

**Государственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Пензенский институт усовершенствования врачей Министерст-
ва здравоохранения Российской Федерации»**



**ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ**

Материалы X научно-практической конференции
Пензенского института усовершенствования
врачей Министерства здравоохранения
Российской Федерации

16 октября 2003 года



Пенза - 2003

УДК 614.2:378.661
ББК 51.1 (2)
В 74

Редакционная коллегия: Н.М.Хоменко – главный редактор, И.П.Баранова – ответственный секретарь, М.И.Зайцева, С.Л.Тузов, А.С.Ялдыгина.

В 74 Вопросы оптимизации последипломного образования медицинских кадров: Материалы X научно-практической конференции Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ. Сб. статей, Пенза, 2003. – 126 с.
ISBN 5-94321-017-2

УДК 614.2:378.661
ББК 51.1 (2)
В 74

В 74 Вопросы оптимизации последипломного образования медицинских кадров: Материалы X научно-практической конференции Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ

Оригинал-макет изготовлен в лаборатории медицинской информатики Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ

Изд. лиц. ЛР № 021348 от 18.06.1999 г. Поз. 297.
Подписано в печать 22.07.2003 г. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Гарнитура "Латинская". Печать офсетная. Уч.-изд. л. 8.0. Усл.–печ. л. 7,44. Тираж 120 экз.
Заказ № 204/03. Цена С.97.
Издательство ПГПУ им. В.Г. Белинского: 440026, Пенза, ул. Лермонтова, 37, корп. 5, комн. 466.
Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии ПИУВ МЗ РФ.

ISBN 5-94321-017-2 © Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ
Любое воспроизведение данного текста разрешается только с
указанием источников, 2003

К МЕТОДИКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ЦИКЛАХ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

А.П.Абрамичев, А.С.Ялдыгина

Кафедра психиатрии

В связи с распространенностью заболевания - опухоли мозга составляют 6-8,5% всех новообразований человеческого организма (Т.А.Доброхотова, 1999) и частотой психических расстройств при них, (удельный вес от 0,1 до 5% среди пациентов психиатрических стационаров), актуальным является совершенствование диагностики начальных проявлений заболевания.

Углубленный клинический анализ психических нарушений позволяет во многих случаях не только диагностировать опухоль мозга, но и определять ее природу и локализацию, поэтому изучение психического статуса больного при опухолевом процессе является в настоящее время обязательной частью комплексного нейроонкологического обследования и диагностики.

Вместе с тем у практических врачей встречаются значительные трудности при отграничении психических нарушений при опухолях головного мозга от других органических поражений головного мозга. По данным литературы у 30-50% таких больных диагностируются сосудистые или атрофические заболевания головного мозга, особенно у больных пожилого и старческого возраста (Э.Я.Штернберг, 1983). Немалые трудности встречаются при отграничении расстройств сознания у больных с опухолями головного мозга от других органических заболеваний головного мозга. В таких случаях имеют большую ценность тщательно собранный анамнез, диагностическая оценка клиники, особенности неврологического статуса и данные лабораторных исследований.

Учитывая актуальность проблемы на кафедре психиатрии последние 7 лет тема "Психические нарушения при опухолях головного мозга" включена в программу циклов "Экзогенно-органические психозы", "Внебольничная психиатрическая помощь", "Аттестационно-сертификационные циклы" с освещением патогенетических факторов, имеющих значение для частоты и характера психических расстройств, течения и выбора способов лечения.

Врачи овладевают знаниями о психопатологических синдромах при опухолях головного мозга и их динамике. Частыми проявлениями при опухолях различной локализации являются расстройства многих регистров: синдромы с выключением сознания и спутанности его (оглушение, сопор, сумеречное расстройство), эпилептические пароксизмы и статусы

тонико-клонических приступов, эмоциональные и аффективные нарушения (мореоподобный синдром, апатия, депрессия и др.), деперсонализационно-дереализационные расстройства, галлюциноз (слуховые, обонятельные, вкусовые обманы восприятий), грубоорганические симптомокомплексы (амнестический синдром, интеллектуально-мнестическое снижение уровня личности, деменция). Эта симптоматика сочетается с общецеребральными синдромами опухолевого процесса.

На лекциях, семинарских и практических занятиях акцентируются те психические нарушения, которые имеют топико-диагностическое значение, тем более что последние нередко предваряют появление неврологических расстройств.

Слушатели усваивают знания о специфических клинических феноменах, например, при опухолях лобной доли мозга и лобно-базальной локализации наблюдаются синдромы фронтальной акинезии. А при лобно-конвекситальной локализации - нарушения интеллекта. Диагностически информативными критериями являются данные компьютерной томограммы (КТ), ядерно-магнитного резонанса (ЯМР), особенности изменения ЭЭГ и ЭХО-графии, изменения на глазном дне (первичная атрофия зрительного нерва, застойные явления на глазном дне и др.), а также особенности изменения спинномозговой жидкости (белково-клеточная диссоциация).

При опухолях височной доли топико-диагностическое значение имеет появление обонятельных галлюцинаций с чувством крайне неприятного, "отвратительного" запаха с сохраняющейся критикой. Также специфичны расстройства вкусовых восприятий, агнозия, гипогнозия, парагнозия и вестибулярно-атаксические синдромы.

Дифференциально-диагностическим критерием поражения теменной доли являются нарушения пространственного гнозиса и расстройство "схемы тела".

При опухолях затылочной доли топико-диагностическое значение имеет дезорганизация зрительных функций: нарушение восприятия цвета, формы, величины и местонахождения предметов и зрительные галлюцинации всех видов. Кардинальным симптомом опухолей затылочной локализации являются различные виды оптической агнозии: пациенты с трудом или вовсе не узнают окружающие предметы.

При подтенториальной локализации опухоли наряду с массивными общецеребральными симптомами наблюдаются двигательные нарушения: психомоторные расстройства кататонического ряда с моторным застыванием, достигающим степени ступора. В.М.Бехтерев называл эти расстройства "мозжечковой кататонией". Последние не сопровождаются негативизмом.

Диагностическое значение имеет симптом Брунса: при резких пово-

ротах головы, быстрых изменениях положения туловища возникают не только головокружение, тошнота, рвота, но и нарушение сознания и галлюцинаторные явления, что в высшей степени специфично для поражения мозжечка.

Таким образом, при опухолях головного мозга разной локализации выявляются психические нарушения специфические для поражения той или иной области головного мозга, нередко предваряющие появление неврологических симптомов. Тем не менее, в любом случае требуется комплексное нейроонкологическое обследование с использованием параклинических данных.

Практические врачи на циклах ТУ обновляют теоретические знания по следующим разделам: диагностика и дифференциальная диагностика опухолей головного мозга, протекающих с психическими расстройствами; психопатологические синдромы, имеющие диагностическую информативность; топическая диагностика опухолевого процесса. Врачи совершенствуют умения по оценке психопатологических и неврологических расстройств, параклинических данных и врачебной тактике при опухолевом процессе. Для повышения качества обучения на кафедре подготовлено и издано учебно-методическое пособие для слушателей "Психические нарушения, имеющие топико-диагностическое значение при опухолях головного мозга".

РАБОТА КАФЕДРЫ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Н.Ю.Алексеева

Кафедра аллергологии и иммунологии

За последние годы, несмотря на значительные успехи в развитии аллергологии и иммунологии, во всех странах мира наблюдается рост числа аллергических заболеваний. По распространенности аллергические заболевания занимают третье место после сердечно-сосудистых и онкологических, а в некоторых экономически неблагоприятных регионах выходят на первое место. В этой связи, актуальным является качественная подготовка врачей аллергологов-иммунологов, которая осуществляется согласно Приказу Минздрава Российской Федерации от 27.08.99 г. через ординатуру (2 года) или аспирантуру (3 года) на базе кафедры аллергологии и иммунологии ПИУВ МЗ РФ.

Кафедра аллергологии и иммунологии является структурным подразделением государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования, осуществляющая послевузовское образование, профессиональную переподготовку, повышение квали-

фикации медицинских кадров в целях совершенствования их профессиональных знаний и деловых качеств в соответствии с государственным стандартом специалиста. В 1992 году согласно приказу от 15.04.92 г. организован курс аллергологии на базе ЦНИЛ (приказ № 35- Л), а 31.12.97 г. - кафедра аллергологии и иммунологии (приказ № 75-Л). Заведующий кафедрой аллергологии и иммунологии – доктор медицинских наук, профессор Молотилев Борис Александрович. С 1994 г. МСЧ №2 является клинической базой (аллергологическое отделение) кафедры аллергологии и иммунологии.

Сотрудниками кафедры внедрены в лечебный процесс современные методы диагностики и терапии аллергических заболеваний: пикфлоуметрия при бронхиальной астме, специфическая иммунотерапия (СИТ) бактериальными, грибковыми аллергенами, аллергоидами, методы иммунотерапии (ликопид, полиоксидоний, и др.).

Значительная распространенность аллергических заболеваний у детей Пензенской области, как и России в целом, диктует необходимость разработки новых и совершенствования существующих методов лечения. В 2000 году сотрудники кафедры аллергологии и иммунологии принимали активное участие в создании детского аллергологического центра на базе Отделенческой больницы станция Пенза. Организация центра позволила улучшить качество учебного процесса на кафедре аллергологии и внедрить новые методы диагностики и терапии аллергических заболеваний у детей, в том числе нейбулайзерная терапия при бронхиальной астме, гепаринотерапия при атопическом дерматите, проведение СИТ ускоренным инъекционным методом, иммунотерапия (полиоксидоний, виферон и др.).

В 1995 году в г. Заречный (Пензенской области) при участии сотрудников кафедры открыта школа-детский сад санаторно-оздоровительного типа для детей с аллергопатологией. Была разработана и внедрена программа медико-социальной реабилитации в условиях специализированного учреждения школа-детский сад санаторно-оздоровительного типа, которая способствует снижению числа обострений аллергических заболеваний.

С учетом особенностей течения аллергических заболеваний у детей особую значимость приобретает санаторный этап реабилитации. В связи с этим совместно с практическим здравоохранением создаются реабилитационные группы для детей с аллергическими заболеваниями на базе областного санатория "Надежда". Задача реабилитации – проведение специфической иммунотерапии, а также комплекса физиотерапевтических процедур и психокоррекции.

Организация подобных учреждений, безусловно, заслуживает большого внимания и в значительной степени способствует улучшению каче-

ства учебного процесса кафедры.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ИНСТИТУТА И ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА 2001-2002 гг.

И.П.Баранова

Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ

Научно-исследовательская работа проводится в институте в рамках следующих направлений научной деятельности: повышение качества послевузовского и дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения России путем совершенствования технологии обучения и широкого внедрения в образовательный процесс результатов современных научных исследований; совершенствование научно-методического обеспечения различных видов последипломного образования медицинских кадров; создание новых и совершенствование имеющихся профилактических, лечебных и реабилитационных технологий.

В 2001 и 2002 гг. в институте выполнялись по 22 научные темы в рамках 3 основных научно-исследовательских направлений: "Разработка лечебно-диагностических и реабилитационных мер, направленных на улучшение здоровья населения Российской Федерации" (основное научное направление кафедр института), "Изучение механизмов бактериальной аллергии и разработка методов ее специфической и неспецифической иммунотерапии" (основное научное направление ЦНИЛ), "Использование дистанционных образовательных технологий в последипломном образовании медицинских кадров" в рамках отраслевой научно-исследовательской программы "Последипломное образование медицинских кадров" (основное научное направление лаборатории медицинской информатики). За последние 2 года штатным профессорско-преподавательским составом института, среди которых 21 профессор, доктор наук и 63 доцента, кандидата наук, завершены 6 тем НИР в рамках научно-исследовательских направлений института.

В течение 2001 и 2002 гг. сотрудниками и соискателями института защищены 5 докторских и 18 кандидатских диссертаций, за 6 месяцев 2003 г. защищены 6 кандидатских диссертации.

В институте за последние 2 года издано: 6 монографий, 1 учебник, 2 руководства, 8 сборников научных трудов, 28 учебных и учебно-методических пособий, 27 методических рекомендаций, федеральные квалификационные тесты по клинической лабораторной диагностике, подготовлено 10 видеофильмов, опубликовано 528 научных статей и тезисов (в том числе 88 статей и 440 тезисов), сделано 217 научных докладов (на Международных конгрессах и конференциях – 36, на Всероссийских съез-

дах, конгрессах, конференциях – 53, на Республиканских, межобластных и областных - 128) . В сборниках конференций и конгрессов с Международным участием опубликовано 106 работ (в том числе 14 - за рубежом). В 2001-2002 гг. получено 8 патентов на изобретения, оформлено 26 рационализаторских предложений, подготовлены 18 электронных версий лекций, 12 компьютерных учебников (учебных пособий), в МЗ РФ представлен проект "Временное положение по организации дистанционного повышения квалификации медицинских кадров". В 2001-2002 гг. при участии института проведено 28 конференций, совещаний, семинаров.

