



VII Международная научная конференция

МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



Краснодар

УДК 61
ББК 5
М42

Главный редактор: *И. Г. Ахметов*

Редакционная коллегия сборника:

М. Н. Ахметова, Ю. В. Иванова, А. В. Каленский, В. А. Куташов, К. С. Лактионов, Н. М. Сараева, Т. К. Абдрасилов, О. А. Авдеюк, О. Т. Айдаров, Т. И. Алиева, В. В. Ахметова, В. С. Брезгин, О. Е. Данилов, А. В. Дёмин, К. В. Дядюн, К. В. Желнова, Т. П. Жуйкова, Х. О. Жураев, М. А. Игнатова, Р. М. Искаков, И. Б. Кайгородов, К. К. Калдыбай, А. А. Кенесов, В. В. Коварда, М. Г. Комогорцев, А. В. Котляров, А. Н. Кошербаева, В. М. Кузьмина, К. И. Курпаяниди, С. А. Кучерявенко, Е. В. Лескова, И. А. Макеева, Е. В. Матвиенко, Т. В. Матроскина, М. С. Матусевич, У. А. Мусаева, М. О. Насимов, Б. Ж. Паридинова, Г. Б. Прончев, А. М. Семахин, А. Э. Сенцов, Н. С. Сенюшкин, Е. И. Титова, И. Г. Ткаченко, М. С. Федорова С. Ф. Фозилов, А. С. Яхина, С. Н. Ячинова

Международный редакционный совет:

З. Г. Айрян (Армения), П. Л. Арошидзе (Грузия), З. В. Атаев (Россия), К. М. Ахмеденов (Казахстан), Б. Б. Бидова (Россия), В. В. Борисов (Украина), Г. Ц. Велковска (Болгария), Т. Гайич (Сербия), А. Данатаров (Туркменистан), А. М. Данилов (Россия), А. А. Демидов (Россия), З. Р. Досманбетова (Казахстан), А. М. Ешиев (Кыргызстан), С. П. Жолдошев (Кыргызстан), Н. С. Игисинов (Казахстан), Искаков Р. М. (Казахстан), К. Б. Кадыров (Узбекистан), И. Б. Кайгородов (Бразилия), А. В. Каленский (Россия), О. А. Козырева (Россия), Е. П. Колпак (Россия), А. Н. Кошербаева (Казахстан), К. И. Курпаяниди (Узбекистан), В. А. Куташов (Россия), Кыят Э. Л. (Турция), Лю Цзюань (Китай), Л. В. Малес (Украина), М. А. Нагвердадзе (Грузия), Ф. А. Нурмамедли (Азербайджан), Н. Я. Прокопьев (Россия), М. А. Прокофьева (Казахстан), Р. Ю. Рахматуллин (Россия), М. Б. Ребезов (Россия), Ю. Г. Сорока (Украина), Г. Н. Узаков (Узбекистан), М. С. Федорова (Россия), Н. Х. Хоналиев (Таджикистан), А. Хоссейни (Иран), А. К. Шарипов (Казахстан), З. Н. Шуклина (Россия)

Медицина и здравоохранение : VII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, январь 2019 г.) ; [под ред. И. Г. Ахметова и др.]. — Краснодар : Новация, 2019. — iv, 52 с.

ISBN 978-5-907133-54-9.

В сборнике представлены материалы VII Международной научной конференции «Медицина и здравоохранение». Предназначен для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов медицинских специальностей, а также для широкого круга читателей.

УДК 61
ББК 5

ISBN 978-5-907133-54-9

© Оформление. ООО «Издательство Молодой ученый», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Залаева А.Б., Шакиров А.А.

Показатели эхокардиографического исследования у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и сердечно-сосудистой патологией 1

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Рахимова М.Б., Ходжиев С.Э., Разиков А.А., Рахимова М.Э.

Оценка состояния гепатобилиарной зоны у больных с хроническими формами ИБС на фоне стандартного лечения 11

Шатова Е.А.

Особенности послеоперационного ухода за детьми с врожденной расщелиной неба после уранопластики. 21

Шелухина А.Н., Петроченко Д.В., Семченко Л.А.

Гендерспецифические изменения эмоционально-физического состояния больных, страдающих ХОБЛ в период обострения заболевания 28

ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Козырев О.А., Филимонова О.Л., Азарова А.А., Добросельская А.И., Карнюшкина Е.С., Козырев И.С., Тимошин М.О.

Медико-социальные аспекты раннего выявления артериальной гипертензии у жителей города Смоленска. 36

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Закиева Л.Ф.

Типология современных медицинских учреждений 42

Тищенко И.П., Тищенко Э.П.

Целесообразность оптимизации медицинского страхования при оказании экстренной медицинской помощи населению 47

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Показатели эхокардиографического исследования у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и кардиоваскулярной патологией

Залаева Анастасия Борисовна, студент;
Шакиров Антон Альбертович, студент
Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) наряду с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом более чем в 40 % случаев являются причиной смертельного исхода. ХОБЛ является одной из наиболее часто встречающихся патологий дыхательной системы среди взрослого населения. В последнее время уделяется внимание не столько особенностям клинических проявлений данного заболевания, сколько патогенетическим механизмам его развития в связи с установлением сопутствующих патологий на фоне ХОБЛ [1]. Полиморбидность является особенностью клиники внутренних болезней на сегодняшний день. Вопрос о коморбидности ХОБЛ и кардиоваскулярной патологии является актуальным в связи с развитием и прогрессированием одного заболевания на фоне другого и, как следствие, ограничением физической работоспособности вплоть до невозможности самообслуживания, инвалидизации и летального исхода. В основе коморбидности лежат единые патогенетические механизмы развития заболеваний. На фоне хронической обструктивной болезни легких наиболее часто развиваются такие патологии сердечно-сосудистой системы, как: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов, в основе которых лежит стойкое повышение артериального давления. Медикаментозная терапия при сочетании данных патологий является актуальной задачей на сегодняшний день. Для ее решения необходимо выяснить основные патогенетические механизмы развития патологий и корреляционные связи между различными показателями

функционального и морфологического состояния сердца и наличием, течением ХОБЛ [2,3,4,6]. Таким образом, целью нашего исследования явилась оценка морфологических и функциональных изменений сердца при сочетании ХОБЛ с АГ.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2017 год проведены эхокардиографические исследования 73 человек на базе пульмонологического отделения АГУЗ ПК Ордена «Знак Почёта» Пермской краевой клинической больницы № 1.

Были сформированы три группы — основная ХОБЛ с АГ (15 человек) и первая группа сравнения — ХОБЛ без АГ (12 человек). Вторую группу сравнения составили 21 человек с АГ, которая развилась не на фоне ХОБЛ. Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц в отношении дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. Группа пациентов с ХОБЛ характеризуется преобладанием мужчин (83 %) над женщинами, как и группа пациентов с АГ (53 %) и сочетанной патологией (80 % мужчин). При этом пациенты основной группы и группы сравнения находились в одном возрастном коридоре и составили $62,5 \pm 0,77$ лет в среднем. Группа контроля представлена преимущественно мужчинами (58 %). Пациенты данной группы составили возрастную категорию $57,6 \pm 2,48$ лет.

Оценивали функциональное и морфологическое состояние сердца по следующим показателям эхокардиографии: размеры левого предсердия (парастернально и четырехкамерная (Ч-К) — позиция), конечный диастолический и систолический размеры левого желудочка (КДР и КСР), конечный диастолический и систолический объемы левого желудочка (КДО и КСО), ударный объем (УО), фракция выброса (ФВ), толщину межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительная толщина стенки (ОТС), размеры правого предсердия (ПП) (длинная и короткая оси), размеры правого желудочка (ПЖ) (парастернально и Ч-К-позиция), толщина стенки, диаметр нижней полой вены (НПВ), % коллапса НПВ, диаметр аорты и раскрытие створок, диаметр легочной артерии (ЛА), систолическое и диастолическое давления в легочной артерии (СДЛА и ДДЛА), фиброзное кольцо, площадь, пиковый и средний градиенты, степень регургитации на аортальном, митральном, трикуспидальном и пульмональном клапанах.

Анализ полученных результатов проводили с помощью методов описательной статистики и программы Statistica 13 с учетом коэффициента Стью-

дента и расчетом стандартной ошибки. Все полученные значения записаны в виде $M \pm m$ (среднее арифметическое \pm стандартная ошибка). Корреляционный анализ производился с учетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. У всех обследованных пациентов с ХОБЛ у 71 % выявлена АГ. При анализе морфологических и функциональных характеристик сердца и клапанного аппарата у пациентов с коморбидностью ХОБЛ и АГ были отмечены следующие изменения (табл. 1).

Размеры левого предсердия увеличены: в парастернальной позиции $41,0 \pm 1,49$ мм; в Ч-К позиции $51,0 \pm 1,62$ мм и $41,0 \pm 1,65$ мм по длинной и короткой осям соответственно. При наличии у пациентов ХОБЛ без сопутствующей АГ размеры левого предсердия изменены не были. При АГ без ХОБЛ размеры левого предсердия были увеличены в меньшей степени ($50,3 \pm 0,92$ мм и $37,5 \pm 0,92$ мм в Ч-К позиции) в основном в длину.

При ХОБЛ в сочетании с АГ отмечаются функциональные изменения: незначительно сниженные показатели ударного объема (УО) $57,0 \pm 4,37$ мл при нормальных показателях фракция выброса (ФВ) $60,0 \pm 2,02$ %. При более длительном течении ХОБЛ и достижении тяжелой степени заболевания в фазе обострения на фоне недостаточного УО отмечается снижение и ФВ до 43 % и ниже. При этом снижение УО коррелирует с уменьшением конечного систолического объема (КСО) ($r=0,726$) (табл. 2). КСО у группы пациентов ХОБЛ в сочетании с АГ соответствует $41,0 \pm 5,76$ мл. Полученные результаты входят в пределы нормы, но нужно обратить внимание на дисперсию показателей КСО в сторону уменьшения вплоть до 18 мл у 73,3 %, а увеличение КСО обнаружено у 20 % обследованных до 84 мл (табл. 1, рис. 1).

Сохранение нормальных показателей фракции выброса можно объяснить стремлением сердца сохранить возможность функционирования за счет гипертрофии миокарда левого желудочка. Левое предсердие, как вспомогательный насос, препятствует увеличению давления в легочных венах и капиллярах во избежание застойных явлений в легких и поддерживает нормальное конечно-диастолическое давление в левом желудочке. Если же развивается какое-либо нарушение, связанное с проводимостью и автоматизмом (атрио-вентрикулярная блокада), то это может привести к летальному исходу [5].

Таблица 1.
Показатели эхокардиографического исследования у здоровых, пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, артериальной гипертензией и при сочетании этих заболеваний (М±m)

Показатели		Здоровые n=25	ХОБЛ n=12	ГБ n=21	ХОБЛ+ГБ n=15
Размеры ЛП	парастерн.	33,2 ± 0,59 мм	36,7 ± 0,33 мм	37,5 ± 0,74 мм	41,0 ± 1,49 мм
	Ч-К: длин. ось	44,1 ± 0,78 мм	46,3 ± 4,29 мм	50,3 ± 0,92 мм*	51,0 ± 1,62 мм*
	Ч-К: кор. ось	33,5 ± 0,81 мм	33,5 ± 2,60 мм	37,5 ± 0,92 мм*	41,0 ± 1,65 мм *
КСО	28,0 ± 1,64 мл	31,0 ± 1,87 мл	33,2 ± 2,34 мл*	41,0 ± 5,76 мл*	
УО	57,2 ± 2,52 мл	54,6 ± 5,87 мл	63,6 ± 3,90 мм*	56,0 ± 4,37 мл	
ФВ	65,5 ± 1,03%	62,8 ± 1,89%	65,9 ± 1,27%	60,0 ± 2,02%*	
МЖП	9,8 ± 0,16 мм	10,4 ± 0,40 мм	12,8 ± 0,19 мм*	13,0 ± 0,60 мм*	
ЗСЛЖ	9,6 ± 0,16 мм	10,2 ± 0,37 мм	12,4 ± 0,20 мм*	13,0 ± 0,52 мм*	
ИММЛЖ	75,4 ± 3,88 г/м ²	85,04 ± 6,8 мм	119,2 ± 5,73 г/м ² *	146 ± 13,52 г/м ² *	
РазмерыПП	длин. ось	43,6 ± 1,01 мм	47,5 ± 4,27 мм	48,9 ± 1,38 мм*	52,0 ± 1,95 мм*
	корот. ось	32,7 ± 1,71 мм	36,8 ± 2,69 мм*	36,6 ± 1,47 мм*	40,0 ± 2,06 мм*
РазмерыПЖ	парастерн.	25,3 ± 0,50 мм	30,7 ± 1,86 мм*	26,3 ± 0,63 мм	30,0 ± 1,67 мм*
	Ч-К	35,1 ± 1,01 мм	39,3 ± 2,67 мм	37,3 ± 2,1 мм	43,0 ± 3,0 мм*
толщина стенки	4,7 ± 0,30 мм	5,85 ± 1,15 мм	5,0 ± 0,02 мм	6,0 ± 0,52 мм*	
НПВ, диаметр	17,2 ± 0,47 мм	19,0 ± 2,0 мм	18,7 ± 0,52 мм	21,0 ± 1,04 мм*	
диаметр ЛА	19,1 ± 0,60 мм	21,8 ± 1,86 мм	20,5 ± 0,52 мм	26,0 ± 1,46 мм*	
СДЛА	27,0 ± 1,91 мм. рт. ст.	41,0 ± 4,04 мм. рт. ст.*	23 ± 5,23 мм. рт. ст.	49 ± 7,21 мм. рт. ст.*	

