной активности.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОГО КАБИНЕТА ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Киринер О.М., Зоткин А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В современных условиях жизнедеятельности населения сохраняются риски возникновения и распространяются инфекционных и паразитарных заболеваний (далее – инфекций), что определяет одно из ведущих мест этих инфекций в структуре его заболеваемости. Это связано с действующими механизмами передачи инфекции в условиях роста миграции населения, как внутри страны, так и за ее пределами, а также особенностями течения инфекционного процесса многих из них. Названное определяет актуальность профилактики инфекций в медицинских организациях, в том числе и амбулаторно-поликлинических, как первичном звене оказания медицинской помощи населению в системе гражданского, так и военного здравоохранения.

Важным направлением в деятельности амбулаторно-поликлинической организации (АПО) является оказание специализированной медицинской помощи больным и лицам с подозрением на инфекцию. Названное направление деятельности АПО предусматривает наличие в ее организационно-штатной структуре инфекционного кабинета (ИК) с медицинским персоналом, минимум, в лице врача-инфекциониста, имеющего специальную подготовку и соответствующую квалификацию, а также медицинской сестры, санитарки. Организация работы такого кабинета АПО регламентирована нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам совершенствования медицинской помощи больным с инфекциями.

На уровне АПО организационные аспекты работы ИК определены его местом в структуре терапевтических подразделений; должностными инструкциями его медицинского персонала; планами профилактики инфекционных заболеваний, а также порядком оказания медицинской помощи пациентам с инфекциями. Такой методический подход определяет организационные основы деятельности ИК, а также его готовность к работе в меняющихся условиях эпидемиологической и инфекционной опасности, в объеме, соответствующем уровню функционирования АПО.

Деятельность ИК сопряжена с условиями его размещения в соответствии с санитарными нормами и правилами, необходимым оснащением и порядком оказания медицинской помощи профильным пациентам. Основными направлениями деятельности ИК являются:

- оказание специализированной медицинской помощи пациентам с инфекциями и с подозрением на них;
- диспансерное наблюдение за лицами, перенесшими острые инфекции, а также имеющими их хронические формы;
- консультирование врачей терапевтического и хирургического профиля по дифференциальной диагностике инфекций во время приема пациентов;
- осуществление методической помощи врачам-терапевтам в проведении обследования пациентов с подозрением на инфекцию;
- проведение систематической работы по повышению знаний врачей, ведущих амбулаторный прием, по вопросам ранней диагностики и оказания квалифицированной помощи больным с инфекцией;
- пропаганда медицинских знаний по профилактике и оказанию первичной помощи при инфекциях;
- учет больных с инфекцией, бактерионосителей и паразитоносителей;
- анализ динамики инфекционной заболеваемости, эффективности диагностических и лечебных мероприятий в отношении больных с инфекцией;

- участие в проведении подготовки медицинского персонала по осуществлению противоэпидемических мероприятий при локализации и ликвидации очага особо опасной, карантинной инфекции;
- забор биологического материала при обследовании пациентов с инфекцией;
- соблюдение требований санитарно-противоэпидемического режима в ИК;
- участие в проведении медицинского осмотра пациентов перед их вакцинацией;
- проведение медицинского инструктажа по мерам профилактики инфекций у лиц, убывающих в иностранные государства с неблагоприятным жарким климатом.

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в деятельность ИК внесен ряд организационно-методических аспектов, отраженных в локальных нормативных актах АПО, направленных на обеспечение мер безопасности при оказании медицинской помощи пациентам с названной инфекцией. Особенности работы ИК, как и всего АПО, является малоизвестная для диагностики, лечения инфекция, с непредсказуемым течением и исходами лечения, которые предусматривают:

- работу в средствах индивидуальной защиты (костюм, маска, очки, перчатки) обеспечивающих меры безопасности при данной инфекции;
- выполнение мер безопасности при оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19 в условиях АПО и на дому, в целях предотвращения распространения инфекции среди пациентов и медицинского персонала;
- выезд к пациентам с COVID-19 для осмотра и лечения на дому;
- взаимодействие с врачами выездных бригад по оказанию медицинской помощи на дому пациентам с COVID-19;
- контроль состояния здоровья медицинского персонала АПО, а также пациентов с COVID-19, находящихся на амбулаторном лечении в домашних условиях.

Таким образом, вышеприведенная система работы инфекционного кабинета амбулаторно-поликлинической организации обеспечила эффективность его работы при соблюдении мер инфекционной и эпидемиологической безопасности в условиях распространения COVID-19.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ СПАСАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПОД ВОДОЙ

Кленков И.Р., Константинов Е.В., Варавин Н.А.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва

Актуальность исследования. В развитии Вооруженных Сил Российской Федерации немаловажным считается боеспособность военнослужащих, где изначально большая роль отводится на профессиональный отбор. В связи с этим актуальным направлением является совершенствование профессионального отбора путем поиска и разработки методик, дающих прогноз успешности деятельности кандидатов.

Целью спасательной подготовки является обучение подводников к действиям в аварийных ситуациях. На наш взгляд, успешность спасательной подготовки можно сделать элементом профессионального отбора. Однако, для того чтобы определить критерии успешности необходимо опираться на объективные показатели, которые оценивают его функциональное состояние и физиологическую цену деятельности во время спасательной подготовки.

Контроль состояния variability сердечного ритма (BCP) в режиме «он-лайн» в настоящее время используется для оценки состояния операторов на атомных электростанциях, что свидетельствует об актуальности использования BCP в системе непрерывного контроля за функциональным состоянием специалистов, выполняющих ответственные задачи, и эффективности данного метода контроля состояния организма.

Исследование деятельности вегетативной нервной системы с помощью оценки показателей variability сердечного ритма при спасательной подготовки явилось целью данной работы.

Методы исследования. В исследовании приняли участие лица мужского пола в возрасте от 19 до 21 года ($n=33$). Осуществлялась пятикратная регистрация BCP: фон, накануне водолазного погружения (инструктаж), до погружения в водолазном снаряжении (универсальный гидрокombineзон с дыхательным аппаратом ИДА-59М) при использовании для дыхания кислорода, во время погружения под воду и после. Запись данных производилась в одном из отведений с помощью комплекса амбулаторной регистрации электрокардиограммы.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0. Корреляционные связи определяли с помощью теста Спирмена между показателями BCP со значениями вегетативной нервной системы (индекс Кердо) и с экспертной оценкой инструкторско-преподавательского состава по выполнению элементов спасательной подготовки.

Основные результаты. У обследуемых средний возраст составлял $20,08 \pm 0,22$ лет, сумма всех элементов итоговых экспертных оценок составила $11,8 \pm 0,37$ баллов, индекс Кердо $0,7 \pm 1,26$ усл. ед., испытуемые не отличались по возрасту, но сильно варьировали по успеваемости и показателю индекса Кердо. Для верификации возможности использования показателей BCP для оценки успешности дальнейшей трудовой деятельности выполнен корреляционный анализ (тест Спирмена) между индексом Кердо и экспертной оценкой инструкторско-преподавательского состава по выполнению элементов спасательной подготовки.

Отобраны наиболее чувствительные показатели BCP: общая мощность, LF, HF, LF/HF, VLF, RMSSD, IH, pNN50. Во время водолазного спуска характерным было увеличение показателей, отражающих: variability парасимпатической нервной системы (HF, RMSSD, pNN50) и общий показатель вегетативной нервной системы (общая мощность, LF). Отмечено, что практически были не изменялись показатели симпатической нервной системы (LF, LF/HF, IH).

Установлено, что между индексом Кердо и значениями HF, RMSSD, pNN50 (показатели парасимпатической нервной системы) практически нет корреляционной связи, что можно объяснить действием парциального давления кислорода на организм человека, которое возникает при дыхании кислородом в ИДА-59М. Приведенные данные свидетельствуют о развитии в организме целостной гемодинамической реакции, которая расценена как приспособительная, направленная на уменьшение поступления избыточно кислорода в организм человека. Приспособительная реакция выражается в уменьшении частоты сердечных сокращений и небольшом увеличении диастолического давления (действие парасимпатической нервной системы), т.е. изменении основных составляющих индекса Кердо. Остальные спектральные показатели BCP имели среднюю и сильную корреляционную связь с индексом Кердо.

Также выявлена сильная и средняя корреляционная связь между итоговыми экспертными оценками и некоторыми значениями BCP (IH, RMSSD, VLF, общей мощности). Данная взаимосвязь, возможно, объяснить тем, что эмоциональная ригидность кандидатов (уверенность в своих знаниях и навыках) инструкторско-преподавательским составом оценивался высокими баллами, которая, зачастую, подтверждалась результатами BCP. Остальные показатели BCP имели слабую корреляционную связь с итоговыми экспертными оценками.

Заключение. Проведенные исследования показали перспективность использования предложенной методики для регистрации изменения вегетативной регуляции у водолазов. Показатели BCP (IH, RMSSD, VLF, общая мощность), получаемые во время спасательной подготовки, необходимо исследовать на предмет целесообразности использования при профессиональном отборе.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ БАЗОВОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Комаров А.В.

ФГБУ «413 военный госпиталь» МО РФ, Волгоград

В разгар пандемии новой коронавирусной инфекции потребность в хирургической помощи осталась на прежнем уровне. В этой связи закономерным образом возникла необходимость реорганизации работы хирургической службы, с учетом особенностей и требований введенного противоэпидемиологического режима.

В мае 2020 года, на территории 413 военного госпиталя был построен и введен в эксплуатацию многофункциональный медицинский центр (МФМЦ) на 100 коек, для оказания помощи больным новой коронавирусной инфекцией. В период с июля 2020 года по февраль 2021 года в МФМЦ был развернут обсерватор («желтая зона») для концентрации потока пациентов хирургического профиля. Пациенты госпитализировались через отдельный бокс, в котором было организовано отдельное приемное отделение. Всем поступающим выполнялось взятие назофарингеального мазка для анализа на РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР. Прием и обследование проводились согласно стандартам оказания хирургической помощи. Пациенты помещались в боксы обсерватора, который базировался в инфекционном отделении МФМЦ, предназначенном для лечения больных с подозрением на Covid-19 и изоляции контактных лиц. В случаях положительного результата анализа (готовность от 6 до 54 часов) пациенты переводились в инфекционное отделение для лечения профильной нозологии, при необходимости – совместно с врачом-хирургом.

Для оказания хирургической помощи инфекционным больным, в составе приемного отделения МФМЦ предусмотрена малая операционная, которая оборудована вентиляционной системой с «отрицательным давлением» и оснащена в соответствии с требованиями Минздрава РФ. Работа была организована с соблюдением принципов зональности и привлечения минимального количества медицинского персонала. После постановки диагноза и гигиенической подготовки, пациент, нуждающийся в неотложной операции, подавался из приемного отделения через внешний периметр МФМЦ в шлюз операционной, где он раздевался. Операционная и анестезиологическая бригады одевались в СИЗ и производили обработку рук в предоперационной. По окончании операции пациент покидал операционную через шлюз и доставлялся медперсоналом либо в обсерватор, либо в отделение реанимации для кратковременного наблюдения или проведения интенсивной терапии. Медперсонал проводил дезинфекцию инструментов, оборудования и помещения, после чего покидал операционную через шлюз, и по внешнему периметру МФМЦ следовал в шлюз «на выход», предназначенный для снятия СИЗ.

Как правило, все оперированные пациенты нуждались в осмотре и выполнении перевязок в первые сутки после операции. Пациентам с установленным диагнозом Covid-19 весь последующий послеоперационный период требовалось выполнение перевязок в условиях «красной зоны». Бригада в составе хирурга и операционной медицинской сестры, одетые в СИЗ, с переносным перевязочным набором перемещалась по боксам согласно маршрутному листу через внешний периметр МФМЦ. В первую очередь производился осмотр и перевязка пациентов с неустановленным диагнозом Covid-19, затем с вероятным наличием у пациента Covid-19 (контактным или имеющим симптомы ОРЗ), в последнюю очередь – с установленным диагнозом.

Проведен ретроспективный анализ оказания хирургической в МФМЦ за период с 18.07.2020 года по 16.02.2021 года. Было выполнено 63 операции 58-ми пациентам. Средний возраст прооперированных больных составил $33,5 \pm 18,1$ лет. Наиболее часто выполняемыми процедурами явились аппендэктомия и вскрытие гнойной полости подкожной жировой клетчатки. Третьей по частоте манипуляцией явилось дренирование плевральной полости по Бюлау по поводу спонтанного пневмоторакса,

возникновение которого нередко осложняло течение вирусного поражения легких. Из прооперированных пациентов летальный исход наступил у пяти человек, причиной смерти которых явились осложнения Covid-19 тяжелого течения на фоне коморбидности. Под комбинированной эндотрахеальной анестезией было выполнено 22 операции. Одно вмешательство выполнено под внутривенной анестезией. Остальные 40 операций выполнены с применением методов местной анестезии. Пик оперативной активности в МФМЦ пришелся на период с августа по октябрь 2020 года. Из прооперированных пациентов 28% (n=16) явились больными Covid-19 разной степени тяжести, либо вирусносителями, из них у 10% (n=6) коронавирусная инфекция была диагностирована лишь на следующий день после операции. Шесть операций выполнялись по поводу осложнений Covid-19: дренирование плевральной полости по поводу спонтанного пневмоторакса, трахеостомия - пациентам, длительно находящимся на ИВЛ через интубационную трубку. Гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы желудка – выполнена по поводу осложнения, вызванного бесконтрольным приемом НПВС больным Covid-19.

В период с 29.06.2020 года по 26.02.2021 года в МФМЦ было выполнено 207 перевязок 65-ти пациентам, из которых 22 были Covid-положительными.

В указанный период в госпитале продолжалась плановая хирургическая работа. Пациенты, находящиеся в обсерваторе, при получении отрицательного результата анализа назофарингеальной мазка на Covid-19, переводились в профильные отделения, где далее установленным порядком проводилась подготовка к плановой операции и ее выполнение.

В результате принятых противоэпидемических мер были полностью разделены потоки инфицированных пациентов и нуждающихся в плановом хирургическом лечении неинфицированных пациентов, что позволило поддерживать плановую хирургическую активность на высоком уровне.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИВЕННОЙ ЛАЗЕРНОЙ И ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Краев Н.Н.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Проведен анализ лечения 108 пациентов с постковидным синдромом в возрасте от 45 до 85 лет, за период с июля 2020 года по июнь 2021 года.

Постковидный синдром – это патологический симптомокомплекс, сохраняющийся в течение трех и более месяцев после новой коронавирусной инфекции. Постковидный синдром внесен в Международный классификатор болезней (МКБ-10), код U-09.9 – Состояние после Covid-19, неуточненное.

После перенесенной коронавирусной инфекции от нескольких месяцев до одного года у обследуемой группы пациентов отмечался комплекс симптомов, мешающих их полноценному существованию, снижающих качество жизни и работоспособности. Основные симптомы можно разделить на три группы. Неврологические – повышенная утомляемость, головокружение, слабость, нарушение внимания, памяти, запоминания. Общепсихические – одышка, чувство нехватки воздуха и полноценного вдоха, потливость, сердцебиение. Суставные – боли в суставах, позвоночнике, онемение конечностей. У всех пациентов отмечалось обострение хронических заболеваний, имевших место в анамнезе.

Выбор немедикаментозного восстановительного лечения связан с применением во время коронавирусной инфекции большого количества лекарственных препаратов и их побочным действием.

При лечении применялась внутривенная лазерная терапия (длина волны 365 и 635 нм, мощность 2-3 мвт), озонотерапия (физиологический раствор или 5% раствор глюкозы) с концентрацией озона 2 мкг/мл. Примерно в половине случаев применялся однократно дексаметазон в дозе 8 мг и тиамин

хлорид 5%-2 мл №5 внутривенно. Лечение проводилось в два этапа – курс по 6 сеансов с повторением через два-три месяца.

Обоснованность и целесообразность применения этих методов обусловлена патогенетическими механизмами коронавирусной инфекции. В основном это два типа нарушений – изменение свертывающей и противосвертывающей системы, с преобладанием тромбообразования и дисбаланс иммунной системы в сторону аутоагрессии. Известно, что внутривенная лазерная терапия нормализует свертывающую и противосвертывающую системы, а озон обладает выраженным противоаллергическим и иммуномодулирующим действием.

Проведение лечения этими методами показало следующие результаты – у 98 больных (90%) практически прекратились или кардинально уменьшились симптомы постковидного синдрома, в 6 (5,5%) случаях не отмечалось улучшения или ухудшения состояния, 4 пациента не закончили курс по семейным обстоятельствам.

Выводы

1. Применяемые методы немедикаментозного лечения обоснованы и целесообразны у больных после перенесенной коронавирусной инфекции и массивного приема лекарственных препаратов.
2. Высокая эффективность (90% положительных результатов) связана с патогенетическим действием указанных методов на свертывающую и иммунную системы организма.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН

Кубышкин С.И., Пышный Д.В., Яловегин А.А.

ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

Несмотря на существование множества способов консервативного и хирургического лечения вазомоторного ринита и гипертрофии слизистой оболочки нижних носовых раковин, проблема длительной и постоянной назальной обструкции при данной патологии остается актуальной. Неблагоприятный экологический фон, обилие бытовых и производственных аллергенов, длительное применение пациентами эндоназальных адrenomиметиков, наследственная предрасположенность и другие факторы, суммируясь, обуславливают большую распространенность хронического ринита в крупных городах. Вазомоторный и гипертрофический ринит приводит к развитию синуситов, нарушает функцию слуховой трубы, ухудшает качество жизни пациентов, вызывая нарушение сна, умственной и физической работоспособности. В различных регионах нашей страны распространенность вазомоторного ринита достигает 20%.

В отоларингологической практике используются многочисленные методы консервативного лечения данной патологии: эндоназальное применение деконгестантов, топических глюкокортикостероидов, введение в нижние носовые раковины различных препаратов, физиотерапия, иглорефлексотерапия, гомеопатия, дыхательная гимнастика и др. Как показывает опыт, консервативная терапия оказывает положительный, но слабый и непродолжительный эффект.

Более эффективными являются методы хирургического лечения (подслизистая вазотомия, латеро-конхотомия, частичная остеоконхотомия, шейверная конхотомия). Однако эти вмешательства могут сопровождаться выраженной кровоточивостью и нередко требуют плотной тампонады полости носа. Развитие технической оснащенности и поиск более щадящих методов воздействия, сокращающих сроки пребывания пациента в стационаре, привели к активному использованию в ринологии высокоэнергетических хирургических методов.

В ЛОР-отделении ГВКГ им. акад. Н.Н.Бурденко в последние годы применяются методы лазерной деструкции, биполярной, высокочастотной и аргон-плазменной коагуляции структур полости носа.

Цель исследования – сравнительный анализ применения высокоэнергетических хирургических методов в лечении гипертрофического и вазомоторного ринитов.

Материалы и методы: с июля 2001 г. по октябрь 2019 г. в ЛОР-отделении ГВКГ им. акад. Н.Н.Бурденко были выполнены эндоскопические операции 182 пациентам с вазомоторным и гипертрофическим ринитом. Во всех случаях имелась ограниченная гипертрофия задних концов нижних носовых раковин, все пациенты предъявляли жалобы на стойкое затруднение носового дыхания и периодически возникающую или постоянную заложенность уха со стороны гипертрофии. Показания к операции во всех случаях определялись после эндовидеоскопического осмотра полости носа и носоглотки с помощью жесткого риноскопа Karl Shtorz с углом среза 30°. Все пациенты были разделены на следующие группы (в зависимости от применявшегося метода хирургического воздействия на нижние носовые раковины): 45 пациентов были оперированы по стандартной методике (ультразвуковая или механическая дезинтеграция без биполярной коагуляции); 62 пациента - с использованием биполярной коагуляции на установке ERBE; 23 пациентам выполнена лазерная коагуляция CO₂ лазером; 32 – аргон-плазменная коагуляция; 20 – высокочастотное хирургическое воздействие. Перед оперативным вмешательством, и в послеоперационном периоде с целью оценки функции носового дыхания проводилась риноманометрия. В группах оценивались продолжительность оперативного вмешательства, кровоточивость во время операции и в послеоперационном периоде, необходимость тугой тампонады носа, сроки послеоперационного заживления и выраженность реактивных явлений, восстановление трудоспособности и качество жизни пациентов.

Результаты: При сравнении применявшихся методик отмечались существенные преимущества в группе пациентов, оперированных методами биполярной и подслизистой аргон-плазменной коагуляции: практически полное отсутствие кровоточивости во время операции и в послеоперационном периоде позволило выполнять щадящую тампонаду носа с использованием тонких стандартных носовых тампонов (вкладышей) Мероцел. Удаление тампонов на первые сутки не приводило к развитию кровотечения. При проведении изолированной биполярной коагуляции задних концов нижних носовых раковин кровотечения не наблюдалось, что позволило не производить тампонаду носа. Носовое дыхание восстанавливалось практически сразу после удаления тампонов. В области воздействия коагулятора образуется струп, отторгающийся на 5-6 сутки без кровотечения. В виду моментального сокращения объема коагулируемой ткани происходит восстановление носового дыхания и прекращение патологического воздействия гипертрофированных тканей раковины и области глоточного отверстия слуховой трубы. Биполярная коагуляция производится однократно в области гипертрофии носовой раковины, что значительно сокращает время операции. Как следствие вышеизложенного, сокращается длительность пребывания в стационаре и утраты трудоспособности пациентом.

Вывод: Сравнительная оценка непосредственных результатов оперативного лечения вазомоторного и гипертрофического ринита показала преимущества использования биполярной и подслизистой аргон-плазменной коагуляции нижних носовых раковин.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОПТИКОНЕВРОМИЕЛИТА

Кудрявцев Т.М., Полховский А.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава РФ, Нижний Новгород

ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва

Актуальность. В последнее время достигнуты определенные успехи в изучении механизмов развития, разработке принципов диагностики демиелинизирующих заболеваний. Вместе с тем актуальной проблемой остаются вопросы дифференциальной диагностики этой группы заболеваний,

поскольку число ошибочных диагнозов рассеянного склероза (РС) достигает 30%, особенно при таких изолированных синдромах, как оптический неврит и острая трансверсивная миелопатия. Диагностический поиск необходим и с другими демиелинизирующими заболеваниями – острым рассеянным энцефаломиелитом и оптиконевромиелитом, так как, несмотря на схожую клиническую картину, подходы к лечению принципиально различны. Более того, классические препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС), могут ухудшить состояние пациента при оптиконевромиелите. В настоящее время обнаружены аутоантитела, высокоспецифичные для оптиконевромиелита (NMO-IgG), мишенью которых является водный канал аквапорин-4. Выявление антител к аквапорину-4 включено в диагностические критерии для оптиконевромиелита (D.Wingerchuk, 2006), однако частота их выявления, по данным различных исследований, варьируется и, по всей вероятности, зависит в том числе от этнической принадлежности изучаемой группы пациентов. Одновременно было показано, что данные антитела выявляются и при других состояниях – изолированных синдромах, системных аутоиммунных заболеваниях, которые составляют спектр расстройств оптиконевромиелита.

Цель исследования – оценка особенностей клинической картины оптиконевромиелита и определение диагностического значения антител к аквапорину-4 у больных оптиконевромиелитом и изолированными синдромами (оптический неврит, продольный распространенный миелит), в том числе при системных аутоиммунных заболеваниях.

Материал и методы. В исследование были включены 118 пациентов (49 мужчин и 69 женщин), в том числе 15 – с оптиконевромиелитом, 25 – с изолированным миелитом, 20 – с оптическим невритом, 5 – с острым рассеянным энцефаломиелитом (ОРЭМ), 45 – с РС (из них 7 – с его дебютом) и 8 больных с системными заболеваниями (из них у 4 в клинической картине основным проявлением были оптический неврит или миелит). Антитела к аквапорину-4 были определены методом непрямой иммунофлуоресценции с клеточной презентацией антигена (cell-based assay) на трансфицированных клетках с применением коммерческого набора EUROIMMUN (Германия). Полученные данные сопоставлялись с клиническими и радиологическими особенностями заболеваний. В результате определялись специфичность, чувствительность, прогностическая ценность используемого метода.

Результаты. Клиническими особенностями оптиконевромиелита в исследуемой группе являются преобладание женщин (мужчины – 41,5%, женщины – 58,5%), относительно поздний возраст дебюта (36 лет), развитие полного поперечного миелита с поражением шейного и грудного отделов спинного мозга, рецидивирующее течение, а также наличие монофазного и двустороннего оптического неврита. Антитела к аквапорину-4 были выявлены у 12 (80%) из 15 больных оптиконевромиелитом, у 3 (12%) из 25 больных продольным распространенным миелитом (очаг протяженностью 3 сегмента и более), у 1 (5%) из 20 пациентов с билатеральным и/или оптическим невритом, у 8 (100%) пациентов с системными заболеваниями с наличием оптического неврита или миелита. У больных из группы низкого риска (РС, ОРЭМ, системные заболевания соединительной ткани без неврологических проявлений) антитела к аквапорину-4 выявлены не были. У больных с выявленными антителами к аквапорину-4 имелись, по данным МРТ, достоверно более протяженные очаги повреждения спинного мозга (распространенные на 3 сегмента и более) ($p < 0,001$) и отсутствовало, по данным МРТ, очаговое поражение головного мозга ($p = 0,0106$).

Чувствительность метода непрямой иммунофлуоресценции с клеточной презентацией антигена для определения антител к аквапорину-4 составила 85,1%, специфичность – 92,3%, при этом прогностическая ценность положительного результата составила 65%, а прогностическая ценность отрицательного результата – 97%.

Заключение. Методику определения антител к аквапорину-4 можно рекомендовать при проведении дифференциальной диагностики демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы. Проведение данного исследования целесообразно пациентам со зрительными нарушениями, поражением спинного мозга, а также при изолированных синдромах и при отсутствии типичных клинических и нейровизуализационных проявлений рассеянного склероза. При неврологических проявлениях системных заболеваний соединительной ткани и в случае выявления антител к аквапорину-4 необходимо проводить углубленное исследование и поиск маркеров этих заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОПЕЙЗАЖА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

*Курноскина О.А., Валдаевская О.В., Владимирская Е.И.,
Дегтярева К.В., Керсновская Е.Ю.*

ФГБУ «52 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Введение. На слизистой оболочке зева и носа обитает множество микроорганизмов. Существует немалое количество условно-патогенных микроорганизмов, живущих в данном локусе в норме. Главное внимание при исследовании материала со слизистой верхних дыхательных путей уделяется патогенным микроорганизмам. Значимым является как вид микроорганизма, так и концентрация. Вследствие воспалительного процесса или раздражения слизистой, или нарушения микрофлоры в целом, происходит сбой местного иммунитета, нарушается соотношение нормофлоры, условно-патогенной флоры и патогенной флоры. В результате этого, у пациента появляются жалобы на боли, дискомфорт, образование патологического секрета.

Используемые методы: при возникновении подозрения на бактериальную или грибковую флору, оториноларинголог осуществляет забор мазков из носа и (или) из зева. Забор материала происходит по общепринятому алгоритму: пациент как минимум за две недели до взятия анализа не принимает никаких антибактериальных препаратов, приходит натощак, с нечищеными зубами, исключается употребление жвачек и каких бы то ни было антисептиков. В тот же день мазки направляются в лабораторию. Мазки из зева и носа входят в стандарт диагностики воспалительных заболеваний ЛОР-органов.