Часть НИР прошла экспертизу МЗ РФ и фрагменты включены в крупные разработки и отраслевые научно-исследовательские программы, курируемые головными научно-медицинскими учреждениями. В частности, в рамках отраслевой научно-исследовательской программы "Эпидемиология и микробиология" (головной институт – ГУ МНИИ ЭиМ им. Г.Н.Габричевского) выполняются 2 темы НИР (кафедра аллергологии и иммунологии и ЦНИЛ); в рамках отраслевой научно-исследовательской программы "Последипломное образование медицинских кадров" (головное учреждение – РМАПО) – 3 темы НИР (кафедра анестезиологии и реаниматологии, лаборатории медицинской информатики, ЦНИЛ), а также 5 кафедр принимают участие в разработке федеральных квалификационных тестов третьего поколения; в рамках отраслевой научно-исследовательской программы "Психиатрия – Определение путей оптимизации и охраны психического здоровья на основе полипрофессиональных форм помощи" (головное учреждение – МНИИП МЗ РФ) – 1 тема НИР (кафедра психиатрии), в рамках плана НИР Межведомственного научного совета по педиатрии МЗ РФ, РАМН и НЦЗР по проблеме 10.10 "Экология и здоровье детей" – 1 тема НИР (кафедра педиатрии); в рамках НАБИ (Национальная ассоциация по борьбе с инсультом – "Регистр инсульта") выполняется 1 тема НИР (кафедра неврологии); в рамках национального проекта Российского исследования оптимального снижения артериального давления (РОСА) и научно-исследовательской программы НИР "Кардиология" (головное учреждение РНПК "Кардиология") – выполняются 2 темы НИР (кафедра терапии-1 и терапии-2); 12 тем НИР выполняются по инициативному плану.

Областной центр по регистру и профилактики инсульта (кафедра неврологии) и многоцентровые исследования в рамках Международного проекта РОСА (кафедра терапии-2) признаны одними из лучших в стране. На курсе пульмонологии проводятся многоцентровые исследования в рамках Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) и осуществляется руководство Областным отделением МАКМАХ. Три сотрудника института являются Членами Диссертационных Советов по защите диссертаций в других ВУ-

Зах, 3 – члены редколлегии журналов "Клиническая лабораторная диагностика", "Анестезиология и реаниматология", "Вестник интенсивной терапии", а также членами трех Проблемных комиссий РАМН МЗ РФ ("Неотложная хирургия", "Научные основы в реаниматологии", "Экстренные и терминальные состояния"), 5 сотрудников – члены правлений Всероссийских научных обществ/ассоциаций (кардиологов, офтальмологов, психиатров, врачей КЛД) и Координационного совета по образовательным технологиям при МЗ РФ. Сотрудники кафедры инфекционных болезней руководят областным контрольным экспертным советом по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей с 1999 г., тем самым участвуют в реализации программы ВОЗ по ликвидации полиомиелита на территории России.

Три сотрудника института в 2001-2002 гг. проходили стажировку за рубежом (США, в рамках программы "Общественные профессиональные связи"), 14 – находились за рубежом в научных командировках на конгрессах, съездах, форумах (США, Турция, Словения, Украина). Зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии является постоянным членом оргкомитетов ежегодных Международных конференций "Информационные технологии и интеллектуальное обеспечение медицины" (Турция) и "Новые информационные технологии в медицине и экологии" (Украина, Гурзуф). Кафедра педиатрии активно сотрудничает в программах по профилактике рахита и рациональному питанию детей 1-го года жизни с Эстонией, Швецией, Польшей (совместные конференции, семинары, публикации). Кафедра акушерства и гинекологии принимает участие в программе "Репродуктивное здоровье и планирование семьи" (в т.ч. через сотрудничество с корпорацией Джапайко, Университет Дж. Хопкинса, США).

Институт участвует в реализации федеральных и областных программ здравоохранения "Вакцинопрофилактика", "Дети Пензенской области" (кафедра педиатрии, курс поликлинической педиатрии), "Безопасное материнство" (кафедра акушерства и гинекологии), "Сахарный диабет" (кафедра терапии-2) и др. При участии института (в т.ч. на базе ЦНИЛ, кафедры аллергологии и иммунологии и МСЧ №2) создан и успешно работает городской аллергологический центр.

Совместные комплексные исследования институт проводит с РМАПО, НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова (ЦНИЛ), с Пензенским государственным педагогическим университетом и другими образовательными учреждениями. Так, кафедра физиотерапии, рефлексотерапии и курортологии входит в состав "Межвузовского центра здоровьесберегающих технологий, подготовки и переподготовки специалистов коррекционной педагогики Минобрразования России" (на базе Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского), а

проект "Галактика" включен в Президентскую Программу "Дети России".

В настоящее время сотрудники института проводят исследования по проблемам: гнойно-воспалительных заболеваний (4 темы НИР), сердечно-сосудистых заболеваний (3 темы НИР), алкоголизма (2 темы НИР), экологически зависимой патологии (2 темы НИР), заболеваний позвоночника (2 темы НИР), глаз (1 тема НИР), вирусных гепатитов (1 тема НИР), стоматологических заболеваний (1 тема НИР), инфекционно-аллергической патологии (3 темы НИР), обеспечения качества рентгенодиагностического процесса (1 тема НИР) и использования дистанционных образовательных технологий в последипломном образовании медицинских кадров. На 1.01.2003 г. в плане института – выполнение 7 докторских и 16 кандидатских диссертаций.

В ПИУВ МЗ РФ сформировались и развиваются признанные научные школы: хирургическая (под руководством д.м.н., профессора Н.А. Баулина), терапевтическая (под руководством д.м.н., профессора И.П. Татарченко), анестезиологии и реаниматологии (под руководством д.м.н., профессора В.Г. Василькова), аллергологии и иммунологии (под руководством д.м.н., профессора Б.А. Молотилова), клинической лабораторной диагностики (под руководством д.м.н., профессора Р.П. Савченко) и др.

Основными клиническими базами института являются все крупные ЛПУ города, которые достаточно оснащены медицинским оборудованием и аппаратурой: Областная больница им. Н.Н.Бурденко, Областная детская больница им. Н.Ф.Филатова, муниципальное учреждение здравоохранения "Центральная городская больница им. Г.А.Захарьина", муниципальное учреждение здравоохранения "Городская больница № 1", Областной онкологический диспансер, Областная психиатрическая больница им.К.Р.Евграфова, муниципальное учреждение здравоохранения "МСЧ № 2", Областной противотуберкулезный диспансер, муниципальное учреждение здравоохранения "Родильный дом № 2", Городская стоматологическая поликлиника, муниципальное учреждение здравоохранения "Городская инфекционная больница", муниципальное учреждение здравоохранения "Городская больница № 3", муниципальное учреждение здравоохранения "Городская больница им. Н.А.Семашко". Коечный фонд ЛПУ, используемый в качестве клинических баз, составляет 3672 койки.

Работа с органами здравоохранения проводится в институте по следующим направлениям: лечебно-диагностическая, реабилитационная и профилактическая деятельность (в т.ч. в рамках лечебной и консультационной работы в базовых лечебно-профилактических учреждениях и других ЛПУ г. Пензы и области), образовательная деятельность, экспертная, научная и организационно-методическая работа, внедрение научных достижений в практическое здравоохранение. Между Министерством здравоохранения Пензенской области и институтом подписано Соглашение о со-

трудничестве (15.12.2000 г.), а с каждой клинической базой и институтом заключены договоры о сотрудничестве. Институт полностью удовлетворяет потребности Пензы и Пензенской области в подготовке специалистов через клиническую ординатуру, интернатуру и профессиональную переподготовку, а так же в повышении квалификации медицинских работников и сертификации специалистов.

В 2001-2002 гг. сотрудниками института внедрены в практическое здравоохранение 96 методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Среди внедрений: методологические основы оценки системного воспалительного ответа у больных с хирургической абдоминальной патологией (кафедра анестезиологии и реаниматологии), способы пластики местными тканями больших и сложных послеоперационных грыж живота (кафедра хирургии), терапевтические аспекты электрокардиостимуляции и прогнозирование течения ИБС (кафедра терапии-1), контроль качества клинических лабораторных исследований (кафедра клинической лабораторной диагностики), подходы к ведению больных с электрической нестабильностью сердца (кафедра терапии-1), иммунокоррекция вирусных гепатитов у подростков-наркоманов (кафедра инфекционных болезней), методика дренирования лобного и основного синусов через естественное соустье (кафедра оториноларингологии), комплексные технологии в оздоровительной и реабилитационной работе в школах (кафедра физиотерапии, рефлексотерапии и курортологии), способы хирургического лечения больных с распространенным перитонитом (кафедра хирургии), модификация эзофагоэноанастомоза при гастроэктомии (кафедра хирургии), система эвакуационного обеспечения многопрофильного ЛПУ (курс медицины катастроф), тесты проверки качества рентгенологического аппарата (кафедра лучевой диагностики), способы лечения дислокаций позвоночника (кафедра травматологии и ортопедии), оптимизация терапии хронической сердечной недостаточности (кафедра терапии-2), в том числе у больных с искусственным водителем ритма сердца (кафедра терапии-1), критерии динамики цереброваскулярной патологии при остеохондрозе и гипертонической болезни на основе корреляционного анализа выраженности аутоиммунных реакций с сосудистыми антигенами и нарушениями липидного обмена (кафедра неврологии); иммунохимиотерапия деструктивного туберкулеза легких (кафедра фтизиопульмонологии), комплексная диагностическая диагностическая, гистеролапароскопическая, иммунологическая) и терапия септических осложнений при беременности в позднем послеродовом и послеабортном периодах (кафедра акушерства и гинекологии), структурно-диагностические особенности формирования алкоголизма в зависимости от преморбида (кафедра психотерапии и наркологии), анализ распространенности неспецифических заболеваний легких в Пензенской области (курс пульмонологии), оптимизация рентгенодиагно-

стического процесса на основе компьютерной программы расчета экспозиционных исследований (кафедра лучевой диагностики), иммунологическая диагностика и специфическая иммунотерапия бактериальными аллергенами у больных с инфекционно-аллергической патологией (кафедра аллергологии и иммунологии, ЦНИЛ), методы денситометрии (кафедра педиатрии, кафедра терапевтической стоматологии), способы эндокапсулярной фиксации эластичной интраокулярной линзы (кафедра офтальмологии), способ хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена (кафедра травматологии и ортопедии) и др.

Сотрудники кафедр совместно со штатными сотрудниками клинических баз участвуют в курации и клинических разборах больных, обходах, операциях и других лечебных мероприятиях. В 2001 г. оказана лечебная и консультационная помощь – 32771 пациенту, проведено 7032 инструментальных и 12487 лабораторных исследований. В 2002 г. лечебная и консультационная помощь оказана 30034 пациентам, проведено 5973 инструментально-диагностических обследований и 23150 лабораторных (включая иммунологические) исследований. Кроме того, в проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г. приняли участие 40 сотрудников института (по 7 специальностям); в составе совместных (с ЛПУ) врачебных бригад осмотрено 30373 ребенка (42161 осмотр); с целью экспертизы качества проведения диспансеризации сделано 4 выезда в ЦРБ области.

20 сотрудников института являются председателями или заместителями председателей 17 областных научно-практических обществ/ассоциаций врачей. Сотрудники института работают в составе комиссий, советов и коллегий МЗ и СР Пензенской области: координационный совет по телемедицине (ректор), аттестационные подкомиссии (10 сотрудников), Межведомственная комиссия по проведению Всероссийской диспансеризации детей (ректор, проректор), экспертная комиссия по итогам Всероссийской диспансеризации детей (5 сотрудников), экспертный контрольный совет по диагностике ОВП и полиомиелита (1 сотрудник), комиссия по изучению отдаленных результатов лечения травматологических больных (1 сотрудник), работа в комиссиях по разбору жалоб населения; работа в МСЭК и в Медсоветах ЛПУ. Сотрудники института проводят экспертизу контроля качества лечения больных, судебно-медицинские, врачебно-военные, медико-социальные экспертизы (277 экспертиз за два года), экспертизу документов с последующим проведением ЛКК и патологоанатомические конференции (67 за два года).

Сотрудники института организовали, руководят или принимают участие в работе городского аллергологического центра (кафедра аллергологии и иммунологии, ЦНИЛ), областного центра сердечно-сосудистой хирургии (кафедра терапии-2), областного слухо-речевого центра при

школе-интернате для глухих и слабослышащих детей (кафедра оториноларингологии), специализированного кабинета чрезпищеводной электростимуляции (кафедра терапии-1), эпилептологического кабинета (кафедра психиатрии) и др.

Организация совместной работы сотрудников института с практическим здравоохранением поставлена на достаточно высоком уровне, коллектив института активно работает по вопросам охраны здоровья и улучшению качества медицинской помощи населению и непосредственно участвует в реализации медико-социальных международных, федеральных и региональных программ.

Мощность клинических баз кафедр, их обеспечение диагностической и лечебной аппаратурой, теоретическая и клиническая подготовка профессорско-преподавательского состава института позволяют осуществлять подготовку квалифицированных специалистов в соответствии с нормативными требованиями и проводить лечебно-диагностический процесс на современном уровне.