Примечание: * — достоверность различий (p<0,05) со здоровыми

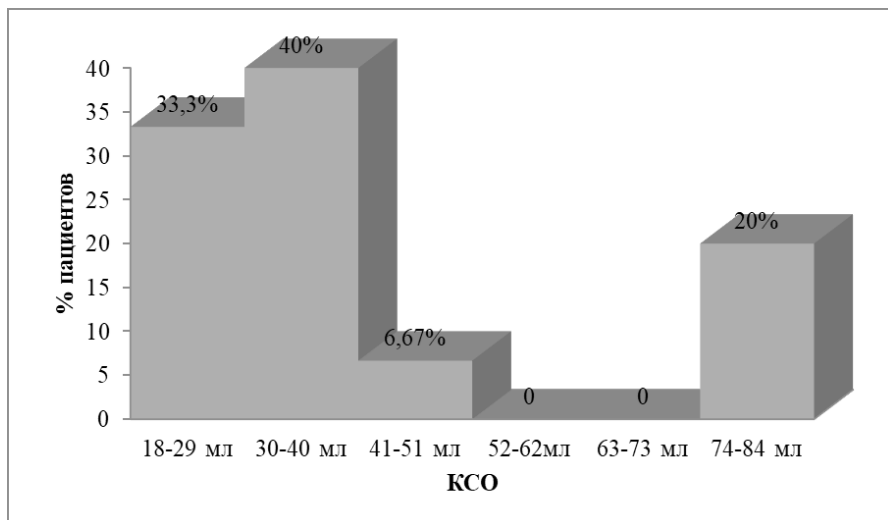


Рис. 1. Дисперсия показателей конечного систолического объема у пациентов с сочетанной патологией (мл)

При анализе данных группы пациентов с ХОБЛ без сочетанной патологии сердечно-сосудистой системы выявлены незначительные отклонения от нормы в показателях КСО и УО, которые равны $31 \pm 1,87$ мл и $54,6 \pm 5,87$ мл соответственно. Индекс корреляции данных значений ниже, чем у группы пациентов с сочетанной патологией ($r=0,542$) (табл. 2).

При анализе группы пациентов с артериальной гипертензией без ХОБЛ отмечены небольшие отклонения от нормы, которыми можно пренебречь в связи с их соответствием стандартной ошибке.

У пациентов с сочетанной патологией ХОБЛ и АГ отмечены также изменения морфологических структур левого желудочка, в частности увеличение толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) ($13,0 \pm 0,60$ мм и $13,0 \pm 0,52$ мм), при этом у 80% пациентов толщина МЖП достигает 16,0 мм, толщина ЗСЛЖ при тяжелой степени ХОБЛ в сочетании с АГ достигает 15 мм. Индекс корреляции МЖП и ЗСЛЖ $r = 0,958$. Индекс массы миокарда $146 \pm 13,52$ г/м² и достигает 244 г/м² (табл. 1), что свидетельствует о значительных анатомо-морфологических изменениях в структуре миокарда левого желудочка у большинства пациентов с сочетанной патологией

(80%). Все эти показатели превышают норму и коррелируют между собой ($r = 0,753$) (табл. 2), указывая на развитие ремоделирования миокарда левого желудочка и подтверждая наличие симметричной гипертрофии.

Таблица 2

Корреляция между показателями эхокардиографического исследования у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, артериальной гипертензией и при сочетании этих заболеваний

Показатели	ХОБЛ	АГ	ХОБЛ+АГ
УО и КСО	$r=0,542$	$r = 0,473$	$r = 0,726$
ЗСЛЖ и МЖП	в пределах нормы	$r = 0,840$	$r = 0,958$
ЗСЛЖ, МЖП и ИММЛЖ	в пределах нормы	$r = 0,568$	$r = 0,753$

Примечание: учитывался коэффициент корреляции r_s — Спирмена при $p < 0,05$.

Показатели толщины межжелудочковой перегородки, задней стенки и индекса массы миокарда левого желудочка у пациентов с АГ без сочетанной патологии составляют $12,8 \pm 0,19$ мм, $12,4 \pm 0,20$ мм и $119,2 \pm 5,73$ г/м² (табл. 1) соответственно, что в меньшей степени отклоняется от нормы по сравнению с группой пациентов с сочетанной патологией. При этом показатели толщины МЖП, ЗСЛЖ, ИММЛЖ у пациентов с ХОБЛ без патологии сердечно-сосудистой системы находятся в пределах нормальных значений.

У пациентов с коморбидностью ХОБЛ и АГ наблюдается увеличение правых отделов сердца. Правое предсердие увеличено в основном по длинной оси ($52,0 \pm 1,95$ мм и $40,0 \pm 2,06$ мм длинная и короткая ось соответственно). Размеры правого предсердия у групп сравнения находятся в пределах нормы. Увеличение правого желудочка в группе пациентов ХОБЛ и АГ выражено в большей степени, чем у пациентов с изолированной ХОБЛ. Толщина стенки правого желудочка в группе ХОБЛ с АГ увеличена и составляет $6 \pm 0,52$ мм, в то время как толщина стенки правого желудочка при изолированной ХОБЛ изменена в меньшей степени $5,85 \pm 1,15$ мм. Полость правого желудочка расширена и соответствует $30 \pm 1,67$ мм и $43,0 \pm 3,0$ мм по парастернальной и Ч-К-позиции соответственно. При АГ толщина стенки ПЖ соответствует норме. При тяжелой степени ХОБЛ в сочетании с АГ диаметр НПВ увеличен у 53% пациентов в сравнении с другими группами пациентов и контрольной группой,

и у 13 % пациентов достигает 27 мм, что свидетельствует о развитии застойных явлений по большому кругу кровообращения, в то время, как при изолированной патологии — ХОБЛ или АГ — не изменен и составляет $19,0 \pm 2,0$ мм и $18,7 \pm 0,52$ мм соответственно (табл. 1).

У больных с сочетанной патологией наблюдается увеличение диаметра легочной артерии ($26,0 \pm 1,46$ мм), что является качественным признаком развития легочной гипертензии (ЛГ). Систолическое давление в легочной артерии увеличено в основном до уровня умеренной легочной гипертензии ($49,0 \pm 9,21$ мм. рт. ст.), что свидетельствует о снижении толерантности сосуда к функциональным нагрузкам и способствует структурным изменениям правых отделов сердца в связи с легочным сопротивлением.

Обсуждая полученные результаты, мы обнаруживаем при коморбидности ХОБЛ и АГ более яркую картину клинических проявлений и значительное увеличение морфологических и функциональных изменений сердца, нежели при ХОБЛ без кардиоваскулярной патологии или только при АГ. При сочетанной патологии выявлены повреждения всех отделов сердца, как предсердий, так и желудочков, гипертрофия миокарда обоих желудочков и межжелудочковой перегородки, обуславливая тем самым более выраженное ремоделирование миокарда, и развитие диастолической дисфункции, в основном по типу замедления релаксации.

При сочетанной патологии нами выявлены как качественные (диаметр легочной артерии $26,0 \pm 1,46$ мм), так и количественные (СДЛА $49,0 \pm 9,21$ мм. рт. ст.) признаки развития легочной гипертензии, соответствующие в основном уровню умеренной ЛГ. Кроме того у пациентов с коморбидностью ХОБЛ и АГ, в отличие от других групп (табл. 1), мы выявили увеличение диаметра НПВ, в 13 % случаев до 27 мм, недостаточное ее спадение (менее чем на половину) на вдохе, свидетельствующие о развитии застойных явлений по большому кругу кровообращения, что является признаком декомпенсации хронической сердечной недостаточности на фоне имеющегося хронического легочного сердца и неблагоприятного прогноза.

Согласно данным [9], прослеживается достоверная связь между индексом повреждения миокарда Cardiac Infarction Injury Score (CIIS) с давлением в легочной артерии, конечным диастолическим размером правого и левого желудочков, фракцией выброса левого желудочка и как результат — риском смерти пациентов с ХОБЛ.

Нужно обратить внимание на некоторые изменения сердечно-сосудистой системы, которые отсутствуют при АГ, но имеют место быть при ХОБЛ [3].

Прогрессирование заболевания дыхательной системы не только усугубляет тяжесть его течения, но и вызывает развитие новых патологий другой системы. Это свидетельствует об отягощении заболеваний, увеличении фаз обострения и прогрессировании как самой ХОБЛ, так и АГ на ее фоне.

В последнее время обсуждается тот факт, что наличие кардиоваскулярной патологии при ХОБЛ не простая случайность, ассоциация, а результат наличия ряда общих факторов патогенеза.

В основе большинства патогенетических механизмов развития АГ при ХОБЛ лежит эндотелиальная дисфункция, вызванная разными патофизиологическими процессами. В основе развития АГ лежит возникающая при ХОБЛ гипоксия, сосудистый ответ на нее включает несколько элементов: цитокины, мессенджеры и другие БАВ, которые регулируют межклеточные взаимодействия, и непосредственно сам комплекс межклеточных взаимоотношений.

Гипоксия способствует гипертрофии и гиперплазии эндотелия и субэндотелиальных слоев, чем вызывается утолщение интимы эндотелия, а, соответственно, нарушается его функциональная активность. Помимо утолщения непосредственно интимы эндотелия, гипоксия нарушает баланс системы коагулянтов и антикоагулянтов, что приводит к повышению секреции тромбоксана A_2 , увеличению агрегационной способности тромбоцитов и прокоагулянтной активности эндотелия. Этим объясняется тенденция к образованию тромбов, нарушение функциональной способности эндотелия и невозможность полноценного кислородообеспечения тканей и органов и самой сердечной мышцы в частности.

Изменения, происходящие в организме, приводят к развитию оксидативного стресса. Продукты перекисного окисления липидов стимулируют активацию протеинкиназы С и запускают каскад реакции, в результате чего мобилизуется кальций и активируется фосфолипаза A_2 . Фосфолипаза A_2 запускает каскад арахидоновой кислоты либо по 5-липооксигеназному, либо по циклооксигеназному пути. Именно с этим связывают индукцию бронхоспазма, фазу обострения ХОБЛ, увеличение агрегационной способности тромбоцитов и другие эффекты, которые, в конечном счете, приводят к усугублению течения ХОБЛ и развитию коморбидных патологий. Мобилизация кальция приводит к нарушению ангиогенеза и индукции апоптоза.

Как результат вышеперечисленных процессов возникает сосудистый ответ в дополнение к имеющемуся воспалительному процессу в лёгких. Отмечается повышение количества нейтрофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов, провоспалительных цитокинов (лейкотриен V_4 , ФНО-а, ИЛ-8) и молекул адгезии на

поверхности эндотелия и нейтрофилах, что приводит к местному и системному воспалению. Наличие циркулирующих клеток и медиаторов воспаления приводит к повреждению сосудистой стенки. При этом данные изменения и развитие системного воспаления происходит и вне фазы обострения ХОБЛ [3].

При изучении взаимосвязи эндотелиальной дисфункции и процессов воспаления методами количественного определения маркеров были выявлены определенные взаимосвязи. Между маркерами эндотелиальной дисфункции КЭФ (коэффициентом эндотелиальной функции), натрийуретическим пептидом типа С (НУПС) и маркерами воспаления С — реактивный протеин и фракталкином были выявлены обратные корреляционные связи. Между уровнем вазоконстриктора эндотелина — 1 и С — реактивным протеином и фракталкином были выявлены прямые корреляционные связи. Данные сведения свидетельствуют, что воспаление играет немаловажную роль в развитии артериальной гипертензии через повреждение эндотелия сосудов, нарушение его вазодилатирующей функции, повышение выработки вазоконстрикторов [7,8]. Выраженность системной воспалительной реакции организма при ХОБЛ является определяющим фактором в развитии эндотелиальной дисфункции и коморбидных патологий. Кроме того, при сочетанной патологии имеет место повышение уровня маркеров воспаления, в частности фракталкина, в сравнении с монозоологией. [8]

Факторами риска развития кардиоваскулярной патологии при ХОБЛ являются возраст, ожирение, наличие эндокринных заболеваний и, что важно, вредные привычки, такие, как курение и др. [3].

Большинство пациентов с ХОБЛ — активные курильщики. Курение играет огромную роль в развитии эндотелиальной дисфункции. Курение влияет на вазодилатирующую функцию эндотелия, причем индекс курящего человека имеет обратную корреляционную связь с вазодилатирующей функцией эндотелия. Токсичные вещества, содержащиеся в табачном дыме, и активные формы кислорода вызывают развитие оксидативного стресса, активируют перекисное окисление липидов и усугубляют процесс системного воспаления при ХОБЛ, который протекает даже вне фазы обострения [3].

Выводы. При коморбидности ХОБЛ и АГ отмечается значительное увеличение морфологических и функциональных изменений сердца, нежели при ХОБЛ без кардиоваскулярной патологии или только при АГ. При сочетанной патологии выявлены повреждения всех отделов сердца, как предсердий, так и желудочков, гипертрофия миокарда обоих желудочков и межжелудочковой перегородки, обуславливая тем самым более выраженное ремоделирование миокарда, и развитие диастолической дисфункции.

При сочетанной патологии нами выявлены как качественные, так и количественные признаки легочной гипертензии, соответствующие в основном уровню умеренной. Кроме того, у пациентов с коморбидностью ХОБЛ и АГ, в отличие от других групп, мы выявили признаки декомпенсации хронической сердечной недостаточности на фоне имеющегося хронического легочного сердца, что является предиктором неблагоприятного прогноза.