Результаты исследования: Для сравнения была взята произвольная выборка результатов мазков из носа и из зева 30 пациентов. Все пациенты – взрослые – возраст от 19 до 89 лет. Большинство пациентов болели длительное время (несколько месяцев), самостоятельно или под контролем врача получали лечение – без эффекта, или с неполным (кратковременным) эффектом. Чаще пациенты предъявляли жалобы на ощущение стекания густой слизи по задней стенке глотки, першение в горле, кашель, дискомфорт и болезненность в горле, а также на болезненность в носу, образование эрозий, желто-зеленых выделений плотной консистенции из носа. Параметры возраста на результаты мазков не повлияли - микрофлора не отличалась. Сезонность взятия материала никак не выявила закономерности: в любое время года встречались одни и те же виды микроорганизмов. Пациентов женского и мужского пола было приблизительно одинаковое количество, и принадлежность к полу также не продемонстрировала разницы микрофлоры. Сравнительный анализ мазков из носа и из зева показал, что более разнообразная микрофлора получена из зева. Чаще всего встречался золотистый стафилококк. Концентрация его колебалась от 10 в 3 до 10 в 7 степени. Данный вид микроорганизмов определялся и как монокультура (в 80 % случаев), и в ассоциации с другими бактериями (гемофильная палочка, пневмококк, пиогенный стрептококк) и грибами (кандида). При оценке антибиотикочувствительности *in vitro* золотистый стафилококк отвечал на все представленные группы антибиотиков: и пенициллины, и тетрациклины, и фторхинолоны, и цефалоспорины, и аминогликозиды, и макролиды, и гликопептиды, и линкозамиды. Следующим по частоте встречаемости был стрептококк зеленающий, относящийся к условно-патогенной микрофлоре, конкурирующий со стафилококком золотистым и не интересующий клиницистов и врачей-лаборантов с точки зрения антибиотикочувствительности. Третьим по частоте встречаемости микроорганизмом оказалась гемофильная палочка. Ее концентрация колеблется от 10 в 4 до 10 в 5 степени. Соотношение монокультуры и ассоциаций – 50 : 50. Антибиотикограмма включала в себя следующие антибиотики: амоксициллин-клавулановая кислота, левофлоксацин, моксифлоксацин, хлорамфеникол, ципрофлоксацин, цефотаксим, цефтриаксон. *In vitro* - в лабораторных условиях была отмечена чувствительность ко всем этим антибиотикам. На четвертом месте по встречаемости в данной выборке оказался грибок рода кандиды. Во всех мазках он был в ассоциации. Как с гемофильной палочкой, так и с золотистым стафилококком, и с клебсиеллой, и с кишечной палочкой. Шкала антибиотикочувствительности включала: амфотерицин, итраконазол, кетоконазол, клотримазол, нистатин, флуконазол. Ко всем вышеперечисленным препаратам грибок имел чувствительность *in vitro*. Следующие по частоте были кишечная палочка и энтеробактер. При тщательном сборе анамнеза, у пациентов с подобными результатами удалось

выявить жалобы, соответствующие патологии желудочно-кишечного тракта (чаще - отрыжки и изжоги). Данные микроорганизмы оказались восприимчивыми ко всем антибиотикам, участвующими в исследовании. И на последнем месте по частоте встречаемости в нашей выборке оказались следующие бактерии: клебсиелла, пиогенный стрептококк, пневмококк. Клебсиелла была получена как из зева (10 в 4 ст.), так и при посеве мокроты (10 в 7 ст.). Она обнаружена в ассоциации с кандидой и гемофильной палочкой. По таблице антибиотикочувствительности показала резистентность к ампициллину и чувствительность к амоксицилину, гентамицину, левофлоксацину, цефалоспорином. В случае с клебсиеллой удалось оценить и чувствительность к бактериофагам – в частности, к пиобактериофагу комплексному и резистентность к поливалентному клебсиеллезному и поливалентному пиобактериофагу. Пневмококк и пиогенный стрептококк самые значимые в клиническом плане бактерии. Их обнаружение в мазках является показанием для обязательного антибактериального воздействия. Подбор антибиотиков осуществляется не только по результатам лабораторного исследования, но и с учетом предшествующего лечения, анамнеза заболевания. Курс антибиотикотерапии в данном случае предусматривается, как правило, более длительный, до 10-14 дней. При посевах из носа микробный пейзаж оказался более скудным: в 60 % высевался золотистый стафилококк, а в 40% - в исследуемом материале роста микрофлоры не обнаружено. По антибиотикочувствительности стафилококк из носа и из зева ожидаемо не отличался.

Выводы

1. Результаты мазков у амбулаторных пациентов не зависят от возраста, пола, времени года;
2. Чаще всего выделяется золотистый стафилококк, как из зева, так и из носа;
3. *In vitro* определяется чувствительность микрофлоры практически ко всем представленным антибиотикам;
4. Более разнообразная микрофлора выявляется при посеве из зева, т.к. он находится на перекресте дыхательной и пищеварительной систем.

ПЕРИЛИМФАТИЧЕСКАЯ ФИСТУЛА ЛАБИРИНТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

*Курноскина О.А., Валдаевская О.В., Владимирская Е.И., Дегтярева К.В., Керсновская Е.Ю.
ФГБУ «52 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва*

Введение. Слух – это неотъемлемая часть познания мира, потеряв его, человек лишается около 20% информации об окружающей нас среде, шанса на полноценную жизнь в обществе и работоспособность, но количество больных с нарушениями слуха увеличивается и большую роль в этом играют болезни внутреннего уха, к которым отнесены перилимфатические фистулы окон лабиринта, имеющие ряд затруднений при диагностике. Учитывая это, а также интерес к данной патологии мы приводим актуальный клинический случай из нашей практики.

Клинический случай. Больной М., 32 лет обратился в 52 КДЦ с жалобами на снижение слуха справа и легкую заложенность правого уха в течении последнего месяца. На рентгене придаточных пазух носа: уровень жидкости в левой гайморовой пазухе. Нами был проведен курс лечения острого тубоотита и острого гайморита. На фоне лечения пациент отмечал улучшение самочувствия, уменьшение заложенности уха справа, однако у него сохранялось снижение слуха справа. При осмотре было выявлено: отоскопическая картина без особенностей. Ш.р. 1,5 м / 6,0 м, Р.р. более 6,0 м / более 6 м. Латерализация звука в опыте Вебера: С128-вправо, С256, С512, С1024 – влево. Опыты Бинга, Ринне, Федериче (+) с обеих сторон. При аудиометрии справа выявлено по костной проводимости повышение порогов слышимости от 15 Дб. на 500 Гц. до 25 Дб. на 2000 Гц.; по воздушной проводимости повышенное повышение порогов слышимости от 25 Дб. на 500 Гц. до 45 Дб. на 2000 Гц. с понижением до 30 Дб. на 4000 Гц., слева слух в норме. Так по результатам данного обследования пациент был направлен

на экстренную госпитализацию с диагнозом: острая правосторонняя сенсоневральная тугоухость, где ему была выполнена пластика перилимфатической фистулы круглого окна справа аутожировой тканью из мочки уха с положительной динамикой, с повышением порога слышимости.

Обсуждение и выводы. Анализируя данный клинический случай можно понять, что первичная диагностика перилимфатических фистул окон лабиринта чаще всего затруднена в связи с отсутствием специфических симптомов и вариабельности симптоматики. Так нами было выявлено, что перилимфатические фистулы окон лабиринта по клиническим критериям маскируются под острую сенсоневральную тугоухость. И в связи с отсутствием точного диагностического критерия и помня, что за данным диагнозом, может стоять глухота пациента, а оперативное лечение позволит значительно восстанавливать слух и трудоспособность больного, то мы считаем, что целесообразно своевременно пациенту рекомендовать специализированное стационарное, что позволит восстановить его слух, вернет трудоспособность и повысит качество жизни.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТАКТИКО-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕНИЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ И ЛИКВИДАЦИИ ОЧАГА ОСОБО ОПАСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Куртов В.В., Зоткин А.В., Кучерук Т.В., Пахомов А.С.
ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва*

Обеспечение постоянной готовности медицинских организаций к действиям в различного рода чрезвычайных ситуациях (ЧС) мирного времени, является их первостепенной задачей в совершенствовании необходимых знаний и навыков по оказанию медицинской помощи в складывающихся условиях. Принимаются во внимание угрозы природного, техногенного, а также санитарно-эпидемиологического характера. Это в равной степени распространяется на медицинские организации стационарного звена, а также амбулаторно-поликлинические организации (АПО), как в системе гражданского, так и военного здравоохранения.

Нахождение АПО в первичном звене оказания медицинской помощи населению определяет особенности действий медицинского персонала при различного рода ЧС, что учитывается в системе их профессиональной должностной подготовки, построенной на принципах систематичности, последовательности обрабатываемых задач, а также их соответствия реальной медицинской и санитарно-эпидемиологической обстановке в зоне ответственности АПО. При этом, делается акцент на приобретение знаний и навыков, с учетом различных категорий медицинского персонала, на лекциях, семинарах, практических занятиях, регулярно проводимых тренажах и тренировках по тем или иным направлениям медицинской деятельности.

В приведенной системе профессиональной должностной подготовки определенная роль отводится тактико-специальным учениям, необходимость, периодичность которых регламентирована один раз в год, особенно по вопросам связанных с готовностью к действиям при ЧС в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, особенно при особо опасных инфекциях (ООИ). Такие учения являются элементом подготовки АПО по слаживанию медицинского персонала лечебно-диагностических подразделений в комплексном решении задач по оказанию медицинской помощи в той или иной медицинской и санитарно-эпидемиологической обстановке.

Методология организации и проведения учений в АПО соответствует таковой для всех военно-медицинских организаций и подразделений, в том числе госпитального и войскового звена военно-медицинской службы, с учетом их предназначения и места в системе медицинского обеспечения, а также особенностей решаемых ими задач в повседневной деятельности.

Выбор темы предстоящих учений был сделан заблаговременно, с учетом приоритета в решении задач по оказанию медицинской помощи в условиях вероятных ЧС, на основании оценки таких угроз в области санитарно-эпидемиологического благополучия по ООИ, на фоне сохраняющихся реальных условий для распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Названный подход позволил сформулировать тему учений, отражающую действия медицинского персонала по локализации и ликвидации очага ООИ, с включением ее в План подготовки АПО.

Разработанный на этой основе замысел учений включал в себя учебные цель и задачи, общую и частную обстановки, привлекаемые силы и средства, порядок и продолжительность проводимых мероприятий. Подготовительные мероприятия включали в себя издание приказа начальника АПО о подготовке и проведении учений, разработку и утверждение плана проведения учений, плана имитации, состав штаба учениями под общим руководством начальника АПО. Принималась во внимание последовательность отрабатываемых учебных задач по подготовленным вводным, с нарастанием их сложности – от действий по оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19 до проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (подозрительного) на ООИ. Отрабатываемые первичные противоэпидемические мероприятия были сопряжены с оперативными мероприятиями имеющегося в АПО Плана предупреждения ООИ.

В ходе учений решались поставленные задачи:

Уточнена схема оповещения руководства АПО о выявлении больного (подозрительного) особо опасной и карантинной инфекцией, а также алгоритм взаимодействия терапевтического отделения с другими лечебно-диагностическими подразделениями.

Уточнен порядок действия медицинского персонала при выявлении больного (подозрительного) особо опасной и карантинной инфекцией на амбулаторно-поликлиническом приеме, оказания ему медицинской помощи, временной изоляции и госпитализации.

С медицинским персоналом отработаны практические навыки по сбору клинико-эпидемиологических данных о пациенте, информирование руководства АПО о выявлении больного (подозрительного) особо опасной и карантинной инфекцией, а также проведение первичных противоэпидемических мероприятий в очаге, с применением средств специальной защиты (костюмы «Кварц»).

Проведена оценка готовности медицинского персонала терапевтического отделения к работе в условиях строгого противоэпидемического режима, анализ его действий по проведению первичных противоэпидемических мероприятий.

Учения позволили отработать элементы готовности медицинского персонала к локализации и ликвидации очага особо опасной и карантинной инфекции в условиях АПО.

Таким образом, в ходе проведенных тактико-специальных учений по локализации и ликвидации очага особо опасной инфекции в амбулаторно-поликлинической организации на фоне сохраняющейся угрозы распространения COVID-19 приобретен практический опыт организации подобных мероприятий по другим направлениям чрезвычайных ситуаций.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Кучерук Т.В., Антошина И.Н., Зоткин А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Важным направлением в обеспечении высокого качества и эффективности медицинской деятельности, оказываемых медицинских услуг населению является контроль качества и безопасности такой

деятельности, как элемент веления времени. Обязательность такого направления в работе медицинской организации является чертой, свойственной, в том числе и для современных амбулаторно-поликлинических организаций (АПО) в системе, как военного, так и гражданского здравоохранения.

Названное направление в деятельности медицинских организаций закреплены федеральным законодательством в области охраны здоровья населения, которое определяет осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ККиБМД) (гл. 12 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также требования к их организации и проведению (приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»), с изложением основных задач и порядок осуществления внутреннего контроля качества.

При этом необходимо отметить, что федеральное законодательство в названной сфере деятельности не выделяет отдельно систему ККиБМД для АПО, а в нормативных правовых актах Министерства обороны не отражены единые критерии, применяемые в системе управления качеством.

Для реализации требований к системе контроля качества, с опорой на федеральное законодательство в области охраны здоровья населения, в АПО были проведены организационные мероприятия, в результате которых создана система управления качеством медицинской помощи, определены лица, ответственные за организацию и проведение внутреннего контроля качества в структурных лечебно-диагностических подразделениях. Так, ответственными за организацию и проведение внутреннего контроля качества в АПО является ее руководитель, а также Уполномоченный по качеству и безопасности медицинской деятельности и Уполномоченный по качеству фармацевтической деятельности. Решение о назначении Уполномоченного по качеству фармацевтической деятельности обусловлено повышенными требованиями в настоящее время к мониторингу безопасности применения медицинских изделий и лекарственных препаратов. В функции названного специалиста входит мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий, сбор информации о нежелательных реакциях на лекарственные препараты и медицинские изделия с проведением расследования при возникновении данных случаев, осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов и медицинских изделий с проведением тренингов и обучающих занятий с медицинским персоналом.

В рамках совершенствования системы внутреннего контроля качества в АПО целесообразна разработка локальных актов (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий медицинских работников) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности.

Для этого проведен внутренний аудит с целью оценки состояния качества оказываемой в АПО медицинской помощи, с анализом предложений и практических рекомендаций (далее – Практические рекомендации) медицинских работников по организации внутреннего ККиБМД.

При подготовке Практических рекомендаций принимались во внимание требования основных стандартов по менеджменту качества (ISO 9001), специальных стандартов ISO для различных областей системы здравоохранения, с учетом подходов, изложенные в стандартах JCI и ряде национальных систем аккредитации медицинских организаций Европейского союза и других стран.

Основными методическими подходами при создании системы внутреннего ККиБМД в военной АПО организации являются:

1. Разработка Положения о порядке организации и проведении внутреннего ККиБМД; плана по стандартизации процессов и процедур (СОПов) по внутреннему контролю качества; стандарта организации по внутреннему контролю качества по процессам и процедурам.
2. Назначение Уполномоченного по качеству и безопасности медицинской деятельности; ответственных по направлениям (процессам и процедурам) внутреннего контроля качества.
3. Создание Службы по качеству или Комиссии по внутреннему контролю качества.

4. Составление реестра процессов и процедур по внутреннему ККиБМД медицинской организации.
5. Проведение обучения медицинских работников по процессному подходу к внедрению системы внутреннего контроля качества.
6. Проведение внутренних аудитов по процессам и процедурам, составление программы аудитов, проведение анализа результативности процессов внутреннего контроля качества.

Внедрение системы управления качеством в работу военной АПО позволит получить эффективную систему управления ею, будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи и имиджа медицинской организации.

Таким образом, вышеназванные методические подходы позволят создать систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, характерной для военной многопрофильной амбулаторно-поликлинической организации.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Кучерук Т.В., Антошина И.Н., Зоткин А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Вопросы качества оказания медицинской помощи населению в Российской Федерации в настоящее время приобретают все большую актуальность. На сегодняшний день нацеленность преобразований для обеспечения качества медицинской помощи подразумевает под собой безопасность, эффективность, своевременность, рациональность и доступность медицинской помощи для каждого пациента.

В этой связи необходимо отметить, что оказание медицинской помощи в военной амбулаторно-поликлинической организации (АПО) вплотную подошло к потребности построения системы управления (менеджмента) качества (СУК). Одним из основных документов, устанавливающих требования к СУК является Стандарт ИСО 9001:2015. Медицинские организации в России часто используют российский аналог ГОСТ Р ИСО 9001-2015, который не имеет отраслевой медицинской специфики и позволяет стандартизовать процессы управления в организации без учета его профессионального профиля.

В настоящее время в ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора разработаны «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ККиБМД) в медицинской организации (поликлинике)» (далее – Практические рекомендации), которые активно, с 2017 года, внедряются в гражданской системе здравоохранения. Внедряя эти Практические рекомендации в деятельность военной АПО, важно облегчить труд медицинского персонала, чтобы внедряемая система не была для них дополнительной нагрузкой, а стала частью производственной культуры, необходимой в повседневной деятельности для любого медицинского специалиста. При этом главное, чтобы вся деятельность была направлена на удовлетворение потребности пациента, на минимизацию рисков причинения вреда его здоровью, получение качественной медицинской помощи независимо от места и условий ее оказания. В данном процессе вовлеченность в него медицинского персонала является очень важным фактором эффективности и залогом успеха конечного результата. Формальный подход, на уровне повседневной рутинной «ненужности», к управлению (менеджменту) качеством медицинской помощи, будет вызывать раздражение медицинского персонала и, как результат, способствовать отторжению этой системы с негативными последствиями для пациента. Поэтому для успешного решения задач в таком направлении деятельности АПО крайне важна роль его лидера - руководителя такой организации, его способность вовлечь

каждого медицинского специалиста в данный процесс. В этой связи грамотная мотивация медицинского персонала, детальные проработки стандартных операционных процедур облегчат процесс внедрения СУК.

Основными причинами некачественного оказания медицинской помощи является разрыв между совершенствованием, прогрессированием методов лечения и качеством оказания медицинской помощи. Уменьшению существующего разрыва могут способствовать изменения в СУК медицинской помощи, одним из которых является стандартизация ее составных элементов. В амбулаторно-поликлинических организациях системы гражданского здравоохранения стандартизации подлежат такие системы оказания медицинской помощи, как структура, процесс и результат. Основу структуры составляет уровень оснащения медицинской организации, медицинский персонал, контроль за повышением квалификации которого должен осуществляться в непрерывном режиме. Стандартизация процессов базируется на применении клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Стандартизация результата оказания медицинской помощи позволяет оценить ее качество и эффективность. Унифицированные требования к внутреннему контролю качества заложены в чек-листах, содержащих положения, рекомендованных Росздравнадзором, обязательными для АПО, выполнение которых проверяется контрольно-надзорными органами. Выделяются основные этапы внедрения системы внутреннего ККиБМД в работу военной АПО:

1. Создание рабочей группы по внедрению системы во главе с представителем руководства медицинской организации.
2. Проведение аудита «стартового состояния» по всем разделам медицинской деятельности.
3. Проведение анализа полученных данных, разработка плана устранения выявленных несоответствий с назначением ответственных и сроков выполнения работ.
4. Проведение цикла занятий, тренингов по разработке стандартных операционных процедур и внедрению их в работу медицинской организации.
5. Проведение регулярных мероприятий по анализу результатов работы, а также заключительной оценки деятельности медицинской организации.

Таким образом, для совершенствования управления системой внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в военной АПО необходимо проведение ряда мероприятий:

1. Построение системы менеджмента качества.
2. Внедрение в работу медицинской организации Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
3. Стандартизация процессов медицинской организации.
4. Определение лидирующей роли руководства по созданию системы менеджмента качества в медицинской организации в соответствии с требованиями нормативных документов и международных стандартов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ВАКЦИНАЦИИ

Лева Е.С., Зоткин А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, г. Москва

Вакцинация, как направление деятельности любой медицинской организации, проводимая в соответствии с требованиями законодательства в сфере иммунопрофилактики инфекционных болезней, нацелена на предупреждение инфекций путем применения иммунобиологических лекарственных препаратов (вакцин, анатоксинов и др.).

Введение таких препаратов, представляющих собой набор антигенов той или иной инфекции, направлено на формирование адекватного иммунного ответа, что обеспечивает защиту организма от

такой инфекции до контакта с их возбудителем. При этом вакцинация строится на принципе безопасности, обеспечивающим при максимальном, эффективном иммунном ответе, наименьшее причинение вреда здоровью, с сохранением работоспособности. Такой подход к практической вакцинации основан на результатах научных исследований процесса иммунной реакции организма на введение вакцины, нашедших свое отражение в нормативных правовых актах, методических материалах и инструкциях по применению конкретных вакцин.

Опыт практической вакцинации позволил выделить ряд косвенных критериев влияющих на формирование иммунного ответа, обеспечивающего защиту организма, адекватную рискам вероятного контакта с возбудителем инфекции, что определяет специфичность такого ответа.

Одним из таких критериев является соответствие применяемых вакцин задаче по защите от конкретного возбудителя инфекционного заболевания, что определяет ее специфичность.

Другим критерием является количество вводимой вакцины, соответствующее одной дозе, с учетом взрослого или детского организма. При этом, введение детской дозы взрослому, не обеспечит желаемый иммунный ответ и наоборот, введение взрослой дозы детям может вызвать негативную реакцию организма на введение такой вакцины.

Не маловажное значение имеет соблюдение «холодовой» цепи при хранении вакцин, с учетом рекомендованного температурного режима. Нарушение таких требований способствует разрушению действующего компонента вакцины, что не обеспечивает необходимый иммунный ответ.

Следует обращать внимание на совместимость одномоментно вводимых вакцин в разные участки тела разными шприцами. Нельзя вводить одномоментно две живые вакцины в виду большой реактогенности организма на введение живой вакцины, в отличие от инактивированной. Так, введение живых вакцин должно быть разделено 30 суточным интервалом, если другой специально не оговорен инструкциями по их применению (вакцинация против холеры возможна после вакцинации против желтой лихорадки только через три месяца). Такое положение следует учитывать, при планировании вакцинации по эпидемическим показаниям, перед убытием в регионы неблагоприятными по названным инфекциям.

Как было выше отмечено, интервал между вводимыми вакцинами, если специально не оговаривается, то должен быть не менее месяца. Сроки ревакцинации определяются с учетом рекомендаций, отмеченных в инструкциях по применению той или иной вакцины.

Кроме вышеназванной системы мер обеспечивающих формирование адекватного иммунного ответа, следует обращать внимание на обстоятельства, способствующие развитию аллергической реакции немедленного типа (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок), расцениваемые как осложнения вакцинации, требующие проведения мероприятий неотложной медицинской помощи.

Для предупреждения развития таких поствакцинальных осложнений следует пристальное внимание уделять противопоказаниям к введению вакцин, с учетом аллергологического статуса вакцинируемого, сведения о котором обязательно выясняются перед введением вакцины, обращая внимание на наличие аллергии на продукты питания, особенно на куриный белок, а также на прием лекарственных препаратов.

При определении противопоказаний к вакцинации учитываются острый период инфекционного заболевания, либо стадия обострения хронического неинфекционного заболевания. При таких обстоятельствах вакцинация возможна не ранее чем через 2–4 недели после выздоровления или наступления стадии ремиссии, что указывается в инструкции на применения той или иной вакцины.

Таким образом, вышеназванные критерии, характеризующие обязательные требования, необходимые для формирования адекватного иммунного ответа, можно квалифицировать как иммунологический аспект практической вакцинации.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Левченко В.Н., Зоткин А.В., Загородная Ю.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Совершенствование медицинской помощи прикрепленному контингенту в военной амбулаторно-поликлинической организации (далее – организации) возможно при условии ее развития на основе достижений фундаментальной медицинской науки, создания и внедрения в медицинскую практику новых эффективных лечебно-диагностических технологий и лекарственных средств.

Повышение качества оказываемой медицинской помощи обеспечивается контролем качества и безопасности медицинской деятельности организации, безупречным выполнением медицинским персоналом лечебно-диагностических мероприятий. Для этого, необходимо организовать и мотивировать медицинский персонал с ответственностью за качество оказываемой медицинской помощи.

В помощь руководству и в целях научно-методологического и экспертно-аналитического обеспечения медицинской деятельности организации авторами предлагается создать научно-методическое бюро (далее – НМБ) для координации деятельности лечебно-диагностических подразделений, направленной на развитие научно-обоснованного подхода к организации лечебно-диагностического процесса, на мотивированность творчески работающих медицинских (фармацевтических) работников (далее – медицинских специалистов) по развитию их профессионального мастерства, компетенции и повышения квалификации, на оценку предложений по совершенствованию способов лечения и методов диагностики, на ориентированность медицинских специалистов на поиск и внедрение новых методических подходов в лечении заболеваний, осуществление исследовательской и экспериментальной деятельности, обобщать передовой опыт работы.

Основной задачей НМБ является создание благоприятной среды для максимальной реализации потенциала медицинских специалистов в соответствии с имеющейся материальной базой и индивидуальными возможностями. Исходя из этого, необходимо:

- выявлять, обобщать и внедрять передовой опыт медицинских специалистов, способствовать созданию условий для повышения их профессионального уровня;
- подавать предложения по стимулированию служебной и профессиональной активности медицинских специалистов, способствовать созданию условий, повышающих их мотивацию к исследовательской деятельности;
- оказывать помощь работникам при подготовке к опубликованию печатных работ в периодических научных изданиях, рассматривать и давать оценку внедряемым инновационным методам диагностики и лечения;
- содействовать подготовке медицинских специалистов при их аттестации для получения квалификационных категорий.

Содержание работы НМБ - ориентировать на взаимодействие с лечебно-диагностическими подразделениями организации, медицинскими (фармацевтическими) работниками, обеспечивающими качество лечебно-диагностического процесса, сбор и обобщение передовых медицинских технологий применяемых в других военно-медицинских организациях, организациях гражданского здравоохранения, мониторинг современного медицинского оборудования и эффективных лекарственных препаратов.

Основными направлениями деятельности НМБ целесообразно считать:

- организацию работы медицинских специалистов по актуальным направлениям развития лечебно-диагностического процесса, придавая им научно-обоснованный характер;
- обеспечение научно-методического сопровождения и координацию повседневной деятельности медицинских специалистов;
- изучение профессионального уровня медицинских специалистов с целью его совершенствования;

- выработку рекомендаций по вопросам практического использования новых медицинских технологий, анализ внедрения новых методик диагностики и лечения;
- проведение первичной экспертизы готовности печатных работ, определение актуальности их опубликования;
- организация разъяснительной работы среди медицинских специалистов важности проведения исследовательской;
- инициация проведения научно-практических конференций, семинаров, смотров-конкурсов в организации и участия во всероссийских, всероссийских и межрегиональных конкурсах и конференциях;
- создание единой системы повышения квалификации сотрудников, базируясь на принципах непрерывности, вариативности, многоуровневости;
- рецензирование аттестационных отчетов медицинских специалистов;
- взаимодействие с Центральной аттестационной комиссией Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации;
- разработка предложений по переоснащению организации современными образцами медицинского оборудования и применению эффективных лекарственных препаратов.

Таким образом, вышеназванный методический подход в организации работы НМБ, апробированный авторами в 12 КДЦ, за относительно короткое время способствовал повышению публикационной активности медицинских специалистов в ведущих научных журналах страны, все большему активному вовлечению врачебного состава во внедрение инновационных методик диагностики и лечения, что повысило удовлетворенность пациентов в оказываемой им медицинской помощи.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Левченко В.Н., Костюкова М.А.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В соответствии с Федеральным законом от 27 декабря 2019 г. № 518-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обороне» и статью 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Министерству обороны Российской Федерации предоставлено право формирования базовых (отраслевых) перечней (классификаторов) государственных услуг (работ), не включенных в общероссийские базовые (отраслевые) перечни (классификаторы) государственных и муниципальных услуг, и работ, оказание и выполнение которых предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации в целях медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации.

В настоящее время мероприятия по обеспечению лекарственными препаратами (далее ЛП) по рецептам военнослужащих, пенсионеров и ветеранов военной службы (далее военнослужащих) в федеральных государственных бюджетных учреждениях Министерства обороны Российской Федерации, осуществляющими оказание амбулаторной медицинской (ФГБУ) помощи выполняются, однако задание не определено, закупку ЛП на выполнение данных мероприятий проводят федеральные государственные казенные учреждения, подчиненные Главному военно-медицинскому управлению ФГКУ «Центр фармации и медицинской техники» Минобороны России, что затрудняет планирование, оперативность и вариативность при оказании лекарственной помощи пациентам.

В таблице приведен анализ количества человек, выполненный авторами в 12 КДЦ за предыдущие три года, в отношении которых проведена работа и стоимость ЛП выданных пациентам, из чего видно, что в среднем стоимость 1 работы по отпущенным ЛП составляет – 4,076 тыс.руб., следовательно, это вполне измеримая единица.