Институт располагает интеллектуальным потенциалом, современной клинической и технической базой, которые используются для реализации научно-практических программ, актуальных для региона. Научно-исследовательское направление института тесно связано с проблемами здравоохранения г. Пензы и Пензенской области и результаты НИР активно внедряются в клиническую практику.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ТЕМЕ "ПОЛИОМИЕЛИТ И ОСТРЫЕ ВЯЛЫЕ ПАРАЛИЧИ" В РАМКАХ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПИУВ МЗ РФ И ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

И.П.Баранова, И.Н.Лесная, М.В.Баев, О.А.Коннова, О.Н.Лесина

Кафедра инфекционных болезней. ЦГСЭН в Пензенской области

В июне 2002 года Европейский регион получил сертификат территории, свободной от "диких" полиовирусов. В сентябре 2002 года аналогичный документ ВОЗ был выдан России. Достижение статуса Европы, "СВОБОДНОЙ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА", не означает прекращение работы в этой области. Не следует забывать о хрупкости статуса страны, свободной от полиомиелита (ПМ), и необходимости поддержания высокого уровня охвата прививками и эпидемиологического надзора. Поэтому все страны региона, включая Россию, приняли на себя обязательства: поддерживать на необходимом уровне иммунизацию детей (не менее 95% в детском возрасте); осуществлять эпидемиологический надзор, включающий

выявление и полноценное обследование всех случаев заболеваний, подозрительных на полиомиелит; проводить адекватные противоэпидемические мероприятия в случае завоза полиомиелита; обеспечить правила контеймента штаммов дикого полиовируса [1].

Качество работы по надзору за полиовирусной инфекцией считается удовлетворительным, если: выявляют не менее одного случая острого вялого паралича (ОВП) на 100 тыс. человек у детей моложе 15 лет; не менее, чем в 80 % случаев заболевание распознается в пределах 14 дней после наступления паралича; не менее, чем в 80% случаев заболевание расследуется в течение 48 часов; не менее, чем в 80% берутся пробы стула; энтеровирусы выделяются не менее, чем в 10% случаев [2]. Эта работа будет осуществляться до достижения глобальной ликвидации полиомиелита.

На территории Пензенской области, в рамках реализации Федеральной программы ликвидации ПМ, ведется многоплановая совместная работа учреждений здравоохранения области и кафедры инфекционных болезней ПИУВ МЗ РФ.

В соответствии с приказами №24 МЗ РФ (1999) и №38 УЗО ПО и ЦГСЭН ПО (1999) создан областной экспертный совет по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей, (председатель совета – зав. кафедрой инфекционных болезней ПИУВ МЗ РФ, д.м.н., профессор И.П. Баранова). Эксперты совета проводят окончательную классификацию каждого регистрируемого на территории Пензенской области случая ОВП.

За период 1999 – 2002 гг. проведено 32 заседания экспертного совета, на которых рассмотрен 71 вопрос, включая контроль и анализ приказов и информационных писем по проблеме ОВП и ПМ. По случаям ОВП проведено 36 экспертиз (и 7 - повторно). Из них в 26 случаях диагноз "ОВП" подтвержден (в том числе в 2000г. – 1 случай ВАПП), в 10 случаях диагнозы "ОВП" сняты.

С целью повышения квалификации персонала медицинских учреждений по вопросам выявления, диагностики и профилактики ПМ и ОВП, сотрудниками кафедры инфекционных болезней ПИУВ МЗ РФ и ОЦГСЭН ПО разработаны и внедрены тестовые задания "Клиника, диагностика, лечение и профилактика полиомиелита (150 тестовых заданий)" в качестве учебно-методического пособия для специалистов лечебных учреждений. Тесты представлены в компьютерной программе "Аттестатор" (компьютерный зал ПИУВ МЗ РФ), а так же предложены для контроля знаний врачей лечебно-профилактических учреждений Пензенской области (приказ МЗ и СР МО №368/96 2002 г.). В 1999 – 2002 годах и за период январь-март 2003 г. проводился тестовый контроль по теме "Полиомиелит и ОВП". Всего протестировано 429 врачей, в т.ч. 128 через компьютерную программу "Аттестатор". В 2001 году приобретен видеофильм о клинике и диагностике ПМ и ОВП (автор – д.м.н., профессор Е.М. Лещинская,

г.Москва), который продемонстрирован 176 врачам (педиатрам, инфекционистам, неврологам).

В рамках совместной работы проведено 8 объединенных заседаний экспертного совета и научно – практических обществ педиатров (3), эпидемиологов (2), детских неврологов (1), семинаров с райпедиатрами (1), и научно-практической конференции инфекционистов и эпидемиологов (1). На заседаниях обществ тема "Полиомиелит и ОВП" доложена 356 врачам

На циклах тематического усовершенствования, проводимых кафедрой инфекционных болезней, тема "Полиомиелит и ОВП" включена в расписание практических (или семинарских) занятий, в результате только за период 1999-2002 г.г. и в I квартале 2003 г. по теме "Полиомиелит и ОВП" в рамках повышения квалификации обучены 429 врачей.

Результаты работы экспертного совета опубликованы в материалах VIII научно-практической конференции ПИУВ МЗ РФ (2000г.). Заболеваемость ОВП на территории Пензенской области составила: в 1999г. – 2,8; в 2000г. – 1,62; в 2001г. – 1,28 и в 2002г. – 2,7 на 100000 детского населения.

Таким образом, совместная работа кафедры инфекционных болезней ПИУВ МЗ РФ и органов здравоохранения способствует эффективной реализации программы по "ликвидации полиомиелита и мониторингу ОВП на территории Пензенской области".

Литература:

1. Ликвидация полиомиелита. Информационный бюллетень "Вакцинация", 2002, №6.
2. Об усилении работы по реализации Программы ликвидации полиомиелита в Российской Федерации к 2000 году. Приказ МЗ РФ №24, 1999 г.

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ХИРУРГИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

А.А.Баулин

Кафедра хирургии

1. Послевузовское профессиональное образование и дополнительное профессиональное образование постоянно совершенствуются и находятся под пристальным вниманием руководителей института. Кафедра хирургии, кроме комплексного учебно-тематического плана, выполняет элективные заказы органов здравоохранения на подготовку специалистов в области хирургии на циклах по различной тематике. Особенно

это касается тех специальностей, которые бурно внедрились в хирургию в последние 10-15 лет, такие как ультразвуковая диагностика, эндоскопия, а также вопросы эндохирургии и др.

2. Одной из основ последипломного образования является опыт работы кафедры с базовым учреждением, которое организовано по системе хирургической клиники. Такая организация совместной деятельности дает возможность решать комплексно все вопросы лечебно-организационного плана, в том числе предоставление клинического и учебно-методического материала слушателям. Примером может служить комплексное обучение в составе экстренных хирургических бригад, круглосуточно обеспеченных УЗИ, эндоскопией, биохимическими и рентгенологическими исследованиями, лапароскопией, а затем и телеэндоскопией.
3. Работа построена на тесном сотрудничестве с практическими врачами, занимающимися научной работой, что даёт возможность оптимизировать учебный процесс. Принцип работы клиники базируется на основных положениях совместного договора, а также на стереотипах поведения в коллективе: не бояться возразить, чётко аргументировать позицию, и менять тактику только после всестороннего обсуждения на клинических конференциях с участием сотрудников кафедры. Это даёт возможность показать слушателям как происходит трансформация взглядов на лечение больных с редкими нозологическими формами заболеваний.
4. Совместная лечебная, организационная, учебная работа с базовым ЛПУ даёт возможность "эффективно" решать хирургические проблемы с момента поступления пациентов до их выписки. Примером комплексного и конструктивного решения хирургических проблем является работа областного центра гнойной хирургии, в деятельности которого используются современные, в том числе оригинальные методики лечения, активный подход, система централизованного вакуумирования.
5. Учитывая потребности практического здравоохранения, кафедра хирургии впервые начала подготовку врачей по смежным специальностям. Именно поэтому из хирургов "выросли" первые эндоскописты и УЗИ-диагносты нашей области. Хирургическая клиника поддержала развитие эндохирургии в г. Пензе и стала городским центром эндоскопической хирургии.
6. Кафедра хирургии отстаивает современную тенденцию замены традиционных методов теоретической подготовки на методы активного обучения с участием слушателей в клинических дискуссиях, а также посещение операционных, работа в перевязочных и др. Особенно это касается клинических ординаторов и интернов, активное участие которых в проведении операций поощряется, и практическое здравоохранение по-

лучает специалиста по хирургии, полностью подготовленного к самостоятельной работе.

7. Что касается перспектив развития образовательных технологий, то проведение телевизионных демонстраций из операционных в режиме реального времени необходимо для совершенствования обучения слушателей, и кафедра хирургии активно работает в этом направлении. Уже первый опыт показал возрастающий интерес слушателей. Вероятно, необходимо использовать в проведении краткосрочных тематических циклах теледемонстраций максимального числа операций из операционных с помощью цветных видеокамер. Конечно, это требует материальных затрат.
8. Совершенствование педагогического мастерства предполагает обязательное участие преподавателей и ведущих специалистов ЛПУ в работе хирургических конгрессов, съездов, конференций.

ИСТОКИ ТВОРЧЕСТВА: ЕДИНСТВО МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ

Н.А.Баулин

Кафедра хирургии

С позиций руководителя хирургической клиники – выходца из практического здравоохранения – хочу высказать свои мысли в отношении формирования специалиста, научного работника, главы коллектива. Трудно себе представить, чтобы крупные авторитеты в науке и практике не обладали такими неотъемлемыми атрибутами, как высокая научно-практическая эрудиция, талант организатора, способность к постоянному поиску, научному творчеству, взаимопониманию; строгость и бескорыстие, гуманизм и уважение к каждому члену коллектива, общественная значимость руководителя, личное активное участие его в разработке и реализации проблем науки и практики, обучении и привлечении к творческой деятельности врачей из ЛПУ.

Выпускник средней школы, студент ВУЗа и молодой врач, каждый, мечтающий стать большим специалистом, а тем более – учёным, должен твердо и четко знать – никто, нигде и никогда не сможет из него сформировать желаемого, если он не будет работать над самосовершенствованием в широком смысле этого слова.

По мере успешного становления института, профессиональная деятельность коллектива кафедры хирургии была сосредоточена на развитии кафедры, организации хирургической многопрофильной клиники, а затем и курса онкологии на базе ЦГБ г. Пензы и онкодиспансера. В основу творческой работы заложены три принципа: 1) умей возражать шефу; 2)

имей своё собственное, но фундаментально аргументированное мнение; 3) выполняй утвержденные в клинике уставные положения. Компетентность, выдержка, взаимопонимание и взаимоуважение сотрудников, осознающих важность принципа "прежде всего – государственные интересы, интересы дела и преданности им", способствовали работе.

За сравнительно короткий период времени (около 20 лет) должного уровня развития достигли все основные разделы хирургии и педагогики. Разработаны 4 новых научных направления: хирургия язвенной болезни и дуоденостаза, аутовентропластика, хирургическая диабетология, гнойная хирургия. Широко внедрена эндоскопическая, в том числе и неотложная, хирургия. Истоки НИР заложены были на первой базе кафедры – в 5-й горбольнице (В.Г. Ус – по колостазу, А.И. Горюнов – по диабетической стопе, Н.А. Баулин – по указанным основным научным направлениям). На новой базе (ЦГБ им. Г.А. Захарьина), в связи с успешной подготовкой медицинских кадров и научных работников, был замечен большой интерес к научно-исследовательской работе со стороны врачей из Пензы, районов области и других областей. Достаточно назвать таких как: И.В. Сергеев (д.м.н., профессор), А.А. Баулин (д.м.н.), М.И. Зайцева (д.м.н.), В.Г. Ус (д.м.н., профессор), Ю.Н. Беляков (к.м.н.), Ю.И. Зимин (к.м.н.), А.С. Ивачев (к.м.н., доцент), Н.А. Ивачева (к.м.н.); А.Г. Кавайкин (к.м.н., Мордовия), Р.Г. Плавник (к.м.н., Чувашия) и др.

Сотрудники хирургической клиники принимают систематическое участие в работе съездов и конференций, международных конгрессов. Ими представлено в печати свыше 300 публикаций, защищено 14 кандидатских и 4 докторских диссертации. Получено 18 авторских свидетельств и патентов на изобретения, свыше 100 удостоверений на рацпредложения. Издана 1 и подготовлено к печати 3 монографии, 8 методических рекомендаций. На базе клиники продолжают работать над диссертациями 12 врачей из больниц нашего города и области. Ординатуру закончили 75 врачей, прошли усовершенствование более 2,5 тысяч врачей. Многие сотрудники нашей клиники трудятся в должностях главных врачей и заведующих отделениями (В.А.Абашев, А.А.Баулин, А.В.Баулин, Ю.Н.Беляков, Ю.В.Безделов, Н.Я.Борисова, В.О.Будневский, Н.В.Жигунов, Ю.И.Зимин, А.Г.Кавайкин, Н.П.Капустин, В.В.Космачев, П.Л.Кукушкин, И.А.Малов, А.В.Нестеров, Р.Г.Плавник, А.В.Спирин).