Литература:

1. Туев, А. В. Хронические бронхообструктивные заболевания и сердечно-сосудистая система / А. В. Туев, В. Ю. Мишланов. — Пермь, 2008. — 184 с.
2. Мишланов, В. Ю. Клинико-гомеостатические и терапевтические аспекты у больных с воспалительными заболеваниями системы дыхания/Мишланов В. Ю. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Пермь, 2002. — 44 с.
3. Кароли, Н. А., Ребров А. П. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология //Клиницист. — 2007. — №. 1.
4. А. Г. Чучалин. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания//Терапевтический архив.-2013-№ 8-с. 43–48
5. Коваленко, В. Н., Несукай Е. Г., Титов Е. Ю. Приобретенный аортальный стеноз: вопросы этиологии и патогенеза //Украинский кардиологический журнал. — 2010. — №. 1. — с. 96–103.
6. Абдуллаев, Ш. А., Шукурова С. М., Почоджанова Ш. Ш. Хроническая обструктивная болезнь лёгких: факторы риска и лёгочная реабилитация //Вестник Авиценны. — 2013. — №. 2. — с. 160–166.
7. Ахминеева, А. Х. и др. Корреляционные взаимосвязи между показателями системного воспаления и маркерами эндотелиальной дисфункции при коморбидных состояниях //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2013. — Т. 122. — №. 7.
8. Ахминеева, А. Х. и др. Роль фракталкина как маркера воспалительной активации при сочетанной респираторно-кардиальной патологии //Кубанский научный медицинский вестник. — 2014. — №. 1.
9. Кароли, Н. А., Ребров А. П. Индекс повреждения миокарда CIIS и смертность пациентов с хронической обструктивной болезнью легких //Кардиология. — 2008. — Т. 48. — №. 7. — с. 48–51.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Оценка состояния гепатобилиарной зоны у больных с хроническими формами ИБС на фоне стандартного лечения

Рахимова Мадина Боходировна, студент магистратуры;
Ходжиев Сарвар Эшбаевич, студент магистратуры;
Разигов Абдунаби Абдурашидович, старший преподаватель;
Рахимова Матлуба Эшбаевна, доцент;
Научный руководитель: Абдурахимова Лола Анваровна,
старший преподаватель
Ташкентская медицинская академия (Узбекистан)

Для современной практической медицины характерна полиморбидность — сочетание различных патологий внутренних органов, оказывающих существенное влияние на развитие и клинические проявления основного заболевания. Особенностью патологии желчевыводящих путей настоящего времени является нарастающая частота ее сочетаний с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности с ишемической болезнью сердца (ИБС). В данной статье освещены возможные нарушения функции гепатобилиарной системы при ИБС, а также влияния групп препаратов на гепатобилиарную систему, применяемых в качестве традиционной терапии ИБС.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, жировой гепатоз, дисфункция желчевыводящих путей, фиброз печени, статины, бета-блокаторы.

For the modern practice of medicine is characteristic polymorbidity — a combination of various pathologies of internal organs that have a significant impact on the development and clinical manifestations of the underlying disease. A feature of the pathology of biliary tract, this time, is increasing the frequency of its combination with diseases of the cardiovascular system, in particular coronary heart disease (CHD). This article highlights the possible dysfunction of the hepatobiliary system in ischemic heart disease, as well as

the impact of drugs on groups of hepatobiliary system, used as a traditional treatment of IHD.

Key words: *Chronic coronary heart disease, fatty hepatosis, bile passages dysfunction, liver fibrosis, statins, beta-blockers.*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — острое или хроническое поражение миокарда, возникающее вследствие уменьшения или прекращения снабжения сердечной мышцы артериальной кровью, в основе которого лежат патологические процессы в системе коронарных артерий. Основной причиной нарушения снабжения миокарда кислородом является несоответствие между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы.

Несмотря на достигнутые в последние десятилетия успехи в профилактике и лечении ИБС, она по-прежнему представляет собой одну из актуальных проблем современной кардиологии во многих экономически развитых странах мира, в связи с высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью, преимущественно среди лиц молодого, трудоспособного возраста. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания играют решающую роль в эволюции общей смертности в мире. Смертность от болезней системы кровообращения в Европе, США, России, в том числе и Узбекистане стоит на первом месте среди всех летальных исходов. Так, стандартизированный коэффициент смертности по причине болезней кровообращения на каждые 100000 человек в 2012 году составил 754,2 по Узбекистану и 706,9 по Республике Каракалпакстан, а показатель смертности от ИБС — 308,9 и 268,5 соответственно (государственный Комитет Республики Узбекистан по статистике, 2008 г. «Здравоохранение в Узбекистане: факты и цифры», 2008 г.).

Изменения в гепатобилиарной системе при общих нарушениях кровообращения острого и хронического характера неоднократно привлекали внимание как отечественных, так и зарубежных авторов. Все исследователи отмечают сходные морфологические изменения, условно подразделенные на 4 группы: первая — обусловлена затрудненным оттоком крови (правожелудочковая недостаточность); вторая — вызвана уменьшенным притоком крови левожелудочковая недостаточность); третья — связана с первичными внутридольковыми нарушениями кровообращения (внутрипеченочный блок, болезнь Багда-Киари и др.) и четвертая — обусловлена бивентрикулярной недостаточностью [9, 11, 12].

Важное патогенетическое значение в развитии и хронизации процесса имеет влияние проводимой терапии ИБС на функциональное состояние гепатобилиарной зоны, что в дальнейшем может проявляться ферментопатиями, дискинезиями, дисбиозом кишечника, нарушением мембранного пищеварения и всасывания. На более поздних стадиях расстройств кровообращения происходит усугубление дистрофических изменений вплоть до очаговых некрозов с последующим развитием склероза центральных и собирательных вен, портальных трактов, что называют «застойным фиброзом печени».

Эти нарушения могут приводить к развитию осложнений как основного, так и сопутствующих заболеваний, что в дальнейшем может привести к неэффективности проводимой терапии и ухудшению качества жизни пациентов. В связи с чем, изучение влияния стандартной терапии ИБС на функциональное состояние гепатобилиарной системы является актуальной проблемой современной медицины и требует более глубокого исследования с дальнейшей коррекцией выявленных изменений.

В метаанализе Антопольской Е. В. и соавт., в который было включено 34 больных, умерших от ИБС (острая и хроническая формы), было показано, что изменения в печени характеризуются умеренным расширением и полнокровием синусоидов во 2–3 зонах ацинусов. В 3-й зоне, как правило, имело место разрушение наружной печеночной пластинки, дисконфлексация гепатоцитов с наличием выраженной вакуольной дистрофии, полиморфноклеточной инфильтрации различной степени выраженности и гибелью отдельных групп клеток.

У больных с хронической формой ИБС (ХИБС) имело место выраженное расширение и полнокровие синусоидов, зоны погибших гепатоцитов с полиморфноклеточной инфильтрацией; рубцовые изменения различной степени выраженности в зависимости от длительности болезни. Дистрофические и некротические изменения наиболее выражены во 2-й и 3-й зонах ацинусов.

Как известно, одним из ведущих звеньев патогенеза повреждения печени при ИБС является гипоксия. Потребность печени в кислороде сравнима с потребностью мозга и сердца, и гипоксия существенно влияет на ее функции [9]. Дополнительный повреждающий эффект оказывает недостаточное количество субстратов и метаболические нарушения. При этом наблюдается прекращение окислительного фосфорилирования в митохондриях, нарушение функции мембран и синтеза белка, ионного баланса гепатоцитов и избыточное образование свободных радикалов [4, 11]. Снижение артериального давления при малом сердечном выбросе приводит к деструктивным изменениям гепатоцитов (осо-

бенно в третьей зоне ацинусов), затем развивается коллапс и фиброз этой зоны.

В последнее время особое внимание исследователей привлекает связь заболеваний сердечно-сосудистой и билиарной систем. Это обусловлено не только широким распространением указанных заболеваний во всем мире, но и продолжающимся их ростом, причем за счет лиц молодого возраста (Кознатко С. А., 2006, Логинов А. С., 2007, Bernhoft R. A., Pelligrini C. A. et al., 2004). Часто встречающееся сочетание ИБС и хронического холецистита у молодых людей наиболее трудоспособного возраста, усугубляет течение обоих заболеваний и приводит к ранней инвалидизации (Куппшр В. Е. и др., 2013, Панфилов Б. К., 2011).

В исследовании Козловой Н. М. и соавт., включавшем 88 больных ИБС с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы, степень выраженности воспаления в стенке желчного пузыря, наличие атрофии слизистой и выраженности склероза в стенке желчного пузыря могут являться основными факторами, способствующими снижению абсорбционной, концентрационной, эвакуаторной функций и повышению секреторной функции желчного пузыря. Снижение абсорбционной, концентрационной и эвакуаторной функций желчного пузыря свидетельствует о формировании хронического «мягкого» внутрипузырного холестаза в желчном пузыре (снижение накопительно-выделительной функции желчного пузыря).

Уменьшение поступления печеночной желчи в желчный пузырь повышает ее выделение в двенадцатиперстную кишку, увеличивая тем самым количество циркуляции желчных кислот, и стимулирует образование гидрофобной гепатотоксичности, что в свою очередь снижает желчно-кислотно-зависимый тип секреции печеночной желчи и стимулирует формирование хронического «мягкого» внутривнутрипеченочного холестаза.

В результате проведенной работы (Козлова Н. М. и соавт. «Сравнительная характеристика функциональных изменений гепатобилиарной системы у больных с заболеваниями желчевыводящих путей по данным ультразвукографии и гепатобилисцинтиграфии», 2006) установлено, что хронический некалькулезный холецистит с дискинетическими расстройствами желчевыводящих путей, приводит к стойким нарушениям липидного обмена, которые сходны с изменениями липидного обмена в группе больных с ИБС. Это позволило выявить среди молодых людей контингент, наиболее угрожаемый по развитию ИБС. К этой группе риска относятся лица с хроническим бескаменным холециститом и дискинетическими нарушениями желчевыводящей

системы. Данное положение определяет необходимость наблюдения за этими пациентами не только врача-гастроэнтеролога, но и врача кардиолога. Нарушения в желчевыведительной системе у лиц с факторами риска ИБС в 2,1 % и у больных ИБС в 29,1 % случаев сочетались с ультразвуковыми признаками атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты, что безусловно нужно учитывать в общей оценке состояния сердечно-сосудистой системы для проведения дифференцированного комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий. Комплекс УЗИ-признаков (деформация желчного пузыря с его гипомоторной дискинезией, признаками хронического холецистита и неоднородностью содержимого желчного пузыря) с проведенным впоследствии биохимическим исследованием желчи показал целесообразность выделения лиц с этими проявлениями, в отдельную группу, как имеющих высокий риск формирования желчнокаменной болезни.

Тесная связь желчного пузыря и желчевыводящих путей с печенью указывает на необходимость включения в комплекс обследования больных с билиарной патологией ряда методов, направленных на оценку функционального состояния печени. Анализ показателей белкового, углеводного обменов, ферментативных нарушений показал наличие сдвигов лишь в группе больных ИБС. Однако, по большинству из них достоверных различий с контролем не выявлено.

Изучение пигментного обмена показало более частое его нарушение у лиц с дискинезией желчевыводящих путей ($p < 0,05$), то есть на начальной стадии изменений билиарной системы. Возможно, в нарушении билирубинового обмена у лиц с хроническим холециститом имеют большее значение дискинетические расстройства, чем воспалительный компонент.

Основа медикаментозного лечения ИБС — рациональная терапия антиангинальными препаратами. Оптимальный выбор конкретному больному ИБС антиангинального препарата предполагает учет ряда факторов: степени поражения сосудистого русла, типа гемодинамики, механизма действия лекарственного средства, состояния фармакометаболизирующей функции печени (Р.А. Каценович, 2007; В.И. Метелица, 2007; Ю.Б. Белоусов, 2009). Последний фактор имеет особо важное значение для некоторых перорально назначаемых антиангинальных препаратов — молсидомина и нифедипина в силу особенностей их фармакокинетики. Молсидомин превращается в активную форму только после прохождения по системе воротной вены через печень, а нифедипин, наоборот, после прохождения через печень интенсивно инактивируется микросомальными ферментами.

Также были изучены особенности фармакокинетики β -блокатора у больных, длительно получавших перорально метопролола тартрат по поводу ИБС и имеющих сопутствующее поражение печени невирусного генеза.

В исследование было включено 58 пациентов (36 мужчин, 22 женщины) с нарушенной функцией печени на фоне длительного (более 5-ти лет) течения ИБС. Всем пациентам определяли стадию фиброза печени, концентрацию метопролола и уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в крови.

Как следует из представленных данных, начальные стадии фиброза (0–1–2) характеризуются умеренным снижением функциональной активности Т-лимфоцитов. Такое снижение создаёт благоприятные предпосылки для хронизации патологического процесса. Фармакокинетические характеристики метопролола клинически значимо не изменяются, что подтверждается достаточным терапевтическим контролем над фармакологическим действием метопролола. Поздние стадии фиброза характеризуются ещё более выраженным снижением эффекторных Т-клеточных функций и усилением активности клеток, обладающих супрессорным потенциалом (CD4+CD25+), а также В-лимфоцитов и NK-клеток (CD56+CD16+). Последние принимают участие в повреждении печени. При этом замедляется метаболизм метопролола и его концентрация постепенно нарастает, что впоследствии может привести к выраженным фармакологическим эффектам метопролола и более значимой блокаде α -рецепторов. Таким образом, пациентам с сочетанной патологией — ИБС + заболевания печени — требуется более тщательный подбор и коррекция дозы метопролола в зависимости от данных мониторинга клинической картины, блокады α -рецепторов, чем пациентам в общей популяции.