В связи с этим предлагается ввести работу по обеспечению при амбулаторном лечении ЛП лиц, для которых соответствующее право гарантировано законодательством Российской Федерации (далее – работа) в 12 КДЦ и включить в базовый (отраслевой) перечень (классификатор) государственных услуг (работ) Министерства обороны Российской Федерации.

Таблица 1

Год	Выдано на сумму (млн.руб)	Показатель объема работы (чел)	Стоимость ЛП на выполнение 1-й работы (тыс.руб)
2018	59,784	15329	3,900
2019	61,662	15538	3,968
2020	69,744	15992	4,361

Однако хотелось бы не забывать и о первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в дневных стационарах хирургического и терапевтического профиля. Стоимость настоящей услуги рассчитана с учетом используемых при этом медицинского имущества и лекарственных препаратов для медицинского применения. Для работников фармацевтического профиля осуществляющими планирование закупок, учет и отчетность по конкретным материальным средствам при этом затруднительно отслеживать для формирования отчетности по использованным лекарственным средствам при оказании данной услуги.

Право на получение результатов от выполненной работы пациентам ФГБУ, оказывающим медицинскую помощь амбулаторно, установлено статьей 16 федерального закона от 27.05.1998 № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» где не оговорено в каких условиях она оказывалась, тем более, работа осуществляется в интересах национальной безопасности страны.

Работники, принимающие участие в выполнении работы – провизоры и фармацевты аптек.

В объем выполняемой работы необходимо включить следующие практические действия и амортизацию используемого при этом оборудования:

- приемка ЛП, проверка количества и качества, распаковка, систематизация;
- организация хранения с соблюдением всех необходимых условий, выполнение требований надлежащей практики хранения ЛП;
- учет ЛП, сверка с бухгалтерскими данными, оформление отчетности;
- подборка необходимой номенклатуры ЛП и перемещение в помещение рецептурной;
- подготовка ЛП к выдаче в лечебные отделения;
- обработка рецептов, проверка правильности выписывания, выдача ЛП пациентам;
- обработка требований, поступивших из лечебных отделений, контроль выписываемых объемов относительно заявленного количества оказываемых услуг;
- сбор информации по отсутствующим ЛП в аптеке, подача заявок на закупку, контроль времени ожидания пациентами нужных ЛП;
- соблюдение санитарных норм в аптеке, содержание в исправном состоянии используемого оборудования и мебели.

Вывод: В целях гарантированного получения государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг военнослужащим, качественного и своевременного обеспечения их ЛП, выписанными лечащими врачами по рецептам предлагаем включить в базовый (отраслевой) перечень (классификатор) государственных услуг (работ) «Государственную работу по обеспечению при амбулаторном лечении лекарственными препаратами лиц, для которых соответствующее право гарантировано законодательством Российской Федерации».

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ ДИОКСИД ЦИРКОНИЯ

Ляшенко А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Одним из наиболее значимых этиологических факторов, помимо осложненного кариеса, является результат острой или хронической травмы, что приводит у пациентов к частичной вторичной потере зубов (адентии). Потеря зубов - процесс необратимый и восполнение его, то есть восстановление целостности зубных рядов, и коронок зубов, и реабилитация пациентов возможно только ортопедическими методами с помощью различных конструкций зубных протезов, в части эстетической стоматологии массово используют керамические, металлокерамические протезы. В ортопедической стоматологии наблюдается, все чаще тенденция к использованию неметаллических реставрационных материалов, так как красивые зубы важны для самочувствия и чувства комфорта. Пациенты хотят, чтобы реставрация была эстетически привлекательна, биосовместимой, выглядела натурально, и имела длительный срок службы. Наиболее перспективный материал для использования в реставрационной стоматологии является диоксид циркония, стабилизированный в тетрагональной модификации ($t\text{-ZrO}_2$). На базе ФГБУ «12КДЦ» МО РФ стоматологического центра при реабилитации пациентов применяются как металлокерамические протезы, так и современные конструкции на основе диоксида циркония.

В основе металлокерамического изделия – прочный литой каркас из одного металла или сплава, который покрывается керамическим материалом, образуя конструкцию толщиной 1,5–2 мм.

Коронка на основе диоксида циркония, имеющая толщину менее одного миллиметра, характеризуется не только прочностью, но и гипоаллергенностью, долговечностью, безопасностью, а также по внешнему виду практически не отличается от здоровых зубов.

Чтобы понять, диоксид циркония или металлокерамика – что лучше, приводим сравнительные характеристики для следующих аспектов:

1. Обточка зуба. Металлический каркас, придающий прочность металлокерамической коронке, требует значительной обточки зуба. В случае использования коронок на основе диоксида циркония, который обладает высокой прочностью, обточка зуба минимальна. В цифрах – толщина колпачка из диоксида циркония – 0,3 мм, а из металлического сплава – 0,6 мм, т.е., в случае применения диоксида циркония с двух сторон с зуба снимается на 0,6 мм костной ткани меньше;
2. Светопроницаемость. Металлокерамические коронки не обладают прозрачностью, свойственной тканям живого зуба. Диоксид циркония, напротив, имеет хорошую светопроницаемость. Сделанные из него коронки выглядят естественно и неотличимы от «родных» зубов. Даже в ультрафиолетовом свете (в ночном клубе) ничто не выдаст секрет новой улыбки;
3. Аллергические реакции. Металлические конструкции могут вызывать аллергические реакции. Диоксид циркония – биосовместимый материал и не вызывает аллергии;
4. Прочность. Металлические каркасы прочнее каркасов из диоксида циркония. Однако эта особенность важна при использовании мостовидных протезов, при протезировании единичными коронками данный фактор не оказывает существенного влияния на срок службы;
5. Возможность установок коронки без депульпации. Металлокерамические коронки обладают хорошей теплопроводностью. Чтобы зуб под коронкой не реагировал на горячее и холодное, нужно предварительно его депульпировать («удалить нерв»). Низкая теплопроводность диоксида циркония, как правило, позволяет сохранить под коронкой живой зуб без риска болезненных ощущений на высокие и низкие температуры;

6. Точность изготовления. Каркас металлокерамических коронок выплавляет зубной техник. На точность изготовления может влиять человеческий фактор. Производство коронок из диоксида циркония — процесс, контролируемый компьютером (технология CAD/CAM). Она обеспечивает точность «посадки» коронки и хорошее прилегание к обработанному зубу. Нет зазоров между зубом и коронкой, следовательно, под коронку не попадают бактерии и не развивается кариес.

Среди преимуществ циркониевого протезирования выделяют:

- Высокие показатели прочности, точности изготовления. Во избежание врачебных ошибок применяется компьютеризированная методика протезирования CAD/CAM. Данные, полученные в процессе сканирования полости рта, программно обрабатываются, в результате создается цифровая модель протеза. На основании модели при помощи станочного оборудования изготавливается индивидуальная коронка.
- Эстетический внешний вид (пропускают свет, неотличимы от родных зубов).
- Гипоаллергенность, безопасность материала для десен, полости рта и всего организма.
- Отсутствие необходимости в сильном обтачивании зуба.
- Высокую плотность прилегания к зубу (благодаря этому минимизируется вероятность развития воспалительных процессов).
- Антибактериальный эффект, за счет которого снижается риск развития кариеса.
- Безопасность и простоту установки.
- Неизменность (стойкость) цвета.
- Наличие возможности протезирования жевательных, передних зубов.
- Длительную гарантию (в среднем – 20 лет) на искусственные циркониевые зубы.

Ключевой недостаток изделий из циркония – высокая стоимость, объясняемая дороговизной материала, сложностью технологии изготовления.

У циркониевой конструкции, в отличие от металлокерамического протезирования минимум противопоказаний, в частности, нулевой риск аллергии. Отсутствует необходимость в депульпировании, сильной обточке живого зуба. Изделие быстрее изготавливается, не отличается от природных зубов. Стоимость превышает цену металлокерамики в несколько раз.

Выводы: с учетом наших условий оптимальный способ протезирования, перечень применяемых материалов выбирается в ходе консультаций со стоматологом с учетом индивидуальных особенностей пациента, его пожеланий и финансовых возможностей. Изделия на основе диоксида циркония, имеющий эстетическое сходство с настоящими зубами, устанавливается в переднюю, жевательную область, имеет отличную прочность, выдерживает повышенные нагрузки, целесообразно отдать предпочтение циркониевым изделиям, при этом стоматологическая ортопедическая реабилитация пациентов будет на более высоком и современном уровне.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ СРАВНЕНИЕ БОЛЬНЫХ IGA-НЕФРОПАТИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАРКЕРОВ ЦЕЛИАКИИ

Манцаева М.Е., Борисов А.Г., Стрелюхов А.А.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава РФ

ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко» МО РФ

Цель: Сравнить клиничко-лабораторное течение IgA-нефропатии по определенным показателям в зависимости от маркеров целиакии.

Материалы и методы: В исследование включены 52 пациента (48 мужчин, 4 женщины) с диагнозом IgA-нефропатия в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст $39,8 \pm 15,7$ лет), наблюдавшиеся

в нефрологическом отделении ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. Для верификации нарушений обмена глютена использованы серологические маркёры: антитела IgA к тканевой трансглутаминазе, антитела IgG, IgA к деамидированным пептидам глиадина, антитела к эндомизию, антитела к ретикулину. Проанализированы: креатинин, общий белок, IgA, расчётная скорость клубочковой фильтрации (pСКФ) по формуле СКД-ЕРІ, суточная протеинурия (СПУ), эритроцитурия. По результатам проведенного исследования сформированы две группы пациентов: 1-я - группа с IgA-нефропатией (n=43); 2-я – группа с IgA-нефропатией в сочетании с нарушением обмена глютена (n=9). Статистический анализ проводился в программе SPSS. Рассчитаны медиана (Me) с межквартильным размахом (Q1-Q3), среднее со стандартным отклонением (M±SD) и доверительным интервалом [95% ДИ]. Для выявления межгрупповых различий использован U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента. Нулевую статистическую гипотезу об отсутствии различий опровергали при p<0,05

Результаты: В 1-ой группе средний возраст составил 38,4±15,4 лет, распределение по полу: мужчин 89,5 %, женщин 10,5 %. Во 2ой группе средний возраст составил 46,6±16,3 лет, распределение по полу: все мужчины. Частота артериальной гипертензии у пациентов 1-ой группы составила 55,8 %, во 2-ой - 88,9%. Сравнительный анализ лабораторных данных в зависимости от наличия маркеров целиакии представлен в таблице 1.

Таблица 1. Сравнение лабораторных показателей в зависимости наличия маркеров целиакии.

Лабораторный показатель	Маркёры целиакии у пациентов с IgA-нефропатией				p
	Наличие		Отсутствие		
	M±SD	95% ДИ	M±SD	95% ДИ	
Эритроцитурия в п/зр.	15,3±11,2	5,9-24,6	24,1±25,7	16,1-31,9	0,4
СКФ по СКД-ЕРІ, мл/мин/1,73	66,2±34,2	39,9-92,5	79,5±23,2	72,3-86,6	0,2
IgA г/л.	4,4±1,6	3,1-5,8	4,4±1,7	3,8-4,9	0,9
Лабораторный показатель	Наличие		Отсутствие		p
	Me (Q1-Q3)	min-max	Me (Q1-Q3)	min-max	
Общий белок г/л	67,5 (67-69)	63,4-83,0	68,4 (63-72)	40,3-81,5	0,9
СПУ г/сут.	2,02 (1,6-2,5)	0,5-5,8	0,6 (0,4-1,2)	0,05-8,5	0,002*
Креатинин мкмоль/л.	102 (87-169)	84-318	99 (91,5-121)	67-213	0,5

* – различия показателей статистически значимы (p<0,05)

Вывод: В результате проведенного анализа было установлено статистически значимое увеличение суточной протеинурии в группе пациентов с наличием маркеров целиакии по сравнению с пациентами, не имеющих их (p=0,002). При сравнении других показателей: креатинин, общий белок, СКФ по СКД-ЕРІ, IgA, эритроциты в п/зр. статистически значимых различий в группах не выявлено. Частота артериальной гипертензии встречалась чаще во второй группе, по сравнению с первой. По половому признаку отмечено преобладание мужчин в обеих группах.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ И МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Масло Н.В., Мецзякова Ю.Б., Данилов Ю.А.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В современных условиях жизнедеятельность человека претерпевает определенные изменения, обусловленные ускорением ритма жизни, информатизацией/цифровизацией рабочих процессов и увеличением статической нагрузки на рабочем месте, оборудованным компьютерным устройством.

Перегрузки опорно-двигательного аппарата человека приводят к увеличению числа пациентов неврологического профиля с выраженным болевым синдромом, обращающихся за медицинской помощью в поликлиническое звено здравоохранения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, 1,71 миллиарда человек в мире страдают от нарушений и болезней костно-мышечной системы. Основная доля из данной группы заболеваний, приходится на заболевания позвоночника (на долю люмбаго приходится 568 миллионов человек в мире).

Нарушения и болезни костно-мышечной системы, являются ведущим фактором инвалидизации во всем мире, а люмбаго остается главной среди этих болезней причиной инвалидности в 160 странах мира.

В повседневной жизни таких пациентов это проявляется значительным ограничением подвижности и моторики, как следствие проявления – болевого синдрома, приводящего к снижению не только качества жизни и работоспособности, но и к преждевременному прекращению трудовой деятельности, снижению уровня благосостояния и сокращению возможностей для участия в жизни общества.

Маршрутизация таких пациентов в поликлинике заключается в направлении врачами терапевтического профиля в неврологическое отделение, где после проведенной медикаментозной терапии, врачом-неврологом рассматривается вопрос об усилении положительной динамики, направлением в физиотерапевтическое отделение.

Прием физиотерапевтических процедур на фоне медикаментозного лечения, назначенного врачом-неврологом значительно усиливает эффективность лечения больных за счёт уменьшения болевого синдрома и повышения трудоспособности пациентов, лечившихся в ФТО.

Поликлинический этап в сравнении с санаторно-курортным этапом, отличается невозможностью выполнения важных для повышения эффективности реабилитации требований: изменения образа жизни и смены привычных стереотипов труда и отдыха.

Это ставит новую задачу для медицинского персонала поликлиники –повышения эффективности реабилитации.

За последние семь месяцев в физиотерапевтическое отделение поликлиники обратилось 137 пациентов (мужчин – 97 человек и женщин – 40 человек) с болевым синдромом, проявляющимся цервикалгией (37 человек), торакалгией (31 больной) и люмбалгией (69 пациентов).

Пациенты были разделены на 2 группы:

- группа 1 – 97 человек (67 мужчин и 30 женщин) получали физиотерапевтические процедуры, а именно синусомодулированные токи (далее – СМТ) вместе с магнитотерапией (далее – МТ);
- группа 2 – 40 пациентам (30 мужчин и 10 женщин) дополнительно к физиотерапевтическим процедурам (СМТ+МТ) было проведена мануальная терапия методом постизометрической релаксации (далее – ПИР).

В результате проведенного лечения у пациентов обеих групп наступило улучшение состояния (снижение болевого синдрома, увеличение подвижности и моторики в поражённых отделах позвоночника) (Табл. 1).

В группе больных, получавших только физиотерапевтическое лечение значительное улучшение клинического состояния отметили 49 (73,1 %) мужчин и 20 (66,7 %) женщин. Включение в лечебный комплекс мануальной терапии позволило существенно улучшить эффективность лечения. В частности, значительное улучшение клинического состояния отметили 28 (93,3 %) мужчин и 9 (90,0 %) женщин.

Таблица 1

Группа	группа 1 (97 человек)		группа 2 (40 человек)	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Пол				
Количество	67	30	30	10
Метод	СМТ+МТ	СМТ+МТ	СМТ+МТ +ПИР	СМТ+МТ +ПИР
Значительное улучшение	49 (73,1 %)	20 (66,7 %)	28 (93,3 %)	9 (90,0 %)
Улучшение	18 (26,1 %)	10 (33,3 %)	2 (6,7 %)	1 (10,0 %)

Вывод: включение в лечебный комплекс даже однократной процедуры мануальной терапии вместе с физиотерапевтическим лечением повышает эффективность лечения неврологических больных с выраженным болевым синдромом, что позволяет использовать этот метод в реабилитации данной группы пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ АБУЗУСНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Мещерякова Ю.Б., Данилов Ю.А., Коваленко Т.Г.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Абузусная головная боль (далее – АГБ) или медикаментозно-индуцированная головная боль (далее – МИГБ) — головная боль, возникающая у пациентов, страдающих одной из форм первичной головной боли, вследствие регулярного (бесконтрольного) приема обезболивающих препаратов. От 2 до 8 % всех головных болей в популяции отвечают критериям абузусных. Данный показатель выше в странах, где основная масса анальгетических препаратов отпускается без рецептов.

Диагностика данной формы головной боли основывается, по сути, на тщательном изучении анамнеза. При подозрении на лекарственный абюзус пациенту рекомендуется ведение дневника головной боли, где отображается время возникновения болевых эпизодов, их интенсивность, а также количество принимаемых обезболивающих препаратов. Это позволяет соотнести критерии АГБ с клиническими проявлениями головной боли каждого конкретного пациента и оценивать эффективность лечения.

Основным принципом лечения АГБ является сочетание быстрой отмены препарата(ов) с назначением традиционной профилактической терапии. В течение первых 3–7 дней после резкой отмены препарата, чаще всего возникает абстинентное состояние, проявляющееся усилением головной боли, тошнотой, рвотой, тревожностью, нарушением сна, что требует тщательного контроля состояния здоровья пациента, а также проведения «дезинтоксикационной» и профилактической терапии.

Материал и методы

Из 202 пациентов, проходящих амбулаторное лечение в поликлинике (г. Москва, Краснокурсантский проезд) ФГБУ «12 КДЦ» Минобороны России с различными формами первичной головной боли (мигрень, ГБН) за период с января 2018 по май 2021 гг. выявлено 38 случаев АГБ.

В зависимости от тяжести проявлений АГБ и возможности пациентов ежедневно являться в поликлинику в течение 10 дней им предлагалось 2 вида стандартизированного лечения:

1. отмена препарата – дезинтоксикационная терапия в условиях дневного стационара поликлиники – назначение профилактического лечения;
2. отмена препарата – назначение профилактического лечения.

Вместе с тем, в связи с развитием интенсивной головной боли (9 баллов по ВАШ), один пациент (мужчина) был направлен на лечение в отделение неотложной медицинской помощи и помощи на дому для проведения интенсивной терапии до начала лечения в дневном стационаре.

Дезинтоксикационная терапия включала «дезинтоксикационный мост» (курсом 10 дней) утром – Дексаметазон 4-8 мг + Магния сульфат 25 % – 10,0 мл + Натрия хлорид 0,9 % – 200,0 мл. Профилактическое лечение включало в себя антидепрессанты или антиконвульсанты, которые назначались исходя из клинических рекомендаций, отсутствия/наличия противопоказаний для приема. Профилактическое лечение у пациентов 1 группы начиналось одновременно с дезинтоксикационной терапией.

Всеми пациентами велся стандартизированный дневник ГБ. Выбрано три точки контроля: точка 1 до начала терапии, точка 2 – на 10-й день лечения и точка 3 – через 1 месяц от начала терапии. В каждой точке определялась средняя интенсивность ГБ по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) за последние 10 дней исходя из данных дневника пациента.

Основные результаты

Из 38 пациентов лечение проходили 25 мужчин и 13 женщин (65,8 % и 34,2 % соответственно).

В группу 1 (Г-1) вошли 18 человек (13 мужчин и 5 женщин), средний возраст $37,8 \pm 10,3$ лет, $Me=35,0$ [26,5-46,0]. Группу 2 (Г-2) составили 20 пациентов (12 мужчин и 8 женщин) средний возраст $41,8 \pm 8,3$ лет, $Me=40,5$ [35,5-46,5].

При анализе результатов выявлено, что в группе 1 входили пациенты с изначально более выраженными и интенсивными головным болям (Г-1 $7,6 \pm 1,2$ $Me=7,2$ [6,5-8,2]; Г-2 $6,0 \pm 0,9$ $Me=6,3$ [5,5-6,7]; $p < 0,01$). При этом в группе 1 на 2-й точке контроля (Г-1 $4,3 \pm 1,2$ $Me=4,6$ [3,7-5,4]; Г-2 $5,3 \pm 1,1$ $Me=5$ [4,1-6,4]; $p < 0,01$) и на 3-й точке контроля (Г-1 $3,4 \pm 1,4$ $Me=3,2$ [2,1-4,7]; Г-2 $3,9 \pm 1,1$ $Me=3,7$ [3,2-4,8]; $p > 0,05$) пациенты показывали большую положительную динамику по сравнению с пациентами из 2 группы.

На фоне лечения в обеих группах отмечалось достоверное улучшение самочувствия пациентов, что демонстрирует эффективность назначенной терапии.

Произведено сравнение показателей головной боли у мужчин и женщин (25 и 13 человек соответственно) в общей группе вне зависимости от проводимого лечения. Так, при отсутствии достоверной разницы показателей ГБ исходно (мужчины – $6,7 \pm 1,1$ $Me=6,7$ [5,5-6,8] и женщины – $7,3 \pm 1,2$ $Me=6,7$ [6,2-8,1]; $p > 0,05$), выявлено достоверно меньшая интенсивность головной боли у мужчин через 10 дней от начала терапии ($4,3 \pm 0,8$ $Me=4,1$ [4,1-5,2]; $5,6 \pm 1,7$ $Me=5,7$ [5-7,1]; $p < 0,05$). Это соотносится с исследованиями некоторых авторов, которые объясняют меньшую эффективность лечения женщин в виду более выраженного по сравнению с мужчинами аффективного компонента.

Заключение

Таким образом, совмещение дезинтоксикационной терапии с профилактическим лечением в период отмены «виновного препарата» является приоритетной тактикой лечения пациентов с АГБ и демонстрирует хороший терапевтический эффект.

Лечение АГБ в условиях дневного стационара, на наш взгляд, является преимущественным, т.к. пациент находится под ежедневным контролем лечащего врача или врача госпитального отделения (дневного стационара) поликлиники и получает всю необходимую медикаментозную терапию, также как и в круглосуточном стационаре. При этом пациент, ежедневно возвращаясь домой, находится в привычной обстановке, что безусловно дает позитивный настрой на лечение.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ГОСПИТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ПОЛИКЛИНИКИ

Михайлов А.А., Марченко А.Н., Коваленко Т.Г.
ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Актуальность. Во всем мире хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей возникают в среднем у 2-3 % населения, причем с возрастом частота их увеличивается, достигая на седьмом десятилетии жизни 5-7 %. Заболевание неуклонно прогрессирует, ухудшая результаты консервативного и хирургического лечения, приводя к ранней инвалидизации.

Лечение хронической ишемии нижних конечностей на сегодняшний день является одной из наиболее сложных проблем ангиологии, особенно при поражении артерии голени и стопы. Частота выполненных ампутаций при заболевании, обусловленных ишемией, колеблется в пределах 16-46 на 100000 населения в год. Современные консервативные методы лечения больных с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей не блокируют развитие атеросклероза, а лишь замедляют его.

Цель: оценка эффективности применения парентеральной сосудистой терапии у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей на различных стадиях ишемии конечности в условиях госпитального отделения поликлиники.

Методы: нами изучена эффективность консервативного лечения больных с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей в условиях госпитального отделения поликлиники.

За период с 2020 года по первую половину 2021 года в хирургическом отделении было зарегистрировано 467 обращений больных с облитерирующими заболеваниями. Пациентам была назначена медикаментозная терапия (антиагрегантные средства, статины и др.), однако у ряда пациентов на фоне назначенного лечения отмечалось незначительное улучшение состояния, что потребовало продолжения лечения в условиях госпитального отделения поликлиники.

В госпитального отделения поликлиники было пролечено 56 пациентов (43 больных в 2020 году и 13 в первом полугодии 2021 года).

Средний возраст пациентов составил $74,2 \pm 8,5$ лет. Превалировали пациенты мужского пола – 53 больных (94 % от направленных).

Степени ишемии (хроническая артериальная недостаточность (далее – ХАН) определяли по классификации I.Fontaine – А.В. Покровского.

Из них ХАН 1 ст. диагностировалась у 31 пациента; ХАН 2А ст. у 19 человек и ХАН 2Б ст. – у 7 больных.

Всем пациентам перед проводимой терапией было проведено ультразвуковое ангиологическое сканирование артерий нижних конечностей, определен липидный спектр крови, пациенты осмотрены терапевтом или кардиологом, для исключения противопоказаний к проводимой терапии.

Пациентам проводилась инфузионная терапия с применением препарата пентоксифиллин внутривенно капельно в дозе 100 мг в 200 мл физиологического раствора. Курс лечения состоял из 10 внутривенных инфузий препарата.

Результаты: При ишемии 1 степени у 29 пациентов отмечалось улучшение в виде уменьшения зябкости, отсутствия болей при ходьбе более 1 км, у 2 пациентов оценить результат не удалось в связи с прерыванием курса терапии по инициативе пациента.

При ишемии 2А степени наступление регресса перемежающейся хромоты отметили 16 пациентов; у 3 пациентов проводимая терапия не привела к положительной динамики.

При ишемии 2Б степени результат расценивался как удовлетворительный (наступление регресса перемежающейся хромоты) – 5 пациентов; у 2 пациентов положительная динамика отсутствовала в результате лечения.

Таким образом, в результате в 49 случаях (87,5%) достигнут положительный результат от лечения, лишь в 7 случаях (12,5%) не достигнут положительный результат по разным причинам.

Выводы: Учитывая достаточно большое количество пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей на амбулаторном приеме врача-хирурга поликлиники и доступности эффективной сосудистой терапии в условиях госпитального отделения поликлиники, считаем необходимым увеличение количества пациентов направляемых на сосудистую терапию в дневной стационар госпитального отделения поликлиники.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В 12 КДЦ

Мокиенко В.П., Левченко В.Н., Седых А.А.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

На современном этапе оказание качественной медицинской помощи в медицинской организации основано на тесном взаимодействии врачей с фармацевтическими работниками, которые обеспечивают обращение лекарственных препаратов и медицинских изделий, начиная от планирования потребности в них и заканчивая организацией утилизации (уничтожения) медицинского имущества, пришедшего в негодное состояние.

Провизоры и фармацевты – доверительный источник информации и практических советов в вопросах здоровья и применения лекарственных средств. Однако они не могут работать изолированно и должны разделять общую ответственность со всеми работниками здравоохранения в служении обществу и достижении целей общественного здравоохранения.

Качество оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации напрямую зависит от наличия современных качественных и безопасных лекарственных препаратов в достаточном количестве и технически передового медицинского оборудования.

В связи с этим в 12 КДЦ принимаются исчерпывающие меры по обеспечению лечебного процесса необходимым медицинским имуществом. Но при этом к сотрудникам подразделений медицинского снабжения предъявляются повышенные требования при доведении лекарственных препаратов и использования медицинских изделий от закупки до применения пациентом.