Таким образом, создана и успешно функционирует Пензенская научно-практическая школа хирургов с оригинальными научными направлениями: по хирургии язвенной болезни и дуоденостазу (Н.А. Баулин, И.В. Сергеев, Ю.Н. Беляков), вентропластике (Н.А. Баулин, М.И. Зайцева, Н.А. Ивачева, Ю.И. Зимин), гнойной хирургии с диабетологией (Н.А. Баулин, А.А. Баулин, А.И. Горюнов, А.В. Песков), эндокринной хирургии (Н.А. Баулин, А.А. Баулин), эндоскопической хирургии (А.А. Баулин), не-

отложной хирургии (А.С. Ивачев), онкологии (И.В. Сергеев).

Все научные разработки кафедры выполнялись на базах ЛПУ, были неотъемлемым атрибутом лечебной, учебной, учебно-методической деятельности и работы по подготовке научных кадров и специалистов для практического здравоохранения.

Сотрудники кафедры продолжают вести большую общественную и административную работу: профессор кафедры, д.м.н. М.И. Зайцева – проректор по учебной работе Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ; зав. курсом онкологии, д.м.н., профессор И.В. Сергеев – председатель областного научного общества хирургов; профессор кафедры, д.м.н. А.А. Баулин – зам. главврача по хирургии ЦГБ, главный хирург г. Пензы; доцент, к.м.н. А.С. Ивачев – член Ученого Совета; зав. кафедрой хирургии, д.м.н., профессор Н.А. Баулин – член Правления Российского общества хирургов и эндокринологов, член Проблемной комиссии научного Совета по хирургии РАМН, Председатель областной Ассоциации эндокринологов, Почетный гражданин г. Пензы. Таким образом, творческий и профессиональный потенциал кафедры хирургии и хирургической клиники достаточно высок, а перспективы развития – оптимистичны.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ УЧЕБНЫЕ ПОСОБИЯ ДЛЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

В.Г.Васильков, А.И.Сафронов, Д.В.Осинькин

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Идея персонального компьютера возникла как результат необходимости создания универсального инструмента для обработки информации такими категориями непрофессиональных пользователей как педагоги и врачи. Ряд авторов обосновывает необходимость использования электронных учебников недостаточным обеспечением учебно-методической литературой. В других публикациях отстаивается мнение о том, что при подготовке врача необходимо использовать компьютерные учебные пособия, основанные на концепции "электронного пациента", поскольку программы-имитаторы создают проблемные ситуации в сфере диагностики и тактики лечения. По нашему мнению это особенно важно при подготовке врача-реаниматолога в качестве методов и средств, направленных на приобретение профессиональных навыков и умений, что является наиболее проблематичным для последипломного образования. При этом под практическими навыками подразумеваются лечебно-диагностические манипуляции и способы продуктивной мыслительной деятельности, обеспечивающей правильную, быструю и экономную диагностику и эффективное лечение.

Однако в большинстве случаев педагогический процесс опирается на богатство внутреннего мира преподавателя, его личностные характеристики, что весьма проблематично для воспроизведения в современных обучающих автоматизированных системах. Непосредственное традиционное общение ученика и учителя остается обязательным и необходимым элементом современной системы последипломной подготовки практического врача, поэтому компьютерные учебные пособия мы расцениваем как вспомогательные средства обучения (точно также как и любые другие учебные пособия).

На кафедре анестезиологии и реаниматологии ПИУВ МЗ РФ работа по созданию компьютерных учебных пособий ведется на протяжении последних 6 лет. Во время самостоятельных занятий слушателей помимо других методик мы используем работу с компьютерными учебниками. Нами создано и отработано 12 учебных пособий по различным разделам специальности:

1. Современные тенденции в медицине критических состояний.
2. Ошибки, опасности, осложнения сердечно-легочной реанимации.
3. Интенсивная терапия болевого синдрома.
4. Интенсивная терапия синдрома внутричерепной гипертензии.
5. Интенсивная терапия критических нарушений функций мозга.
6. Аспирационный пневмонит (синдром Мендельсона).
7. Гипоксия критических состояний.
8. Интенсивная терапия при утоплении.
9. История развития анестезиологии.
10. Алгоритм действий анестезиолога при поступлении больного с септическим шоком.
11. Системы оценки тяжести состояния больных с критическими состояниями.
12. Спинальная анестезия.

Каждый из таких учебников содержит текстовый материал, иллюстрации в виде фотографий и схем, вопросы для самопроверки в виде ситуационных задач. В случае затруднений с решением ситуационных задач, программа предлагает слушателю обоснованное решение.

Учитывая собственный опыт использования компьютерных учебников при последипломной подготовке врачей медицины критических состояний, считаем, что первый опыт их использования весьма обнадеживает, однако идеология создания таких учебных пособий пока находится в стадии формирования, поэтому проблема требует дальнейших и глубоких исследований.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

И.В.Дорогова, Л.Ф.Бартош, Е.Е.Гришаева

Кафедра терапии-2

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) является безопасным и наиболее информативным методом для раннего выявления артериальной гипертензии [1,3]. Оно находит все большее применение в терапевтической практике для диагностики состояний с повышенным или пониженным АД, выбора тактики лечения и контроля эффективности терапии. Однако отсутствуют единые подходы к проведению и оценке полученных результатов СМАД у беременных.

Циркадные ритмы артериального давления, его вариабельность в течение дня и значительное изменение этого показателя у беременных женщин в ответ на любые эмоциональные факторы, приводят к тому, что обычные измерения АД даже в условиях стационара не дают полного представления о степени его повышения и характере суточного профиля, а в целом ряде случаев приводят к гипердиагностике артериальной гипертензии [2].

При ведении беременных важно своевременно диагностировать сложные случаи пограничной или лабильной гипертензии, предотвратить гипердиагностику при развитии синдрома “белого халата”. Значимость этой проблемы объясняется тем, что необоснованно назначенная терапия может принести вред не только матери, но и плоду.

В связи с этим особый интерес представляет история беременности и родов пациентки А., 24 лет. При постановке женщины на учет в консультации в сроке беременности 13 недель выявлено повышение артериального давления до 145/85 мм рт.ст. Для уточнения диагноза она была госпитализирована в отделение кардиологии областной больницы г. Пензы. Из анамнеза известно, что ранее на медицинских осмотрах выявлялось повышение АД, но обследование по этому поводу не проводилось. В стационаре при измерении артериального давления методом Короткова отмечалось его стойкое повышение в пределах от 155/80 до 165/85 мм рт.ст. В результате мониторинга среднесуточное АД составило 119/70 мм рт.ст. Графическое изображение суточной динамики АД представлено на рис. 1. После проведенного соответствующего обследования беременная была выписана с диагнозом: "Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу". В сроке беременности 27 недель при очередном контрольном обследовании в женской консультации у пациентки в анализе мочи выявлен белок – 0,033 г/л. Для исключения нефропатии она госпитализируется в отделение патологии беременности родильного дома №2 г.

Пензы. В приемном покое отмечается АД 135/80 мм рт.ст., при осмотре акушером регистрируется его повышение до 165/85 мм рт.ст. Назначается гипотензивная терапия (сульфат магния 25%-10,0 в/в; анаприлин в дозе 40 мг в сутки), из-за опасения осложнений ставится вопрос о родоразрешении в малом сроке. Однако в результате лечения происходит снижение АД до 120/80 мм рт.ст., но субъективно женщина отмечает ухудшение самочувствия: появление головокружения, выраженной слабости, ощущение перебоев в работе сердца. После отмены препаратов по просьбе пациентки был проведен суточный мониторинг АД. Графическое изображение динамики артериального давления и частоты пульса при СМАД показано на рис. 2, где отмечается нормальный суточный профиль АД, а также прослеживаются эпизоды брадикардии до 44 ударов в минуту. В дальнейшем женщина была оставлена под наблюдение в дневном стационаре и при сроке 39-40 недель родила доношенного здорового ребенка.

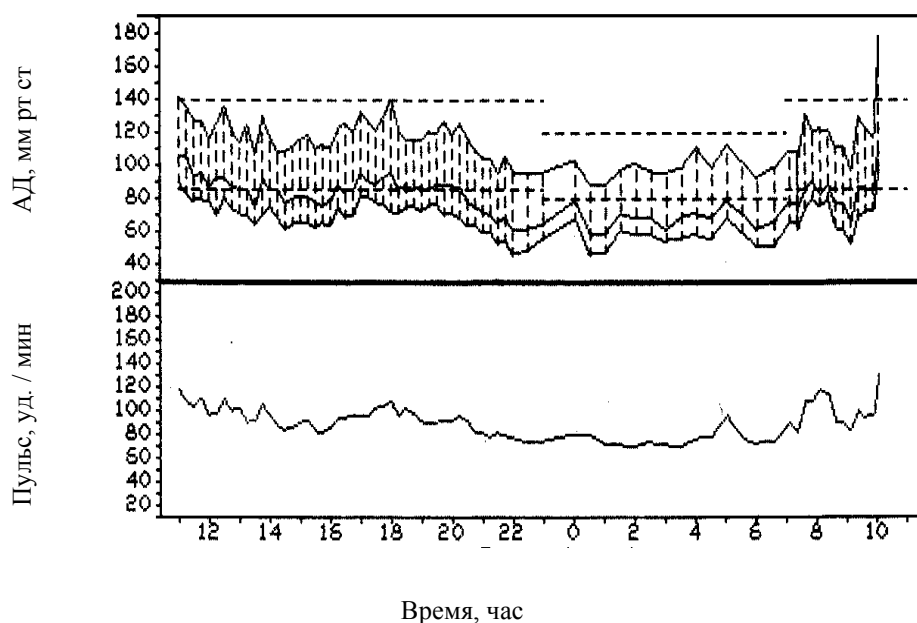


Рис.1. Динамика артериального давления при суточном мониторингировании беременной А. 24 лет (срок беременности 14 недель).

Мониторинг АД позволяет исключить гипердиагностику и адекватно решить вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности. Прогноз преэклампсии всегда сомнителен для матери и плода и свидетельствует о неадекватности курации беременной на предыдущих этапах. Главное во врачебной тактике при преэклампсии — правильно определить время родоразрешения. На наш взгляд, заслуживает внимания история беременности пациентки В., 17 лет, которая находилась в отделении патологии больницы им. Н.А. Семашко с диагнозом: "Беременность 32-33 недели, гестоз легкой степени. Ожирение II степени".

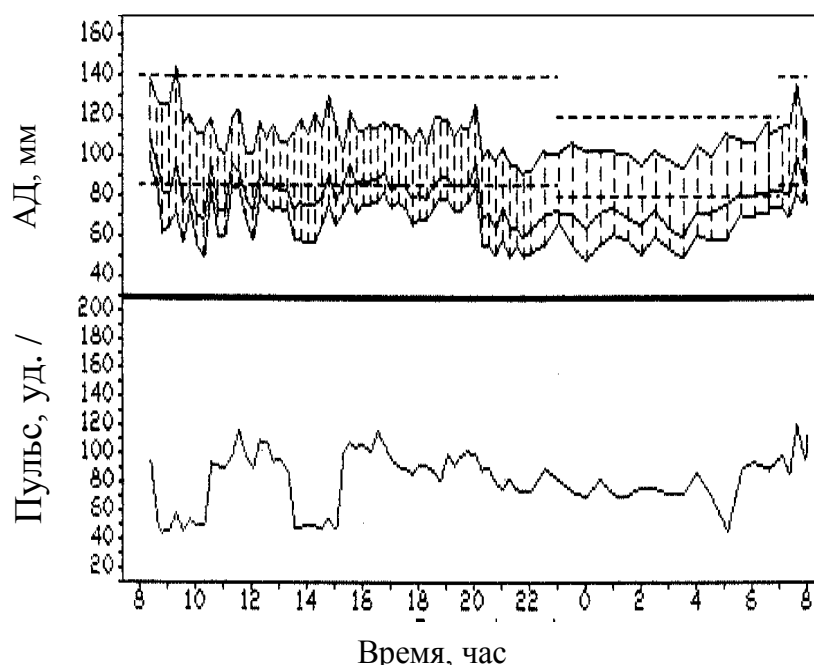


Рис. 2. Динамика артериального давления и частоты пульса при суточном мониторинге беременной А., 24 лет (срок беременности 28 недель).

Повышение АД до высоких цифр (максимальное систолическое АД – 198 мм рт.ст., максимальное диастолическое АД – 108 мм рт.ст.) выявлено впервые при 6-часовом мониторинге (рис. 3). Из-за риска возникновения эклампсии диагностирован гестоз тяжелой степени, и женщина была родоразрешена кесаревым сечением в сроке 33 недели. Родился живой недоношенный ребенок.