В исследовании Головановой Е.Д., включавшем метаанализ фармакометаболизирующей функции печени (ФМФП) у больных с ИБС был сделан следующий вывод в плане подбора терапии ИБС с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы: больных ИБС по состоянию микросомального окисления в печени целесообразно разделять на следующие группы: 1) с «быстрым» окислением в печени: в эту группу следует включать всех также больных, не предъявляющих жалоб со стороны гепатобилиарной системы, не имеющих в анамнезе инфекционного или сывороточного гепатита, не злоупотребляющих алкоголем, без недостаточности кровообращения, с нормальными биохимическими показателями крови, отражающими функциональное состояние печени. 2) с «медленным» окислением в печени: в эту группу следует включать больных ИБС с сопутствующими диффузными поражениями

печени, хроническим персистирующим гепатитом, хроническим холециститом, злоупотребляющих алкоголем, перенесших инфекционный или сывороточный гепатит. 3) с «резко сниженным» окислением в печени: в эту группу войдут больные ИБС с тяжелой сопутствующей патологией печени — циррозом, хронической сердечной недостаточностью II Б-III стадии.

Каждой из этих групп больных, с учетом состояния их ФМФП, следует назначать антиангинальные препараты руководствуясь следующими принципами: а) для больных I группы, с «быстрым» окислением в печени препаратами выбора будут являться те, которые превращаются в печени в активные метаболиты — молсидомин и др. Нифедипин, препараты депо-нитроглицерина у этих пациентов будут подвергаться интенсивному пресистемному метаболизму, поэтому их следует назначать в высоких разовых дозах, или использовать сублингвальный прием;

б) больным 2 группы, с «медленным» окислением в печени наоборот, нифедипин и препараты депо-нитроглицерина наиболее целесообразны, причем в обычных разовых дозировках, т. к. они не будут подвергаться столь интенсивному разрушению в печени, как у пациентов I группы;

в) больным 3 группы, с тяжелой сопутствующей патологией печени, когда нормальный метаболизм в печени резко нарушен нифедипин и препараты депо-нитроглицерина можно назначать в малых дозах, используя форму «mitte», а не «forte». Применять препараты типа молсидомина, действующих за счет своих активных метаболитов у этих больных нецелесообразно.

Согласно «Национальным рекомендациям лечения ИБС», кардиоселективные β -блокаторы являются препаратами первого выбора. Метопролол — кардиоселективный липофильный 1-блокатор. Согласно проведенным пероральном введении хорошо всасывается в кишечнике, более 95% дозы выводится почками в виде метаболитов и 5% — в неизменном виде. Системная биодоступность препарата составляет около 50% разовой дозы. При длительном лечении биодоступность препарата увеличивается до 70–80%. Наличие пищи в желудке повышает биодоступность метопролола. Поздние стадии фиброза печени при ишемической болезни сердца характеризуются выраженным снижением эффекторных Т-клеточных функций и усилением активности клеток, обладающих супрессорным потенциалом (CD4+CD25+), а также В-лимфоцитов и NK-клеток (CD56+CD16+). Последние принимают участие в повреждении печени. При этом замедляется метаболизм метопролола и его концентрация постепенно нарастает, что впоследствии может привести к выраженным фармакологическим эффектам метопролола и более

значимой блокаде β -рецепторов. Таким образом, пациентам с сочетанной патологией — ИБС + заболевания печени — требуется более тщательный подбор и коррекция дозы метопролола в зависимости от данных мониторинга клинической картины, блокады β -рецепторов, чем пациентам из общей популяции.

Согласно исследованиям О. М. Драпкиной и соавт, статины являются основным классом лекарственных средств, которые применяются для лечения пациентов с гиперлипидемиями и атеросклерозом. За последние 15 лет проведены десятки рандомизированных клинических исследований со статинами. По их результатам было показано достоверное снижение сердечно-сосудистой и общей смертности независимо от пола, возраста, исходного уровня холестерина (ХС).

В настоящее время растет число лиц с хроническими заболеваниями печени, особенно с метаболическим синдромом (МС) в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) или метаболическими расстройствами на фоне хронического вирусного гепатита С (ХГС), вынужденных принимать статины для предотвращения ССЗ. В связи с этим клиницисты вынуждены учитывать сложные механизмы взаимодействия статинов с метаболизмом печени в данных условиях. К тому же риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) повышается при НАЖБП, хроническом гепатите С (ХГС), первичном билиарном циррозе (ПБЦ). Поэтому назначение статинов у лиц с этими заболеваниями может иметь важное прогностическое значение [4].

В 2005 году были опубликованы результаты исследования, проведенного в США, в котором принимали участие 1000 здоровых человек с повышенным уровнем кальция в стенках коронарных артерий. Ежедневный прием включал либо комбинацию из аторвастатина 20 мг, витамина С 1 г, витамина Е 1000 МЕ либо плацебо в среднем в течение 3,6 лет. В начале исследования у всех пациентов уровень ЛПНП находился в диапазоне между 2,3 и 4,5 ммоль/л, а уровень трансаминаз был повышен не более чем в 1,5 раза. Среди 455 пациентов, которым была выполнена компьютерная томография как в начале, так и в конце исследования, у 80 была обнаружена НАЖБП. По результатам КТ в конце исследования число пациентов с НАЖБП в группе, принимающей комбинацию из аторвастатина, витамина С и витамина Е, было значительно ниже, чем в группе, принимающей плацебо (37 % против 78 % через два года). В результате данного исследования был сделан вывод: у пациентов с НАЖБП и незначительным повышением трансаминаз положительный эффект приема статинов на сердечно-сосудистые заболевания превышает риск развития ге-

патотоксичности. Однако для подтверждения способности статинов прерывать прогрессирование НАЖБП необходимо проведение более крупных долгосрочных исследований [3].

Вывод: При нарушениях кровообращения в печени развивается гепатоцеллюлярная энергетическая недостаточность, имеющая морфологические проявления в виде дистрофий различной степени выраженности, тогда как в желчевыводящих путях происходит нарушение пузырно-двигательной функции и развитие различного рода дискинезий. Хронический некалькулезный холецистит с дискинетическими расстройствами желчевыводящих путей приводит к стойким нарушениям липидного обмена, которые сходны с изменениями липидного обмена в группе больных с ишемической болезнью сердца.

При подборе антиангинальных препаратов у больных ИБС уже на поликлиническом этапе необходимо определять состояние фармакометаболизирующей функции печени и назначать наиболее «оптимальные» по своей фармакокинетики для данного конкретного больного препараты.

Длительное время статины остаются препаратами выбора среди гиполипидемических средств, используемых для коррекции дислипидемии при атеросклеротических сосудистых заболеваниях. Однако многие годы остается открытым вопрос о возможности, а главное, эффективности и безопасности применения статинов у лиц с неалкогольной жировой болезнью печени. Проведены десятки исследований, целью которых является определение соотношения риска и пользы применения статинов у данной категории пациентов. По результатам последних крупных клинических плацебо-контролируемых исследований, посвященных данному вопросу, применение статинов является не только возможным, но необходимым и безопасным средством снижения сердечно-сосудистого риска.

Литература:

1. Драпкина, О. М., Дуболазова Ю. В. Статины и печень: тупик или новые горизонты. Рус. мед. журн. 2009; 17 (4):210–14.
2. Национальное Общество по изучению Атеросклероза (НОА). Российское сообщество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР). Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации V пересмотр. Российское кардиологическое сообщество (РКО). Москва. 2012.

3. Полунина, Т.Е., Маев И.В. Неалкогольная жировая болезнь печени: эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение. *Cosilium medicum. Гастроэнтерология.* 2012; 1:35–40/
4. Подымова, С.Д. Патогенетическая роль эссенциальных фосфолипидов в терапии алкогольной болезни печени. *Cosilium medicum. Экстра-выпуск.* 2001:3–5.
5. Хазанов, А.И. Функциональная диагностика заболеваний печени. — М., 1988. — 301 с.
6. Шерлок, Ш., Дули Дж.. Заболевания печени и желчных путей: практическое руководство. Пер. с англ. под ред. Апросиной З. Т., Мухина Н. А. Москва: Гэотар-Мед. 2002;859 с.
7. Aroidi, V., Moore G., Hutehins C. Hepatic morphology in cardiac dysfunction // *Lab. Invest.* — 1980. — Vol. 42, № 1. — P. 98–101.
8. Kaplowitz, N. Mechanisms of liver cell injury // *J. Hepatology.* — 2000. — V. 32. — P. 39–47.
9. Kim, W.R., Brown R.S., Terrault N.A., El-Serag H.. Burden of the liver disease in the United States: summary of a work ship. *Hepatology.* 2002; 36:227–42.
10. Scherlock, S. Diseases of the liver and biliary system — 7 th end Oxford.-Blackwelt. Scientific Publications, 1985. — 821 p.
11. Григорьева, И.Н. основные фактора риска желчнокаменной болезни// *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* — 2007. — Т17, № 6,17–21
12. Иванченкова, Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. *М. Атмосфера,* 2006.3–416
13. Мараховский, Ю.Х., Мараховский К.Ю. Гастроэнтерологические аспекты обмена холестерина и их клиники — патофизиологическое значение// *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* — 2006 — Т16, № 6-с. 41–55.
14. Панфилов, Б.К. Билиарно-кардиальный синдром — холециститное сердце. — Москва 1986. — 241 с.
15. Portincasa, P., Moschetta A., Palasciano G. From lipid secretion to cholesterol crystallization in bile. Relevance in cholesterol gallstone disease// *Ann. Hepatol.* — 2002. — Vol. 1, N. 3 — P. 121–128.

Особенности послеоперационного ухода за детьми с врожденной расщелиной неба после уранопластики

Шатова Евгения Александровна, аспирант

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова

Врожденные пороки развития можно определить как структурные или функциональные отклонения от нормы (например, метаболические расстройства), которые проявляются в период внутриутробного развития и могут быть выявлены до рождения, во время рождения или на более поздних этапах жизни, такое определение врожденным порокам развития дает ВОЗ [19].

В структуре врожденных пороков развития (ВПР) плода ведущее место занимают аномалии сердечно — сосудистой системы (50,8%), на втором — ВПР МПС (13,8%), на третьем — ВПР ОДА пороки костно-мышечной системы (11,5%), на четвертом — МВПР (6,0%), на пятом — ВПР центральной нервной системы (5,76%), на шестом — расщелины губы и неба (4,12%) [7].

В структуре хирургических заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей значительную группу составляют врожденные пороки развития. Среди всех видов пороков развития ЧЛО частота рождения детей с расщелиной верхней губы и неба самая высокая и колеблется в различных регионах РФ от 1:500 до 1:1000 новорожденных. По данным ВОЗ, средняя частота этой аномалии в мире составляет 1:700 новорожденных [12].

Занимая 4—7 место в структуре врожденных аномалий, расщелины неба находятся на одном из первых мест по значимости анатомических и функциональных нарушений [10].

Проведенный анализ частоты врожденных пороков развития (ВПР) у детей Чувашской Республики за последние 22 года в 1991—2011 гг. свидетельствует о том, что она составила от 1,75% до 4,77% и по годам прослеживается неуклонный рост частоты врожденных пороков развития [7].

В Волгограде и Волгоградской области частота врожденной расщелины верхней губы и неба составляет 1,5 на 1000 новорожденных с тенденцией к увеличению [14].

По данным научной работы Варфоломеевой Л. Г., прогнозируемый рост числа рождения детей в Тульской области с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области связан с условиями проживания родителей в зоне с повышенным уровнем радиации на ее территории после аварии на ЧАЭС. Так с 1993 по 2001 гг., их число возросло с 0,853 до 1, 166 на 1000 живоро-

жденных. Большинство детей с ВРГН рождается в теплое весеннее (1,5‰) и осеннее (1,3‰) время года. Летом (0,8‰) и зимой (1‰), дети с ВРГН рождаются реже.

Ряд исследователей отмечает рост числа врожденных аномалий в России после аварии на Чернобыльской атомной электростанции 1986 года (Минков И. П., 1990; Вертай В. В., 1991; Корнеев Ю., 1992; Ваганов Н. Н., 1994) [6].

Распространённость врождённой расщелины губы и нёба в Липецкой области составила 1:566 в 2000 году и 1:800 в 2003 году. Частота рождений больных с врождённой расщелиной губы и нёба выше в районах области, чем в г. Липецке. 44% детей с врождённой расщелиной губы и нёба являются сельскими жителями, 25% — жителями районных центров. За период с 1994 по 2004 год в области родилось 90 детей с врождённой расщелиной губы и нёба, из них 23% составили дети с врождённой расщелиной губы; 33% — с врождённой односторонней расщелиной губы и нёба; 10% — с врождённой двусторонней расщелиной губы и нёба; 33% — дети с врождённой расщелиной нёба [13].

По данным Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Курской области, среди причин детской инвалидности в 2012 г., как и в 2011 г., на первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения, на долю которых приходится 28,7% инвалидности, на втором — болезни нервной системы (25% инвалидности), замыкают тройку врожденные аномалии (пороки развития), чей показатель в структуре причин детской инвалидности составляет 17,9% [17].

В структуре Общей заболеваемости населения Курской области в 2012–2014 гг. (на 1000 населения) врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения составили 6,33 в 2014 году [5].

По данным проведенного исследования Демиковой Н. С., Лапиной А. С., Подольной М. А., Кобринского Б. А., самыми частыми пороками развития (на 1000 рождений) как по нашим данным, так и по данным EUROCAT, являются гипоспадия (1,21 и 1,53 соответственно), синдром Дауна (1,13 и 0,98), расщелины губы/неба (0,67 и 0,81).