С этой целью возникла необходимость внедрения в повседневную деятельность 12 КДЦ системы менеджмента качества (СМК) обращения лекарственных препаратов и медицинских изделий и организации постоянного внутреннего контроля процессов, связанных с применением лекарственных препаратов и использованием медицинских изделий – от простых расходных материалов до сложного медицинского оборудования. Важным этапом успешной деятельности в сфере СМК стало создание медицинского кабинета (контроля качества оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности), выполняющего функции службы внутреннего аудита, с целью формирования надежной контрольной среды, для измерения и анализа, обеспечения потребности органов управления 12 КДЦ информацией по интересующим их вопросам. Современным подходом в СМК является переход от текущего контроля (соблюдения нормативных требований, внутренних правил, локальных актов 12 КДЦ, требований стандартов) к контролю сохранения и рационального использования ресурсов, оценке рисков и их снижению. Для чего в 12 КДЦ проведены организационные и практические мероприятия:

1. В штат кабинета контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности включена должность провизора – уполномоченного по качеству обращения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

2. Разработаны должностные инструкции управляющего по качеству, с предоставлением реальных властных полномочий для воздействия на руководителей различных подразделений и возложением обязанностей по внедрению СМК.
3. Проведен вводный аудит на соблюдение в 12 КДЦ стандартов семейства ISO-9000, надлежащих практик при обращении лекарственных препаратов для медицинского применения, технических требований при эксплуатации медицинского оборудования.
4. Выработано дерево стандартных операционных процедур (СОП) – определенный перечень взаимосвязанных процедур, охватывающий все процессы обращения лекарственных препаратов и медицинских изделий от закупочных мероприятий до организации утилизации (уничтожения), пришедшего в негодное состояние медицинского имущества. В настоящее время в разработке 35 СОПов.
5. Разработан проект локального акта - «Порядок обращения лекарственных средств и медицинских изделий в 12 КДЦ» - совокупность требований, предъявляемых к помещениям, персоналу, санитарному режиму, условиям хранения, формам обслуживания, правилам отпуска, входному контролю ЛП и МИ, др. показателям, обеспечивающим качество ОЛПиМИ в ВМО, основа системы документов по обеспечению ВКК ОЛПиМИ.
6. Для осуществления дальнейшего постоянного контроля качества подготовлены чек-листы с конкретным перечислением требований, с таким учетом, чтобы ответ на вопрос трактовался лаконично – ДА или НЕТ.
7. Разработан план внутренних проверок соблюдения всех требований при обращении лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе, при возникновении рисков предусмотрены внеплановые проверки.
8. Выработана методика оформления и представления руководителю отчетов о проведенных проверках с корректирующими действиями по результатам проверок.
9. Проводится мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в 12 КДЦ не реже раза в квартал. Анализируется информация о побочных действиях, нежелательных реакциях при их применении. Информацию уполномоченный по качеству своевременно передает в Росздравнадзор.

Вывод: Таким образом, в 12 КДЦ выстраивается стройная система менеджмента качества обращения лекарственных препаратов и медицинских изделий, направленная на обеспечение лечебного процесса качественными лекарственными препаратами, современными медицинскими изделиями и новейшими образцами медицинского оборудования, позволяющая укреплять и поддерживать состояние здоровья прикрепленного контингента.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

**Мустаев О.З.¹, Ивченко Е.В.², Чепур С.В.³,
Селезнёв А.Б.³, Иванов В.С.², Сущенин А.А.¹**

¹Филиал Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова, г. Москва

²Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, г. Санкт-Петербург

³Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной
медицины Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Специфические условия профессиональной деятельности военнослужащих отражаются и в особенностях обращения лекарственных препаратов, предназначенных для применения в условиях военного времени, ведения военных (боевых) действий, выполнения боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач с целью диагностики, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия оружия, вооружения и военной техники, неблагоприятных химических, биологических и радиационных факторов (далее – лекарственные препараты, предназначенные для применения в условиях военного времени), что на законодательном уровне закреплено Федеральным законом от 27 декабря 2019 г. № 518-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обороне» и статью 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Актуальным, в настоящее время, является уточнение, а в некоторых аспектах обращения лекарственных средств и разработка новых технологий, в частности, в клинических исследованиях, производстве, изготовлении, отпуске, передаче (от производителя потребителям) и применении лекарственных препаратов, предназначенных для применения в условиях военного времени.

Основой обращения лекарственных препаратов гражданского оборота является соблюдение требований Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», однако, в некоторых случаях, трудно осуществимых в ходе обращения лекарственных препаратов, предназначенных для применения в условиях военного времени. В частности, ряд показаний для применения названных средств вне вооруженных конфликтов не встречается, даже в условиях чрезвычайных ситуаций мирного времени. С этим же фактом связана и невозможность соблюдения требований по фармаконадзору, когда анализ результатов применения лекарственных препаратов после их государственной регистрации возможно не будет осуществлен. Отдельной проблемой стоит и оценка безопасности и эффективности разрабатываемых лекарственных препаратов в ходе клинических исследований, так как их проведение регламентировано условиями медицинских организаций, сталкивается с необходимостью использования синдромосходных состояний, а также этическими ограничениями. Проблемой является и организация промышленного выпуска лекарственных препаратов, предназначенных для применения в условиях военного времени, что обусловлено отсутствием при их производстве экономической выгоды, а в некоторых случаях и лимитом времени для наработки партий препаратов (особенно в условиях крупных фармацевтических производств).

Для разрешения указанных проблем требуется проведение всестороннего анализа существующего опыта разработки и выпуска подобных лекарственных средств за рубежом и в СССР, а также реализация малосерийного производства лекарственных препаратов по месту хранения с соблюдением стандартов качества и контроля, адаптированных и стандартизированных под малые объемы производства.

ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ПРОЦЕССЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

Насанкаев М.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Проблема потери зубов по поводу осложненного кариеса, патологий прикуса, травм очень распространена среди населения. Недостаточная гигиена, нерегулярные профосмотры полости рта, поздние обращения к специалистам. Все это приводит к ранней потере зубов. После хирургической санации встает вопрос в реабилитации таких пациентов. Успехи последних трёх десятилетий в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии расширили диапазон ортопедической помощи. Речь о широком применении дентальной имплантации. Но порой условия для имплантации в альвеолярном отростке челюстей далеки от идеальных. И перед имплантацией приходится подготавливать места, путем увеличения параметров альвеолярных отростков. В этой связи в широкое применение вошли так называемые костнопластические материалы и комплекты (остеогенетики). На базе стоматологического центра ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ применяются как гранулированные, так и плоскостные материалы. Внедрение этих технологий заметно улучшило стоматологическую реабилитацию пациентов. В частности, это улучшило физиологию жевательного процесса, дикцию и в целом социальную адаптацию. В настоящее время врачи-стоматологи и челюстно-лицевые хирурги все чаще сталкиваются в клинической практике с необходимостью замещения разнообразных костных дефектов у различных групп пациентов. Это связано: с ростом травм и остеопении (на фоне урбанизации населения); развитием имплантологии (в 1/3 случаев операций имплантации требуется дополнительный костный материал); патологической резорбцией костной ткани при пародонтите и пародонтозе; естественной потребностью в ней при проведении операций апексэктомии, цистэктомии, реконструкции альвеолярного отростка и др.; внедрением в практику новых методик лечения. Традиционно для замещения данных дефектов используются различные остеопластические материалы, которые можно разделить на 4 больших группы (по происхождению): аутогенные (донором является сам пациент), аллогенные (донором является другой человек), ксеногенные (донором является животное), аллопластические (синтетические). Каждая группа материалов обладает своими плюсами и минусами, что зачастую ставит перед врачом непростой выбор.

Остеопластические материалы представляют собой имплантаты, способствующие формированию кости. При этом они обеспечивают локальную остеокондуктивную, остеоиндуктивную или остеогенную активность. В соответствии с происхождением все остеопластические материалы разделяют на четыре основные группы:

- аутогенные (донором выступает пациент);
- аллогенные (донором является другой человек);
- ксеногенные (донором выступает животное);
- синтетические (выполнены на основе солей кальция).

В крайне редких случаях специалисты прибегают к использованию ксеногенного костного материала для имплантации. Он обладает остеокондуктивными свойствами, сохраняет исходную минеральную структуру кости. Ксенокость (природный гидроксипатит) получают из костной ткани млекопитающих. Структура костей животных идентична кости человека, что позволяет их использовать в стоматологической практике. Ксенокость предварительно подвергают специальной обработке и деантигенизации. Это позволяет устранить из ее состава все факторы, провоцирующие развитие иммунологической и аллергической реакции.

В зависимости от типа обработки различают ксеноматериалы с низкотемпературной обработкой, ксеноматериалы с высокотемпературной обработкой и ксеноматериалы на основе энзимных технологий. Различают два основных метода деантигенизации. Самый эффективный и популярный – термическая

обработка при повышенной температуре (около 700–1000 С°), после которой все органические вещества испаряются. Ксенокость не дает усадку. За счет синхронности процессов разрушения и восстановления костной возникает физиологическое замещение искусственных костных гранул натуральной костью, без утраты объема.

Остановимся подробнее на используемых остеогенетиках. Коллапан-Л- изделие из гидроксиапатита с коллагеном 2 типа и антимикробным средством Линкомицином гидрохлоридом. Используется для заполнения костных полостей: сохранение параметров альвеолярного гребня (в эстетически значимой зоне), аугментация, периимплантит, синус-лифтинг, горизонтальная аугментация, вертикальная аугментация, кистозные дефекты, поражения пародонта (вертикальные, фуркации первого и второго типа).

Следующим представителем остеокондуктивных материалов является Bio – Oss. Это натуральный костный минерал, получаемый из костной ткани крупного рогатого скота. Выпускается в виде гранулята и блоков вещества кости. Гранулят также доступен в аппликаторе в виде ручки. Минерал высокой степени очистки из натуральной кости путем многостадийного процесса. Поскольку материал имеет природное происхождение, он химически и структурно совместим с минерализованной костью человека. Стерилизуется посредством гамма-облучения.

Золотым стандартом в костной пластике альвеолярных гребней считается аутокость, получаемая непосредственно в донорском участке тела пациента. В полости рта таковыми являются косая линия нижней челюсти, подбородочная область, бугор верхней челюсти. Если необходимо получение более объемных трансплантатов, то в качестве донорских участков могут быть использованы ребра, гребень подвздошной кости, теменная область. В амбулаторной практике эти участки не рассматриваются, так как требуют соблюдение более высоких условий асептики. Аутокость обладает как остеоиндуктивными- стимулирует образование новой кости, так и остеокондуктивными- способствует миграции остеобластов, свойствами. Существенным недостатком данного материала является значительная резорбция-до 50% от начального объема. По этой причине было предложено использовать смеси ауто и ксеноматериалов в различных пропорциях. В зависимости от поставленных целей аугментации. Аутоматериал обеспечит индуктивные, а ксеноматериал играет каркасную роль, тем самым благоприятно формируя гребень.

Тромбоциты-один из важнейших элементов регенерации-являются аутологичным источником факторов роста. Согласно исследованиям, тромбоциты могут секретировать факторы роста только после образования фибринового сгустка.

В случае замещения костной ткани перспективно применение тканеинженерных конструкций (ТИК) – комплексных биосистем, состоящих из функционально-ориентированного биоматериала, служащего каркас-матрицей, на которой адгезируются культуры клеток. В качестве матрицы допустимо использование материала, отвечающего следующим параметрам: 1) биологическая совместимость на уровне культивируемых клеток, а также тканей макроорганизма; 2) отсутствие токсичности, включая образуемые продукты деградации; 3) способствовать адгезии, пролиферации и дифференцировке клеток; 4) обеспечивать свободный доступ субстратов и отток продуктов метаболизма; 5) кинетика биорезорбции должна соответствовать процессам неогенеза замещаемой ткани; 6) пористость (последние исследования показали, что данное свойство оказывает наибольшее влияние на активность клеток.

Выводы: Применимо к нашей специфике работы можно резюмировать, что использование костнопластических материалов в повседневной практике способствует решению широкого спектра дефектов зубных рядов. Тем самым повышая качество стоматологической реабилитации пациентов.

ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПАЦИЕНТОВ С ФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Нефедов Н.А., Александров А.С., Александрова Л.А.,
Давидова Н.Л., Кушил З.П., Лясота Е.В., Орловская Л.Е., Сафронова А.Г., Тарасенков В.Н.
ФГКУ «КДЦ ГШ ВС РФ»*

Актуальность рассматриваемого вопроса

По данным пятилетних наблюдений оценить структуру и особенности госпитализации по неотложным показаниям пациентов с офтальмологической патологией.

Материалы и методы исследования

По материалам работы офтальмологического отделения поликлиники за 2014-2019 гг. исследовались показатели госпитализации по неотложным показаниям. Всего на стационарное лечение в офтальмологическое отделение госпиталя были направлены 2410 пациентов. Из них планово – 2355 чел. (97,7%) (1-я группа), по неотложным показаниям – 55 чел. (2,3%) (2-я группа). Методы: статистический, аналитический.

Основные результаты

При исследовании структуры госпитализации пациентов с офтальмологической патологией по неотложным показаниям было установлено, что чаще всего встречались заболевания сосудистого генеза (51%, 28 чел.): гемофтальм, диабетическая ретинопатия, ретинальные кровоизлияния, окклюзии сосудов сетчатки и зрительного нерва.

Заболевания органа зрения воспалительного характера- острые увеиты, кератиты, дакриоциститы отмечались у 12 чел. (22%). У 8 чел. (15%) причиной срочной госпитализации была отслойка сетчатки. У 6 чел. (11%) был острый приступ глаукомы, у 1 чел. (2%) – набухающая катаракта.

Среди пациентов 2-й группы преобладали мужчины – 84% (46 чел.), в 1-й группе доля мужчин составила 65% (1527 чел.) ($p < 0,05$). Средний возраст пациентов составил $70,9 \pm 13,0$ лет (у лиц 1-й группы – $74,9 \pm 10,4$ лет ($p < 0,05$)).

При оценке сезонности госпитализации обращает внимание, что большая часть пациентов (71%) направлялись на стационарное лечение в летний (42%, 23 чел.) и осенний (29%, 16 чел.) периоды.

В зимние и весенние месяцы поступили по 8 чел. (по 14,5%). Изучение структуры сезонности неотложной госпитализации пациентов с офтальмологической патологией показала, что в летние месяцы чаще поступали в стационар больные с заболеваниями сосудистого генеза (соотношение к воспалительным заболеваниям составило 16:1). В остальное время года – это соотношение составляло 1:1. Среди лиц с воспалительными заболеваниями 9 из 12 случаев приходились, а весенние и осенние месяцы. Определенной сезонности госпитализации по неотложным показаниям пациентов с острым приступом закрытоугольной глаукомы и отслойками сетчатке не наблюдалось.

Сроки стационарного лечения пациентов составили: при заболеваниях сосудистого генеза- $11,3 \pm 3,8$ (3; 19) суток при воспалительных заболеваниях- $9,7 \pm 2,8$ (3; 13) суток при отслойках сетчатки- $11,9 \pm 4,9$ (5; 20) суток при остром приступе закрытоугольной глаукомы- $10,7 \pm 4,4$ (5; 16) суток. Значимых различий в сроках лечения пациентов данных нозологических групп не наблюдалось.

Заключение

1. Данные пятилетних наблюдений ($n=2410$) показали, что доля лиц с офтальмологической патологией, направляемых на стационарное лечение по неотложным показаниям 2,3% ($n=55$);

2. Причинами срочной госпитализации были: заболевания сосудистого генеза (51%), воспалительные заболевания (22%), отслойка сетчатки (15%), острый приступ закрытоугольной глаукомы (11%), набухающая катаракта (2%);

3. Чаще всего пациенты поступали в офтальмологический стационар по неотложным показаниям в летний период по причине заболеваний сосудистого генеза (29%). Это может объясняться повышением физической активности пациентов (дача, огород, отдых) и изменением водно-электролитного баланса в летние месяцы.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Николаев Р.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

По своей идее диспансеризация направлена на раннее выявление хронических заболеваний. Однако, эффективность диспансеризации все еще остается достаточно сомнительной. Возможно, низкая эффективность диспансеризации связана с фактически единственным критерием оценки её качества – числом лиц, которые полностью прошли диспансеризацию. Затратность проекта в масштабах Вооруженных Сил весьма велика и государство вправе ожидать эффективных результатов.

Одной из основных проблем является отсутствие нормативно-правовых актов об обязательности прохождения II этапа диспансеризации.

В погоне за статистическими данными диспансеризация превращается в ненужную процедуру. У самого пациента не всегда есть мотивация сохранения и укрепления своего здоровья, отсутствует оценка своего здоровья как «капитала», который надо беречь.

Отсутствие четкой электронной системы позволяющего структурировать одну из основных принципов военной медицины- преемственность. Электронная система диспансерного наблюдения заранее напомнит врачу о необходимости обследования по заболеванию, а при коморбидности не позволит дублировать обследования и осмотры (особенно в наше время бездушного медицинского менеджмента). При постоянных перемещениях военнослужащих, не позволит утерять медицинскую документацию, при военно-врачебной экспертизе не позволит скрыть, путем банального вырывания листов пациентом, «не нужной» информации.

Кроме того, проведение диспансеризации требует достаточных временных затрат, как со стороны пациента, так и лечебного учреждения, и согласия командира на отсутствие подчиненного на рабочем месте в течение 1–2 дней.

Военная медицина как подразделение тылового обеспечения создана для всестороннего обеспечения военнослужащих, а не наоборот. Соответственно многочисленные мероприятия повседневной деятельности, учебные и боевые задачи значительно усложняют работу врача.

«Неразбериха» между Руководством по физической подготовке и временной инструкцией, приводит к постоянным конфликтам с врачами о возможности допуска к сдаче нормативов физической готовности. Необходимо четко определить заболевания, препятствующие к сдаче нормативов, чтоб не у кого не вызывало никаких сомнений.

Отдельной красной нитью, сквозь сказанное, проходит приказ начальника ГВМУ № 111, который разделяет первичную медико-санитарную помощь на консультативную и так скажем «полное» прикрепление к военно-лечебной организации.

Прикрепление на медицинское обслуживание подразделениями, организациями и воинскими частями, а не подшеювое обслуживание приводит к абсурду: военнослужащий, у которого во дворе ведомственная поликлиника, должен наблюдаться в другом конце Москвы, а то и в отдаленных участках области. Формирование электронного регистра решит этот вопрос и позволит качественно и своевременно оказывать медицинскую помощь в любом уголке страны.

Анализ второй составляющей системы диспансеризации военнослужащих организации самого процесса проведения диспансеризации, позволил выявить следующие проблемы:

- отсутствие возможности своевременного проведения рентгенологических и лабораторных исследований в купе с хроническим недостатком времени у военнослужащих, затягивает прохождение УМО;
- недостаточность времени на приеме узких специалистов, вынужденных фактически в одно и то же время осуществлять как первичную медико-санитарную помощь населению в поликлинике, так и проводить диспансеризацию и активное диспансерное наблюдение зачастую и военно-врачебную экспертизу;
- увеличивающийся объем работы выполнения возложенных на персонал задач не возможен без снижения качества медицинской помощи.

Необходимость проведения работ повышению эффективности диспансеризации военнослужащих очевидна. Однако, успешная реализация проекта в целях раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых, возможна лишь при детальной разработке законодательной регламентации проекта и взаимодействии всех звеньев, участвующих в решении задач по сохранению здоровья нации, в том числе самого военнослужащего, командира, военно-медицинской организации.

Выявленные проблемы проведения диспансеризации, непосредственно связаны с отношением наших военнослужащих к состоянию собственного здоровья. Формирование концепции здорового образа жизни, отказ от саморазрушительных привычек: курения, злоупотребления алкоголем, неправильного питания, игнорирования профилактических мер в отношении собственного здоровья – вот то, на что должно быть нацелено внимание как государства, так и каждого гражданина, и в этом нам помогут недавно сформированные кабинеты медицинской профилактики.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ – СИНДРОМ ВОЗРАСТНОЙ СТОПЫ

Новикова Е.Н., Горелик С.Г., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю., Соловьянович Е.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Синдром возрастной стопы – это региональный синдром, который проявляется нарушением биологических, функциональных, социальных, эстетических и прочих функций стопы вследствие возраст-ассоциированных заболеваний и/или возрастных изменений тканей.

Возрастная стопа встречается более чем у 60% людей в возрасте 40 лет и старше. При этом возрастные изменения стопы имеют не только важное эстетическое значение, но и могут приводить к ряду неблагоприятных возраст-ассоциированных последствий, например к синдрому нарушения походки, снижения двигательной активности и синдрому падений.

Функции стопы:

1. Опорная;
2. Балансировочная (скейтная);
3. Рессорная (батутная);
4. Локомоторная (толчковая, танцевальная);
5. Рефлексогенная (тактильная).

В ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ проведен анализ 21 медицинской книжки военных пенсионеров для выявления частоты встречаемости синдрома возрастной стопы (таблица 1).

Таблица 1. Медико-социальная характеристика пациентов

Характеристика популяции	Число пациентов	%
возраст		
65-70 лет	9	42,86
71-75 лет	8	38,10
76-80 лет	2	9,52

81-85 лет	2	9,52
Сопутствующая патология		
ИБС	11	52,38
Сахарный диабет 2 типа	3	14,29
Остеохондроз	6	28,57
Ожирение	2	9,52
Полиостеоартроз	20	95,24
Гипертоническая болезнь	17	80,95
Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей	13	61,90
Хроническая болезнь почек	8	38,10

В основе патогенеза развития синдрома возрастной стопы лежат изменения костей, суставов, мышечной ткани, нервной ткани, сосудистой стенки и сосудов стопы, кожи, ногтей, периферического кровоснабжения.

У обследованных пациентов 12 КДЦ выявлены следующие признаки возрастной стопы:

- гиперкератоз, ороговелости у 57% пациентов;
- охиномикоз – 24%;
- плоскостопие вальгусная деформация первого пальца – 26%;
- пяточная шпора (подошвенный фасциит) – 10%;
- остеоартроз суставов стоп – 90%.
- поражения сосудов нижних конечностей являются значимой причиной, приводящей к формированию возраст-ассоциированных изменений стопы и, как следствие, нарушению передвижения. Результаты проведенного инструментального обследования пациентов 12 КДЦ методом ультразвуковой доплерографии, свидетельствуют о более выраженных изменениях сосудистой системы нижних конечностей в возрасте 70 – 85 лет.

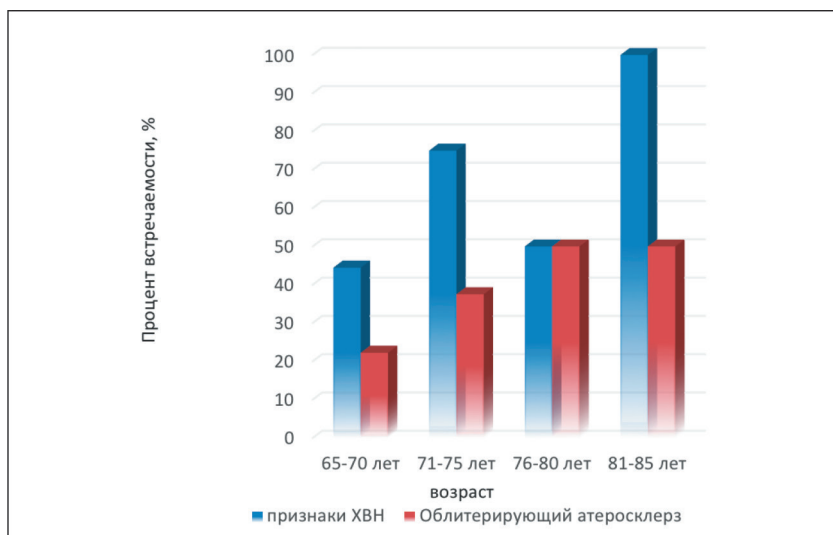


Рисунок 1. Возрастная динамика состояния регионарного кровотока нижних конечностей и стоп

Алгоритмы диагностики пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом возрастной стопы в условиях поликлиники

Алгоритм диагностики синдрома возрастной стопы в возрасте 55 – 69 лет включает в себя не только традиционные методы сбора анамнеза, объективного осмотра и проведение функциональных проб, но и лабораторные исследования (липидный профиль и С-реактивный протеин как показатель хронического иммунного воспаления), инструментальное обследование (реовазография/ультразвуковая

доплерография сосудов нижних конечностей), денситометрия костей стопы, нейромиография, рентгенологические исследования (рентген, компьютерная томография, МРТ) а в возрасте 70-79 лет алгоритм дополняется выявлением синдрома старческой астении и других на основании проведения специализированного гериатрического осмотра.

В нашей выборке отмечено повышение СРБ – 20%, холестерина обмена в 28%, рентгенологические признаки возрастной стопы выявлены в 90%, данные УЗИ представлены выше.

Базисная профилактическая и лечебно-реабилитационная программа при синдроме возрастной стопы.

В нашем центре активно проводится скрининговое выявление синдрома возрастной стопы и обучение пациентов мерам профилактики, модификация образа жизни (подбор и ношение ортопедической обуви, сохранение необходимого температурного и гигиенического режима в отношении стоп - особенно это актуально у людей с нарушением чувствительности (при сахарном диабете, полинейропатии различного генеза) и кровообращения (облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность)); курсовое применение хондропротекторов, содержащих глюкозамин и хондроитин 2 раза в год не менее 3 месяцев каждый; антиостеопоротическая терапия проводится длительно антирезобентами типа алендроновой кислоты, стронция ранелата, при обязательном увеличении приема Са⁺⁺; аппаратная физиотерапия – магнитотерапия, лазеротерапия, электрофорез по 2-3 курса в год; иглорефлексотерапия при нейропатическом синдроме.

Заключение

Правильная профилактика синдрома возрастной стопы может предупредить развитие ряда гериатрических синдромов, в том числе и синдрома падений, сохранить автономность и качество жизни людей старших возрастных групп. При этом, оптимальным вариантом организации работы с пациентами с синдромом возрастной стопы является создание кабинетов возрастной стопы с целью ранней диагностики, профилактики, маршрутизации, лечения и реабилитации.

ПОЛИПРАГМАЗИЯ: ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ ПЕНСИОНЕРОВ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ФГБУ «12 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» МИНОБОРОНЫ РОССИИ

Новикова Е.Н., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю., Костюкова М.А.
ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Специфическими целями фармакотерапии в старшей возрастной группе является поддержание/улучшение функционального статуса (физического и когнитивного) пациента с сохранением максимально возможной его независимости от помощи посторонних лиц. Старение населения Российской Федерации и увеличение числа людей старше 65 лет возросло до 15,5% по данным Росстата за 2020 год. С увеличением возраста населения растет и заболеваемость хроническими неинфекционными заболеваниями, что в свою очередь вынуждает пациента обращаться к различным специалистам, каждый из которых может назначить более одного лекарственного препарата.

Полиппрагмазия – назначение пациенту нескольких лекарственных средств. В РФ под полиппрагмазией понимают одновременное назначение более 5 медикаментозных средств. По данным эпидемиологического анализа установлено, что полиппрагмазия встречается у 56% пациентов моложе 65 лет и у 73% старше 65 лет.

В ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ проведен анализ 96 медицинских книжек военных пенсионеров для выявления частоты встречаемости полипрагмазии, оценки риска развития нежелательных лекарственных взаимодействий (таблица 1, 2).

Таблица 1. Характеристика популяции пожилых пациентов по данным аптечного регистра выписанных препаратов

Характеристика популяции	Число пациентов	%
возраст		
70-75 лет	38	39,58
76-80 лет	26	27,08
81-85 лет	23	23,96
86-91 лет	9	9,38
количество выписанных препаратов		
1-2	29	30,21
3-7	44	45,83
8-10	13	13,54

Среднее количество препаратов на 1 пациента 5,1

Таблица 2. Нозологическая характеристика включенных в исследование пациентов

Диагноз	Число пациентов	%
ИБС	54	56,25
Нарушение сердечного ритма	9	9,38
Постинфарктный кардиосклероз	5	5,21
Хроническая сердечная недостаточность	11	11,46
Хроническая болезнь почек	23	23,96
Железодефицитная анемия	7	7,29
Гипертоническая болезнь	76	79,17
Цереброваскулярная болезнь	34	35,42
Остеохондроз	48	50,00
Сахарный диабет 2 типа	22	22,92
Ожирение	8	8,33
Хронический гастрит	36	37,50
Хроническая обструктивная болезнь легких	12	12,50

Для каждого пациента был составлен список получаемых лекарственных средств из листа назначений в медицинской книжке (таблица 3).

Таблица 3. Анализ лекарственной терапии, применяемой в амбулаторных условиях

Группа препаратов	Число пациентов	%
Ингибиторы АПФ	29	30,21
БРА (сартаны)	44	45,83
В-блокаторы	37	38,54
Антагонисты кальция	36	37,50
Диуретики	24	25,00
ИПП	39	40,63
Гипогликемические препараты	26	27,08
НПВП	12	12,50
Антиагреганты	48	50,00
Прямые оральные антикоагулянты	9	9,38
Статины	61	63,54
Ингаляционные глюкокортикостероиды	3	3,13
Длительно действующие бета-2-агонисты/холинолитики длительного действия	11	11,46

Все лекарственные средства из листа назначений были проверены на предмет наличия в списке не рекомендуемых лекарственных препаратов пожилым людям (таблица 4).