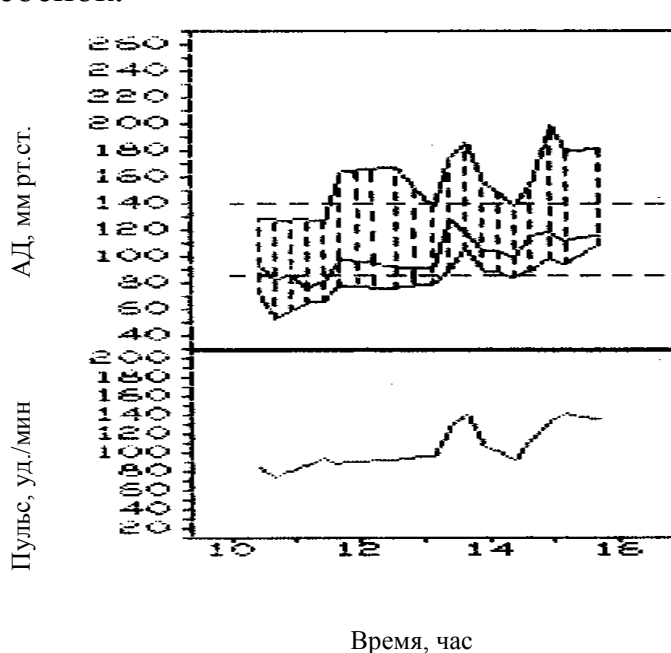


Рис. 3. Динамика артериального давления при 6-часовом мониторинге у беременной В., 17 лет. Диагноз: Беременность 33 недель, гестоз тяжелой степени.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что мониторинг артериального давления обеспечивает индивидуальный подход к каждой беременной и позволяет эффективно решать вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности.

Литература

1. Кобалава Ж.Д., Серебрянникова К.Г. Артериальная гипертензия и ассоциированные расстройства при беременности. // Сердце-2002. – Т.1, №5.
2. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных. // Акуш. и гин. – 2002. № 3.
3. Рогоза А.Н. Суточное мониторирование артериального давления // Сердце-2002. – Т. 1, №5.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ВОДУ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА

Н.В.Еремина, Л.Д.Романовская, Т.В.Посметная

Кафедра терапевтической стоматологии

В отечественной и зарубежной литературе достаточно публикаций об этиологии, клинике, патогенезе и лечении флюороза зубов (Овруцкий Г.Д., 1962, Окунев В.И., 1987, Гнатюк П.Я., 1989, Васюкова О.М., 1997, Николишин А.К. 1997, Fejerskov 1990, Banting D.W., 1991), однако мало работ, отражающих взаимосвязь дентального и костного флюороза. Если диагноз "флюороз зубов" можно поставить после визуального стоматологического осмотра, то единственным доступным методом по выявлению костной патологии до недавнего времени была стандартная рентгенография, позволявшая диагностировать нарушения в костной ткани лишь при выраженных изменениях минерального вещества кости (более 30-40%) (Гюнтер Т., 1995, Деквейкер Я., 1995).

Следует отметить, что все имеющие в литературе исследования, посвященные диагностике костной патологии развивающейся при избыточном поступлении в организм фтора (Гамиянц С.А., 1991, Разумов В.В., 1991, Жовтяк Е.М., 2000), были получены при обследовании лиц страдающих профессиональным флюорозом. Работы по изучению состояния костной ткани у детей и подростков с флюорозом зубов единичны (Жуматов У.Ж., 1996).

Новым подходом к обоснованию выбора диагностики нарушений костного скелета при флюорозе является использование высокоточных

рентгеноабсорбционных компьютерных технологий позволяющих обследовать пациентов в кратчайшие сроки и с минимальной (на уровне естественного радиационного фона) лучевой нагрузкой.

Всем этим требованиям отвечает остеометрия, для проведения которой нами был использован остеометр ДТХ-100(фирма "Osteometr", Дания). Остеометрическое исследование костной ткани проведено 180 подросткам, проживающим в п. Монтажный Пензенской области, где содержание фтора в питьевой воде составляет 4,5-4,6 мг/л. Каждому из обследованных был выставлен диагноз флюороз зубов (использовали классификацию Dian H. T.).

Диагностику гиперминерализации, остеопений и остеопороза вели по стандартным отклонениям согласно классификации Роминской Л.Я., 1996.

Результаты исследования показали, что нормальное состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) зарегистрировано лишь у 67 подростков, что составляет 37,2% от общего числа обследованных. В то время как у большинства 113(62,8%) имелись изменения МПКТ. При этом гиперминерализация скелета отмечена у 11,7% детей, снижение костной массы у 51,1%, в том числе остеопения I степени тяжести у 48(26,7%), II степени у 37(20,6%), III степени у 7(3,8%). Остеопороза выявлено не было.

При соотношении остеометрических показателей к возрастной норме минерализации костной ткани было выявлено снижение МПКТ, зависящее от тяжести флюороза. При очень слабой и слабой формах флюороза МПКТ составила $105,9 \pm 2,4\%$, при средней форме $91,0 \pm 1,6\%$, при тяжелом флюорозе $82,3 \pm 1,1\%$.

Таким образом, проведенные нами исследования выявили:

1. Изменения МПКТ у детей с флюорозом (62,8%), проявляющиеся в увеличении (11,7%) или снижении (51,1%) костной массы.
2. Зависимость МПКТ от степени тяжести дентального флюороза. При очень слабой, слабой формах отмечается ее увеличение ($105,9 \pm 2,4\%$), при тяжелой - уменьшение ($82,3 \pm 1,1\%$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСОСУДИСТЫМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ СИНДРОМАМИ

А.И.Ермолаева, И.В.Коваль, О.А.Алексеева

Кафедра неврологии. ЦГБ им. Г.А.Захарьина

Вегетативно-сосудистые расстройства являются одним из важных компонентов клинических проявлений шейного остеохондроза. Характе-

ристика нейрососудистых проявлений шейного остеохондроза представлена в работах многих авторов (Шмидт И.Д., Луцик А.А., 1969; Кипервас И.П., 1985; Попелянский Я.Ю., 1997), но адекватная оценка клинических проявлений требует дифференцированного анализа. Оценка самих вегетативно-сосудистых нарушений разными методами без учета посиндромального различия этих нарушений, степени выраженности, недостаточно обогащает нас в дифференцированном выборе лечебных воздействий. Поэтому необходимо совершенствовать приемы диагностики вегетативно-сосудистых расстройств при шейном остеохондрозе. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики вегетативно-сосудистых нарушений в вертебробазиллярной системе и бассейне плечевой артерии является ультразвуковая доплерография сосудов (УЗДГ).

Применение ультразвуковой доплерографии с помощью функциональных проб, движений, моделирующих травматизацию рецепторов и нервно-сосудистых аппаратов в зонах пораженного позвоночного сегмента и других патологических структур шеи и надплечья, помогает уточнить характер воздействия на позвоночные артерии, выявить явления ангиоспазма, атеросклеротические изменения.

С целью изучения вазодистонических показателей проведено исследование 110 больных в возрасте от 23 до 70 лет с длительностью заболевания до 20 лет. В зависимости от клинических проявлений больные были распределены на 3 группы. В первую группу включены 35 больных с вертеброгенными цервикалгическими синдромами, во вторую – 30 больных с вертеброгенными брахиалгическими синдромами, третью группу составили 45 больных с синдромом позвоночной артерии.

Проведено исследование кровотока во всех основных сосудах краниocereбрального бассейна и верхних конечностей: общих сонных артерий, внутренней и наружной сонных артерий, концевых ветвей глазной артерии, позвоночных, подключичных, плечевых и лучевых артерий. При проведении УЗДГ позвоночных артерий использовались функциональные пробы с поворотами и разгибанием в шейном отделе позвоночника. Проба считалась слабо положительной при изменении скорости кровотока на 20%, положительной – от 20% до 50%, резко положительной при изменении скорости кровотока более 50%. Проводились функциональные пробы на синдром передней лестничной мышцы (наклон и ротация головы в здоровую сторону) и синдром малой грудной мышцы (отведение руки с поворотом кнаружи). Регистрировали кровоток по подключичной, плечевой и лучевой артериям до пробы и в момент проведения пробы. Степень выраженности пробы оценивалась по тем же критериям, что и при движениях в шейном отделе. Использование функциональных проб в каждом конкретном случае способствовало подтверждению патогенетической связи дегенеративно-дистрофических изменений в шейном отделе позвоночника

и клинических проявлений.

При цервикалгии доплерографические исследования выявили умеренно выраженные явления ангиоспазма как в вертебробазилярной системе, так и в бассейне плечевых артерий.

При брахиалгических синдромах наиболее выраженные изменения выявлены в бассейне плечевой артерии: явления вазоспазма, асимметрия кровотока. Функциональные пробы подтверждают диагноз синдромов контрактурно сокращенных мышц в области шеи и надплечья в 100%, а отрицательный результат диктует необходимость поиска другого очага.

При синдроме позвоночной артерии кроме изменений в вертебробазилярной системе, выявлены нарушения и в системе плечевой артерии. При функциональной стадии синдрома позвоночной артерии выявление существенных доплерографических сдвигов требует использования функциональных проб, а обычное исследование выявляет умеренную асимметрию кровотока по позвоночным артериям и явления ангиоспазма.

При органической стадии синдрома позвоночной артерии обнаружение асимметрии кровотока по позвоночным артериям (более 50%) и значительные изменения основных показателей доплеровского спектра (включая скорость кровотока, индексы спектрального расширения и циркуляторного сопротивления) выявляются уже при обычном исследовании без функциональных нагрузок.

Проведенная посиндромальная доплерографическая характеристика шейного остеохондроза с применением функциональных проб позволяет улучшить дифференциальную диагностику вегетативно-сосудистых проявлений шейного остеохондроза не только в стационарных, но и в поликлинических условиях.

Результаты функциональных проб по данным ультразвуковой доплерографии могут быть использованы для контроля за проведенным лечением, расширением двигательного режима и проведением лечебной физкультуры. Визуально и пальпаторно обнаруженные проявления вегетативно-сосудистой патологии при шейном остеохондрозе служат показанием для дальнейшего доплерографического обследования. При проведении доплерографии дифференцированная оценка вегетативно-сосудистых расстройств требует использования не только обычной записи, но и применение функциональных проб, имитирующих травматизацию нервно-сосудистых аппаратов: ротация и экстензия в шейном отделе позвоночника, пробы на синдромы лестничной и малой грудной мышц. При синдромах лестничной и малой грудной мышц использование функциональных проб (тестов) является обязательным, т.к. подтверждает диагноз в 100%. Динамика доплерографических показателей может быть использована как объективный критерий эффективности лечения.

Литература:

1. Верещагин Н.В. Патология вертебрально-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. – М.: Медицина, 1980.
2. Кипервас И.П. Нейроваскулярные синдромы плечевого пояса и рук. – М.: Медицина, 1985.
3. Никитин Ю.М. Ультразвуковая диагностика в неврологии и нейрохирургии // Клиническая ультразвуковая диагностика: Руководство для врачей /ред. Н.М. Мухарлямов.- М.: Медицина, 1987.- Т.2
4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): Руководство для врачей. – Казань, 1997.
5. Шмидт И.Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. – Новосибирск: Наука, 1992.

К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРТИФИКАЦИОННОГО ЦИКЛА "МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ"

Ю.И.Заика

Курс вертеброневрологии

Широкое распространение (до 80% населения земного шара), активный трудоспособный возраст (25-50 лет) и значительные социальные потери ставят лечение и профилактику вертеброневрологической патологии в разряд самых актуальных медико-социальных проблем (Ситель А.Б., 2002, Хабилов Ф.А., 2002 и др.). Бурное развитие вертеброневрологии и мануальной терапии в последнее время привело к революционизирующим технологиям диагностики и лечения.

Для оказания медицинской помощи пациентам данной категории с 1998 года введена врачебная специальность на стыке неврологии, нейрофизиологии, ортопедии и травматологии – мануальная терапия (Ситель А.Б., 2002). Наряду с ординатурой и профессиональной переподготовкой, как путей получения сертификата по мануальной терапии, в унифицированной программе предусмотрен сертификационный цикл для врачей мануальных терапевтов, прошедших обучение в государственных учебных заведениях до введения специальности и работающих по данной профессии. Таких врачей немало и, исходя из сегодняшних требований, они все нуждаются в сертификации.

Как оказалось, проведение данного цикла связано с рядом трудностей. Овладение предметом требует от слушателей, во-первых, глубоких знаний анатомии, нейрофизиологии, неврологии, ортопедии, рентгеноло-

гии и др. Во-вторых, в соответствии с программой цикла необходимо владение значительным числом практических навыков. В-третьих, наряду с вертебральными техниками, положенными в основу квалификационной характеристики врача мануального терапевта, сегодня достаточно энергично, в том числе и на последнем республиканском съезде мануальных терапевтов, подчеркивается необходимость обучения и использования в практической деятельности различных альтернативных технических направлений (краниосакральной мануальной терапии, висцеротерапии, кинезитерапии и др.).