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) является наиболее часто встречающимся пороком развития человека [15].

Согласно Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными госу-

дарственными учреждениями медико-социальной экспертизы», данная патология является одним из критериев для установления групп инвалидности.

Проблема лечения ВРГН остается актуальным вопросом устранения данной патологии детского возраста. Она требует специализированной комплексной медицинской помощи, включая усилия специалистов различного профиля (неонатолога, педиатра, логопеда, оториноларинголога, ортодонта, хирурга, педагога, психолога, психиатра, сурдолога, реабилитолога), задачей которых является комплексная реабилитация пациентов в условиях специализированного центра [6].

Основным способом лечения детей с данной патологией является хирургическое устранение дефекта неба. Несмотря на многочисленные исследования, оптимальные сроки лечения больных с врожденной расщелиной губы и неба до сих пор не определены [15].

Расщелины неба могут располагаться только в области твердого и мягкого неба при сохранном альвеолярном отростке (расщелина вторичного неба) и могут располагаться в области альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. Эти варианты встречаются наиболее часто [12].

У детей с врожденной расщелиной неба возникают проблемы с кормлением, так как с первых дней после рождения обнаруживается расстройство функций сосания и глотания. Также у ребенка с расщелиной неба при вдохе сообщение полостей носа и рта приводит к свободному попаданию наружного воздуха в верхние дыхательные пути. А в свою очередь, неполноценность внешнего дыхания обуславливает восприимчивость детей к воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей и легких и приводит к развитию бронхолегочных заболеваний.

Слабость выдоха в дальнейшем отрицательно сказывается на формировании речи ребенка. Пациенты с данной патологией произносят слова невнятно, тихим голосом. При расщелине неба неправильно звучат небные, небо-язычные и шипящие звуки. Речь имеет выраженный носовой оттенок (открытая ринолалия). Постоянное попадание жидкой и мягкой пищи из полости рта в носовую полость вызывает раздражение слизистой оболочки носа и носоглотки, что приводит к развитию в этой области стойких очагов хронического воспаления. Воспаление слуховой (евстахиевой) трубы и хронический средний отит ведут к понижению слуха у детей с этим пороком.

Уранопластика — это реконструктивная операция по коррекции расщелины твердого неба. В ходе проведения уранопластики решаются задачи восстановления анатомической целостности неба и среднего отдела глотки путем

пластического закрытия дефекта лоскутом, сформированным из соседних мягких тканей. Современные методы радикальной уранопластики позволяют достичь полноценного анатомического восстановления нёба у 92–98% пациентов [20].

Единой точки зрения на сроки проведения уранопластики нет, но общая тенденция определена как рекомендация внедрения ранних операций (1–4 года), что находит много сторонников, а также помогает скорейшей адаптации пациентов в современном обществе.

Лечение ребенка проводят только в условиях специализированного стационара. Подготовку ребенка к операции проводят детский стоматолог-хирург, педиатр, анестезиолог-реаниматолог [12].

Уход за пациентами хирургического профиля имеет ряд особенностей. Перед медицинской сестрой, работающей с такими пациентами, стоит важная задача — создать наилучшие условия для выздоровления, предупреждения осложнений, которые могут возникнуть на любом этапе периоперативного ухода.

В детской хирургии медицинской сестре приходится иметь дело не с одним, а с несколькими пациентами — больным ребенком и его родителями, родственниками.

Многие хирурги совершенно справедливо утверждают, что операция только начало хирургического лечения, исход его определяет хорошее выхаживание, то есть необходим соответствующий уход в послеоперационном периоде. Уход за пациентом — это сфера, где профессионализм получает свое первое выражение.

До сих пор не разработан стандарт организации и осуществления сестринского ухода за пациентами с врожденной расщелиной неба и губы, а именно, сестринский уход после уранопластики.

Особенности послеоперационного ухода за ребенком с врожденной расщелиной неба заключаются в следующем.

На верхнюю челюсть после операции надевают защитную пластинку, изготовленную заранее. При пластике только мягкого неба, защитную пластинку изготавливают по специальным показаниям.

После операции на 8–10 дней назначают режим полного молчания.

Ежедневно орошают полость рта теплым раствором антисептика и повторяют его после каждого приема пищи.

На 7–9-й день после операции делают первую перевязку, затем перевязки проводят каждые 2–3 дня.

На 13–15-й день после операции на внутреннюю поверхность защитной пластинки наслаивают термопластическую массу с таким расчетом, чтобы она отдавливала сверху ткани задних отделов твердого и мягкого неба. По мере разглаживания рубцов толщину слоя массы увеличивают. После операции ребенок носит пластинку в течение 1, 5 мес., снимая ее на время еды, занятий с логопедом и сна.

Кормить детей после операции нужно жидкой высококалорийной пищей.

После заживления слизистой неба (примерно через 3–4 недели после операции) необходимо начать массаж неба [14].

К занятиям с логопедом приступают после первой перевязки.

Оценивает функциональное состояние небо-глоточного смыкания логопед, а степень этих изменений, установленная методами эндоназофарингоскопии, рентгенографии, электромиографии, определяет показания и выбор метода операции по устранению небо-глоточной недостаточности, если она установлена и не корригируется логопедом.

Выполнение диспансерного регламента и стандартов лечения — важнейший аспект реабилитации пациентов этой группы. Профессиональная роль медицинской сестры огромна также на всех этапах комплексной реабилитации ребенка с врожденной расщелиной губы и неба.

Многие специалисты утверждают, что лечение лучше завершить до поступления ребенка в школу (в возрасте 4–5 лет), учитывая значимость операции для становления речи и создания условий к ограничению или предупреждению недоразвития и деформаций челюстей, обусловленных влиянием послеоперационных рубцов.

Цель ранних операций — сокращение периода дезадаптации ребенка.

Последующие этапы ортодонтического, логопедического, психолого-педагогического и других видов лечения проводят в центре или детским стоматологом-хирургом по месту жительства по рекомендациям центра [12].

Таким образом, учитывая функциональные нарушения при развитии пороков неба и особенности послеоперационного ухода за ребенком с врожденной расщелиной неба, возникла необходимость разработки сестринского ухода после уранопластики. Медицинская сестра в детских отделениях челюстно-лицевой хирургии является для родителей и родственников пациента-ребенка — методическим консультантом, вследствие этого возникает необходимость разработки методических рекомендаций по уходу за ребенком с врожденной расщелиной губы и неба для медицинских сестер и родителей.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»
3. Андреева, О. В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба//Вестник Чувашского университета. — 2012. — № 3. — с. 269–275.
4. Демикова, Н. С., Лапина А. С., Подольная М. А., Кобринский Б. А. Динамика частоты врожденных пороков развития в РФ (по данным федеральной базы мониторинга ВПР за 2006–2012 гг.) Российский Вестник перинатологии и педиатрии, 2, 2015 г.
5. «ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА «Развитие здравоохранения в Курской области» Паспорт государственной программы Курской области «Развитие здравоохранения в Курской области», 2016 г.
6. Варфоломеева, Л. Г. Организация специализированной помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией в Тульском регионе с учетом экологической обстановки. Научная работа. Москва, 2003 г.
7. Игнатъева, О. В. Врожденные расщелины верхней губы и неба у детей в Чувашской республике. Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». — 2013. — № 3.
8. Касимовская, Н. А., Шатова Е. А. Поиск кадрового потенциала челюстно-лицевых отделений в решении проблем пациентов с врожденной расщелиной губы и неба и их семей на этапе реабилитации и ухода. Сборник научных трудов по материалам XVI международной научной конференции «Научный диалог: Вопросы медицины». 15 ноября 2018 г. Санкт-Петербург.
9. Олейник, Т. В, Савин А. Б., Шатова Е. А. Проблемы адаптации детей с врожденной расщелиной губы и неба на этапе комплексной реабилитации. Znanstvena misel journal № 25/2018.
10. Рубцова, Н. В. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения детей с врожденными односторонними сквозными расщелинами неба. Научная работа. Москва, 2006 г.

11. Спевакова, Е. А. Сестринский уход за детьми с врожденной челюстно-лицевой патологией. Медицинская сестра, № 2, 2012 г.
12. Стоматология детская. Хирургия / Под ред. С. В. Дьяковой. — М.: ОАО «Издательство «Медицина». — 2009. — 384 с.: ил. — ISBN 5–225–03431–4
13. Сутулов, В. В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой обл.) Научная работа. Тверь, 2006 г.
14. Фоменко, И. В., Филимонова Е. В., Касаткина А. Л. Программа реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Информационно — методическое письмо. Волгоград, 2007.
15. Фоменко, И. В., Филимонова Е. В., Касаткина А. Л., Краевская Н. С. Анализ результатов комплексного лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба. Клиническая стоматология, 1 /77/ январь — март 2016 г.
16. Фоменко, И. В., Краевская Н. С., Вологина М. В., Касаткина А. Л. Особенности психологического состояния и самооценки детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба. Вестник ВолгГМУ Выпуск 1 (57), 2016 г.
17. Электронный ресурс удаленного доступа: <http://46.gospotrebnadzor.ru/content/invalidnost-detey-i-podrostkov-kurskoj-oblasti-profilaktikanevroticheskikh-rasstroystv> (Дата обращения: 26.12.2018 г.)
18. Электронный ресурс удаленного доступа: https://medaboutme.ru/mat-i-ditya/publikacii/stati/detskie_bolezni/chelyustno_litseye_patologii_u-detey_prichiny_lechenie_reabilitatsiya/ (Дата обращения: 26.12.2018 г.)
19. Электронный ресурс удаленного доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies> (Дата обращения: 26.12.2018 г.)
20. Электронный ресурс удаленного доступа: <https://kiberis.ru/?p=86677> (Дата обращения: 29.12.2018 г.)

Гендерспецифические изменения эмоционально-физического состояния больных, страдающих ХОБЛ в период обострения заболевания

Шелухина Анжелика Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент;
Петроченко Дмитрий Владимирович, студент;
Семченко Людмила Андреевна, студент
Курский государственный медицинский университет

В клинко-статистическом исследовании была поставлена цель — дать оценку качественным изменениям физического состояния мужчин и женщин, больных ХОБЛ, в период обострения. В результате проведенного исследования было установлено, что ограничение физической активности приводит к снижению больными осуществления социальных связей в соответствии с их возрастом и социально-экономическим положением, что заметно снижает показатели качества жизни. Принимая во внимания данные, полученные в результате исследования, можно скорректировать физическую активность пациентов, тем самым повысить качество жизни.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, эмоционально-физическое состояние, общий опросник SF-36, качество жизни, пульмонология.

Хронические заболевания легких, которые приводят к дыхательной недостаточности, несмотря на проводимое медикаментозное лечение, часто характеризуются ограничением физической активности, снижением общего статуса здоровья и социальной адаптации пациента [3]. Одним из таких заболеваний является хроническая обструктивная болезнь легких, или ХОБЛ — патология, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока, связанное с повышенным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов и, чаще всего, характеризуется стремительно прогрессирующим течением [11].

Распространенность данной патологии, особенно в условиях демографического старения популяции, продолжает неуклонно увеличиваться, остро ставя перед мировым, а также геронтологическим сообществом проблему реализации здоровья и здорового старения, направленную на повышение продуктивности дополнительных лет жизни [6].

В связи с растущей распространенностью курения в развивающихся странах и старением населения в странах с высоким уровнем дохода, ожидается, что распространенность ХОБЛ увеличится в течение следующих 30 лет, и к 2030 году ежегодно от ХОБЛ и связанных с ним состояний может быть более 4,5 миллионов смертей [1].

По мере прогрессирования заболевания выраженность клинических проявлений становится все более значительной, контроль осуществляется все хуже, вследствие чего ощутимо снижается качество жизни, однако пациенты обращаются за медицинской помощью, как правило, только когда симптомы оказывают существенное влияние на их повседневную жизнь [7].

Наиболее значимыми симптомами, существенно снижающими качество жизни пациентов с ХОБЛ, являются одышка, возникающая в результате ограничения вентиляции, нарушения газообмена, динамическая гиперинфляция, дисфункция периферической и дыхательной мускулатуры, патология сердца или их комбинации [3], а так же нарушение сознания, депрессия, кахексия и боль. Кроме того, не следует забывать о естественных возрастных изменениях, способствующих снижению функции легких и физической активности [3].

Оценка качества жизни — общепринятый в международной практике высокоинформативный, чувствительный и экономичный метод оценки состояния здоровья не только населения в целом, но и отдельных социальных групп. Посредством данного метода осуществляется количественная оценка многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека, его физического, психологического и социального функционирования [9]. Качество жизни является одним из важных параметров, который в практике ведения больных ХОБЛ необходимо оценивать наряду с другими показателями, в последующем учитывая результаты и проводя соответствующую коррекцию лечения [2].

Важно акцентировать внимание на роли сопутствующих заболеваний в увеличении тяжести течения ХОБЛ, влиянии на качество жизни, прогноз и выживаемость [5].

ХОБЛ характеризуется системными проявлениями и частым сочетанием с целым рядом сопутствующих заболеваний, которые в совокупности с выраженностью нарушений функции легких и определяют степень снижения качества жизни. Высокая коморбидность ХОБЛ и заболеваний сердца затрудняет подбор адекватной терапии больных и становится актуальной проблемой, тре-

бующей глубокого изучения [11]; при сочетании ХОБЛ и ХСН отмечается достоверное снижение качества жизни [10, 12].