Таблица 4. Наиболее часто назначаемые потенциально не рекомендованные лекарственные препараты

Потенциально не рекомендованные к назначению лекарственные препараты	Число пациентов	%
Диклофенак	7	7,29
Кеторолак	4	4,17
Амиодарон	3	3,13
Спиринолактон	9	9,38

В 12 КДЦ проводилась работа, в которой оценивалась частота назначения потенциально нерекондуемых лекарственных препаратов пожилым людям и неблагоприятные последствия применения данных препаратов у этой группы лиц. При анализе выявлено, что каждый пациент (19,8%) получал по меньшей мере один потенциально нерекондуемый лекарственный препарат. Например, диклофенак и кеторолак принимали 11 пациентов (11,46%), спинолактон 9 пациентов (9,38%). Пожилой возраст является фактором риска НПВС-гастропатии, риска развития желудочно-кишечных кровотечений. При применении спинолактона следует иметь ввиду его способность повышать активность ренин-ангиотензиновой системы, что указывает на необходимость применения спинолактона только в малых дозах (25 мг/сут) в комбинации с ингибиторами АПФ или антагонистами рецепторов Ангиотензина II (8).

Применение потенциально не рекомендованных лекарственных препаратов, которые являются причиной неблагоприятных лекарственных реакций у пожилых людей, является частым явлением, повышающим риск неблагоприятных клинических исходов у этой категории пациентов. Становится очевидным, что необходимо применение инструментов для оптимизации фармакотерапии у пожилых людей. Помочь в решении данной проблемы могут критерии Бирса, которые препятствуют необоснованному, ненадлежащему, а зачастую вредному для здоровья пожилых пациентов назначению лекарственных препаратов.

При анализе проводимой терапии данной выборки пациентов старше 65 лет показал, что среднее количество препаратов, получаемое одним пациентом 5,1 и полипрагмазия встречается в 55,9%.

Практические рекомендации

В 12 КДЦ профилактика полипрагмазии у полиморбидных пациентов пожилого возраста проводится на трех уровнях контроля качества – заведующими терапевтическими отделениями, начальником терапевтического центра и заведующим кабинетом контроля качества медицинской помощи, что приводит к 10-15% снижению количества одновременно назначаемых препаратов.

ВОЗ (1988): «Рациональное использование лекарств предполагает, что пациенты получают лекарства в соответствии с их клиническими нуждами, в дозах, соответствующих их индивидуальным требованиям, на адекватный период времени, по самой низкой цене для них и для общества».

СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Новикова Е.Н., Рожко А.В., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю.
ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Введение

Население земли становится старше с каждым годом. В 2012 году общее число людей, проживающих на нашей земле, насчитывало 7 миллиардов, из них 562 миллиона (8.0%) были старше 65 лет.

Три года спустя доля пожилого населения Земли увеличилась на 55 миллионов и составила уже 8.5%. Опираясь на разработанный ООН сценарий демографического развития со средним уровнем рождаемости, к 2050 году мы можем ожидать двукратного увеличения доли лиц старше 65 лет, тогда как общая популяция Земли может увеличиться лишь на 34%. Данная тенденция старения общества отмечается и в России. По данным Росстата, в период с 2006 по 2015 год доля пожилого населения (население в возрасте старше трудоспособного) в Российской Федерации увеличилась на 20%, в то время как общая численность жителей России за этот период увеличилась только на 2%. К 2031 году доля пожилого населения в Российской Федерации может достичь 28,7%.

Определение термина

Старческая астения (СА) – ключевой гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

Факторы риска

Развитие старческой астении обусловлено такими основными факторами как: возраст, пол, уровень образования, семейный статус, социально-экономические условия, урбанизация.

Эпидемиология

По данным зарубежных исследований распространенность СА среди проживающих дома людей 65 лет и старше в среднем составляет около 10,7 %, преастении – 41,6 %. Распространенность СА увеличивается с возрастом, достигая среди лиц 85 лет и старше 26,1 %. Синдром СА достоверно чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин. В домах престарелых распространенность СА достигает 52,3 %.

Патогенетические круги старческой астении

В основе развития старческой астении находится три возраст-зависимых состояния: синдром недостаточности питания (мальнутриции), саркопения и снижение метаболического индекса и физической активности.

Диагностика

Диагностика синдрома СА состоит из двух этапов:

1. скрининг старческой астении (выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь - врачом общей практики, врачом терапевтом-участковым, семейным врачом);
2. комплексная гериатрическая оценка (выполняется врачом-гериатром, медицинской сестрой и другими участниками мультидисциплинарной команды).

На базе ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ было проанализировано 42 медицинские книжки военных пенсионеров разных возрастных групп. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Медико-социальная характеристика пациентов					
Характеристика популяции	Общее число пациентов	Число пациентов с преастенией	Число пациентов с астенией	Доля пациентов с преастенией	Доля пациентов с астенией
Возраст					
65-70 лет	2	1	0	50%	0%
71-75 лет	5	3	1	60%	20%
76-80 лет	8	2	6	25%	75%
81-85 лет	12	2	9	16,66%	75%
86-90 лет	15	1	13	6,66%	86,66%

В «12 КДЦ» МО РФ реализуются следующие методики профилактики развития синдрома старческой астении:

- - занятия аэробной физической нагрузкой средней интенсивности не менее
- 150 минут в неделю;
- - упражнения на равновесие 3 или более дней в неделю;
- - силовые упражнения – 2 или более дней в неделю.
- - обучения принципам рационального питания - пожилому человеку, особенно с синдромом старческой астении, необходимо употребление белка около 1 г/кг/сутки (но не более 100 г/сутки). Объем потребляемой жидкости – 1–1,5 л. в день; потребление овощей должно превышать потребление фруктов приблизительно в соотношении 2:1; уменьшить добавление жиров и масел в процессе приготовления пищи.

Заключение

Правильная профилактика астенического синдрома может предупредить развитие ряда гериатрических синдромов, в том числе и синдрома падений, мальнутриции, саркопении, сохранить автономность и качество жизни людей старших возрастных групп. При этом, оптимальным вариантом организации работы с пациентами с синдромом старческой астении является создание гериатрических отделений (кабинетов) с целью ранней диагностики, профилактики, маршрутизации, лечения и реабилитации.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ, КАК ПРИЗНАКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДОЛГОСРОЧНОЙ СРАР-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Овчинников Ю.В., Мостовой Л.В.

ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

В настоящее время имеется мало данных о долгосрочной приверженности к СРАР-терапии у пациентов с СОАС, и ни один фактор до сих пор не был последовательно идентифицирован как прогностический для долгосрочной приверженности.

Цель исследования – выявить признаки, влияющие на приверженность к долгосрочной СРАР-терапии (продолжение лечения в течение 1 года) у больных с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и артериальной гипертензией (АГ) по данным респираторного мониторинга.

Материал и методы. Обследовано 260 пациентов (198 мужчин, 62 женщины) в возрасте $56,5 \pm 12,4$ лет с АГ (АГ 1 степени – 35,4%, АГ 2 степени – 42,7%, АГ 3 степени – 21,9%). В 2,3% случаев СОАС не выявлен, у 27,7% пациентов диагностирована легкая степень СОАС, у 22,3% - СОАС средней тяжести, у 47,7% - СОАС тяжелой степени. 132 пациента (110 мужчин, 22 женщины) дали согласие на проведение пробного курса СРАР-терапии в стационаре. Через 1 год после выписки 56 пациентов (42,4%) продолжали СРАР-терапию (составили группу 1 – приверженцев к долгосрочному лечению), 76 пациентов (57,6%) не использовали СРАР-терапию (составили группу 2 – не приверженных к долгосрочному лечению). Проведен статистический анализ исходных данных респираторного мониторинга между обеими группами, с помощью ROC-анализа сформировано 5 дополнительных признаков долгосрочного использования СРАР-терапии.

Результаты. По данным респираторного мониторинга отмечались статистически значимые различия между двумя группами в значении индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) ($62,0 [45,5-73,7]$ против $38,1 [22-57,4]$ соб. / час; $p < 0,001$), средней сатурации (SpO_2) ($89 [87;92]$ против $92,5 [91;94]\%$, $p < 0,001$), минимальной SpO_2 на фоне апноэ ($63 [57;75]$ против $78 [69;83]\%$, $p < 0,001$), средней длительности апноэ

(29,5 [25;34,5] против 23 [18;28,5] секунд, $p < 0,001$), максимальной длительности апноэ (75 [61,5;95] против 52,5 [34;74,5] секунд, $p < 0,001$), общей длительности апноэ (219 [99,5;268,5] против 55 [19,5;135,5] минут, $p < 0,001$). Приведенные выше параметры, кроме ИАГ, были сформированы в 5 дополнительных признаков приверженности к долгосрочной СРАР-терапии. При помощи ROC-анализа было найдено оптимальное значение для каждого дополнительного признака. Дополнительные признаки приверженности: №1 - средняя $SpO_2 \leq 91,5\%$ ($p < 0,001$; ОШ 5,6; 95% ДИ: 2,61-11,93); №2 - минимальная $SpO_2 \leq 74,5\%$ ($p < 0,001$; ОШ 5,1; 95% ДИ: 2,38-11,04); №3 - средняя длительность апноэ $\geq 25,5$ секунд ($p < 0,001$; ОШ 3,7; 95% ДИ: 2,78-7,93); №4 - максимальная длительность апноэ $\geq 56,5$ секунд ($p < 0,001$; ОШ 5,3; 95% ДИ: 2,40-11,87); №5 - общая длительность апноэ $\geq 69,5$ минут ($p < 0,001$; ОШ 5,6; 95% ДИ: 2,52-12,53).

Выводы. Предложенные 5 дополнительных признаков приверженности к долгосрочной СРАР-терапии могут помочь в выборе наиболее рациональной тактики лечения пациентов с СОАС и АГ. При этом при наличии у одного пациента любых 4 дополнительных признаков одновременно, вероятность приверженности к долгосрочной СРАР-терапии увеличивается в 4 раза ($p < 0,001$; 95% ДИ: 1,28-11,74), а при наличии всех 5 признаков – в 5 раз ($p < 0,001$; 95% ДИ: 2,24-11,71), тогда наличие трех и менее признака не оказывало влияния на приверженность.

ФОТОСТАРЕНИЕ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА, ВЕДУЩЕГО АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЁМ

Огнева А.И., Данилов Ю.А.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В течение жизни кожа человека повреждается процессом морфологических, структурных и биохимических изменений, выражающихся истончением, неравномерным тоном, гиперпигментированными пятнами, снижением тургора и эластичности кожи.

Основными маркерами фотостарения являются: актинический кератоз, солнечное лентиго, эластоз, гиперпигментация, мелазма, морщины, снижение эластичности и, как следствие, изменение контуров лица.

Несмотря на хорошо изученные признаки фото- и хроностарения, особое внимание вызывает поиск современных методов терапии, замедляющих развитие инволюционных изменений.

В последние годы все чаще препаратами выбора при лечении признаков фотоповрежденной кожи являются наружные средства с ретинолом и ретиноловые пилинги. Важным моментом, как для врача, так и для пациента, по-прежнему, являются переносимость данного метода терапии и выбывание пациента из социальной активности на время постпроцедурного периода.

Нами изучалась эффективность методики химического (ретиноидного) пилинга и IPL-системы (фотоомоложение) в условиях поликлиники.

Методика химического (ретиноидного) пилинга заключается в том, что на кожу лица, зону декольте и кисти рук наносится препарат ретиноевой кислоты на 12-15 минут с последующим смыванием водой и нанесением питательного крема.

В период с 2015 года по 2021 год под нашим наблюдением находился 51 человек (5 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет. Средний возраст пациентов составил 51,4 года.

Курс лечения составил 10 процедур с интервалом 1 раз в три недели.

В результате лечения у 47 пациентов (92,2 %) включенных в исследование, отмечалась положительная динамика в виде уменьшения пигментации, повышения тургора кожи и утолщения рогового слоя, а также улучшения состояния кожи и уменьшения угревых высыпаний у молодых пациенток с акне.

Кроме того изучалось влияние системы фотоомоложения (IPL-система) направленной на исправление мелких дефектов кожи без ощущения дискомфорта.

Принцип фотоомоложения заключается в прогревании кожи аппаратом M22 до глубоких слоёв световыми волнами различной длины. Коагуляция тканей при этом не происходит.

Изучалась эффективность процедур у 15 лечившихся (4 мужчины и 11 женщин). Возраст пациентов составил от 25 до 60 лет, средний возраст – 36,4 года).

В результате лечения у 88 % пациентов повреждается структура, содержащая пигмент, разрушается меланин в составе меланоцитов, что приводит к осветлению пигментных пятен, нагреваются сосуды близко прилегающие к коже, уменьшаются сосудистые звёздочки, стимулируют обменные процессы, что ведёт к эффекту омоложения.

Использование методик химического (ретиноидного) пилинга и IPL-системы (фотоомоложение) в условиях поликлиники приводит к улучшению состояния кожи и стиранию дефектов кожного покрова, что имеет не только положительный клинический эффект, но и экономически целесообразно.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ИЗ ЧИСЛА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 И ПОДОЗРЕНИЕМ НА НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 НА ПРИМЕРЕ ФГБУ «12 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» МИНОБОРОНЫ РОССИИ

*Пахомов А.С., Киришнер О.М., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю., Новикова Е.Н.
ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва*

Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19, которая началась с декабря 2019 года в г. Ухани (провинция Хубэй, Китай), характеризуется высокой скоростью распространения коронавирусной инфекции, обусловленной воздушно-капельным механизмом передачи возбудителя и длительным инкубационным периодом, высокой контагиозностью, а также отсутствием этиотропных препаратов для лечения, отсутствием уникальной симптоматики заболевания, высокой летальностью, особенно среди пациентов с сопутствующей соматической патологией или травмами, а так же пациентов старших возрастных групп. Приоритетным направлением деятельности медицинской службы в таких условиях стали организация и выполнение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на недопущение распространения НКИ и минимизацию последствий для здоровья личного состава, локализацию и ликвидацию эпидемических очагов заболеваемости.

Особенности организации медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в частности при дальнейшем развитии эпидемии COVID-19, описаны в постановлении Правительства РФ от 02.07.2020 № 973 «Об особенностях организации медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих», а так же в Приказе начальника Главного Военно-медицинского Управления Министерства обороны Российской Федерации от 18.03.2020 № 37 «О временном порядке работы военно-медицинских подразделений, частей и организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) среди военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации» и Приказе начальника Главного Военно-Медицинского Управления Министерства Обороны Российской Федерации от 11.04.2020 № 47 «Об утверждении алгоритма медицинской помощи военнослужащим с подозрением на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) или с положительным тестом на наличие коронавирусной инфекции на дому».

В настоящее время действуют Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 11 (07.05.2021).

Методические рекомендации Роспотребнадзора МР 3.1/2.1.0186-20 от 25.05.2020.

26 марта 2020 года зарегистрирован первый случай COVID-19 у военнослужащего, давший начало подъему заболеваемости. Если обратиться к статистике, проводимой на амбулаторном этапе лечения в ФГБУ «12 КДЦ» МО РФ с 24 апреля 2020 года (впервые идентифицированный случай COVID-19 в 12 КДЦ) находилось 317 военнослужащих.

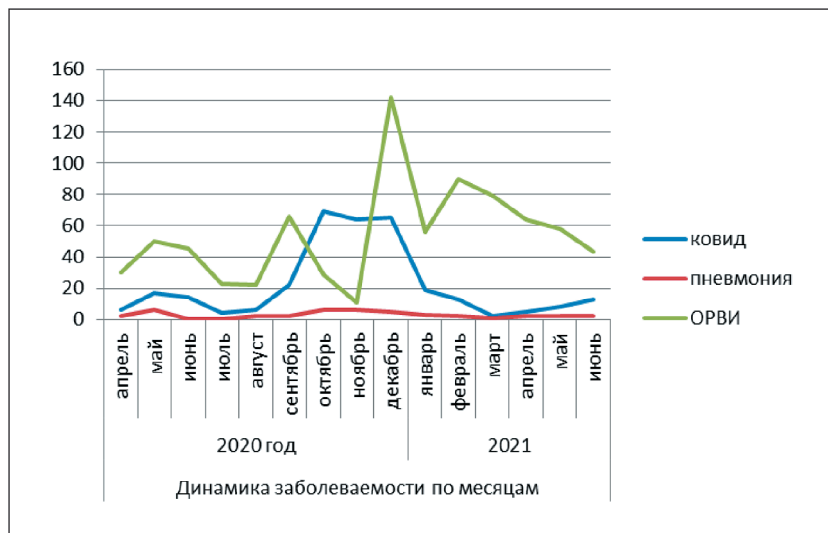


Рисунок 1. Динамика заболеваемости НКИ и ОРВИ

Согласно рисунку № 1 пик заболеваемости военнослужащих с COVID-19 приходится на октябрь, декабрь 2020 г., с постепенной тенденцией к снижению после проведения программы массовой вакцинации военнослужащих. Что показывает эффективность мер профилактики новой коронавирусной инфекции. Среди военнослужащих с ОРВИ пик заболеваемости приходится на декабрь 2020г. и февраль 2021г. Всем пациентам с клиническими проявлениями вирусной инфекции, катаральными проявлениями, лихорадкой проводилось ПЦР – тестирование на SARS – COVID 19 с целью дифференциальной диагностики с новой коронавирусной инфекцией. Согласно графику, приведенному в таблице №3, отмечается низкий уровень осложнений в виде вирусного поражения легких COVID 19 среди военнослужащих, перенесших новую коронавирусную инфекцию с незначительным подъемом с ноября по декабрь 2020 г. в связи с увеличением общего числа заболевших COVID 19. С момента диагностики и установки диагноза военнослужащим в 12 КДЦ Минобороны РФ проводился ежедневный мониторинг в условиях своевременного выявления осложнений из числа заболевших новой коронавирусной инфекцией. При выявлении осложненных форм, пациенты своевременно госпитализировались в профильные отделения госпиталей Минобороны РФ.

Среди часто встречающихся симптомов новой коронавирусной инфекции преобладающим большинством является лихорадка и сухой кашель, также боль в горле и общая слабость, что затрудняет диагностику и увеличивает спектр дифференциальной диагностики с другими видами респираторной вирусной инфекции по клиническими показателями. Основным диагностическим критериям служат лабораторные обследования в виде ПЦР-мазков из носа и зева на SARS – COVID 19 и лабораторных показателей крови, специфичными маркерам служит СРБ, Д-димер, ферритин показатели коагулограммы, показатели общего анализа крови в виде снижения лейкоцитов и тромбоцитов, что говорит о специфических проявлениях новой коронавирусной инфекции.

Военнослужащим проходившим лечение в 12 КДЦ Минобороны РФ проводился полный комплекс мер профилактики и лечения новой коронавирусной инфекции, согласно рекомендуемым МЗ РФ, и профилактические мероприятия по предупреждению отдаленных последствий новой коронавирусной инфекции, в виде диспансерного динамического наблюдения пациентов перенесших заболевание

в легкой, средней и тяжелых форм. Наблюдение с легкой формой в течении 1 месяца, средней степени тяжести осложненной поражением легких 6 месяцев, тяжелые формы – 1 год. В рамках диспансерного динамического наблюдения пациенты проходят полный спектр лабораторного и инструментального обследования с целью раннего выявления и своевременного лечения осложнений ранее перенесенной новой коронавирусной инфекции согласно рекомендациям МЗ РФ и ГВМУ.

Наш опыт работы показывает, что в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в амбулаторном звене на первое место выходит вакцинопрофилактика, а также оптимальная система диагностики и оказания медицинской помощи прикрепленному контингенту, включая дистанционное наблюдение на дому пациентов с подозрением на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) или с положительным тестом на наличие коронавирусной инфекции, грамотную маршрутизацию пациентов с разделением потоков с целью недопущения распространения НКИ, в соответствии с рекомендациями МЗ РФ и ГВМУ.

Проведение диспансерного динамического наблюдения пациентов перенесших заболевание для предупреждения отдаленных последствий НКИ.

Проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, в условиях госпитального отделения с последующим направлением для прохождения третьего этапа медицинской реабилитации в санаторно-курортную организацию ЦВКС «Архангельское».

ДИСТАНЦИОННОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Половинка В.С., Дерябин Н.И.

ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

Современным направлением развития образования является, создание информационно-коммуникационной образовательной среды с возможностью гибкого и эффективного дистанционного обучения. Основными составляющими этой среды являются средства, предоставляемые информационно-коммуникационными технологиями (ИКТ).

Диктуемые обновляющимися стандартами образования нового поколения, процессы развития компьютерных технологий и телекоммуникаций неизбежно привели к информатизации различных видов образовательной деятельности, в частности созданию информационно-образовательных пространств учебных заведений. Новые требования к качеству образования предусматривают наличие личного опыта учащегося в непосредственном присутствии в информационно-образовательном пространстве учебного заведения. Приоритетными направлениями создания информационно-образовательного пространства является внедрение и использование в учебном процессе дидактических возможностей ИКТ и Web-технологий таких как: Web-сервисы, образовательные Web-ресурсы, сетевые сообщества на тематических порталах и т.п.).

В условиях информатизации образования, использование ИКТ технологий в системе обучения, позволяет значительно повысить гибкость и эффективность этого процесса. В частности, применение ИКТ обеспечивает возможность создания учащимся условий для развития и формирования лингвистических и коммуникативных навыков, максимально учитывая их личностные потребности и успешно реализуя принципы личностно-ориентированного образования. В настоящее время не вызывает сомнений актуальность и востребованность интеграции ИКТ и Web-технологий в процесс обучения.

Следует отметить, что в современном мире программного обеспечения широко распространено явление так называемого свободного программного обеспечения, когда программный продукт распространяется совершенно свободно по специальной лицензии. Это означает, что программа становится общественной собственностью и даёт право пользователю на её копирование, использование, изменение и распространение.

Существует класс программного обеспечения - системы управления обучением (LMS аббревиатура от Learning Management System). Подобные системы используются, для внедрения в учебные учреждения дистанционных форм обучения и их главное предназначение — это администрирование информационно-образовательных сред учебных организаций, а также управление учебно-образовательными ресурсами. На базе подобных систем можно эффективно реализовывать информационно-образовательные среды ВУЗов, что и было осуществлено в филиале Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова.

Опыт реализации дополнительных профессиональных программ показал, что одним из важнейших направлений учебно-образовательной деятельности в условиях большого количества информации из открытых источников является соответствующий анализ и экспертиза информационных Web-ресурсов для потенциальных учебных материалов, так как структура большинства из них не имеет учебного предназначения. Анализ и экспертиза потенциальных учебных ресурсов должны осуществляться комплексно, исходя из:

- источника информации (достоверность, надежность, аргументированность и т. д.);
- актуальности информации и её значимости;
- цели обучения;
- возможности встраивания в уже существующую образовательную структуру.

Образовательные Web-ресурсы, находящиеся в открытом доступе, можно использовать в различных видах учебной деятельности. Например, появляется необходимость ссылаться и использовать аутентичные Web-ресурсы в рамках соответствующей темы лекции или семинара. Так же возможна самостоятельная работа учащихся по поиску необходимой информации из открытых источников в рамках заданной учебной темы. Появляется возможность постоянного доступа к передовому опыту в соответствующей сфере.

При создании образовательных материалов с применением ИКТ и web технологий требуется соответствующая специализированная подготовка. Необходимо владеть инструментами и различными видами информационных технологий. Так как невозможно знать всё многообразие программного обеспечения и инструментария ИКТ технологий, и очень сложно угнаться за прогрессом в этой области, требуется понимание фундаментальных принципов на которых строятся данные технологии.

Главным предметом обсуждения становится не вопрос для чего, а как применять современные компьютерные технологии в процессе обучения.

Можно отметить, что использование глобальной сети Интернет и Web-технологий в значительной степени расширило спектр коммуникативных ситуаций.

К ВОПРОСУ О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Полховский А.А., Полховская Е.Ю.

ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва

ГБОУ «Школа № 1529 имени А.С. Грибоедова»

Актуальность. Специфические расстройства развития речи (дисфазии развития) – наиболее распространенные нарушения нервно-психического развития детей с частотой встречаемости в детской популяции - 5–10%. Поскольку для таких детей характерен высокий уровень тревожности, в ряде случаев приходится дифференцировать дисфазии развития (алалию) с селективным мутизмом – одной из форм тревожных расстройств у детей, манифестирующей в возрасте 2–5 лет с частотой встречаемости в детской популяции менее 1%. Нарушения речевого развития – одно из основных проявлений расстройств аутистического спектра (РАС). Основные проявления РАС становятся очевидными до трехлетнего возраста и характеризуются отсутствием нормального речевого развития, нарушениями межличностного взаимодействия, ограниченными повторяющимися паттернами в поведении ребенка.

Речь и ее развитие могут страдать при ряде форм эпилепсии, среди которых описаны эпилептическая дисфазия, аутистический эпилептиформный регресс, роландическая эпилепсия. Важное значение имеют ранние диагностика и терапия нарушений развития речи у детей. Коррекции нарушений развития речи способствует своевременное применение препаратов ноотропного ряда.

Материал и методы исследования. Для рассматриваемого клинического континуума характерен спектр речевых нарушений, который обозначается «эпилепсия–афазия». В ходе открытого контролируемого исследования действия ноотропного препарата - гопантеновой кислоты (Пантогам) в сочетании с аминоксалиновой кислотой (Фенибут) на показатели речи и поведения у детей с дисфазией развития с 2014 г. по 2020 г. наблюдались 70 пациентов в возрасте от 3 до 5 лет с расстройством развития экспрессивной речи (F80.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра) и картиной общего недоразвития речи 1–2-го уровня. Они были распределены на 2 группы по 35 пациентов, наблюдение за которыми велось в динамике в течение 2 месяцев: в 1-й группе проводился курс лечения препаратами – гопантеновая кислота и аминоксалиновая кислота; 2-я группа (контрольная) не получала медикаментозной терапии. Все дети консультировались логопедом, и их родителям предоставлялись рекомендации по стимуляции речевого развития.

Основные результаты. Препарат гопантеновой кислоты назначался в форме сиропа 10% в суточной дозе 500–600 мг (30–35 мг/кг) в течение 2 мес. в 2 приема: утром (после завтрака) и днем (после дневного сна и полдника). Препарат аминоксалиновой кислоты назначался в таблетированной форме в суточной дозе 100–150 мг в течение 2 мес. (2–3 приема в день). Для снижения вероятности возникновения побочных эффектов проводилось постепенное наращивание дозировки в первые 7–10 дней приема. Состояние речи детей с алалией оценивалось по 10-балльной системе по следующим шкалам: восприятие речи (импрессивная речь), речевое внимание и разговорная (экспрессивная) речь. Изначально во всех группах самыми низкими были показатели экспрессивной речи. В группе пациентов, получивших курс лечения указанными препаратами, достигнуто достоверное улучшение по всем трем шкалам: экспрессивная, импрессивная речь и речевое внимание. У детей контрольной группы за тот же период характеристики речи существенно не изменились. В отличие от контрольной группы у детей, пролеченных препаратами гопантеновой и аминоксалиновой кислот, наблюдалось значительное увеличение количества произносимых слов (активного словаря), среднего и максимального числа слогов в произносимых словах, количества фраз в разговорной речи, среднего и максимального числа слов во фразах. В контрольной группе отмечалось только нарастание объема активного словаря и количества фраз, но, если во время лечения препаратами гопантеновой и аминоксалиновой кислот данные показатели возросли более чем в 3 раза, то в контрольной группе – только в 1,3 раза. Полученные результаты позволяют сделать вывод о значительном положительном влиянии указанных препаратов на состояние речи детей с дисфазией развития. Кроме того, у детей с дисфазией развития подтверждено многонаправленное действие препаратов гопантеновой и аминоксалиновой кислот: наряду с улучшением характеристик речи лечение приводило к уменьшению моторной неловкости, эмоциональных и психосоматических нарушений, улучшению показателей активного внимания, поведения и эмоционального контроля. В эти же годы проведено также обследование детей с эпилепсией, в сочетании с отставанием психомоторного развития и нарушениями речи в динамике во время лечения препаратом гопантеновой кислоты (сироп 10%), который назначался в дозировке 20–30 мг/кг в сутки в течение 2 мес. в дополнение к основной терапии антиэпилептическими препаратами. Обследованы 2 группы детей 4–7 лет с разными формами эпилепсии и нарушений развития речи: основная (n=30) и группа сравнения (n=25). Проявления общего недоразвития речи оценивались в баллах по специальной речевой карте. Пациенты продолжали принимать антиэпилептические препараты: вальпроаты (55%), топирамат (25%), карбамазепин (20%). Терапевтическая эффективность препарата Пантогам при нарушениях речи подтверждена у 70% детей с эпилепсией. При повторной ЭЭГ (после курса лечения препаратом гопантеновой кислоты) у детей основной группы не выявлено изменения числа случаев с эпилептической активностью, но одновременно уменьшилось число случаев с общими диффузными изменениями и задержкой созревания базового ритма с 55 до 40%, а у 7% ЭЭГ стала соответствовать возрастной норме. Следует подчеркнуть,

что наряду с эффективностью применения препарата гопантеновой кислоты для коррекции когнитивных и речевых нарушений у детей с эпилепсией отмечена хорошая его переносимость, не наблюдалось осложнений и учащения приступов.