В соответствии с унифицированной программой продолжительность цикла составляет один месяц (144 часа). Базисный контроль знаний, который мы проводили, показывает крайне низкую подготовку приехавших врачей по всем разделам предстоящего цикла. Экономическое положение, к сожалению, не позволяет большинству врачей приезжать на длительный срок обучения. А проведение обучения предусматривает весьма интенсивную информационную нагрузку на слушателей. Далеко не все могут с ней справиться и в результате цели учебы не всегда оказываются достигнутыми.

В связи с этим нами была предпринята попытка оптимизировать учебный процесс. С этой целью, во-первых, было решено вынести часть вопросов для самостоятельной работы и, поэтому, предусмотрели предцикловую подготовку. Следует отметить, что в унифицированной программе по мануальной терапии предусмотрена возможность проведения заочной части обучения. С учетом данных базисного контроля знаний, унифицированной программы по мануальной терапии нами было разработано и утверждено на заседании ученого совета института задание для предцикловой подготовки. Оно включает изучение вопросов, которые, с нашей точки зрения, можно подготовить самостоятельно. В нем содержится 9 разделов состоящих из 92 вопросов. Вопросы посвящены анатомии и физиологии нервной системы и опорно-двигательного аппарата, пропедевтике нервных болезней. Врачам также представляется список рекомендуемой литературы. Итогом выполнения задания является написание реферата, который сдается по прибытию в институт.

Во-вторых, мы решили оптимизировать самую трудоемкую часть практических занятий – совершенствование мануальных практических навыков. В связи с этим подготовлено и издано типографским способом учебное пособие для всех практических занятий по вертебральной мануальной терапии. Учебное пособие состоит из двух брошюр, содержит описание и иллюстрации около 150 приемов на различных "этажах" позвоночника. Благодаря этому все эти практические занятия обеспечены кафедральными разработками, что, в какой-то мере, оптимизировало учеб-

ный процесс.

В результате этих мероприятий повысилась эффективность учебного процесса. Положительно сказалось заочное обучение. Благодаря этому каждый слушатель начинал работать дома по программе обучения. В результате, при проведении базисного контроля знаний, процент неудовлетворительных оценок значительно снизился. Они, в основном, наблюдались у курсантов, которые по каким-либо причинам не смогли выполнить домашнее задание в срок.

Благоприятно сказалась доступность для каждого курсанта учебного пособия для практических занятий. Во-первых, это облегчает работу преподавателя, направленную на освоение и совершенствование практических навыков у врачей, а во-вторых, слушатели могли самостоятельно осуществлять тренинг мануальной техники и во внеурочное время. Следует отметить, что о данных учебно-методических приемах положительно высказались все слушатели на заключительном собрании. Повысился процент хороших и отличных оценок на итоговом экзамене.

Таким образом, проведенная нами оптимизация учебного процесса посредством введения предцикловой подготовки и разработки учебного пособия положительно сказались на всех этапах проведения цикла. Длительный опыт работы убедил нас в перспективности заочного (дистанционного) обучения. Конечно, вопрос нуждается в дальнейшей разработке. Особенно перспективным нам представляется использование для этого компьютерных технологий, в частности, Интернета.

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНТЕРНАТУРЫ

М.И.Зайцева

Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ

Интернатура является первым этапом основной и обязательной формой последипломной подготовки выпускников лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов и направлена на развитие профессионального мышления, формирование практических навыков врача-интерна.

Цель интернатуры - подготовка врачей по основной специальности, повышение профессионального уровня и степени готовности к самостоятельной врачебной деятельности в учреждениях здравоохранения. Подготовка врачей-интернов предусматривает совершенствование знаний по вопросам клиники, диагностики и лечения различных заболеваний, оказание, особенно, неотложной помощи больным. Интерны курируют больных, выполняют лечебные и диагностические манипуляции, ведут необходимую документацию под контролем высококвалифицированных спе-

циалистов, а клинические интерны - под руководством сотрудников кафедр.

Обучение в интернатуре должно проводиться на клинических базах институтов усовершенствования врачей или медицинских вузов, располагающихся в многопрофильных высокоспециализированных лечебных учреждениях. Только сочетание высокой теоретической подготовки и приобретения практических профессиональных навыков позволит успешно формировать будущего врача как специалиста.

В Пензенском институте усовершенствования врачей МЗ РФ большая роль отводится подготовке клинических интернов, что требует постоянного внимания и контроля со стороны профессорско-преподавательского состава. Отсюда повышаются требования к качеству преподавания, постоянному совершенствованию педагогического мастерства преподавателей, внедрению новых организационных форм последипломного образования. Клиническая интернатура включена в образовательную программу института в 1996 году с ежегодным набором врачей в количестве 41- 45- 44- 26- 32- 33- 42. Всего с 1996 по 2002 г.г. включительно в клинической интернатуре обучались 263 человека и ещё 33 стали выпускниками клинической интернатуры в текущем учебном году. В первые годы количество интернов, обучающихся вне института, превышало число клинических интернов в 2,5- 3 раза; за последние три года этот показатель уменьшился до 1,5- 1,2 раза. А средний экзаменационный балл выпускников клинической интернатуры выше на 0,1- 0,4 по сравнению с другими интернами. Подготовка интернов в нашем институте проводится по 15 специальностям: акушерство и гинекология, инфекционные болезни, клиническая лабораторная диагностика, неврология, отоларингология, офтальмология, психиатрия, психотерапия и наркология, рентгенология, терапия, травматология и ортопедия, фтизиатрия, хирургия, педиатрия, стоматология. С врачами-интернами лекции и практические занятия проводятся на основании унифицированных программ, а также учебных планов, разработанных кафедрами.

Постоянно ведётся работа по оснащению кафедр для организации и совершенствованию учебно-педагогического процесса, лечебной деятельности, привлечения интернов к исследовательской работе по приоритетным направлениям научных исследований. На занятиях с интернами используются новые формы обучения: фильмы по различным разделам с последующим их обсуждением; даются основы компьютерных знаний. В процессе обучения в интернатуре проводится контроль знаний с помощью компьютерных тестов, а в завершении учебного года - сдача квалификационного экзамена. Широко используются методические пособия и ситуационные задачи; демонстрация операций с помощью телевизионной установки непосредственно из операционной.

В то же время тестовый контроль, который, безусловно, необходим, вместе с тем не может заменить непосредственного общения между преподавателем и интерном, а также интерном и больным. Именно живое собеседование, практическое занятие, семинар, курация больных позволяют выявлять истинные знания интерна. Это не менее важно в профессии врача: таким образом можно оценить личностные качества, характерологические особенности того или иного врача-интерна. Знания и практические навыки можно приобрести с годами, но любовь к своей профессии и сострадание к больному должны быть заложены раньше, в студенческие годы и особенно в интернатуре, когда сделан выбор будущим врачом своей специальности. Имеет большое значение опыт живого общения с пациентом, который необходим врачу, хотя могут возникать трудности психологического и деонтологического характера, так как некоторые больные неохотно идут на контакт с молодым начинающим врачом.

С целью повышения теоретических знаний врачи-интерны проходят двухмесячный цикл обучения (288 часов) по своей специальности. Кроме того, теоретическая подготовка проводится постоянно самостоятельно: чтение монографий, журналов, подготовка рефератов и т.д. Для оптимизации учебного процесса используются также методы моделирования профессиональных ситуаций. Врачи-интерны участвуют в научно-практических, патолого-анатомических конференциях, работе научных специализированных обществ (хирургическом, кардиологическом, анестезиологическом и др.). Важным моментом в приобретении практических навыков являются дежурства, которые интерны осуществляют под руководством высококвалифицированных коллег. По окончании интернатуры молодые врачи получают сертификат специалиста. По рекомендации кафедры могут продолжить своё обучение в клинической ординатуре на кафедрах нашего института.

Несмотря на многогранную работу с интернами, необходимо признать, что кафедры института располагают резервами для улучшения процесса обучения, а именно:

- 1) организация школ-семинаров для интернов по актуальным проблемам медицины;
- 2) обсуждение на заседании методического совета института проблем по обучению интернов;
- 3) обсуждение или собеседование за "круглым столом" в атмосфере познавательных дискуссий;
- 4) проведение "Дня интерна" - 1 раз в квартал (форма любая);
- 5) совершенствование тестовой системы контроля знаний;
- 6) привлечение интернов к научно-исследовательской работе и проведение итоговых научно-практических конференций для интернов с опубликованием материалов.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ ПО ТЕМЕ "ЦИТОПЕНИИ"

Е.А.Иванов

Кафедра терапии-2

В настоящее время проблема цитопений является актуальной по многим причинам. Отмечается значительное распространение заболеваний с пониженными показателями гемограммы. Только анемией страдает около 1 миллиарда человек. Кроме того, каждый случай анемии, лейкопении, тромбоцитопении требует диагностических мероприятий для исключения опасных для жизни пациентов заболеваний, в том числе – злокачественных опухолей.

Необходимость клинической подготовки врачей по вопросу дифференциальной диагностики цитопений одна из важнейших задач повышения квалификации терапевтов, так как они являются врачами первого контакта с такими больными, и от них зависит своевременное распознавание болезни.

Занятия по теме "цитопении" проводятся в форме лекций, семинаров или практики на клинических базах кафедры терапии-2, а также в гематологическом отделении Областного онкологического диспансера.

Структура изложения материала моделируется с учетом потребностей клинической практики терапевта, особенно участкового терапевта и семейного врача. С этой целью предусмотрены занятия, на которых рассматриваются вопросы дифференциальной диагностики цитопений в амбулаторных условиях с использованием диагностического алгоритма.

В процессе изложения клинического материала акцентируется внимание слушателей на необходимость выявления или исключения у пациентов с цитопенией онкологической патологии (гемобластозы), опасных для жизни синдромов (нейтрофилопения, тромбоцитопения) и гематологических синдромов не опасных для жизни, но "имитирующих" симптомы тяжелых заболеваний (лейкемоидные реакции, перераспределительная лейкопения).

Эффективности обучения терапевтов способствует также организация консультативного поликлинического гематологического приема преподавателями кафедры на базе городской больницы № 3.

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

***Б.Г.Искендеров, И.П.Татарченко, В.В.Осипова, Т.В.Лохина,
Д.С.Латышев, Н.П.Тиханова***

Кафедра терапии-1

С 1983 года на базе Центральной городской больницы им. Г.А.Захарьина при участии кафедры терапии № 1 Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ проводится диспансеризация и реабилитация больных с искусственным водителем ритма (ИВР). В первые годы имплантация ИВР проводилась с привлечением консультантов-хирургов из г. Москвы (профессора С.С.Григоров, Е.В.Колпаков, А.Ш.Ревитшвили и др.) и г. Куйбышева (профессора В.П.Поляков, В.В.Горячев и др.). В решении организационных вопросов в тот период активное участие принимали главный врач ЦГБ им. Г.А.Захарьина, Заслуженный врач РФ Ю.А. Орлов и зав. кафедрой терапии № 1, профессор И.П.Татарченко. Непосредственно вопросами диспансеризации и реабилитации больных с ИВР занимался врач Б.Г.Искендеров, для которого данная проблема явилась предметом кандидатской (1990 г.) и докторской (1998 г.) диссертаций.

Серьезными факторами оптимизации аритмологической службы явились внедрение методики временной трансвенозной электрокардиостимуляции (ЭКС), организация кардиологического отделения для больных с нарушениями ритма сердца и электрофизиологической лаборатории (позволяющей на современном уровне диагностировать сложные аритмии и уточнить показания к имплантации ИВР), а также использование холтеровского мониторинга ЭКГ.

В 1987 году была создана хирургическая служба для лечения больных с нарушениями сердечного ритма на базе Областной больницы им. Н.Н.Бурденко. До недавнего времени суть операций сводилась к имплантации ИВР при атриовентрикулярной блокаде и синдроме слабости синусового узла. В настоящее время в г. Пензе функционируют два центра, где осуществляется хирургическое лечение больных с аритмиями, в том числе внедряется метод радиочастотной катетерной абляции атриовентрикулярного соединения при пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях.

В Пензенской области насчитывается около 1,5 млн. населения, а число ежегодно проводимой первичной и повторной имплантаций ИВР составляет от 72 до 110, т.е. на 1 млн. населения 48-73 кардиостимулятора в год. Количество наблюдаемых больных (около 700 больных) постоянно меняется, что объясняется преимущественно пожилым возрастом и невысокой выживаемостью их. Наши наблюдения свидетельствуют о важности

тщательного отбора больных для имплантации ИВР, поскольку иногда требуется деимплантация аппарата. Это связано с неизвестной давностью блокады сердца, отсутствием апробации медикаментозной терапии в полном объеме и диспансерного наблюдения больных, а также необоснованным расширением показаний к операции.

Основными задачами диспансеризации больных с ИВР являются: профилактика, своевременная диагностика и устранение осложнений ЭКС; рациональная фармакотерапия основного и сопутствующих заболеваний, включая оперативное лечение по поводу другой патологии; экспертиза трудоспособности и трудовые рекомендации.