Индивидуальный подход к пациенту, учитывая наличие сопутствующей соматической патологии, наиболее актуален в терапии ХОБЛ [4]. Улучшение субъективной характеристики больным его физического, психоэмоционального и социального функционирования является одним из определяющих результатов лечения [6].

Особое внимание в лечебной программе пациентов с ХОБЛ и сопутствующими заболеваниями уделяется нефармакологическому лечению — легочной реабилитации, которая включает индивидуальное или групповое обучение пациентов и физические тренировки, показанные для пациентов с целью профилактики обострений [4].

Отказ от курения — немаловажный критерий в достижении наибольшей эффективности терапии, который снижает риск развития ХОБЛ и является пока единственным средством, способным увеличить выживаемость пациентов. [8].

Цель исследования. В клинико-статистическом исследовании дать оценку качественным изменениям физического состояния мужчин и женщин, больных ХОБЛ, в период обострения.

Материалы и методы исследования. Оценка качества жизни больных, страдающих бронхиальной астмой, проводилась при помощи опросника SF-36, состоящего из двух показателей РН («физический компонент здоровья») и МН («психологический компонент здоровья»), включающих 8 шкал. РН включает в себя: общее состояние здоровья, физическое и ролевое (обусловленное физическим состоянием) функционирования, интенсивность боли. МН: психическое здоровье, социальное и ролевое (обусловленное эмоциональным состоянием) функционирования, жизненная активность.

Проведено анкетирование пациентов, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении НУЗ ОБ на ст. Курск ОАО «РЖД» г. Курска. Для анализа было использовано 41 репрезентативных анкет: 25 женских и 16 мужских.

Результаты исследования: особенности эмоционально-физических реакций больных приведены в таблице 1.

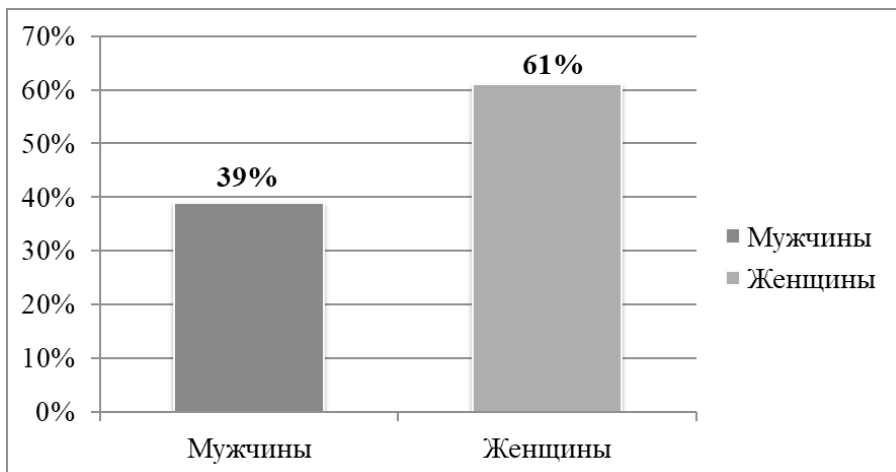


Рис. 1. Распределение пациентов по половой принадлежности

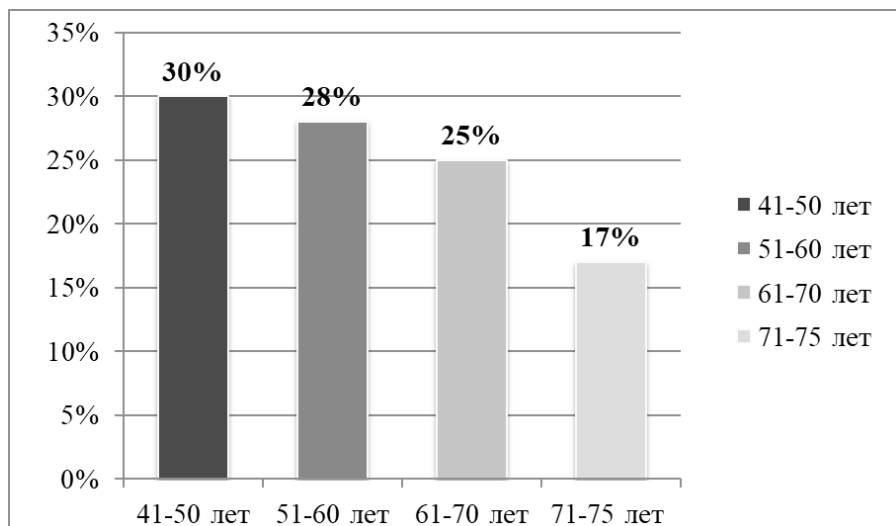


Рис. 2. Распределение пациентов по возрасту

Таблица 1

Критерий анкеты	Полученные данные	
	Мужчины	Женщины
В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья. (1–5 «отличное» — «плохое»)	3,86	4,2
Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад. (1–5 «Значительно лучше, чем год назад» — «Гораздо хуже, чем год назад»)	3,9	4,1
Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	1,3	1,3
Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	1,9	1,8
Поднять или нести сумку с продуктами. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	1,5	1,6
Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	1,3	1,2
Подняться пешком по лестнице на один пролет. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	2,5	1,6
Наклониться, встать на колени, присесть на корточки. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	1,5	1,8
Пройти расстояние более одного километра. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	1,3	1,0
Пройти расстояние в несколько кварталов. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	1,0	1,2
Пройти расстояние в один квартал. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	2,5	1,8
Самостоятельно вымыться, одеться. (1–3 «Да, значительно ограничивает» — «Нет, совсем не ограничивает»)	1,8	2,4

Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела. (1–2 «Да» — «Нет»)	1,0	1,1
Выполнили меньше, чем хотели. (1–2 «Да» — «Нет»)	1,2	1,4
Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности. (1–2 «Да» — «Нет»)	1,1	1,0
Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий). (1–2 «Да» — «Нет»)	1,0	1,0
Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе. (1–5 «Совсем не мешало» — «Очень сильно»)	4,0	3,0
Как часто за последние 4 недели Ваше физическое состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников). (1–5 «Все время» — «Ни разу»)	2,0	2,7
Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели. (1–6 «Совсем не испытывал (а)» — «Очень сильную»)	4,4	4,7
Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие (1–5 «определенно верно» — «определенно неверно»)	1,5	2,3
Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых (1–5 «определенно верно» — «определенно неверно»)	2,5	2,6

Выводы:

1. Чем выше степень тяжести течения ХОБЛ, тем выраженнее изменение физической активности пациентов, при этом, показатели у мужчин хуже, нежели чем у женщин.

2. Различные ограничения физического состояния больных ХОБЛ значительно ограничивают активную рабочую и повседневную деятельность, что в дальнейшем приводят к инвалидизации.

3. Ограничение физической активности приводит к снижению больными осуществления социальных связей в соответствии с их возрастом и социально-экономическим положением, что заметно снижает показатели качества жизни. Принимая во внимания данные, полученные в результате исследования, можно скорректировать физическую активность пациентов, тем самым повысить качество жизни.

Литература:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. / Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (updated 2019)
2. Бадартдинова, А.Ф. Оценка когнитивных функций и качества жизни больных с ХОБЛ / А.Ф. Бадартдинова, Э.Р. Садыкова // Международный студенческий научный вестник. — 2018. — № 5. — с. 14.
3. Белевский, А.С. Реабилитация больных хронической обструктивной болезнью легких: оптимизация подходов к улучшению физической активности и методов тренировки / А.С. Белевский, З.Р. Айсанов, Н.Н. Мещерякова // Практическая пульмонология. — 2018. — № 1. — с. 18–25.
4. Кожевникова, С.А. Динамика метаболического синдрома в ответ на дозированные физические нагрузки у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / С.А. Кожевникова, А.В. Будневский, Е.С., Л.В. Трибунцева, И.А. Луев // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — 2017. — № 70. — с. 202–209.
5. Кожевникова, С.А. Особенности клинического течения и качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на фоне метаболического синдрома / С.А. Кожевникова, А.В. Будневский, Е.С. Овсянников, В.Н. Белов // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2017. Т. 12. — № 1. — с. 20–23.
6. Кытикова, О.Ю. Влияние хронической обструктивной болезни легких на качество жизни больных разных возрастных групп / О.Ю. Кытикова, Т.А. Гвозденко // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2015. — № 55. — с. 35–38.
7. Низов, А.А. Ведение больных ХОБЛ: роль оценки заболевания в реальной клинической практике (обзор литературы) / А.А. Низов, А.Н. Ермачкова, В.Н. Абросимов, И.Б. Пономарева // Наука молодых — Eгuditio Juvenium. — 2018. — Т. 6, № 3. — с. 429–438.
8. Отношение к здоровью и мотивация к отказу от курения у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / Е.Д. Четверкина, А.Г. Козырев, Г.А. Иванова, Е. Р. и др. // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. — 2017. — Т. 24. — № 1. — с. 68–73.
9. Селезнёва, Н.М. Изучение некоторых показателей качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких / Н.М. Селезнёва,

- А. А. Котляров, О. Н. Торопова // Евразийский союз ученых. — 2016. — № 5–4 (26). — с. 64–66.
10. Халецкая, А. И. Качество жизни и уровень приверженности к терапии у коморбидных больных с хронической обструктивной болезнью легких и хронической сердечной недостаточностью. / А. И. Халецкая // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. — 2018. — Т. 20. № 3. — с. 61–65.
 11. Халецкая, А. И. Особенности коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и хронической сердечной недостаточности и их влияние на качество жизни пациентов / А. И. Халецкая, А. Н. Кузнецов, Е. В. Щербинина, И. В. Фомин // Медицинский альманах. — 2017. — № 3 (48). — с. 206–210.
 12. Халецкая, А. И. Оценка качества жизни коморбидного больного: хроническая обструктивная болезнь легких и хроническая сердечная недостаточность / А. И. Халецкая, А. Н. Кузнецов // Здоровье и образование в XXI веке. — 2017. — Т. 19. — № 10. — с. 98–102.

ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Медико-социальные аспекты раннего выявления артериальной гипертензии у жителей города Смоленска

Козырев Олег Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор;
Филимонова Ольга Леонидовна, старший преподаватель;
Азарова Анастасия Алексеевна, студент;
Добросельская Алина Игоревна, студент;
Карнюшкина Евгения Сергеевна, студент;
Козырев Иван Сергеевич, студент;
Тимошин Михаил Олегович, студент
Смоленский государственный медицинский университет

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска.

Цель исследования: Получить представление о наиболее распространенных факторах риска гипертонии, об осведомленности населения города Смоленска о способах ранней диагностики артериальной гипертензии, принципах регулярной антигипертензивной терапии и купировании критических состояний, о профилактике развития сердечно-сосудистых и других осложнений.

Проведение профилактической беседы с пациентами с целью донесения всей важности соблюдения правильного образа жизни, исключения факторов риска для предупреждения развития ассоциированных клинических состояний.

Материалы и методы: Проведен опрос 90 пациентов (средний возраст 65 ± 10), находящихся на стационарном лечении в ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» и ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер» в 2018 году. Изучались антропометрические, клинико-анамнестические, социально-демографические и лабораторные параметры, принимаемые лекарственные препараты. Для выявления достоверности различий в исследуемых группах в случае качественных переменных

использовался критерий Фишера. Вероятность того, что статистические выборки отличались друг от друга, существовала при $p < 0,05$.

Результаты: В результате проведенного опроса, нами было выявлено, что наиболее распространенным фактором риска является ожирение, среди всех пациентов всего 18% имели нормальную массу тела. Немаловажным фактором развития артериальной гипертензии является наличие отягощенной наследственности, у 62% близкие родственники имели заболевания сердечно-сосудистой системы. Среди лабораторных показателей учитывался уровень холестерина в крови, 41% исследуемых имеют повышенный холестерин, а 35% не знают, что такое «холестерин» и к каким последствиям ведет его увеличение. Также уделялось внимание коморбидному состоянию пациентов, в особенности, сахарному диабету, 34% имеют гипергликемию в анамнезе. Большинство опрошенных ведут активный образ жизни, часто гуляют на свежем воздухе (5–6 раз в неделю), ведут домашнее хозяйство. Что касается раннего выявления артериальной гипертензии, то 30% пациентов обнаружили у себя высокие цифры артериального давления самостоятельно, у 70% этот диагноз был поставлен медицинскими работниками. Положительным моментом являлось то, что 71% больных регулярно принимают назначенные лекарственные препараты. Рассматривая возраст, в котором дебютировала артериальная гипертензия, цифры варьируют в разном диапазоне (от 25 до 80 лет). Анализируя жалобы, которые возникают в ответ на высокие цифры артериального давления, установлено, что у 16% пациентов отсутствует какая-либо симптоматика.

Согласно данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) сохраняют лидирующую позицию среди причин инвалидизации и смертности населения всех стран мира. Артериальная гипертензия (АГ), зарегистрированная примерно у 1 млрд. человек во всем мире, признана основным фактором риска развития и прогрессирования ССЗ, она приводит к развитию многих состояний, являющихся социально значимой и медицинской проблемой современности: инфаркта миокарда в 45% случаев, острого нарушения мозгового кровообращения в 51% случаев [1].

Гипертония — это безмолвный невидимый убийца, который редко вызывает явные симптомы. Решающее значение имеет повышение уровня осведомленности населения и обеспечение доступа к раннему обнаружению этого заболевания. Повышенное кровяное давление — серьезный предостерегающий признак, свидетельствующий о необходимости срочного существенного изменения образа жизни. Людям нужно знать, почему повышенное кровяное дав-

ление опасно и какие меры следует принимать для борьбы с ним. Они должны знать, что повышенному кровяному давлению нередко сопутствуют другие факторы риска, например диабет [2].