Заключение. Таким образом, исключительно важны раннее выявление, своевременная и комплексная диагностика и коррекция нарушений развития речи у детей. Хорошо известно, что наиболее эффективна коррекционная помощь, оказываемая в сенситивный для формирования речи возрастной период от 2,5 до 5 лет, когда идет активное становление речевой функции и обеспечивающих ее структур ЦНС. Чем раньше замечено неблагополучие в развитии речи ребенка и с ним начинают работать специалисты, тем лучше будут достигнутые результаты, поскольку резервные возможности мозга ребенка наиболее высоки в первые годы жизни. Основными направлениями терапии при дисфазии развития у детей являются: логопедическая работа, психолого-педагогическая коррекция, психотерапевтическая помощь ребенку и его семье, медикаментозное лечение. Поскольку расстройства речевого развития представляют собой сложную медико-психолого-педагогическую проблему, особое значение при организации помощи таким детям приобретают комплексный подход и преемственность работы с детьми специалистов различного профиля.

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Попов А.П.

ФГБУ «52 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Приоритетной задачей, стоящей перед военным здравоохранением, является оптимизация бюджетного финансирования военно-лечебных организаций различных уровней, поэтому актуален поиск эффективных экономических моделей оказания высококвалифицированной амбулаторной медицинской помощи с использованием стационарозамещающих технологий. Рациональное и эффективное использование коечного фонда является интегральным параметром, характеризующим работу современной медицинской организации стационарного типа. Сокращение коечного фонда происходит за счет расширения объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. Важным направлением оптимизации военного здравоохранения, является перераспределение потока больных и оказание им необходимого объема медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Стационарозамещающие виды медицинской помощи – форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению в дневном стационаре поликлиники, в стационаре дневного пребывания в больнице, стационаре на дому. Дневные стационары – одна из современных форм оказания медицинской помощи, позволяющая проводить в амбулаторных условиях диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия тем больным, которые не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении.

В начале 90-х годов XX в. сформулированы основные направления развития амбулаторно-поликлинической помощи и стационарозамещающих технологий в военно-медицинской службе. Специалисты 52 КДЦ были инициаторами и идеологами развития этого направления в военно-лечебных учреждениях. В связи с этим была проделана большая работа по сокращению и реструктуризации коечного фонда. Затем были предложены направления совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи, где в общем контексте рассматривались стационарозамещающие технологии. Основные положения были сформулированы следующим образом: создание многоуровневой системы амбулаторно-поликлинической помощи; оптимизация сети амбулаторно-поликлинических учреждений; реорганизация системы управления (обеспечения) качеством лечебно-диагностической работы в амбулаторном звене медицинской службы Вооруженных Сил; поиск новых путей улучшения взаимодействия военных госпиталей и поликлиник; снижение затратности амбулаторно-поликлинической

помощи; внедрение стационарозамещающих технологий; развертывание дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, специализированных отделений по приоритетным направлениям и др. Главная задача – не направлять в госпитальное звено больных, помощь которым может быть оказана на амбулаторном этапе. Вторая задача – расширить возможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

В качестве примера приводим данные 5-летней работы дневного стационара (хирургический профиль) 52-го консультативно-диагностического центра МО РФ. За 2015–2019 гг. работы хирургических отделений (хирургическое, травматологическое, офтальмологическое, гинекологическое) проведено оперативных вмешательств 11839, т. ч. 2893 стационарозамещающих операций (табл.1).

Таблица 1. Количество оперативных вмешательств и стационарозамещающих операций (2015–2019 гг.), абс. число

Отделение	Год					Всего
	2015	2016	2017	2018	2019	
Хирургическое	1070/55	930/51	1373/29	1171/34	1084/21	5628/190
Травматологическое	210/143	244/148	197/119	211/173	202/136	1064/719
Офтальмологическое	337/186	243/230	444/276	354/212	436/264	1814/1168
Гинекологическое	919/228	703/143	577/141	694/164	440/140	3333/816
Итого	2536/612	2120/572	2591/565	2430/583	2162/561	11839/2893

Примечание. В числителе общее количество оперативных вмешательств, в знаменателе – стационарозамещающих операций.

Доля стационарозамещающих операций в числе всех оперативных вмешательств, выполненных в отделениях хирургического профиля, приведена в табл. 2. Так, если в хирургическом отделении за пять лет произведено 5628 оперативных вмешательств, количество стационарозамещающих операций составило 190 (в среднем 3,4%). Стационарозамещающие операции преобладали в травматологическом 67,6% и в офтальмологическом 64,4% отделениях. Значительный разброс объясняется материально-техническим обеспечением отделений и квалификаций врачебного персонала.

Таблица 2. Доля стационарозамещающих операций в числе всех оперативных вмешательств (2015–2019 гг.), %

Отделение	Год					Среднее
	2015	2016	2017	2018	2019	
Хирургическое	5,1	5,5	2,1	2,9	1,9	3,4
Травматологическое	68,1	60,6	60,4	81,9	67,3	67,6
Офтальмологическое	55,2	94,6	62,2	59,9	60,1	64,4
Гинекологическое	24,8	20,3	20,1	23,6	31,8	24,5

Таким образом, анализ соотношения количества оперативных вмешательств и стационарозамещающих операций показывает, что внедрение в практику стационарозамещающих технологий в хирургические отделения происходит успешно и является перспективным направлением в развитии системы военного здравоохранения.

О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Попов А.П., Лексина Н.Ю., Кудинова С.П., Петров С.В., Самодеенко О.А.,
Беккер А.Х., Левина А.Е., Долгова Е.В., Батуева Н.Б., Абрамова М.В.
ФГБУ «52 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва*

Проанализированы результаты углубленного медицинского обследования (УМО), полученные по итогам обследования согласно введенной в действие с 1.04.2019 г. «Временной инструкции по организации проведения диспансеризации, профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, диспансерного наблюдения военнослужащих Вооруженных Сил» (далее – Инструкция).

Цель исследования – установить оптимальный диагностический алгоритм дополнительного обследования военнослужащих с выявленной при проведении УМО степенью сердечно-сосудистого риска. В исследование по использованию функциональной диагностики для оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний включены 151 мужчина 30–55 лет (средний возраст $39,2 \pm 1,4$ года), которым было проведено УМО в 2019 г.

Согласно Инструкции объем консультаций и диагностических исследований, входящих в программу диспансеризации для военнослужащих, проходящих военную службу по контракту увеличен. По данным опросных листов проведена оценка жалоб и наследственного анамнеза. В дополнение к критериям оценки, рекомендованным Инструкцией, в опросный лист был добавлен пункт о нарушении сна вследствие храпа или остановок дыхания. Международными и российскими исследованиями установлен факт необходимости оценивать выраженность гипоксемии у пациентов с артериальной гипертензией, поскольку повторяющиеся эпизоды гипоксии, связанные с ночными обструктивными респираторными эпизодами, способствуют поддержанию высокого артериального давления и формированию артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца (Крюков Е.В. и соавт., 2017; Kotseva K. et al., 2016; Pieroli M.F. et al., 2016.) Наше исследование выявило корреляционную связь между жалобами пациента на нарушение сна вследствие храпа, ожирением, наличием артериальной гипертензии, возрастом, нарушениями сердечного ритма.

Было проведено сопоставление процентного соотношения впервые выявленных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний суммарно пациентов всех возрастных групп, включенных в данное исследование, с показателями выявляемости в 2018 г. у обследуемых в аналогичный период времени в соответствии с применением предыдущих рекомендаций.

Для выполнения поставленной задачи проведен многофакторный анализ данных, полученных при обследовании с использованием дополнительных диагностических методов с выявлением наиболее значимых факторов, коррекция которых позволит эффективно снизить сердечно-сосудистый риск на амбулаторном этапе.

Первичная выявляемость отклонений от нормативного значения была достоверно выше ($p < 0,05$) по следующим показателям: артериальная гипертензия, индекс массы миокарда левого желудочка, индекс объема липопротеинов, толщина комплекса интима–медиа, стенозирующее поражение брахиоцефальных артерий, гипертрофия миокарда левого желудочка, нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка, индекс относительной толщины стенок миокарда левого желудочка, наджелудочковые экстрасистолы и др.

Определенные по итогам исследования классические факторы сердечно-сосудистого риска: наследственные факторы, недостаточная двигательная активность, особенности питания, превышение нормы индекса талия/бедро, наличие ожирения и артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, дислипидемии продемонстрировали зависимость от возраста и оказались сопоставимыми с таковыми в общей популяции.

Заключение. Применение критериев обследования, установленных введенной в действие Инструкцией (от 01.04.2019 г.), увеличило эффективность первичного выявления военнослужащих с фактора-

ми риска сердечно-сосудистых заболеваний и атеросклеротических заболеваний на ранних стадиях при проведении УМО.

Для лиц с установленным средним и высоким сердечно-сосудистым риском, но не подлежащих дальнейшему обследованию в стационарных условиях, вне зависимости от возрастной группы с целью раннего выявления атеросклеротических заболеваний представляется целесообразным дополнить диагностический алгоритм проведением цветового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, эхокардиографией, бифункциональным суточным мониторингом электрокардиограммы и артериального давления, стресс-тестом.

Полагаем целесообразным дополнить опросный лист пунктом о нарушениях сна вследствие храпа и/или остановок дыхания; рассмотреть к внедрению в диагностический алгоритм проведение кардиореспираторного суточного мониторинга обследуемым военнослужащим с наличием факторов сердечно-сосудистого риска и жалобами на нарушения сна вследствие храпа.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Санакоева Э.Г., Соколова Т.В., Гладько В.В.

ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

Лейшманиоз – одним из семи наиболее важных тропических заболеваний, представляющих серьезную угрозу здоровью людей. Всемирная организация здравоохранения относит лейшманиоз к болезням, «выходящих из-под контроля».

Возбудители заболевания – простейшие рода *Leishmania*, относятся к семейству трипаносомиды, классу – жгутиковые, типу – простейшие. Переносчиками являются москиты, для жизнедеятельности которых необходим теплый климат.

Лейшманиоз встречается в 98 странах мира, на 13 из которых приходится более 90% новых случаев заболеваний (Афганистан, Алжир, Бангладеш, Боливия, Бразилия, Колумбия, Эфиопия, Индия, Иран, Перу, Южный Судан, Судан и Сирия). На территории бывшего СССР зоонозный кожный лейшманиоз встречается в Туркменистане, Узбекистане и Таджикистане.

Актуальность кожного лейшманиоза для практикующих врачей за последние годы возрастает в связи с активной миграцией населения как из эндемичных по лейшманиозу регионов в РФ, так и российских граждан в эти страны (туристические поездки, служебные командировки и др.).

В Вооруженных силах США за 16 летний период (2001-2016 гг.) зарегистрировано более 2000 случаев лейшманиоза, 25 случаев из которых – висцеральная форма заболевания. Число зарегистрированных случаев лейшманиоза среди американских солдат в 2004 году в Ираке составило 1000, в Кувейте и Афганистане – 604.

Отмечались случаи бессимптомного течения заболевания, который выявлялся только при использовании диагностических тестов на лейшманиоз: иммуноферментный анализ (ELISA), анализ высвобождения интерферона альфа (interferon gamma release assays (IGRA), ПЦР в реальном времени. Это сохраняет риск реактивации заболевания в течение 10 лет после заражения и передачи возбудителя через доноров.

Диагностика и лечение данной патологии представляет серьезные трудности так как пациенты не связывают или скрывают пребывание в эндемичных зонах.

Выделяют остронекротизирующий (зоонозный, сельский лейшманиоз, Пендинская язва), поздноизъязвляющийся тип (антропонозный, городской лейшманиоз, годовик, Ашхабадская язва) и межтиповые клинические формы кожного лейшманиоза. В течении остронекротизирующегося и поздноизъязвляющегося типов отмечают следующие стадии: стадия бугорка, стадия изъязвления, стадия рубцевания.

Лечение кожного лейшманиоза представляет трудности в нашей стране и во всем мире. Из препаратов, представленных в Национальном руководстве по дерматовенерологии и зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС) МЗ России, согласно инструкциям фирм производителей показания для лечения лейшманиоза имеются только у кетоконазола.

Руководство по ведению случаев и эпиднадзору за лейшманиозами в Европейском регионе ВОЗ предлагает для лечения лейшманиоза препараты, из которых в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС) МЗ России зарегистрирован только амфотерицин В, однако в инструкции фирмы производителя показаний для лечения кожного лейшманиоза нет.

Препаратами первой линии являются лекарственные средства, содержащие 5-валентную сурьму: стибоглюконат натрия или антимонат меглюмина 20 мг/кг/день внутривенно или внутримышечно 20 дней.

Имеются данные о применении в лечении кожного лейшманиоза:

- антибактериальных препаратов: доксициклина гидрохлорид или доксициклина монохлорид – по 200 мг/сут. внутрь после еды, 15 дней; метациклин – внутрь 0,3 г 2 раза в день, 10-12 дней; рифампицин – внутрь 0,3 г 2-3 раза в сутки за 30-40 мин. до еды, 21 день; фуразолидон 0,15-0,2 г 4 раза в день, 18-20 дней; аминохинол – 0,45 г/сутки, по 0,15 г 3 раза в сутки 14 дней, 7 дней перерыв и аналогичный курс повторяется;
- противогрибковых препаратов: кетоконазол – внутрь 200 мг 3 раза в сутки внутрь, курс 28 дней; амфотерицин В – начальная суточная доза препарата 0,1 мг/кг; постепенно увеличивают, доводя до 0,6 мг/кг, в/в капельно в течение 8-10 часов в 500 мл воды или 5% раствора глюкозы. 1 раз в двое суток до разрешения клинических проявлений лейшманиоза;
- противопаразитарных и противоглистных препаратов: метронидазол – 0,2 г 4 раза в сутки 7 дней, затем перерыв 7 дней второй курс по 0,2 г 3 раза в сутки (длительность курса 14 дней); хингамин – 0,25 г 3 раза/сутки 10 дней или 0,5 г 2 раза в сутки 2 дней + сульфален 1,0 г в первый день, затем 0,2 г ежедневно в течение 10-12 дней; дапсон – 2 мг/кг/сут., 21 день; левамизол – 50 мг/сут 2 дня в неделю, длительность курса 8 недель.

Описан опыт применения в лечении кожного лейшманиоза противоопухолевого препарата милтефозина – 2,5 мг/кг/день перорально (не более 150 мг) 28 дней.

Наружное лечение зависит от стадии течения заболевания.

Для лечения свежих бугорков используют хирургическое иссечение или электро-, лазеро- и криодеструкцию. В стадии изъязвления используют: анилиновые красители (фукорцин, бриллиантовый зеленый, метиленовый синий); водные растворы универсальных антисептиков (повидон-йод, перманганат калия, мирамистин и др.); мази/крема с антибактериальным (тетрациклиновая, бацитрацин + неомицин, мупироцин, фузидовая кислота и др.) и антисептическим действием (повидон-йод, сульфатиазол серебра, хлоргексидина биглюконат и др.), комбинированные препараты (диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфеникол, паромомицин и хлорида метилбензэтония, паромомицин/гентамицин, имиквимод и др.), регенерационные губки (альгипор, альгимаф, комбутек), обкалывание лейшманиом препаратами сурьмы.

Профилактика заключается в разрыве цепи эпидемической цепочки лейшманиоза: источник (резервуара инфекции), переносчик и человек.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В МИНИСТЕРСТВЕ ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Свиридова Т.Б., Голдина Е.А., Комарова Е.А.

ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

Аннотация: особенности обучения медицинских сестер с высшим образованием в Министерстве обороны Российской Федерации обусловлены задачами военно-медицинских организаций, такими как организация и проведение системы мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным, их лечению с целью быстрейшего восстановления боеспособности и трудоспособности. Предупреждение возникновения и распространения заболеваний среди личного состава войск. Систематический санитарный надзор за жизнью, бытом и боевой деятельностью войск (сил флота) с целью сохранения и укрепления здоровья военнослужащих. Изучение особенностей возникновения и течения боевых поражений и заболеваний, а также изучение и обобщение опыта медицинского обеспечения в различных условиях боевой деятельности войск.

Цель. Ознакомить участников с особенностями обучения медицинских сестер с высшим образованием в Министерстве обороны Российской Федерации.

Материалы и методы. Использовался описательный метод исследования.

Результаты. Освещены особенности обучения медицинских сестер с высшим образованием в Министерстве обороны Российской Федерации. Описана работа кафедры (управления сестринской деятельностью) филиала ВмедА имени С.М. Кирова, которая реализует следующие задачи:

- организация обучения по программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации руководителей сестринских служб;
- организация обучения по программам повышения квалификации среднего медицинского персонала;
- научно-методическая поддержка среднего профессионального обучения на базе медицинского колледжа в рамках базовой подготовки и ДПО.

На кафедре обучение реализуется с применением дистанционных образовательных технологий, внедряются активные формы обучения, элементы тактической медицины, проводятся аккредитованные профессиональные конференции, организуются конкурсы профессионального мастерства. Проводится научно-методическая работа по поддержке среднего профессионального обучения на базе медицинского колледжа и профессионального обучения на базе Школы сестер и братьев милосердия при Военном духовно-просветительском центре Минобороны России. Проводится подготовка к аккредитации медицинских специалистов в современном центре симуляционного обучения, возможности которого позволяют осуществлять не только обучение слушателей, но и проводить аккредитацию специалистов.

Однако, имеются и проблемные вопросы:

- небольшое количество руководителей сестринских служб с высшим образованием в системе МО РФ;
- необязательность наличия высшего образования для руководителей сестринских служб в системе МО РФ, поэтому низкая мотивация к обучению;
- отсутствие специализированной магистратуры по специальности «Управление сестринской деятельности» в МО РФ;
- отсутствие научной специальности «Управление сестринской деятельностью»;
- низкий престиж профессии.

Выводы. Обучение медицинских сестер с высшим образованием в Министерстве обороны реализуется в соответствии с законодательством Российской Федерации. Для решения проблемных вопросов

необходимо обратиться к руководству Главного Военно-медицинского управления с инициативой внесения изменений в ведомственные приказы об обязательном высшем образовании для руководителей сестринских служб. О возможности открытия факультета ВСО, с возможностью обучения медицинских сестер на разных уровнях образования и открытия специализированной магистратуры по специальности «Управление сестринской деятельности».

АУДИТ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

Синопальников И.В., Агапитов А.А., Демьянков К.Б.

ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

Сегодня в Российской Федерации создано, внедрено и продолжает разрабатываться множество медицинских информационных систем. Это ЕГИСЗ, МИС в медицинских организациях, ИС фармацевтических организаций, создается ВИМИС по отдельным группам заболеваний. Они продолжают создаваться и совершенствоваться. Современные цифровые платформы должны быть ориентированы на повышение эффективности функционирования медицинских организаций, качества оказываемой медицинской помощи и должны быть безопасны и удобны для эксплуатации конечными потребителями услуг.

С 1 февраля 2021 года вступил в силу приказ Минздрава РФ №947н от 7 сентября 2020 года «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов». Документ позволил медицинским организациям перейти на полностью электронный оборот медицинских документов.

Современные требования, высокая конкуренция и колоссальный рост объемов информации, стимулируют медицинские организации на внедрение информационных систем. В них хранится большое количество информации и в связи с этим все более ценной и стратегически важной становится информационная безопасность систем. Во многом эффективность информационных систем зависит от того, насколько хорошо обеспечена их защита с точки зрения информационной безопасности. Ведь согласно исследованию Gartner¹, 70% атак направлены на бизнес-приложения и базы данных организаций.

Основные угрозы информационных систем следующие:

- нарушение целостности и доступности информации;
- нарушение конфиденциальности информации.

Хищение и уничтожение корпоративной информации уже не редкость, к большому сожалению, число подобных инцидентов только растет. Для предотвращения подобных угроз необходимо проведение аудита информационных систем.

Основная цель аудита:

В первую очередь аудит информационной системы предназначен для получения объективной и независимой оценки степени ее защищенности, как от внешних, так и от внутренних злоумышленников, а так же формирование организационно-распорядительной документации, описывающей полномочия и ответственность сотрудников организации имеющих доступ к информационной системе.

¹Gartner – исследовательская и консалтинговая компания, специализирующаяся на рынках информационных технологий.

По нашему мнению аудит информационных систем необходим в следующих случаях:

- а) при внедрении информационной системы;
- б) при внедрении нового модуля, к уже существующей информационной системе;
- в) перед тем как осуществляется интеграция нового приложения с уже существующим;
- г) при подозрении на некорректное функционирование информационной системы с точки зрения информационной безопасности.

Основные этапы аудита информационной системы следующие:

1. Формирование плана аудита;
2. Формирование рабочей группы;
3. Сбор первичной информации и ее анализ;
4. Оценка рисков на основе полученной информации;
5. Создание плана по управлению рисками;
6. Разработка рекомендаций по управлению рисками;
7. Реализация мероприятий по снижению рисков.

Результатом аудита информационной системы является:

- а) актуальная информация о текущем уровне защищенности медицинской информационной системы;
- б) возможность продолжать деятельность без опасения, что информация может быть похищена или уничтожена;
- в) повышение конкурентоспособности организации, за счет высокого уровня информационной безопасности;
- г) наличие организационно-распорядительной документации, описывающей полномочия и ответственность сотрудников организации;
- д) снижение рисков финансовых потерь, за счет обеспечения высокой отказоустойчивости информационной системы.

Перечень документов, которые стоит учитывать при проведении аудита информационных систем довольно обширен, в первую очередь это вышеупомянутый приказ Минздрава РФ №947н от 7 сентября 2020 года, а также ГОСТ Р 56837-2015/ISO/TR 11633-1:2009 «Менеджмент информационной безопасности удаленного технического обслуживания медицинских приборов и медицинских информационных систем», ГОСТ Р ИСО 27789-2016 «Журналы аудита для электронных медицинских карт» и т.д.

¹Gartner – исследовательская и консалтинговая компания, специализирующаяся на рынках информационных технологий.

МЕТОД СТИМУЛЯЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Соловьянович С.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Полиневропатия – это нарушение, связанное с множественным поражением периферических нервов. Оно может развиваться на фоне интоксикаций или соматических заболеваний и проявляется расстройствами чувствительных и двигательных функций, а также формированием трофических язв. Только своевременное полноценное лечение помогает обратить процесс вспять и восстановить

нормальную работу нервных волокон. Слово «полиневропатия» переводится с греческого языка как «поражение многих нервов». Этот термин очень точно описывает суть патологии.

Все структуры организма опутаны сетью тонких нервных волокон, которые делятся на три группы: моторные – отвечают за двигательные функции; сенсорные – обеспечивают чувствительность тканей; автономные (вегетативные) – необходимы для неосознанной регуляции деятельности тех или иных структур, например, сосудов или внутренних органов. Поражение тех или иных волокон неизбежно влечет за собой нарушение их функций. Наиболее распространена смешанная полинейропатия нижних конечностей, при которой проявляются симптомы дисфункции чувствительных и двигательных нервов.

Поражение периферических нервов может возникнуть на фоне следующих состояний: сахарный диабет – наиболее распространенная причина полинейропатии, возникающая за счет нарушения обмена веществ в миелиновой оболочке нервных волокон; поражаются, в основном, нижние конечности; выраженный и длительный дефицит витаминов группы В, необходимых для полноценной работы нервной системы; инфекционные заболевания: ВИЧ, клещевой боррелиоз, и пр.; почечная недостаточность; злоупотребление алкоголем; острые и хронические интоксикации, в том числе лекарственные и др.

Полиневропатия делится на несколько видов в зависимости от типа пораженных волокон:

- сенсорная: страдают нервы, обеспечивающие чувствительность;
- моторная: выявляются нарушения работы двигательных нервов;
- моторно-сенсорные: смешанная форма, при которой преобладают двигательные нарушения;
- сенсорно-моторные: смешанная нейропатия, при которой больше выражены нарушения чувствительности;
- вегетативная: на первое место выходят нарушения работы внутренних органов, изменения тонуса сосудов и связанные с ним трофические нарушения.

В нашей работе для диагностики полиневропатии применялась методика стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ).

Электронейромиография – современный метод инструментальной диагностики, основанный на измерении биоэлектрических потенциалов мышечных волокон. Исследование позволяет оценивать состояние определенных участков нервной системы, диагностировать заболевания спинного мозга, патологии нервной и мышечной тканей. Стимуляционная электронейромиография предполагает измерение биоэнергетических потенциалов с помощью специальных электродов, без проникновения в ткань. Этот метод незаменим для диагностики поражений периферических нервов.

Нами использовалась следующая схема проведения стимуляционной ЭНМГ:

1. Исследование скорости сенсорного проведения импульсов по суральным нервам обеих нижних конечностей;
2. Исследование скорости моторного проведения импульсов по большеберцовым и малоберцовым нервам обеих нижних конечностей;
3. Исследование F-ответов при стимуляции большеберцовых и малоберцовых нервов обеих нижних конечностей.

Нами проведена работа по изучению результатов стимуляционной ЭНМГ 40 пациентов, направленных с подозрением на полиневропатию.

Возраст пациентов находился в диапазоне от 51 года до 86 лет.

Группы пациентов 50 – 59 лет – 2 пациента; 60 – 69 лет – 22 пациента, 70 – 79 лет – 11 пациентов; 80 лет и более – 5 пациентов. Распределение по полу: мужчины – 26 человек, женщины – 14 человек.

Проявления полневропатии нижних конечностей различной степени выраженности выявлены у 39 пациентов (98%) из 40.

Легкая степень нарушений выявлена у 6 пациентов (15%), умеренная – у 28 пациентов (72%), значительные нарушения выявлены у 5 пациентов (13%).

Изолированно аксональный тип нарушений в периферических нервах подтвержден у 14 пациентов (36%); у большинства пациентов – 25 (64%) – изменения носили сочетанный аксонально – демиелинизирующий характер.

У всех 39 пациентов выявлены нарушения в сенсорных (чувствительных) волокнах стоп и голеней. У 25 пациентов (64%) отмечено сочетанное поражение сенсорных и моторных волокон, у 14 (36%) – страдали только сенсорные волокна.

По этиологии выявленной полиневропатии большинство – 24 (62%) составили пациенты, больные сахарным диабетом (2 типа).

У 8 пациентов (20%) развитие полиневропатии было связано с токсическим воздействием лекарственных препаратов (проведение курсов химиотерапии).

У 4 пациентов (10%) предполагался паранеопластический генез заболевания, на фоне текущих онкологических заболеваний.

3 пациентам (8%) – установлен диагноз пролиневропатии неуточненного генеза.

У 7 пациентов (18%) при стимуляционной ЭНМГ выявлен комбинированный характер поражения нервов нижних конечностей; проявления полиневропатии сочетались с вертеброгенным радикуло-невральным поражением (преимущественно на уровне L5 S1).