В разные годы освоения методики операций частота осложнений ЭКС составила от 23,5 до 7,9%. На основании анализа собственного материала выделили 4 группы причин осложнений: 1) тактические и технические ошибки хирурга в ходе операции (нагноение ложа кардиостимулятора, дислокация электрода, перфорация стенки сердца и сосуда); 2) ненадежная электростимуляционная техника (перелом электрода, преждевременное истощение источника питания аппарата, нарушение режима стимуляции); 3) неправильное определение показаний к операции и вида кардиостимулятора (парасистолия, пейсмекерные аритмии, синдром кардиостимулятора); 4) медико-биологические факторы (повышение порога электростимуляции, миопотенциальное ингибирование биоуправляемого кардиостимулятора, тромбоэмболические осложнения).

В подавляющем большинстве случаев стимулирующие электроды имплантируются эндокардиальным способом. Начиная с 1989 года, у всех больных применяются мультипрограммируемые ИВР. В связи с этим актуальное значение приобретает профилактический технический контроль системы ЭКС, адаптация параметров электроимпульсов с учетом функциональных возможностей больного, а также коррекция некоторых нарушений ЭКС (миопотенциальное ингибирование кардиостимулятора, парасистолия, гипосенсинг и др.).

Основными причинами смертности (в 71,3% случаев) у больных с ИВР являются острые сердечно-сосудистые и мозговые осложнения, застойная сердечная недостаточность. Среди экстракардиальной патологии нередко встречаются онкологические заболевания (в 12,9% случаев), что объясняется преимущественно преклонным возрастом больных. Летальность непосредственно от осложнений ЭКС в разные годы составила от 6,7% до 0,8%.

Нами предложены 5 диспансерных групп и определены диагностические и лечебно-профилактические мероприятия. Показано, что на выживаемость больных с ИВР наиболее существенное влияние оказывают нозологический фактор, возраст, режим стимуляции и качество проводимой лечебной реабилитации. В результате лечебной и физической реабили-

литации трудоспособность больных выросла с 38 до 59%.

Материалы проведенных научно-практических исследований обобщены в двух монографиях, изданы два учебных пособия для врачей и три методические рекомендации. Продолжается изучение особенностей диагностики, клинического течения и лечения больных с ИВР, страдающих различной кардиальной патологией.

Необходимо отметить, что электростимуляционная коррекция аритмий сердца является лишь этапом реабилитации, и поэтому выживаемость больных во многом определяется комплексом лечебно-профилактических мероприятий и своевременным выявлением и устранением осложнений ЭКС. Между тем, уровень знаний врачей, включая кардиологов, по вопросам контроля работы ИВР недостаточен, что следует учитывать при организации образовательного процесса.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Л.В.Клименкова, А.И.Козина

Кафедра аллергологии и иммунологии

Освоение и внедрение современных методов диагностики и лечения аллергических заболеваний является одной из важнейших задач аллерголога-иммунолога. Решение этой задачи становится возможным благодаря обучению врачей на кафедрах института усовершенствования врачей. Кафедра аллергологии и иммунологии ПИУВ МЗ РФ в течение ряда лет ведет совместную работу с лабораторией аллергенов Государственного института стандартизации и контроля медицинских и биологических препаратов им. Л.А.Тарасевича по изучению диагностической ценности и лечебной эффективности пыльцевых и грибковых аллергенов чешской фирмы "Sevac" и внедрению их в клиническую практику.

Традиционно в России в аллергологических кабинетах используются скарификационные кожные пробы с аллергенами и парентеральный метод введения причиннозначимых в развитии аллергических заболеваний аллергенов. За последние годы повысился интерес к использованию неинвазивных методов специфической иммунотерапии (СИТ) – эндоназальной, пероральной, сублингвальной. Имеются сообщения о достаточно высокой эффективности их при аллергической патологии.

Диагностические аллергены "Sevac" выпускаются в двух формах для при- и внутрикожных тестов; лечебные – в трех формах: водные (инъекционные), депонированные (инъекционные) и пероральные (капли). На практических занятиях слушатели кафедры аллергологии имеют возмож-

ность ознакомиться с методикой проведения прик-тестов, принять личное участие в постановке тестов и оценить их преимущества по сравнению с традиционными кожными пробами. Во время проведения учебного процесса слушатели учатся оценивать результаты аллергологического тестирования диагностическими аллергенами и выбирать аллерген для СИТ пероральным методом. Специфическая пероральная гипосенсибилизация является целесообразной заменой инъекционного лечения, особенно в детском возрасте.

Таким образом, плодотворное сотрудничество с ведущими научными учреждениями является взаимовыгодным не только в научном плане, но и в плане совершенствования учебного процесса на кафедре.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ГЛАЗАМИ СЛУШАТЕЛЕЙ (АНАЛИЗ АНКЕТ)

О.А.Коннова, М.В.Никольская, И.Н. Лесная, Л.И.Мусаткина

Кафедра инфекционных болезней

Кафедра инфекционных болезней осуществляет послевузовское образование по специальности "инфекционные болезни" через клиническую ординатуру и интернатуру, а также дополнительное профессиональное образование (повышение квалификации специалистов) на 11 различных тематических циклах усовершенствования врачей.

С целью контроля качества образовательного процесса на кафедре инфекционных болезней (после завершения циклов, заключительных экзаменов и выдачи слушателям итоговых документов) проводится анкетирование. Анкетирование проводилось анонимно и выборочно у 60% слушателей, начиная с 1995 г. (с момента образования курса, затем кафедры инфекционных болезней). В анкетах поставлены следующие вопросы: "качество чтения лекций", "качество проведения практических занятий", "качество проведения клинических разборов больных", "назовите 2-3 лекции, которые произвели наибольшее впечатление", "назовите неудачные лекции", "какие недостатки на кафедре", "получили Вы на цикле то, что хотели", "что нужно сделать для улучшения педагогического процесса", "какие темы нужно еще включить в программу", "какое общее впечатление о цикле", какая отличительная черта отношения кафедры к слушателям, "будете ли Вы рекомендовать вашим коллегам обучение на нашей кафедре?".

Анализ 466 анкет (1995-2002 гг.) показал, что качество чтения лекций подавляющее большинство слушателей оценивают высоко, характеризуя его как "отличное", "высококвалифицированное", "превосходное"

(от 62,5% в 2000 году до 100% в 2001 году). "Хорошим" считают изложение лекционного материала от 17% (в 1996, 1997, 2002 годах) до 28% слушателей (в 1998 году). "Удовлетворительно" оценили проведение лекций 1,4%-1,6% слушателей. Качество практических занятий с 1995 по 2002 год также характеризовалось как "отличное" и "очень хорошее". По мнению врачей, клинические разборы больных и историй болезней, достаточно информативны, глубоки, сделаны на высоком профессиональном уровне. Среди наиболее понравившихся лекций ("произвели наибольшее впечатление") врачи отметили все темы, но наиболее часто выделяли "Вирусные гепатиты", "Дисбактериозы", "Ботулизм", "ВИЧ-инфекция", "Инфекционно-токсический шок", а с 2001 года – лекции "Иммунология", "Герпетические инфекции", "Внутриутробные инфекции". Врачи отмечали также единичные "неудачные" лекции (по 1-2 в году), но в течение 3 лет таких лекций не было. Среди недостатков, имеющих на кафедре, большинство слушателей выделяют бытовые неудобства, такие как "мало мебели", "недостаточное количество учебных комнат", "тесные помещения". Замечания, касающиеся технического обеспечения образовательного процесса (мало слайдов, методических пособий, таблиц), высказаны в основном в первые годы существования курса. В дальнейшем, при расширении материально-технического оснащения кафедры (приобретения слайдоскопов, кодоскопов, телевизора, видеомagnитофона, компьютера и принтера, создания банка кодограмм, таблиц, схем), эти недостатки были устранены.

Для улучшения учебного процесса слушатели предлагали увеличить продолжительность цикла, обратить внимание на анализ врачебных ошибок в клинической практике. Эти пожелания, а также предложение расширить штат преподавателей и преобразовать курс в кафедру были реализованы в 2001 году. Рекомендации слушателей включить в расписание темы "Малярия", "Чума", "Бруцеллез", "Туляремия" послужили причиной подготовки и проведения с 2001 года тематического цикла "Карантинные, особо опасные и зоонозные инфекции". Кроме того, в 2002 г. был внедрен цикл "Острые нейроинфекции". Актуальными для слушателей оказались темы "Хламидиоз", "Прионные инфекции", "Болезнь Лайма", которые включены в программы большинства циклов. Некоторые темы, такие как "Сепсис", "Вирусные гепатиты", "СПИД и СПИД-индикаторные заболевания", "Паразитарные болезни", "Герпетические инфекции", "Внутриутробные инфекции", дополнены и расширены в соответствии с современными научными достижениями и рекомендациями ведущих отечественных и зарубежных научных школ. Общее впечатление о кафедре слушателями оценивалось как "очень хорошее", "замечательное", "отличное". Характеризуя сотрудников кафедры, врачи выделили такие качества преподавателей как "доброжелательность", "высокий профессионализм",

"тактичность" и "желание дать как можно больше знаний". Все слушатели подчеркивали, что будут рекомендовать своим коллегам повышение квалификации на циклах кафедры инфекционных болезней.

Начиная с 1995 г. на кафедре инфекционных болезней обучено около 900 врачей, проведено 80 циклов, клиническую ординатуру и интернатуру закончили 10 врачей, около 100 врачей сдали квалификационный ("сертификационный") экзамен. За этот же период на кафедре защищено 4 диссертации (1 докторская и 3 кандидатских), выпущено 6 сборников научных трудов, опубликовано 15 методических рекомендаций и учебных пособий (3 из них – совместно с НИИ детских инфекций и НТФФ "Полисан", С.-Петербург), подготовлено 950 тестовых заданий, создан банк слайдов, кодограмм, таблиц, приобретены 4 учебных видеофильма. Сотрудники кафедры в 1995-2002 г. опубликовали 1 монографию и более 140 тезисов и статей, в том числе в журналах "Эпидемиология и инфекционные болезни", "Педиатрия", "Казанский медицинский журнал", "Успехи современного образования", "Здравоохранение Туркменистана", "Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова", "Терапевтический архив", "Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины" и др. Мнение слушателей о качестве проведения учебного процесса через анонимное анкетирование (опрос) позволяет (наряду с общепринятыми в дидактике методами) осуществлять контроль качества обучения, объективизировать требования к преподавателю, своевременно реагировать на запросы практических врачей и устранить недостатки.

Анкетный мониторинг является дополнительной мотивацией к самосовершенствованию преподавателя, положительно влияет на квалификационный уровень профессорско-преподавательского состава и направлен на улучшение учебного процесса и образовательной деятельности кафедры.

РЕЗЕРВЫ СОКРАЩЕНИЯ СРОКОВ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО В СТАЦИОНАРЕ

Т.А.Костюченко

Курс социальной медицины, экономики и управления здравоохранением

Вопросы контроля качества являются наиболее острыми для российского здравоохранения. Качество медицинской помощи – сложная многокомпонентная категория, включающая в себя структурное качество (возможности ЛПУ, профессиональные качества медработников), качество технологии (технология лечения конкретного больного), качество результата (результат лечения конкретного больного, результат лечения всех пациентов, результат медицинского обслуживания населения).

К основным средствам контроля качества медицинской помощи можно отнести:

- медицинские стандарты;
- показатели деятельности ЛПУ;
- экспертную оценку.

Выделяют несколько видов медицинских стандартов.

I. По административно-территориальному делению:

- международные;
- национальные, государственные;
- территориальные;
- локальные.

II. По объектам стандартизации:

- структурно-организационные стандарты;
- профессиональные стандарты;
- технологические (медико-экономические) стандарты .

III. По механизму использования:

- простые;
- групповые.

Медико-экономические стандарты (МЭСы) предусматривают перечень необходимых лечебно-диагностических манипуляций по наблюдению больных конкретной нозологической формой. Одной из основных составляющих МЭСов является длительность пребывания больного в стационаре. Значительное отклонение от этого показателя в большую или меньшую сторону становится поводом для проведения экспертизы страховой медицинской организацией.

На величину показателя средней длительности пребывания больного в стационаре влияет ряд факторов:

- специализация коечного фонда;
- состав госпитализированных больных по характеру патологии, тяжести состояния, полу, возрасту;
- преемственность и взаимосвязь с амбулаторно-поликлиническими учреждениями;
- уровень квалификации медицинского персонала;
- организация и качество лечебно-диагностического процесса в стационаре и степень их соответствия МЭСам;
- оснащение стационара лечебно-диагностическим оборудованием, степень внедрения современных технологий диагностики и лечения больных;
- степень удовлетворенности пациентов организацией и качеством лечения в стационаре.

Снижение средних сроков пребывания больного в стационаре (в пределах разумного) при хорошем качестве лечения и благоприятных исходах имеет не только большую медико-социальную, но и экономическую

значимость, позволяет более эффективно использовать коечный фонд. Но нередко случается, что пациенты противятся выписке, увеличивая таким образом длительность пребывания на больничной койке. Это может быть связано с причинами, требующими этико-деонтологической коррекции:

- страх перед болезнью или ее возвратом;
- чрезмерные надежды на стационарное лечение;
- больничная обстановка лучше домашней;
- корыстные соображения.