Цель исследования: Получить представление о наиболее распространенных факторах риска гипертонии, об осведомленности населения города Смоленска о способах ранней диагностики артериальной гипертонии, принципах регулярной антигипертензивной терапии и купировании критических состояний, о профилактике развития сердечно-сосудистых и других осложнений. Проведение профилактической беседы с пациентами с целью донесения всей важности соблюдения правильного образа жизни, исключения факторов риска для предупреждения развития ассоциированных клинических состояний.

Материалы и методы

Проведен опрос 90 пациентов (средний возраст 65 ± 10), находящихся на стационарном лечении в ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» и ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер» в 2018 году. Изучались антропометрические, клиничко-anamnestические, социально-демографические и лабораторные параметры, принимаемые лекарственные препараты. Для выявления достоверности различий в исследуемых группах в случае качественных переменных использовался критерий Фишера. Вероятность того, что статистические выборки отличались друг от друга, существовала при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Повышение степени распространенности гипертонии сопряжено с ростом населения, демографическим старением и поведенческими факторами риска, такими как нездоровое питание, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, избыточный вес и постоянное стрессовое состояние. Неблагоприятные для здоровья последствия гипертонии осложняются тем, что у многих людей, страдающих от повышенного кровяного давления, имеются другие факторы риска, которые увеличивают вероятность сердечных приступов, инсультов и почечной недостаточности. Эти факторы риска включают употребление табака, ожирение, высокий уровень холестерина и сахарный диабет [2].

В результате проведенного опроса, нами было выявлено, что наиболее распространенным фактором риска является ожирение, среди всех пациентов всего 19% имели нормальную массу тела, 29% — избыточную массу тела,

38% — ожирение 1 степени, 13% — ожирение 2 степени, 1% — ожирение 3 степени.

Немаловажным фактором развития артериальной гипертензии является наличие отягощенной наследственности, у 62% близкие родственники имели заболевания сердечно-сосудистой системы. Так как этот фактор является не корригируемым, то каждому человеку необходимо соблюдать все меры для профилактики развития АГ и при появлении первых признаков гипертонии незамедлительно обратиться за медицинской помощью. Рассматривая возраст, в котором дебютировала артериальная гипертензия, цифры варьируют в разном диапазоне (от 25 до 80 лет).

Курение — один из главных факторов риска ССЗ атеросклеротического генеза. Курение вызывает острое повышение АД и увеличение частоты сердечных сокращений, которые сохраняются более 15 минут после выкуривания каждой сигареты. В исследовании было выявлено, что 17% опрошенных имеют эту пагубную привычку, это является хорошим показателем.

Высокие цифры холестерина крови являются показателем нарушения обмена жиров в организме, способствующего развитию атеросклероза. Накапливаясь на стенках сосудов, холестерин приводит к утолщению сосудистой стенки изнутри, что сопровождается сужением просвета сосуда, повышением их тонуса, нарушением кровотока и развитием гипертензии.

В нашем исследовании 41% пациентов имеют повышенный холестерин, а 35% не знают, что такое «холестерин» и к каким последствиям ведет его увеличение

Сахарный диабет (СД) и артериальная гипертензия (АГ) — взаимоотягощающие заболевания, ускоряющие поражение таких органов-мишеней, как сердце, почки, сосуды мозга и сетчатки, магистральные сосуды. АГ в сочетании с метаболическими нарушениями, присущими СД, ускоряет развитие ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной и почечной недостаточности, мозговых осложнений, заболеваний периферических сосудов, создает у больных повышенный риск развития осложнений, инвалидизации и преждевременной смерти [4].

Среди наших исследуемых сахарным диабетом 2 типа страдают 34% пациентов, что увеличивает риск развития вышеперечисленных опасных осложнений.

Одним из факторов образа жизни, негативно влияющих на здоровье населения, является гиподинамия. У людей с низкой физической активностью ССЗ развиваются в 1,5–2,4 (в среднем в 1,9) раза чаще, чем у людей, ведущих фи-

зически активный образ жизни [5]. Большинство опрошенных ведут активный образ жизни (43%), часто гуляют на свежем воздухе (5–6 раз в неделю), ведут домашнее хозяйство.

Игнорировать повышенное артериальное давление опасно, поскольку это увеличивает вероятность возникновения осложнений, представляющих угрозу для жизни. Самыми опасными осложнениями гипертонии являются тяжелые поражения мозга и сердечной мышцы — инсульт и инфаркт миокарда. В нашем исследовании было выявлено, что 25% больных перенесли инфаркт миокарда, причем из них у 41% диагноз артериальная гипертензия был поставлен после перенесенного поражения сердечной мышцы, что свидетельствует о позднем обращении пациентов за медицинской помощью, малой осведомленности населения о таком опасном для жизни заболевании и факторах, его провоцирующих. Что касается инсульта, то среди всех опрошенных у 10% имеется нарушение мозгового кровообращения в анамнезе.

Клинические проявления гипертонии субъективны и варьируют в разном диапазоне, начиная от легкого недомогания и слабости и заканчивая паническими атаками и чувством «страха смерти». Наиболее распространенными жалобами были: 61% — головная боль, 21% — головокружение, 32% — жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, тахикардия, дискомфорт за грудиной), 20% — жалобы со стороны органов зрения («мушки» перед глазами, двоение). Также встречались случаи с полным отсутствием каких-либо жалоб (14%).

Для профилактики развития опасных осложнений, развивающихся со стороны сердечно-сосудистой системы, головного мозга и других органов-мишеней, необходимо как можно раньше диагностировать повышенное артериальное давление. Что касается раннего выявления гипертензии, то 30% пациентов обнаружили у себя высокие цифры артериального давления самостоятельно, у 70% этот диагноз был поставлен медицинскими работниками.

Результативность лечения артериальной гипертензии напрямую зависит от степени комплаентности пациента. Нередко ухудшение состояния больного наступает именно из-за несоблюдения врачебных рекомендаций. Поэтому *первостепенная задача врача — сформировать у пациента позитивную мотивацию на приверженность лечению*. Положительным моментом в нашем исследовании являлось то, что 71% больных регулярно принимают назначенные лекарственные препараты.

Выводы

По результатам проведенного исследования, можно сделать выводы, что артериальная гипертензия является массовым и широко прогрессирующим заболеванием среди населения города Смоленска. Наиболее распространенными причинами гипертензии являются ожирение, наследственность и сахарный диабет. Большинство опрошенных недостаточно осведомлены об основных факторах риска, адекватной лекарственной терапии и способах профилактики осложнений.

Для раннего выявления артериальной гипертензии необходимо проведение санитарно-просветительных работ среди населения медицинскими работниками как амбулаторного, так и стационарного звена, разъяснения патогенности всех факторов риска, важности самоконтроля артериального давления и регулярного приема антигипертензивных препаратов, что в результате приведет к снижению развития таких серьезных осложнений, как инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения.

Литература:

1. Клинико-анамнестические особенности пациенток с артериальной гипертензией постменопаузального возраста. Тимошин М.О., Карнюшкина Е.С. Научные руководители — рук. уч. и произв. практики доц. Коньшко Н.А., зам. гл. врача ОГБУЗ КБ № 1 Маркелова Л.Н. Смоленский государственный медицинский университет, Смоленский медицинский альманах, 2018
2. Глобальное резюме по гипертензии. ВОЗ. Безмолвный убийца, глобальный кризис общественного здравоохранения
3. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. Год утверждения: 2016
4. Артериальная гипертензия и сахарный диабет. Шарипов Р.А. Российский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии № 1 лечебного факультета, Москва Российский кардиологический журнал № 3 (71) / 2008
5. Кардиология: руководство для врачей (для системы последиplomного проф. образования врачей) / под ред. Р.Г. Оганова, И.Г. Фоминой. — М.: Медицина, 2004. — 848 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Типология современных медицинских учреждений

Закиева Лилия Фаритовна, аспирант

Казанский государственный архитектурно-строительный университет

На современном этапе развития РФ в качестве приоритетных направлений определяются сферы, связанные с формированием человеческого капитала, качество которого во многом зависит от состояния здоровья населения. Формирование системы здравоохранения, обеспечивающей эффективную медицинскую помощь, является приоритетным направлением развития государства. Организация медицинского обслуживания играет важную роль в системе здравоохранения. Медицинские учреждения отличаются своей специализацией, территориальным размещением, формой оказания медицинских услуг и т. д. По видам оказываемых медицинских услуг учреждения здравоохранения классифицируются на 5 крупных групп: учреждения первичной медицинской помощи, специализированные и высокотехнологичные медицинские учреждения, паллиативные, санаторно-курортные медицинские учреждения и объекты скорой помощи. Каждая из групп имеет свою характеристику и свой набор учреждений [1]. В данном исследовании наибольший интерес для нас представляют высокотехнологичные и специализированные медицинские учреждения.

В данной статье предлагается типология медицинских учреждений, которая разработана в результате анализа градостроительных принципов размещения, предоставляемых функций и коечной мощности. Предлагается следующая типология медицинских учреждений:

1. Многопрофильные городские больницы;
2. Университетские клиники;
3. Специализированные больницы;
4. Медицинские комплексы;

5. Медицинские районы.

Многопрофильные городские больницы — учреждения здравоохранения, направленные на оказание лечебной, профилактической, диагностической, стационарной медицинской помощи населению. Основная цель многопрофильных больниц — объединение в составе одного учреждения основных лечебных функций (хирургических, терапевтических, операционных, травматологических и т. д.), в результате чего в одном учреждении происходит оказание всего спектра медицинских услуг. Многопрофильные больницы должны иметь хорошую транспортную доступность, поэтому их принято размещать вблизи крупных транспортных магистралей. Вторым важным фактором, обеспечивающим доступность многопрофильных больниц, является возможность добраться до места назначения на общественном транспорте. Анализ зарубежного опыта проектирования показал, что по композиционной схеме многопрофильные больницы можно классифицировать на: павильонные, блочные, горизонтально развитые, коридорные, смешанные, центрические [4]. По территориальному принципу многопрофильные больницы классифицируются на: областные, республиканские, городские, районные. Чем выше ранг больницы по данной классификации — тем больше она по масштабам и размерам земельного участка.

В качестве аналогов многопрофильных больниц рассматриваются:

1. Городская клиническая больница им. С. П. Боткина в Москве, Россия.

Данное учреждение, мощностью 1789 коек, размещается на территории 13,7 га. В больнице работают 4000 сотрудников. Архитектурно-планировочная структура больницы — павильонная. Учреждение предоставляет хирургическую, кардиохирургическую, терапевтическую, травматологическую медицинскую помощь. При ГКБ им. С. П. Боткина функционирует образовательный центр для медицинских работников.

2. Городская центральная больница Оттавы, Канада. Комплекс многопрофильной больницы образуют Госпиталь «Грейс», Госпиталь «Риверсайд», Центральная больница Оттавы, Детская больница Восточного Онтарио и Кардиологический институт. Мощность больницы — 1200 коек. Площадь земельного участка — 31 га.

3. Клиника Рабина в Петах-Тикве, Израиль. Комплекс клиники Рабина состоит из 180 поликлиник и институтов, в которых предоставлено 4500 рабочих мест. Мощность стационарных учреждений — 1300 больничных коек. Площадь земельного участка — 25,7 га.

Университетские клиники. Под университетскими клиниками подразумеваются медицинские учреждения, которые входят в состав медицинских вузов и являются центрами инновационных разработок и высоких технологий. Университетские клиники работают под девизом «Наукой обретается здоровье» и нацелены на интеграцию образовательной функции в лечебный процесс. Внедрение университетских клиник будет способствовать активному сотрудничеству практикующих врачей и профессорско-преподавательского состава, вследствие чего у преподавателей появится возможность практической апробации своих знаний, а врачи получат возможность использования инфраструктуры университета для своих научных разработок. Университетские клиники предоставляют возможность осуществления цепочки «фундаментальные и прикладные исследования» — «апробация» — «внедрение». В результате функционирования университетских клиник повышается уровень подготовки и качество образования кадров в области медицинской науки, вследствие чего появляется возможность подготовки высококвалифицированных и востребованных кадров. Университетские клиники интегрируют в себе лечебные, образовательные и исследовательские функции. Ключевыми действующими объектами в университетской клинике являются: медицинский вуз с научно-исследовательскими центрами и больница. В зависимости от того какая функция преобладает, можно выделить следующие модели организации университетских клиник:

1. Интеграция — доля объектов образования превышает долю объектов здравоохранения. Главной функцией является подготовка кадров, а больница служит вспомогательным учреждением.

2. Кооперация — доля образовательных учреждений и учреждений здравоохранения в университетской клинике одинаковая. Рассматривая размещение университетских клиник в структуре города, можно говорить о том, что они обычно размещаются в центре города, образуют крупный лечебно-образовательный комплекс, примыкают к крупным транспортным магистралям и в обязательном порядке имеют рекреационную территорию в виде парка, сквера или зеленой зоны. Анализ организации деятельности данных учреждений позволяет их определять в качестве как особые градостроительные образования. В качестве аналогов университетских клиник исследованию рассматриваются:

1. Университетская клиника Хайдельберга, Германия. На территории 112 га, на базе старейшего университета расположены: 11 университетских корпусов, 44 отделения медицинских учреждений, кампус для проживания 1600

сотрудников и 10000 студентов, спортивный комплекс. Модель организации — кооперация

2. Методистская больница Хьюстона, Техас, США. Больница размещена в едином комплексе с Университетом Райса и парком. В составе больницы размещаются Центр рака, сердечно-сосудистый центр, Институт метаболизма и диабета, Центр трансплантации Дж. Уортера. Мощность больницы — 1000 коек. Общая площадь всего комплекса — 445 га, из них 51 га занимает территория университетской клиники. Модель организации — кооперация.