Таким образом, по результатам нашей работы можно сделать следующие выводы:

1. Стимуляционная ЭНМГ является «золотым» стандартом в диагностике полиневропатии нижних конечностей.
2. Проведение ЭНМГ позволяет достоверно верифицировать, установить степень выраженности поражения периферических нервов нижних конечностей.
3. Своевременное выявление полиневропатии нижних конечностей позволяет назначить адекватную терапию, провести объективную экспертизу трудоспособности пациентов.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Солодянникова Ю.М., Зоткин А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

В современных условиях развития здравоохранения большое значение приобретают мероприятия по приближению медицинской помощи к населению, одним из элементов которой является диагностика, основанная на всем известном принципе – «Хорошо диагностируется, хорошо лечится» (*Bene dignoscitur bene curatur*).

В законодательстве по вопросам охраны здоровья населения Российской Федерации медицинская диагностика выделена в важнейшее направление, обязательное для всех видов оказания медицинской помощи, а реализация этих положений в национальной программе «Здоровье» определило развитие диагностической службы приоритетным.

Постоянно расширяющаяся номенклатура диагностических исследований, оснащение подразделений диагностики новейшим оборудованием, применением высокотехнологичных методов диагностики обуславливают необходимость постоянного совершенствования такой службы, что признано во всем мире и является велением времени. Такой подход распространяется на медицинскую деятельность, в том числе и в амбулаторно-поликлинических организациях (АПО), как в системе гражданского, так и военного здравоохранения, с учетом структуры и видов оказываемой в них медицинской помощи.

Имеющиеся в АПО подразделения диагностической направленности медицинской деятельности, такие как лучевой, ультразвуковой, функциональной, лабораторной диагностики и эндоскопии, позволяют выделить их на функциональной основе в виде диагностической службы. В этой связи на первое место выдвигается аспект управления такой службой, включающий вышеназванные подразделения, объединенные организационно в диагностический центр или отдел (отделение), руководитель которого является ведущим специалистом по диагностике в АПО, которому по данным вопросам подчиняются руководители аналогичных структурных подразделений, в том числе и в обособленных, таких как филиал, поликлиника. Это способствует единому подходу в решении вопросов в повседневной деятельности, на принципах единоначалия и оптимального построения системы диагностики, обеспечивающих эффективное использование материальных средств.

В настоящее время в организации деятельности службы существует ряд основных вопросов, требующих оптимизации. Это вопросы совершенствования материально – технической базы, комплектования высококвалифицированными кадрами, преэминентность в деятельности подразделений диагностики, обоснованные назначения диагностических исследований, снижение сроков ожидания в получении их результатов.

Важным аспектом доступности диагностических исследований является оснащение АПО современным медицинским оборудованием с учетом тенденций на стремительно развивающемся рынке медицинской техники, а также рациональное его использование. Кроме того, недостаточный уровень квалификации медицинского персонала, отсутствие должной и своевременной технической поддержки медицинского оборудования приводит к простаиванию дорогостоящего оборудования. Эффективное использование медицинской техники невозможно без наличия квалифицированного медицинского персонала, имеющего допуск к работе на высокотехнологичном оборудовании, способного в полной мере использовать все его возможности. Тщательный отбор и подготовка специалистов, обладающих навыками работы на современном оборудовании, а также, постоянный контроль, за участием медицинского персонала в программах повышения квалификации, дополняется институтом наставничества в передаче опыта молодым специалистам.

Плановое обслуживание медицинской техники, обеспечивающее ее качество, эффективность и безопасность являются основополагающими для успешного проведения диагностических исследований. Техническому обслуживанию в обязательном порядке подвергается любое технически сложное оборудование. Проводится своевременный ремонт, обеспечение расходными материалами, перераспределение невостребованного и списание морально устаревшего оборудования.

Отсутствие должной преэминентности в назначения диагностических исследований, ведет к их многочисленному дублированию, а, следовательно, и к увеличению затратности при их проведении, создавая необоснованно высокие нагрузки на оборудование и специалистов. В новых экономических условиях АПО работает в рамках государственного задания на лечение больных, что предусматривает контроль объема диагностических исследований, особенно по финансово затратным позициям. В этом связи важным является внедрение и эффективное использование единых информационных систем, позволяющих четко отслеживать формирование назначений, а также тесное взаимодействие со специалистами лечебного профиля.

Участие в программах по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и совершенствованию онкологической помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации сопровождается разработанными едиными формами ежемесячного статистического отчета по выявлению в ходе диагностических исследований у военнослужащих нарушений по целому ряду показателей, определяемых в процессе диагностики, что позволяет своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия.

Таким образом, решение вышеназванных вопросов в единой системе диагностики в АПО, организованной в виде диагностической службы, способствует эффективному использованию специального оборудования, повышению точности полученных результатов, сокращению сроков ожидания диагностических исследований, что положительно влияет на своевременность начала лечения и его исход.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Тимошкова Ю.Л.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

По данным Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) уровень бесплодия в России достиг критических цифр 15-19 %. По критериям ВОЗ такой уровень бесплодия считается угрозой национальной безопасности страны. Встречаемость бесплодных браков в семьях военнослужащих РФ составляет 20-23%.

По данным директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН среди бесплодных пар на долю женского бесплодия приходится 30%, в 30% – мужское бесплодие, в 25% случаев это сочетанное бесплодие и в 15% причина бесплодия не выяснена. Однако, он отмечает, что корректной статистики нет. Но очевидно, что проблема бесплодия существует и необходимо искать пути её решения.

В 2007 году вышел Указ Президента РФ «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». Одна из целей концепции – создание условий для роста численности населения Российской Федерации к 2025 году до 145 млн. человек.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала экстракорпоральное оплодотворение самым эффективным методом лечения бесплодия.

В 1977 году врачи Великобритании успешно оплодотворили яйцеклетку, совершили перенос эмбриона в полость матки женщине. Первое успешное ЭКО в СССР было проведено в 1985 году.

Отделение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова основано в 2014 году и достигло определенных успехов. Так, в настоящее время внедрены следующие технологии:

- экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)
- Интраплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит (ИКСИ)
- криоконсервация спермы, эмбрионов, ооцитов
- программы с донорскими клетками
- программы с криоконсервированными эмбрионами
- внутриматочная инсеминация спермой мужа/донора
- индукция овуляции препаратами рФСГ с последующей фолликулометрией.
- Открытая биопсия яичка с последующей экстракцией сперматозоидов при азооспермии (метод TESE).

В половине случаев оказания ВРТ военнослужащим и членам семей военнослужащих осуществлялись жителям г. Санкт-Петербург, в 18,7 % военнослужащим с Северного флота, в 17,5% – представителям Восточного военного округа и в 13,6% случаев – военнослужащим ЗВО.

Эффективность работы отделения ВРТ определяется не только количеством проведенных циклов, но и критериями безопасности. Синдром гиперстимуляции яичников отмечался в 2,8% случаев. Не было случаев инфекционных осложнений и материнской смертности, что согласуется со статистикой Российской ассоциации репродукции человека.

Частота наступления беременности в результате переноса эмбриона держится на высоком уровне.

Преимуществами отделения ВРТ Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова на современном этапе является сопровождение медицинским психологом пациентов, получающих лечение по поводу бесплодия, а также медицинская реабилитация в условиях СКК «Западный», санаторий «Тарховский».

Вспомогательные репродуктивные технологии – это отрасль медицины, которая постоянно развивается. Перспективы развития вспомогательных репродуктивных технологий в Вооруженных Силах Российской Федерации представляются нам в создании объединенного военного биобанка.

Согласно данным научной литературы банки биологического материала военнослужащих существуют в США и Израиле.

Биобанк – это специализированное криохранилище биологических материалов, а также клинической, лабораторной и персональной информации для реализации медицинских и научных целей.

С 2017 года на кафедре акушерства и гинекологии выполняется криоконсервация по медицинским показаниям.

Целью создания объединенного биобанка является:

- создание специализированного криохранилища половых клеток военнослужащих,
- Около 7% бесплодных пар из числа военнослужащих и членов их семей нуждаются в донорских программах. Поэтому особенно актуальным является создание банка донорских половых клеток,
- создание базы данных медицинской и лабораторной информации о биообразцах,
- а также хранение генетического материала и сохранение фертильного потенциала военнослужащих в течение всего периода службы в Вооруженных Силах Российской Федерации.
- Задачи создания объединенного военного биобанка:
- создание условий для хранения гамет военнослужащих с высоким риском бесплодия, в том числе связанного с проведением химио/лучевой терапии,
- хранение гамет военнослужащих, планирующих к привлечению выполнения специальных задач, в том числе в условиях боевых действий,
- обеспечение военнослужащих в полном объеме медицинской помощью в рамках реализации репродуктивной функции.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ СПОСОБ ИЗОЛИРОВАННОЙ ДОЛЕВОЙ ПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ

***Тягунов В.С., Гайворонский И.В., Суворов Д.А., Рыбаков А.С., Ветошкин В.А.,
Ильина В.А., Анохин Д.Ю.***

ФГБУ «413 военный госпиталь» МО РФ, Волгоград

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

*ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой медицинской помощи им.
И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург*

Актуальность. Метастатическое поражение печени по результатам вскрытий больных онкологического профиля выявляют в 20–70% (Требенкин Е. и др., 2012; Зогот С.Р., Акберов Р.Ф., 2013; Абдулаев М.А. и др., 2016). Известные методы изолированной перфузии печени характеризуются осложнениями, обусловленными утечкой химиопрепарата в системный кровоток, и требуют создания коллатерального искусственного кровотока из-за вынужденного блока НПВ (Voron. T. et al., 2013; Iersel L. B. et al., 2014; Vogl S.A. et al., 2017).

Цель исследования – изучение особенностей ангиоархитектоники печени, экспериментальное обоснование и разработка способа ее изолированной долеговой перфузии.

Материал и методы. Методами цветовой перфузии (n=100), транспаренхиматозных секций (n=100) и анатомо-хирургического эксперимента (n=10) исследовано 100 небальзамированных препаратов трупной печени и 15 трупов людей, умерших от различной патологии, не связанной с исследуемым органом. После подготовки препаратов к исследованию проводили перфузию долей печени через установленные ранее канюли растворами водорастворимых красителей. Параметры перфузии

подбирали опытным путем исходя из физиологических характеристик кровотока и объема печени, которые были представлены в диапазонах: скорость подачи раствора – 110–350 мл/мин для перфузии через ветви собственной печеночной артерии (СПА) и 350–600 мл/мин для перфузии через ветви воротной вены (ВВ); длительность перфузии 20–90 мин, температура перфузата 21 – 43° С. Анатомо-хирургический эксперимент проводили с использованием рентгеноконтрастного вещества и применением рентгеноскопии.

Результаты. В результате проведенной серии цветowych перфузий и транспаренхиматозных секций артериального русла в 64% (32 из 50) наблюдений было отмечено распространение красителя в пределах исследуемой доли. В 36% (18 из 50) наблюдений мы находили внепеченочный анастомоз в воротах печени между ветвями СПА или их ветвями, отходящими к сегменту S_1 .

В 72% наблюдений (36 из 50) граница зон кровоснабжения долевыми ветвями СПА совпадала с проекцией междолевой границы – линии Rex-Cantlie – и проходила также в проекции плоскости, расположенной от ямки желчного пузыря до борозды НПВ. В 28% (14 из 50) граница зон кровоснабжения долевыми ветвями СПА проходила в проекции серповидной связки печени в связи с тем, что артерия, питающая сегмент S_4 , имела свое начало от правой ветви СПА.

В результате проведенных цветowych перфузий русла долевыми ветвями ВВ и транспаренхиматозных секций во всех наблюдениях (50 из 50) отмечалось распространение красителей в пределах исследуемой доли. Граница зон кровоснабжения долевыми ветвями ВВ соответствовала топографии междолевой границы (линии Rex-Cantlie).

В ходе анатомо-хирургического эксперимента во всех наблюдениях на этапе определения и маркирования граница зон кровоснабжения долевыми ветвями СПА и ВВ соответствовала топографии междолевой границы. В ходе артерио-кавальной перфузии в 6 наблюдениях рентгеноконтрастное вещество поступало и распространялось в границах исследуемой доли. В 4 из 10 наблюдений при снижении скорости потока перфузата в условно перфузируемой доле в проекции сегмента S_4 регистрировалась утечка перфузата в контрлатеральную долю, что связывали с его двухсторонним питанием из бассейнов долевыми ветвями СПА. В ходе порто-кавальной перфузии утечки в контрлатеральную долю не определялись.

На основе полученных результатов был разработан и успешно апробирован на 15 небальзамированных трупах людей алгоритм изолированной долевой перфузии печени, которой состоит из 10 последовательных этапов: сформировать перфузионный контур, выполнить оперативный доступ, выполнить доступ к подпеченочному сегменту НПВ, выполнить холецистэктомию, осуществить доступ к сосудам ворот печени, выполнить мобилизацию надпеченочного и ретропеченочного сегментов НПВ, канюлировать приносящие сосуды и подключить систему притока перфузата, канюлировать НПВ и подключить систему оттока перфузата, провести изолированную долевую перфузию печени, завершить процедуру.

Закключение. Таким образом, на основании полученных результатов исследования можно сделать следующие выводы:

1. Относительная автономность долей печени может быть использована для разработки методик сосудистой изоляции долевого кровотока печени с целью ее селективной изолированной перфузии.
2. Изолированная долевая перфузия печени экспериментально выполняемая процедура.

Источник финансирования.

Часть исследований была выполнена при поддержке Правительства Санкт-Петербурга (диплом победителя конкурса грантов Санкт-Петербурга серия ПСП № 18787, справка (приложение к диплому) № 182 от 26.11.2018).

Благодарности.

Выражаем признательность сотрудникам научно-технического отделения «Медицинских и лазерных систем» Центрального научно-исследовательского института робототехники и технической кибернетики за научное сотрудничество.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА

Чуприна А.П., Васюкевич А.Г., Сацукевич Д.В., Кудрявцева О.А.
ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

Актуальность

Хилоторакс – является редким хирургическим заболеванием в структуре торакальной патологии и, как правило, является осложнением оперативных вмешательств, травм и различных внутригрудных патологических процессов. Частота составляет до 0,5% от хирургических заболеваний органов грудной полости. Летальность – до 50% при отсутствии своевременного адекватного лечения.

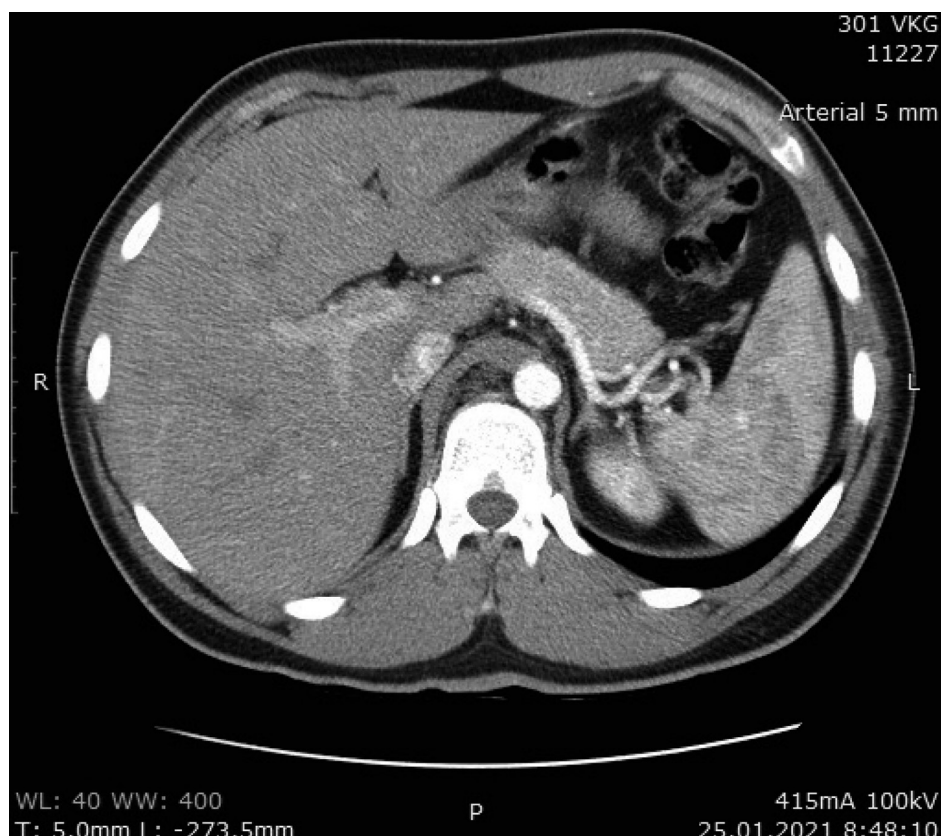
Классификация хилоторакса, несмотря на кажущуюся громоздкость всего лишь отражает причины его возникновения, а также уровень повреждения протока и сторону поражения. Следует отметить, что так называемый травматический хилоторакс, а в этот термин большинство классиков торакальной хирургии включали и послеоперационный хилоторакс составляет 65-70% клинических наблюдений.

Цель

Определение возможности применения лапароскопической поддиафрагмальной перевязки грудного лимфатического протока в нестандартных клинических ситуациях.

Материалы и методы

На базе ГВКГ им. Н.Н. Бурденко Минобороны России было проведено лечение пациента, поступившего после оперативного лечения (удаление шваномы) в другом медицинском учреждении с послеоперационным осложнением в виде повреждения грудного лимфатического протока и, как следствие, развившимся хилотораксом.



Аксиальный срез, локализация каудального края опухоли – между ножками диафрагмы на уровне Т12.

Технические сложности в перевязке ГЛП возникают при рассыпном типе его строения и при локализациях повреждения в крайней верхней и крайней нижней точках внутригрудной части протока. Существующая концепция лечения хилоторакса позволяет предпринимать попытки консервативного лечения в течении 1-2 недель с момента возникновения патологического состояния. Основными принципами лечения хилоторакса являются: адекватное и своевременное опорожнение плевральной полости от хилуса, сокращение его продукции, снижение венозного давления, предупреждение и лечение последствий потери хилуса. Как показывает опыт многих исследователей, в значительной части клин ситуаций все эти мероприятия являются всего лишь предоперационной подготовкой.

Трансторакальное клипирование грудного лимфатического протока с вероятной локализацией его повреждения на уровне 11-12 Th позвонков признано технически сложным. Принято решение о выполнении оперативного вмешательства лечения в объёме лапароскопического клипирования грудного лимфатического протока в зоне пищеводного отверстия диафрагмы.

Оперативный доступ к анатомической зоне грудного лимфатического протока на передней поверхности позвоночника между аортой и нижней полой веной осуществлен между медиальной и промежуточной ножками диафрагмы справа от пищеводного отверстия диафрагмы с сохранением медиальной ножки и пищеводного отверстия диафрагмы. Зона идентифицированного протока прошита en mass, дополнительно клипирована. Затем восстановлена целостность диафрагмы. В послеоперационном периоде экссудация составила 100-200 мл серозного экссудата с отрицательной реакцией на нейтральные жиры. Дренаж удален на 5 сутки. При контрольном. УЗ и РГ исследованиях гидроторакс справа не рецидивировал. У пациента в течении 10 дней послеоперационного периода полностью восстановились показатели белкового обмена, восстановлена годность к военной службе.

Результаты

Приводимое клиническое наблюдение свидетельствует, что в случаях обоснованного подозрения на повреждение ГЛП в нижних отделах грудной полости и предполагаемых технических сложностях при торакальном доступе для перевязки главного лимфатического протока оперативное вмешательство может быть выполнено абдоминальным лапароскопическим доступом с клипированием или перевязкой грудного лимфатического протока на передней поверхности позвоночника в аортокавальном промежутке между медиальной и промежуточной ножками диафрагмы.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЫ

Шобохонова М.В., Зоткин А.В.

ФГБУ «12 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Обеспечение безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях любой формы собственности и функционирования является актуальной проблемой, решаемой комплексным подходом с привлечением различных служб и специалистов, в том числе и по охране труда.

Задачи охраны труда решаются, как путем формирования навыков медицинских работников той или иной специальности по безопасному их поведению, так и по обеспечению безопасных условий для осуществления медицинской деятельности. Такие условия в медицинской организации представляют собой «медицинскую среду», формируемую комплексом факторов физической, химической, биологической природы, создаваемых медицинским оборудованием, применяемыми лекарственными препаратами, проводимыми манипуляциями и диагностическими обследованиями, лабораторными исследованиями, находящимися в зависимости от действий медицинского работника. Продолжительность трудового процесса, его интенсивность в течение рабочего времени, длительное время занимаемая, при обследовании пациентов, вынужденная и не естественная поза медицинских работников, характеризуют тяжесть и напряженность такой трудовой деятельности.

Следовательно, безопасность медицинской деятельности в медицинской организации напрямую зависит от безопасности «медицинской среды», характеризующейся вредными и опасными условиями труда медицинских работников. Своевременное выявление вредных и опасных условий трудовой деятельности медицинских работников, принятие мер по их устранению или уменьшению негативного влияния, в противном случае, назначения соответствующих льгот и компенсаций социального характера (сокращение продолжительности рабочего времени, дополнительный оплачиваемый отпуск, повышение оплаты труда и др.)

Для решения вышеназванных задач по обеспечению безопасной «медицинской среды» в медицинской организации предназначена процедура специальной оценки условий труда (СОУТ), организация проведения которой (не реже одного раза в пять лет – при неизменных условиях и постоянстве рабочих мест, а также в течении 6-12 месяцев после образования новых рабочих мест и изменении условий труда) является обязательной.

Данное направление деятельности регламентировано трудовым законодательством (Трудовой кодексом Российской Федерации), а также специальным законодательством (Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда»; приказами Министерства труда и социальной защиты РФ от 24 января 2014 г. № 33н и от 24 апреля 2015 г. № 250н), где определено содержание, цели, задач, а также порядок и методика проведения СОУТ, применительно к рабочим местам медицинских работников. С учетом этого СОУТ - это комплекс мероприятий по сравнению фактического воздействия вредных и опасных производственных факторов на конкретных рабочих местах, и их значений в гигиенических нормативах, проводимый с целью установления фактического уровня воздействия негативных факторов, для проведения соответствующих организационно-технических мероприятий по улучшению условий труда.

Успех в проведении СОУТ во многом зависит от последовательно проводимых мероприятий, имеющих организационно-методический, а также правовой аспект, затрагивающий интересы, как работодателя, так и медицинских работников.

Проведение СОУТ это относительно длительный по времени и разнообразный по проводимым мероприятиям процесс, в котором целесообразно выделить несколько этапов: подготовительный, организационный, технический, заключительный.

Так, на подготовительном этапе, проводится подбор аккредитованной организации, имеющей право проводить соответствующие измерения факторов медицинской среды рабочей зоны и давать им оценку; издается приказ о составе комиссии по проведению СОУТ; утверждается перечень рабочих мест, на которых будет проводиться специальная оценка; составляется график проведения оценки.

На организационном этапе, проводятся идентификация и замеры уровней факторов рабочей зоны медицинской среды; комиссия вместе с экспертами и лаборантами проводит замеры на рабочих местах; составляется отчет о проведении специальной оценки, в том числе заполнение карт, которые подписываются всеми членами комиссии.

На техническом этапе, утверждается отчет о проведении оценки, подается декларация о соответствии условий труда в ГИТ, а сведений об оценке условий труда в ФСС.

На заключительном этапе, осуществляется реализация итогов СОУТ, ознакомление работников с их результатами и гарантиями, отмеченных в картах на каждое рабочее место, вносятся дополнения в трудовые договоры, при необходимости; разрабатывается план мероприятий по улучшению условий и охраны труда на рабочих местах по результатам СОУТ.

Результаты СОУТ подтверждают права работника на получение специальной одежды и обуви, средств индивидуальной защиты, смывающих и обезвреживающих средств, гарантий и компенсаций за работу во вредных условиях труда, при их наличии.

Таким образом, организуемая и проводимая службой охраны труда медицинской организации СОУТ, в тесном взаимодействии с другими специалистами, является одним из действенных инструментов в обеспечении безопасности «медицинской среды», как одного из составных элементов безопасности медицинской деятельности.

СОВРЕМЕННАЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ – МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ВОЙСКАХ

Шпанка А.В., Корнюшко И.Г., Кошелев В.П.

ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва

Одно из главных направлений работы медицинской службы по совершенствованию медицинского обеспечения войск является дальнейшее улучшение деятельности ее войскового звена.

В решении сложных и многоплановых задач по укреплению и сохранению здоровья военнослужащих, стоящих перед медицинской службой, важная роль отводится военно-медицинским организациям гарнизона, предназначенным не только для оказания медицинской помощи, но и для методического руководства профилактической и лечебно-диагностической работы в войсках.

Современная военно-медицинская организация должна реально стать учебно-методическим центром лечебно-профилактической работы, обеспечить единство, преемственность и последовательность в проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий в гарнизоне, всемерно способствовать повышению качества медицинской помощи и квалификации врачебного состава войсковой медицинской службы.

Формы и методы работы врачей-специалистов медицинской организации весьма разнообразны. Основными из них, как показывает опыт, являются: постоянный глубокий всесторонний анализ причин заболеваемости военнослужащих гарнизона; работа врачей-специалистов медицинской организации непосредственно в воинских частях; организация лечебной практики и дежурств войсковых врачей в медицинской организации; анализ состояния лечебно-диагностической работы и ее дефек-

тов на догоспитальном этапе; участие врачей войсковой медицинской службы в работе гарнизонных и госпитальных врачебных конференций; разработка мероприятий по снижению заболеваемости и повышению качества лечебно-диагностической работы.

В вопросах методического руководства войсковой медицинской службой основным является инструкторско-методические занятия специалистов военно-медицинской организации и врачей войскового звена.

Эффективность этой работы должна оцениваться по качеству медицинской помощи, уровню заболеваемости, состоянию лечебно-диагностической работы в частях гарнизона.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ЗА СЧЕТ МЕТОДИКИ НЕЙРОБИОУПРАВЛЕНИЯ

*Щегольков А.М., Шалыгина О.И., Дыбов М.Д., Массальский Р.И., Тимергазина Э.З.
ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (филиал), Москва*

Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК), включающие транзиторные ишемические атаки (ТИА) и малые инсульты, в 1/3 случаев ведут к инвалидизирующему ишемическому инсульту в течение года, у 10-15% перенесших ТИА инсульт наступает в течение 3 месяцев, а в течение первой недели — в 18% случаев. ПНМК в 25% случаях являются дебютом различных латентно протекающих цереброваскулярных заболеваний: симптоматических и эссенциальной гипертензий, атеросклероза (в том числе позвоночной артерии), васкулитов, заболеваний сосудов.

Среди методов нейробиоуправления в последние годы находит широкое применение метод биоакустической коррекции (БАК). Метод показал высокую эффективность в когнитивной реабилитации, улучшая показатели памяти, интеллектуальной работоспособности, уменьшая асимметрию ритмов биоэлектрической активности головного мозга, снижая уровень реактивной тревожности и когнитивных нарушений. Он активизирует парасимпатическое звено вегетативной нервной системы, снижая воздействие симпатического ангиоспазма и повышая приверженность больных реабилитации.

Нами проанализированы результаты медицинской реабилитации 67 больных в возрасте 28-65 лет с последствиями ПНМК, разделенных на основную (37), контрольную (30) группы.

Для определения вегетативного статуса оценивались вегетативный индекс Кердо, вегетативный коэффициент и коэффициент суммарного отклонения при проведении восьмицветового теста Люшера, неспецифическая адаптационная реакция (Гаркави, Клячкин) по данным лейкоцитарной формулы.

Комплексное психологическое исследование включало применение методик СМИЛ (шкалы тревожности и депрессии), САН (шкалы самочувствия, активности, настроения), теста тревожности Спилберга-Ханина (шкалы реактивной и личностной тревожности), оценка когнитивных нарушений (нарушения исполнительных функций) — 5-минутный протокол пространственной и временной ориентации, тест 5 слов, тест на фонетическую речевую активность.

В результате проведенной комплексной медицинской реабилитации в основной группе достоверно улучшились когнитивные показатели, снизились показатели ситуативной тревожности. Наблюдалась трансформация частотной структуры ЭЭГ в альфа-, дельта- и бета-диапазонах в лобных и затылочных отведениях. Наиболее значимы снижение дельта-активности в лобных отведениях, бета-активности — в затылочных, увеличение альфа-активности в затылочных и лобных отведениях, уменьшение межполушарной асимметрии в лобных и затылочных отведениях.

Таким образом, применение биоакустической коррекции в комплексной медицинской реабилитации больных с последствиями преходящих нарушений мозгового кровообращения, обеспечило восстановление функции ЦНС, центральной и вегетативной регуляции, снижению показателей ситуативной тревожности и невротической триады, что привело к улучшению результатов комплексной медицинской реабилитации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ВЫЗВАННЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ НА ШАХМАТНЫЙ ПАТТЕРН В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Эккерт Н.П., Кудинова С.П., Петров С.В.

ФГБУ «52 консультативно-диагностический центр» МО РФ, Москва

Патология зрительного нерва остаётся одной из основных причин слепоты и слабовидения. Заболевания зрительного нерва подразделяются на воспалительные, сосудистые, дегенеративные. Оптический неврит встречается в 30–40 % случаев. Оптический неврит может быть клинически изолированным синдромом (КИС) рассеянного склероза – хронического демиелинизирующего заболевания, поражающего ЦНС. РС встречается преимущественно у лиц молодого возраста и приводит к инвалидизации.

Сосудистые поражения зрительного нерва чаще встречаются у пожилых людей и связаны с нарушением кровообращения. Предрасполагающими факторами для возникновения ишемической нейропатии могут служить различные системные поражения, а также обусловленные ими общие гемодинамические нарушения. Часто такое поражение развивается на фоне сахарного диабета, гипертонической болезни, атеросклероза, тромбоза магистральных сосудов. Для установления диагноза проводят дифференциальную диагностику ***ретробульбарного неврита с ишемической нейропатией зрительного нерва.***

В диагностике значительную роль играет электрофизиологический метод исследования – ЗВП на реверсивный шахматный паттерн.

Цель исследования установить эффективность применения метода ЗВП на реверсивный шахматный паттерн в дифференциальной диагностике оптического неврита (в том числе при демиелинизирующих заболеваниях), и ***ишемической нейропатии зрительного нерва.*** За период с марта 2020 года по июль 2021 года проведено исследование ЗВП у 350 пациентов, имеющих неспецифические жалобы на снижение остроты зрения, нечеткость изображения, двоение в глазах, боль в глазном яблоке. Женщины составили 54%, 46% – мужчины в возрасте от 24 до 85 лет. Пациентам проводилось исследование ЗВП на реверсивный шахматный паттерн размером ячейки 25, 49 и 99 уг. мин. для стимуляции периферического и центрального зрения. Использовался прибор «Нейро-МВП 5» (Скайбокс).

По результатам наблюдения у основной массы пациентов, имеющих неспецифические жалобы, латентность P 100 была в пределах возрастных норм и отличалась постоянством, амплитудные показатели были подвержены значительным колебаниям в зависимости от пола, возраста, наличия первичной офтальмологической патологии, конфигурация P100 была обычной. У части обследованных латентность P100 была односторонне значительно увеличена до 130–158 мс, амплитуда P100 была сниженной или нормальной, конфигурация P100 была нормальной или W-образной.

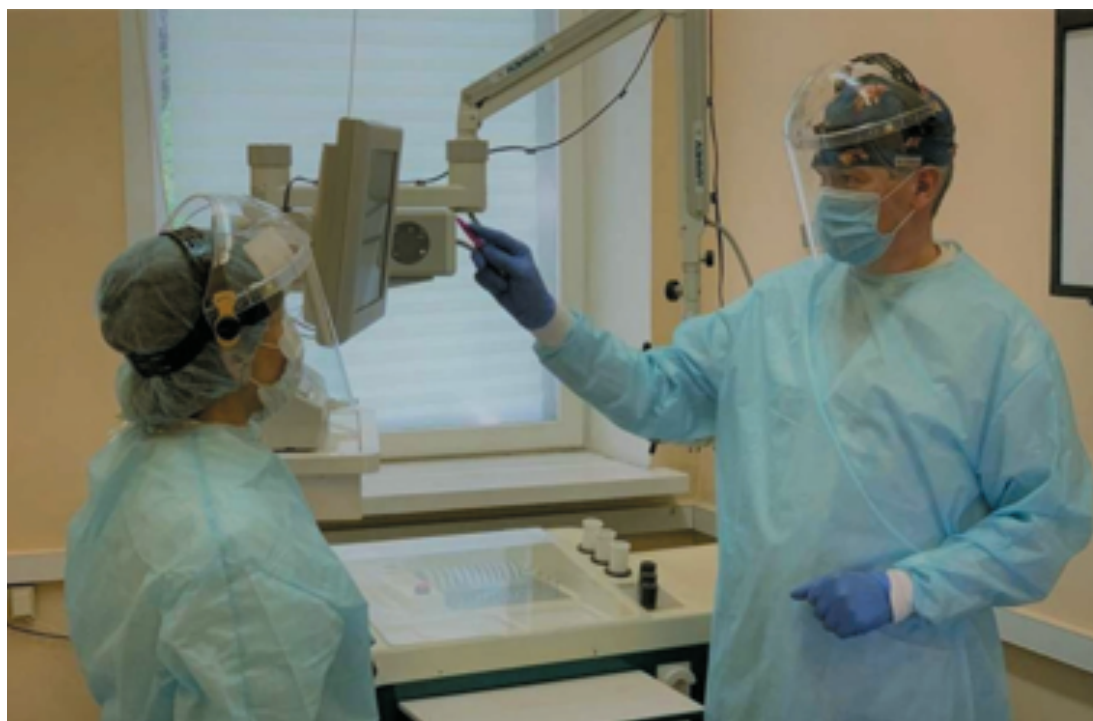
Таким образом, для сосудистых поражений зрительного нерва характерна внезапность (жалобы возникают остро- после сна, физической активности), характерно резкое падение остроты зрения в течение минут или часов. При офтальмоскопии выявляют бледность, увеличение размеров зрительного нерва.

Как правило, при ДС БЦА определяют выраженные нарушение кровотока. Увеличение латентности P100 не является специфичным для ишемической нейропатии (латентность P100 может быть нормальной или незначительно увеличенной). При наличии вероятного оптического (ретробульбарного?) неврита метод ЗВП является эффективным, доступным, легковоспроизводимым дополнительным методом диагностики поражения зрительного нерва, в том числе демиелинизирующего характера, позволяет получать данные о повреждении зрительного нерва, а также даёт возможность проследить динамику заболевания, степень прогрессирования или оценить функциональное восстановление зрительного нерва после поражения. Имеются данные о том, что после РБН при нормальной картине МРТ головного мозга РС разовьётся у 6–16 % больных. Исследование ЗВП при РБН выявляет изменения в 100% случаев.

Заключение: Метод ЗВП на реверсивный шахматный паттерн является доказано эффективным в дифференциальной диагностике ишемической нейропатии и оптического неврита различной этиологии и может быть также рекомендован для динамического наблюдения пациентов с поражением зрительного нерва.



Врач-хирург стоматолог Царев Г.В. и медицинская сестра Дианова Ю.Г. центра (стоматологического) выполняют хирургическое вмешательство



Заведующий хирургическим отделением центра (хирургического) Карпов О.Б. проводит обследование пациента



*Начальник отдела медицинского снабжения Центра Седых А.А.
и фармацевт Птичкина С.Б.
проводят комиссионную приемку нового медицинского оборудования*



*Врач-офтальмолог Климова Л.В. и медицинская сестра Константинова М.И.
проводят аппаратное обследование*



*Врач-инфекционист Киришер О.М.
перед выездом к больному новой коронавирусной инфекцией*



*Заведующий лечебно-профилактическим отделением врач-стоматолог
Коробейникова М.А. и медицинская сестра Гомартели Е.А.
центра (стоматологического) оказывают помощь пациенту*



*Внимательное отношение к пациентам
в госпитальном отделении плазмафереза и гемодиализа*



*Заведующий хирургическим отделением центра (хирургического) Карпов О.Б.
руководит операционной бригадой*



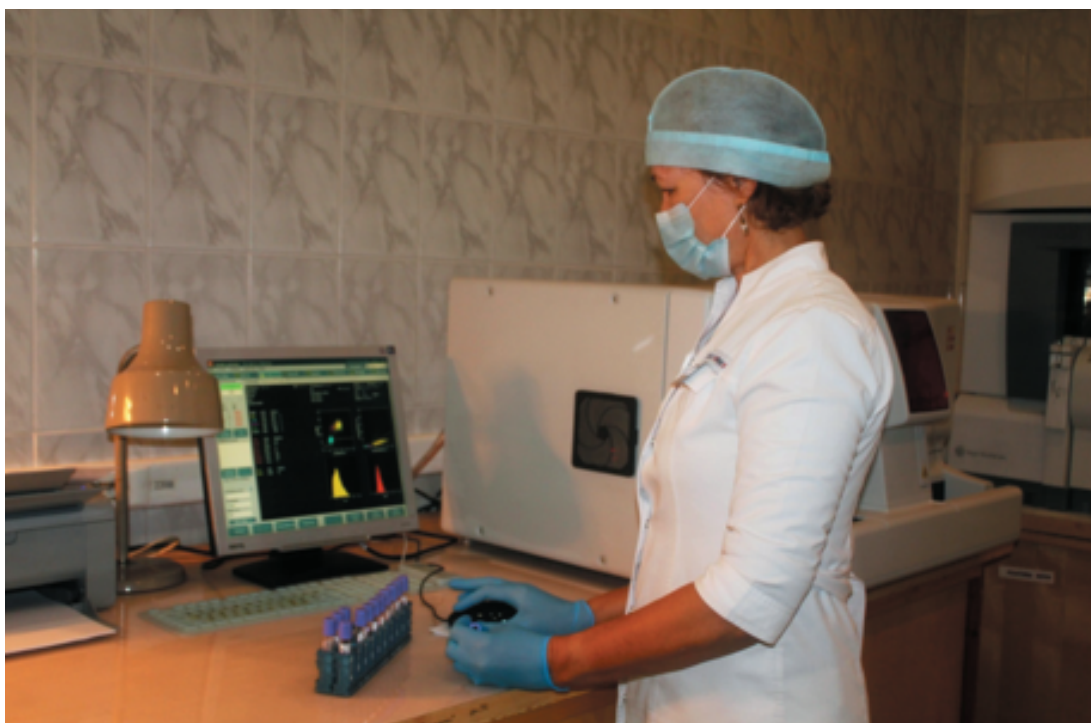
Заведующий гериатрическим отделением центра (терапевтического) врач-терапевт Новикова Е.Н. осматривает военнослужащего перед вакцинацией



Медицинская сестра кабинета иммунопрофилактики Центра Газаева М.З. проводит вакцинацию военнослужащего



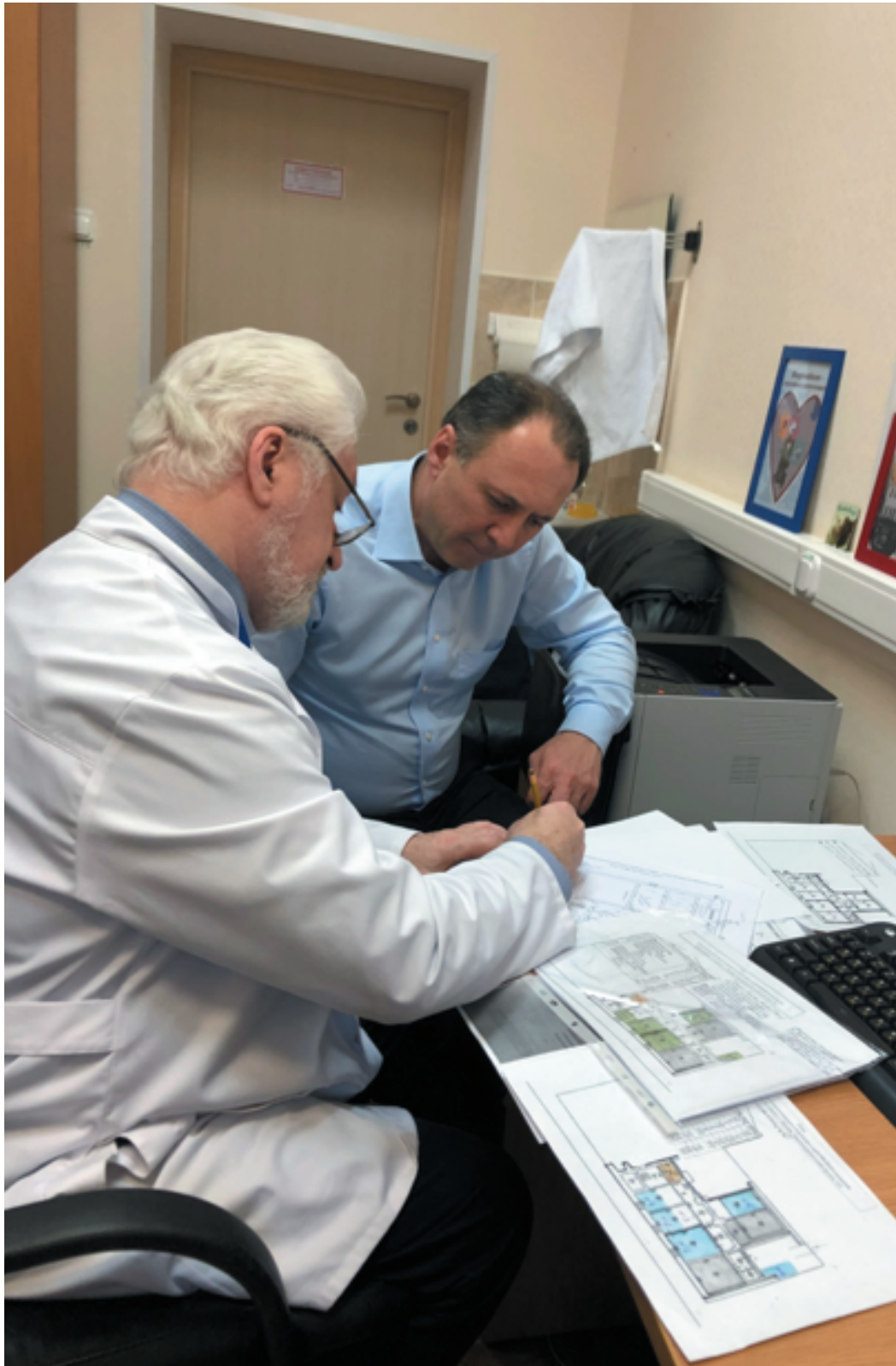
Врач-терапевт Поливцева Е.О. и медицинская сестра Горецкая Н.В. терапевтического отделения центра (терапевтического) проводят прием пациента в условиях распространения новой коронавирусной инфекции



Заведующий лабораторным отделением центра (диагностического) Блудченко Л.Е. проводит клиническое исследование биологического материала



Провизоры-технологи аптеки отдела медицинского снабжения Центра Стрелина М.В. и Воронина Р.Л. проводят подбор реактивов для лабораторного отделения



Врач-эпидемиолог Центра Зоткин А.В. и начальник поликлиники Цечоев А.М. рассматривают варианты размещения нового рентгеновского кабинета поликлиники



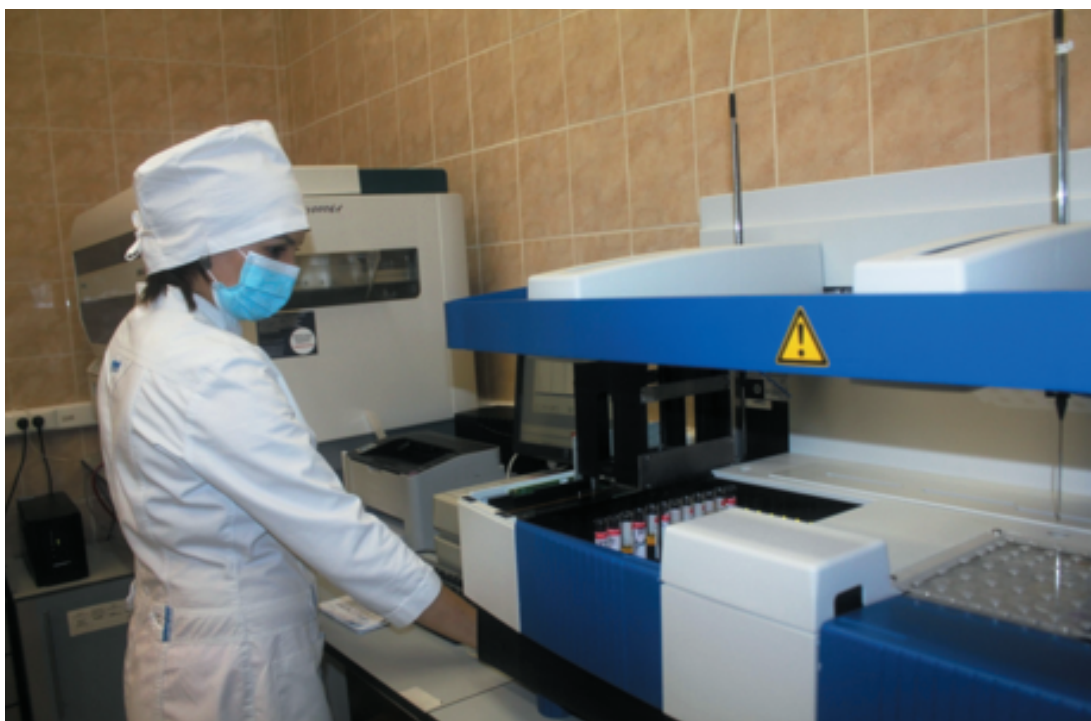
Инспектор по охране труда и техники безопасности Центра Шобохонова М.В. проводит занятие по охране труда с работниками поликлиники



Заведующий эндоскопическим отделением центра (диагностического) Алешина Ю.А. и Шаповалов А.С. проводят обследование пациента



Врач-рентгенолог рентгеновского отделения диагностического центра Горбунова М.А. проводит флюорографическое обследование



Врач клинической лабораторной диагностики лабораторного отделения центра (диагностического) Адамян К.Р. проводит иммунологическое исследование биологического материала аппаратным методом



Медицинский лабораторный техник лабораторного отделения центра (диагностического) Павлова С.Е. проводит иммунологическое исследование биологического материала ручным методом



Заведующий хирургическим отделением с дневным стационаром центра (хирургического) врач-хирург Лопатко А.М. и начальник центра (диагностического) врач-ультразвуковой диагностики Солодянникова Ю.М. проводят диагностическую пункцию в условиях операционной

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Власов А.Ю.</i> 12 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР – 100 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....	7
<i>Алешина Ю.А.</i> ВВЕДЕНИЕ В ПРАКТИКУ ФГБУ «12 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» МИНОБОРОНЫ РОССИИ ВНУТРИВЕННОЙ СЕДАЦИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ.....	8
<i>Антипушин С.И., Ольшанская Е.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	9
<i>Антипушин С.И., Турин Д.Е., Ольшанская Е.В.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ТРАНСРЕКТАЛЬНЫХ ПУНКЦИОННЫХ БИОПСИЙ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В СКРИНИНГЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	11
<i>Артемьев В.А., Ворсин О.Э., Сбродова Л.В., Темиргазина Э.З., Медведев И.Ю.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЛОКАТОРА АЛЬДОСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ.....	12
<i>Блидченко Л.Е., Алешина Ю.А., Кондрашов С.Ю.</i> СРАВНЕНИЕ ДВУХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ	13
<i>Булатов М.Р., Демьянков К.Б., Агапитов А.А., Якушев Д.Ю.</i> НОРМАТИВНО-РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ В РАБОТЕ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ	14
<i>Вершкова С.Е.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ И РОЛЬ «ПРОТЕФЛАЗИДА» В ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМОВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	16
<i>Владимирова Т.Ю., Игнатов М.Ю., Чечко А.Н.</i> ТРАНСОРАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПАРАТОНЗИЛЯРНЫХ АБСЦЕССОВ.....	17
<i>Гмир Т.Н., Казанкина В.В., Воронина А.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ	18
<i>Гришин О.В.</i> ФАКТОРЫ РИСКА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ОРОЛАБИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ	19
<i>Гулям Н.Ю., Зоткин А.В.</i> ПОРЯДОК УЧЕТА И КОНТРОЛЯ МЕРОПРИЯТИЙ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	21
<i>Диденко О.И., Хачатурян Л.Э., Авакян А.А.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ САКУБИТРИЛ+ВАЛСАТРАН У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СНИЖЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	23

<i>Дондокова В.Г., Новикова Е.Н, Рожко А.В., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю.</i> ХРОНИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	24
<i>Дорохина А.В., Чернавский С.В., Стреломухов А.А.</i> ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ АМИОДАРОН-АССОЦИИРОВАННОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	26
<i>Егорова Е.А.</i> НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ.....	27
<i>Зоткин А.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ) МЕРОПРИЯТИЙ В ВОЕННОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	28
<i>Зоткин А.В., Лева Е.С.</i> ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ВАКЦИНАЦИИ В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	30
<i>Зоткин А.В., Солодянникова Ю.М.</i> ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	31
<i>Зоткин А.В., Шобохонова М.В.</i> ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЫ ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	32
<i>Зоткин А.В., Гулям Н.Ю.</i> СИСТЕМА ОБУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ВОПРОСАМ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	34
<i>Иванов И.В., Желтый О. П.</i> ДИАГНОСТИКА СНИЖЕНИЯ РЕЗЕРВОВ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У УВОЛЬНЯЕМЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	35
<i>Иванов И.В., Каверина Е.А., Желтый О. П.</i> ОЦЕНКА НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....	37
<i>Калинина С.В., Шалыгина О.И., Щегольков А.М., Шкарупа О.Ф., Тимергазина Э.З.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА В ЛЕЧЕНИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	39
<i>Капустина Н.В., Хафизов Н.Н., Шестова Л.А., Тушева Т.В.</i> ДОРСАЛГИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	40
<i>Киришнер О.М., Зоткин А.В.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОГО КАБИНЕТА ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	42

<i>Кленков И.Р., Константинов Е.В., Варавин Н.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ СПАСАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПОД ВОДОЙ.....	43
<i>Комаров А.В.</i> ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ БАЗОВОГО ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	45
<i>Краев Н.Н.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИВЕННОЙ ЛАЗЕРНОЙ И ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА.....	46
<i>Кубышкин С.И., Пыльный Д.В., Яловегин А.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН.....	47
<i>Кудрявцев Т.М., Полховский А.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОПТИКОНЕВРОМИЕЛИТА.....	48
<i>Курноскина О.А., Валдаевская О.В., Владимирская Е.И., Дегтярева К.В., Керсновская Е.Ю.</i> ОСОБЕННОСТИ МИКРОПЕЙЗАЖА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	50
<i>Курноскина О.А., Валдаевская О.В., Владимирская Е.И., Дегтярева К.В., Керсновская Е.Ю.</i> ПЕРИЛИМФАТИЧЕСКАЯ ФИСТУЛА ЛАБИРИНТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	51
<i>Куртов В.В., Зоткин А.В., Кучерук Т.В., Пахомов А.С.</i> ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТАКТИКО-СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕНИЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ И ЛИКВИДАЦИИ ОЧАГА ОСОБО ОПАСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	52
<i>Кучерук Т.В., Антошина И.Н., Зоткин А.В.</i> ОСНОВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	53
<i>Кучерук Т.В., Антошина И.Н., Зоткин А.В.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	55
<i>Лева Е.С., Зоткин А.В.</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ВАКЦИНАЦИИ.....	56
<i>Левченко В.Н., Зоткин А.В., Загородная Ю.В.</i> НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЕННОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	58
<i>Левченко В.Н., Костюкова М.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ.....	59
<i>Ляшенко А.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ ДИОКСИД ЦИРКОНИЯ.....	61

<i>Манцаева М.Е., Борисов А.Г., Стремоухов А.А.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ СРАВНЕНИЕ БОЛЬНЫХ IGA-НЕФРОПАТИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАРКЕРОВ ЦЕЛИАКИИ	62
<i>Масло Н.В., Мещерякова Ю.Б., Данилов Ю.А.</i> СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ И МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	64
<i>Мещерякова Ю.Б., Данилов Ю.А., Коваленко Т.Г.</i> ЛЕЧЕНИЕ АБУЗУСНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	65
<i>Михайлов А.А., Марченко А.Н., Коваленко Т.Г.</i> КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ГОСПИТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ПОЛИКЛИНИКИ.....	67
<i>Мокиенко В.П., Левченко В.Н., Седых А.А.</i> ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В 12 КДЦ.....	68
<i>Мустаев О.З, Ивченко Е.В., Чепур С.В., Селезнёв А.Б., Иванов В.С., Сущенко А.А.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ.....	70
<i>Насанжаев М.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ПРОЦЕССЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ.....	71
<i>Нефедов Н.А., Александров А.С., Александрова Л.А., Давидова Н.Л., Кушим З.П., Лясота Е.В., Орловская Л.Е., Сафронова А.Г., Тарасенков В.Н.</i> ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПАЦИЕНТОВ С ФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	73
<i>Николаев Р.В.</i> ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	74
<i>Новикова Е.Н., Горелик С.Г., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю., Соловьянович Е.В.</i> ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ – СИНДРОМ ВОЗРАСТНОЙ СТОПЫ	75
<i>Новикова Е.Н., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю., Костюкова М.А.</i> ПОЛИПРАГМАЗИЯ: ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ ПЕНСИОНЕРОВ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ФГБУ «12 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» МИНОБОРОНЫ РОССИИ.....	77
<i>Новикова Е.Н., Рожко А.В., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю.</i> СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	79
<i>Овчинников Ю.В., Мостовой Л.В.</i> ПОКАЗАТЕЛИ РЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ, КАК ПРИЗНАКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДОЛГОСРОЧНОЙ СРАР-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	81

<i>Огневая А.И., Данилов Ю.А.</i> ФОТОСТАРЕНИЕ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА, ВЕДУЩЕГО АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЁМ.....	82
<i>Пахомов А.С., Киришнер О.М., Кучерук Т.В., Таяновский В.Ю., Новикова Е.Н.</i> ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ИЗ ЧИСЛА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 И ПОДОЗРЕНИЕМ НА НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 НА ПРИМЕРЕ ФГБУ «12 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» МИНОБОРОНЫ РОССИИ.....	83
<i>Половинка В.С., Дерябин Н.И.</i> ДИСТАНЦИОННОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	85
<i>Полховский А.А., Полховская Е.Ю.</i> К ВОПРОСУ О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	86
<i>Попов А.П.</i> СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	88
<i>Попов А.П., Лексина Н.Ю., Кудинова С.П., Петров С.В., Самодеенко О.А., Беккер А.Х., Левина А.Е., Долгова Е.В., Батуева Н.Б., Абрамова М.В.</i> О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....	90
<i>Санакоева Э.Г., Соколова Т.В., Гладько В.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА.....	91
<i>Свиридова Т.Б., Голдина Е.А., Комарова Е.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В МИНИСТЕРСТВЕ ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	93
<i>Синопальников И.В., Агапитов А.А., Демьянков К.Б.</i> АУДИТ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ.....	94
<i>Соловьянович С.В.</i> МЕТОД СТИМУЛЯЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИНЕВРОПАТИИ.....	95
<i>Солодянникова Ю.М., Зоткин А.В.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	97
<i>Тимошкова Ю.Л.</i> СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	99
<i>Тягун В.С., Гайворонский И.В., Суоров Д.А., Рыбаков А.С., Ветошкин В.А., Ильина В.А., Анохин Д.Ю.</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ СПОСОБ ИЗОЛИРОВАННОЙ ДОЛЕВОЙ ПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ.....	100

<i>Чуприна А.П., Васюкевич А.Г., Сацукевич Д.В., Кудрявцева О.А.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА.....	102
<i>Шобохонова М.В., Зоткин А.В.</i> СПЕЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЫ	104
<i>Шпанка А.В., Корнюшко И.Г., Кошелев В.П.</i> СОВРЕМЕННАЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ – МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ВОЙСКАХ	105
<i>Щегольков А.М., Шалыгина О.И., Дыбов М.Д., Массальский Р.И., Тимергазина Э.З.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ЗА СЧЕТ МЕТОДИКИ НЕЙРОБИОУПРАВЛЕНИЯ	106
<i>Эккерт Н.П., Кудинова С.П., Петров С.В.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ВЫЗВАННЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ НА ШАХМАТНЫЙ ПАТТЕРН В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА	107