3. Университетская клиника Стэнфорда, Пало Альто, Калифорния. Модель организации — интеграция. Клиника размещается в структуре крупнейшего технопарка Америки — Кремниевой долины, общей площадью территории 596 га, из которых площадь территории клиники составляет 59.9 га. В университетской клинике работают 6000 человек.

Специализированные больницы. Под специализированными больницами подразумеваются 2 типа медицинских учреждений:

1. Больницы, в которых оказывается специализированная медицинская помощь (например: онкологическая, психиатрическая, туберкулезная и т. д.);

2. Медицинские учреждения, в составе которых наряду с больницей располагается вспомогательное учреждение: реабилитационный центр, кардиологический центр, гериатрический центр.

Специализированные больницы принято размещать в среде с благоприятной экологической составляющей, которая направлена на оказание положительного психологического и эмоционального воздействия на человека. Мощность специализированных больниц небольшая. Важную роль при размещении специализированных медицинских учреждений играет транспортная доступность. Архитектурно-планировочная организация специализированных медицинских учреждений совпадает с планировкой многопрофильных стационаров. Что касается реабилитационных центров, то в качестве дополнительных структурных планировочных схем Гайдук А. Р. выделяет: 1) принцип загородного дома; 2) разомкнутую структуру единого комплекса; 3) принцип «реабилитационная деревня» [2]. В качестве примеров Специализированных больниц можно рассмотреть:

1. Кардиологический центр Агатариед, Мюнхен, Германия. Центр размещает в живописной местности: в предгорьях Альп, в зеленой зоне и экологически чистом районе. Территория больницы — 7га. Центр направлен на оказание кардиологических и сосудистых услуг. Мощность кардиологического центра — 340 коек. В клинике насчитывается 800 сотрудников.

2. Комплекс Больницы Кинг Джордж и гериатрического центра Гудмайес, Лондон, Великобритания. Общая площадь медицинского комплекса составляет 24,6 га, из которых гериатрическая больница занимает 16 га, остальные 8,6 га принадлежат 28 многопрофильной больнице. К комплексу данных учреждений примыкает парк, где размещены спортивные и рекреационные площадки для пациентов. Особое распространение комплексы многопрофильных больниц, функционирующих совместно с реабилитационными центрами, получили в Израиле: Клиника Ихиллов, Медицинский центр Реут, Медицинская клиника Левинштейн и т. д.

Медицинские комплексы — локальные территории в городской среде с высокой плотностью застройки лечебными учреждениями большой коечной мощности, следовательно, с высоким соотношением показателя площади застройки относительно общей площади земельного участка. Данный термин предлагается для характеристики компактной территории с высоким показателем оказываемой высокотехнологичной и инновационной медицинской помощи. Медицинские комплексы размещаются в городах с высокой плотностью застройки и дефицитом свободной территории. В качестве примеров медицинских комплексов рассматриваются:

1. Госпиталь Джона Хопкинса, Балтимор, США. Пример того, как на 9 га территории расположен медицинский комплекс мощностью 1100 коек. Площадь застройки составляет 5,94 га, территория застроена 70%. Медицинский комплекс, признанный лучшим в США, — синтез университетской клиники, стационаров интенсивной терапии и Центра биомедицинских исследований имени Джона Хопкинса.

2. Общеклиническая больница штата Массачусетс, Бостон, США. Университетская клиника Гарвардской школы медицины с мощной практической, научно-исследовательской, биомедицинской базой. Медицинский комплекс расположен на территории 8 га. Мощность стационара — 1000 коек, площадь застроенной территории — 60% [3].

Медицинский район. Под медицинскими районами подразумеваются комплексы учреждений здравоохранения, размещенные на обширной территории и представляющие собой крупный градостроительный комплекс. К медицинскому району можно отнести Клинику Шиба в Израиле. Общая площадь земельного участка — 46 га. Здесь размещены более 150 клиник, стационар мощностью 2000 койки. Клиника считается центром передового научного опыта и является важной составляющей медицинского туризма в регионе. В последнее время прослеживается тенденция концентрации всех типов медицинских учреждений на

локальной территории, в результате чего формируются медицинские кластеры — особая форма размещения и функционирования медицинских учреждений.

Литература:

1. Костырин, Е. В. Организационная структура лечебно-профилактического учреждения и ее особенности при оказании медицинских диагностических услуг. Гуманитарный вестник, 2013, вып. 1. URL: <http://hmbul.bmstu.ru/catalog/econom/hidden/28.html>
2. Гайдук, А. Р. Формирование образа зданий медицины // Academia. Архитектура и строительство, 2015, № 4. — с. 86–91.
3. Лечение в Америке — лучшие больницы штата Массачусетс, США // medbe.ru: Медицинский сайт MedBe.ru, 2013 URL: <http://medbe.ru/clinics/kliniki-i-gospitali-ssha/lechenie-v-amerikeluchshie-bolnitsy-shtata-massachusetts-ssha/> (дата обращения: 19.05.2016)
4. Змеул, С. Г. Архитектурная типология зданий и сооружений / С. Г. Змеул, Б. А. Маханько. — М.: Стройиздат, 1999. — 241 с.

Целесообразность оптимизации медицинского страхования при оказании экстренной медицинской помощи населению

Тищенко Иван Павлович, врач-невролог;

Тищенко Эдуард Павлович, врач медицины неотложных состояний

Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф

В данной статье указывается на существующие недостатки в работе медицинского страхования при оказании экстренной медицинской помощи, а также о способе решения данной проблемы.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, медицинское страхование, Центры экстренной медицинской помощи.

Потребность населения в экстренной медицинской помощи является показателем не только необходимости в получении качественной и эффективной медицинской помощи, но и социальной защищенности общества. Качественная, своевременная и доступная медицинская помощь в экстренных

случаях является формой проявления беспокойства государства о гражданах собственной страны и является своеобразным показателем благосостояния и социальной защиты людей в стране, в которой они проживают.

Скорая медицинская помощь (СМП) оказывается гражданам бесплатно при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства на догоспитальном и госпитальном этапах (в соответствии со стандартами медицинской помощи) и является дорогостоящим видом помощи (в 2010 г. средняя стоимость одного вызова составила 1354,6 рублей, в 2009 г. — 1280,9 рублей) [1].

Медицинское страхование (МС) — это развивающаяся отрасль, опирающаяся на огромный, практически неосвоенный рынок, имеющий большое будущее. Основанием для такого прогноза является то, что во многих развитых странах мира страховые компании по своей мощности и размерам концентрируемого в них капитала стоят наравне с банками и являются важной отраслью финансового сектора экономики.

Потребность в получении скорой и неотложной экстренной медицинской помощи в городе Луганске, согласно последним данным официальной статистики 2013 года, 263,7 на 1 тыс. человек. Удельный вес обращений следующий: несчастные случаи 11 %, внезапные заболевания 52 %, прочие болезни 21 %, роды и беременность до 1 %, экстренные перевозки 5 %, плановые перевозки 3 %, безрезультатные выезды до 7 % [2, с. 53].

Средние нормативы потребности населения в коечном фонде для экстренной госпитализации по линии СМП составляет 20 коек на 10 тыс. населения: в городах с населением до 100 тыс. человек — 23 койки, от 100 до 300 тыс. — 19, более 500 тыс. — 17.

В областных центрах коэффициент потребности в коечном фонде составляет 0,7 койки на тяготеющее к скорой медицинской помощи население, в городах областного подчинения увеличивается до 1,6, в районах — до 6,8 [3, с. 131].

Советская медицинская школа ориентирована на бесплатность медицинских услуг и справедливость их распределения. Целью советского здравоохранения являлось получение максимума оздоровительного эффекта на единицу вложенных бюджетных средств, при условии их справедливого распределения.

Однако мы видим, что в постсоветском пространстве бюджетная модель медицины не выгодна в финансовом плане и крайне затратная по разным причинам. Более того в отсутствии за медицинской сферой экономики контроля, медицина переходит в рыночную сферу услуг и начинает подчиняться ры-

ночной экономике. И если раньше люди были недовольны качеством лечения, то сегодня на первый план выходит цена, которая для многих становится непреодолимым барьером при попытке получить помощь в государственном медицинском учреждении. В итоге доступность качественной медицинской помощи в модели, базирующейся на рыночных принципах, зависит от состоятельности пациентов.

Мировая практика свидетельствует о том, что основным способом решения проблемы адаптации бюджетной модели здравоохранения к условиям рыночной экономики является институт МС. Особенно важно отметить, что введение страхования способствовало созданию института прав пациента как потребителя медицинской помощи.

В России в попытке провести социальную защиту лиц среднего и низкого уровня обеспеченности введено Обязательное Медицинское Страхование (ОМС), которое финансируется государством, более того социальный институт МС обеспечивает большую прозрачность финансовых потоков в здравоохранении.

В настоящее время программы обязательного и добровольного медицинского страхования не конфликтуют между собой, в связи с тем, что ОМС предоставляет гражданам гарантируемый минимум бесплатных медицинских услуг, а добровольное медицинское страхование (ДМС) — сверх этого минимума, что позволяет значительно расширить спектр предлагаемых медицинских услуг.

Несмотря на введение ОМС на догоспитальном и госпитальном этапах качество предоставляемых медицинских услуг, как правило, зависит от уровня и специфики работы медицинского учреждения, а покрытие рисков не всегда предусматривает оказание сопутствующих (немедицинских) услуг (оплата проезда до медицинского учреждения, возмещение средств на покупку лекарственных препаратов и т. д.) [3].

Недостатками ОМС являются [4]:

1. Неполное покрытие медицинских услуг. Не на все виды услуг (профилактических и терапевтических) может рассчитывать гражданин в случае возникшей необходимости.

2. Невысокое качество медицинских услуг по причине дефицита бюджетного финансирования.

3. Низкая защищенность (по факту) прав застрахованных граждан при врачебных ошибках, халатности медицинского персонала и пр. В том числе и

отсутствие четкого механизма по возмещению денежных средств — гражданину от медучреждения.

4. Отсутствие единых стандартов лечения/диагностики в разных регионах РФ.

5. Отсутствие определенного конкретного перечня положенных по ОМС услуг.

На эти недостатки стоит обратить особое внимание. Почти все эти недостатки диктуются тем, что ведение острой стадии заболевания до его стабилизации и реабилитационного цикла ведется в разных лечебных учреждениях или же в городских многопрофильных больницах. Поэтому требуется введение промежуточного звена (Центров экстренной медицинской помощи и неотложных состояний), которое будет осуществлять стабилизацию состояния больного и дифференциальную диагностику основного заболевания, приведшего к острому состоянию с дальнейшим переводом в специализированные клиники для более профильного лечения и реабилитации больного.

Более того, введение Центров экстренной медицинской помощи для детского и взрослого контингента поможет убрать из приведенного списка ряд проблем. Качество медицинских услуг будет определяться введенными едиными стандартами для данных Центров по оказанию экстренной медицинской помощи и стабилизации состояния больного. Дальнейшим лечением и реабилитацией будут заниматься профильные заболевания больного клиники, перечень услуг которых может быть различным для потребителей ОМС и ДМС. За соблюдением этих стандартов можно будет осуществлять более тщательный контроль, в виду чего возможное снижение растрат денежных средств, а также контроль за соблюдением прав и свобод граждан.

С помощью введения Единых центров оказания экстренной и неотложной помощи произойдет выравнивание условий оказания СМП и обеспечение равной доступности для населения современных медицинских технологий на территории Российской Федерации, а также рациональному использованию имеющихся материально-технических, финансово-экономических ресурсов.

Литература:

1. Шляфер, С. И. Анализ деятельности скорой медицинской помощи в Российской Федерации. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России, Москва <http://vestnik.mednet.ru/content/view/396/30/lang,ru/>

2. Вольный, И.Ф., Катасанова Г.В., Луговсков А.Д., Михайлик Ю.Г., Оберемок С.Е. Организация, планирование и менеджмент в службе скорой медицинской помощи: Практическое пособие/ Под ред. На-лапко Ю.И.. — Луганск, 2013 г. — 125 с.
3. Вольный, И.Ф., Померанцев В.И., Луговсков А.Д., Пешков Ю.В., Седых В.Ф. Информация, анализ и управление в службе скорой ме-дицинской помощи. Практическое руководство. — 2-е изд. Доп. и пе-рераб. — Луганск, Харьков, 2008—140 с.
4. <http://www.insure.travel/voluntary/russia/dmsvsoms> Портал о страхо-вании выезжающих © Insure. Travel
5. <http://crediti-bez-problem.ru/otliche-obyazatelного-medicnskogo-strahovaniya-ot-dobrovolного-medicnskogo-strahovaniya-v-rossii.html> ОТЛИЧИЕ ОМС ОТ ДМС В РОССИИ

Научное издание

Медицина и здравоохранение

Выпускающий редактор Г. А. Кайнова
Ответственный редактор Е. И. Осянина
Оформление обложки Е. А. Шишков
Подготовка оригинал-макета П. Я. Бурьянов

Материалы печатаются в авторской редакции

Подписано в печать 24.01.2019. Формат 60x84/8. Усл. печ. л. 3,02. Тираж 300 экз.

Издательство «Новация». 350911, г. Краснодар, ул. им. Фадеева, д. 429

Отпечатано в типографии издательства «Молодой ученый»,
420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25