Основные резервы улучшения качества стационарной помощи и эффективности использования коечного фонда следует видеть в устранении дефектов в организации лечебно-диагностического процесса.

Снижение сроков пребывания больного в стационаре может быть достигнуто при соблюдении следующих условий:

- более четкий отбор больных на стационарное лечение;
- улучшение качества подготовки больных к стационарному лечению на догоспитальном этапе;
- организация равномерного в течение всех дней недели поступления плановых больных в стационар;
- сокращение сроков обследования, предоперационной подготовки, ожидания анализов, консультаций, консилиумов, перевода в другое отделение;
- прекращение неоправданных повторений в стационаре обследований, проведенных в амбулаторно-поликлинических условиях перед госпитализацией;
- достижение терапевтического сотрудничества;
- создание условий для хорошего долечивания вне круглосуточного стационара (дневной стационар, стационар на дому, амбулаторное лечение и др.).

Сокращение сроков стационарного лечения не только выгодно экономически, но позволяет решить и ряд других проблем:

- появляется возможность эффективного лечения наиболее тяжелых или опасных больных;
- исчезнут очереди на госпитализацию и затруднения для поступления новых больных;
- скорейшее возвращение пациента в привычную для больного среду является мощным лечебным фактором.

Показатель средней длительности пребывания больного в стационаре за последние годы имеет тенденцию к снижению:

1999г. – 15,8 (РФ) и 14,5 (Пензенская обл.);
2000г. – 15,5 (РФ) и 13,9 (Пензенская обл.);
2001г. – 15,2 (РФ) и 13,5 (Пензенская обл.);
2002г. – 13,3 (Пензенская обл.).

Это является результатом интенсификации лечебно-диагностического процесса и соответствует современным требованиям к более рациональному использованию коечного фонда.

СОВМЕСТНАЯ РАБОТА КАФЕДРЫ И ЛАБОРАТОРИИ ПО ВОПРОСАМ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

Л.В. Курашвили, Н.И.Баулина

Кафедра клинической лабораторной диагностики.
ЦГБ им. Г.А.Захарьина

Внутрилабораторный контроль качества является одним из оснований для аккредитации и лицензирования лабораторий.

Контроль качества клинических лабораторных исследований включает разработку и проведение контрольных мер по обнаружению и отслеживанию погрешностей, которые могут возникнуть при выполнении клинических лабораторных исследований и исказить клиническую лабораторную информацию.

Структура контроля качества лабораторных исследований складывается из контроля преаналитического этапа, внутрилабораторного контроля качества и постаналитического этапа. Помимо проведения внутрилабораторного контроля качества лаборатория должна обязательно принимать участие в региональном и федеральном контроле качества.

Контролем качества в больнице охвачены поликлиническое отделение и стационарные отделения, и занимаются вопросами контроля старший лаборант отделения, заведующая лабораторией и врачи лаборатории.

Преаналитический внелабораторный этап контроля качества лабораторных исследований в больнице стандартизирован: подготовлены инструкции, касающиеся правил забора и доставки биоматериала в лабораторию; регулярно проводится обучение медицинских сестер стационарных отделений. Для исключения ошибок на преаналитическом этапе в лаборатории стандартизированы процессы обработки лабораторной посуды, центрифугирования крови, мочи и другого биоматериала. Для исключения аналитических ошибок ведётся контроль работы измерительной аппаратуры, термостатов, холодильников, качества химических реактивов и работы аналитика.

В клиническом анализе крови наиболее уязвимым критерием является определение концентрации гемоглобина. Именно по концентрации гемоглобина было больше всего нареканий со стороны клиницистов в 2002 году. Для исключения ошибок на преаналитическом этапе при выполнении общего анализа крови в отделениях лаборантам отведены рабочие места (для забора крови) с хорошим освещением и постоянно калиб-

руются капилляры.

Для контроля качества исследований гемоглобина в лаборатории использовали контрольный стандартизированный материал фирм "Агат" и "Медлакор" разных концентраций, на основании которых строили контрольные карты. Контроль качества определения количества лейкоцитов и эритроцитов вели методом параллельных проб с построением контрольных карт. Контроль качественной оценкой клеточных элементов периферической крови (лейкоформулы) осуществлялся путем дифференцированного подсчета приготовленных в лаборатории контрольных мазков периферической крови.

Однако, несмотря на проводимую работу, избежать случайных ошибок при определении гемоглобина, камерного подсчета лейкоцитов и эритроцитов, тромбоцитов, определения СОЭ практически невозможно. Большая часть ошибок возникает при заборе крови из пальца из-за неопытности лаборанта, использования нестандартизированных капилляров, отсутствия условий для взятия крови в экстренных ситуациях.

Ошибки можно свести к минимуму путем соответствующего оснащения лаборатории автоматическими анализаторами, дозирующими устройствами для забора крови и стандартизируя условия работы медицинских сестер и лаборантов.

Контроль за качеством исследования мочи проводился с искусственной мочой, приготовленной в лаборатории. В общем анализе мочи контролировали плотность мочи, белок и глюкозу. Работа оценивалась по контрольным картам на основании алгоритма Вестгарда. В анализе мочи ошибки допускались при определении относительной плотности мочи. Ошибки обусловлены невнимательностью лаборанта при снятии результата.

Из-за отсутствия стандартизированного контрольного материала большую часть биохимических исследований контролировали методом параллельных проб с расчетом рангов и построением контрольных карт (несоответствия диагнозу и проводимому лечению были обнаружены лишь в единичных случаях).

Лаборатория городской больницы № 6 в течение последних 6 лет постоянно участвовала в региональном контроле качества лабораторных исследований, а с 2000 года участвует в Федеральной системе внешней оценки контроля (ФСВОК).

Практические и семинарские занятия по контролю качества на циклах повышения квалификации по КЛД проводятся в лабораториях базовых больниц. Слушатели на занятиях пользуются контрольными картами (по гемоглобину, мочевоmu контролю, биохимическим и коагулологическим показателям), разработанными в лабораторном отделении сотрудниками, и материалами, полученным по ФСВОК.

Занятия по контролю качества лабораторных исследований, проводимые на базе лечебного учреждения, упрощают освоение слушателями вопросов организации и проведения контроля качества на рабочих местах.

Работа сотрудников кафедры КЛД в лабораторном отделении необходима и для больницы, и для более качественного проведения учебного процесса, а также позволяет внедрить новые доступные методы проведения контроля качества и диагностики ряда патологических состояний.

НЕПРЕРЫВНОЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ

***В.Ф.Лазарев, В.И.Струков, Г.Л.Ерошин, Г.А.Каткова, Л.С. Этингер,
А.П.Гришин, Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галеева, А.Н.Астафьева,
И.А.Малкин***

МЗ и СР Пензенской области. ПИУВ МЗ РФ, кафедра педиатрии.
ОДБ им. Н.Ф.Филатова

Качественная подготовка врачебных кадров определяет уровень оказания квалифицированной медицинской помощи, в связи с чем этой проблеме уделяется большое внимание как в нашей стране, так и за рубежом. Особая роль отводится последипломному образованию, и решающее значение придается непрерывной технологии обучения. Областная детская больница и кафедра педиатрии в 1993 году организовали центр непрерывной подготовки педиатров: обучение (повышение квалификации) проводится по унифицированной федеральной программе, рассчитанной на 4 года. Данная программа предусматривает проведение тематических циклов из расчета 100-120 часов в год. При этом учебный процесс постоянно корректируется с учетом индексов успешности, степени овладения слушателем учебной программой и показателем его трудовой деятельности (по итогам экспертизы качества оказания лечебно-диагностической помощи как в целом по больнице, так и по каждому специалисту). Большое внимание обращается на освоение смежных дисциплин, что значительно повышает эффективность взаимодействия различных специалистов, улучшает качество медицинской помощи, устраняет некомпетентность и уменьшает число врачебных ошибок в лечении больных. Разработана организованная структура центра с выделением трех факультетов: стационарный, поликлинический, областной.

В задачи центра непрерывной подготовки также входила разработка и реализация программ по методам профилактики заболеваний детей, охране здоровья здоровых. Так, в 1999 году нами совместно с Министерством здравоохранения Пензенской области разработана программа "Факторы риска и методы профилактики остеопороза у детей, подростков и

взрослых". Приобретен остеометр ДТХ-100 (США), что позволило значительно улучшить диагностику и профилактику болезней опорно-двигательного аппарата в нашей области. В настоящее время подготовлена Муниципальная программа "Организация, охрана и поддержка грудного вскармливания".

Всего за 1993-2003 годы обучением в центре непрерывной подготовки охвачено более 200 педиатров, в том числе 35 в стационаре ОДБ, 133 в поликлиниках г.Пензы, 32 педиатра в г. Кузнецке.

Учитывая предполагаемые расходы при обучении на цикле усовершенствования с отрывом от работы (при кратности - 1 раз в 5 лет продолжительностью 1 месяц), то экономический эффект от непрерывного обучения врачей-педиатров только по зарплате составил более 30 млн. рублей. ЭВМ-контроль показал достоверный прирост знаний с 53,73% до 91,8%.

Анализ основных показателей деятельности стационара областной детской больницы (по годам) свидетельствует о положительной динамике, связанной с периодом внедрения новой формы обучения.

ЭТАПНЫЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ В УЧЕБНЫХ ПРОГРАММАХ КАФЕДРЫ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ

С.С.Лиманский

Кафедра оториноларингологии

Разнообразие мнений о методах лечения – естественно в условиях бурного технологического подъема в медицине. Коммерциализация медицины порождает возникновение конкурентных отношений между различными производителями медицинской техники и фармацевтических средств. Рынок наполняется разнообразной дорогостоящей медицинской техникой, новой физиотерапевтической аппаратурой, медикаментами импортного производства. Потребителю навязывается мнение о незаменимости новейших технологий.

С другой стороны, отечественная медицина, находящаяся на бюджетном финансировании, зажатая в рамки норм обязательного медицинского страхования, не может обеспечить врача необходимыми финансовыми средствами для приобретения аппаратуры, инструментария и лекарственных препаратов. Информационный поток о новых средствах порой оттесняет на задний план далеко не освоенные ранее, но вполне жизнеспособные и эффективные методики. Практическому врачу становится все труднее ориентироваться в выборе тех диагностических и лечебных средств, которые предлагает ему рынок медицинской техники и фармацевтической промышленности.

Все сказанное в равной степени касается и ринологии, которая в последнее время претерпевает революционные изменения в сфере диагностических и лечебных технологий. Начиная с ринологического конгресса, состоявшегося в Сочи в 1996 году, в информационных периодических изданиях практически отсутствуют сообщения о рутинных методах хирургии и консервативного лечения, а на ринологических форумах становится дурным тоном говорить о хороших результатах лечения, если при этом не использовались современные технологии. Однако технологическая революция в нашей стране коснулась только отдельных клиник и специалистов. Большинство отоларингологических стационаров и кабинетов работает со старым инструментарием и оборудованием. Практикующий врач находится в ситуации, когда специальные средства информации обучают его тому, чем он не располагает.

В аналогичной ситуации находятся и кафедры институтов усовершенствования врачей. Институты постдипломного образования призваны не только информировать, но и обучать новым прогрессивным методам.

Кафедра отоларингологии, не располагающая современной диагностической аппаратурой, инструментарием, оптикой, шейверной и лазерной техникой вряд ли может преподавать практические навыки по освоению новых методов в ринологии. Остаются два выхода из той ситуации, которая существует в системе постдипломного образования благодаря столь живучему "остаточному принципу финансирования". Первый – теоретически преподавать то, чем мы не владеем. Второй – выискивать те ниши в научно-практических проблемах, которые могут быть освоены с использованием реальных средств.

К этому второму варианту склоняется кафедра оториноларингологии. В рамках кафедральной научной темы "Декомпенсированные состояния в оториноларингологии" разрабатывается вопрос о лечении синуситов. Тема весьма актуальна по той причине, что частота поражения придаточных синусов носа весьма высока и не имеет тенденции к снижению, а рецидивы заболевания, по данным литературы, находятся в пределах 20-70%. Проблема слишком многофакторна и не может быть решена только лишь за счет новейших технологий, даже если бы они были общедоступны. В этой связи на кафедре разрабатывается новый концептуальный подход к лечению синуситов, в основу которого положен этапный принцип. В основе этой концепции находятся следующие предпосылки: 1) имеется большое разнообразие клинических форм синуситов; 2) воспалительный процесс в синусах может иметь разную степень выраженности или хронизации; 3) в процессе накопления научных данных о природе и патогенезе синуситов мы только приближаемся к окончательному пониманию этих моментов; 4) возможно обратное развитие воспалительного процесса при малой степени морфологической и функциональной компрометации тка-

ней и органа (слизистой оболочки придаточных синусов носа); 5) поспешное и неадекватное лечение (хирургическое вмешательство) может привести к поломке механизмов обратного развития воспалительного процесса.

Эти предпосылки обосновывают такой подход в лечении воспалительных заболеваний, который был бы максимально щадящим по отношению к тканям и функциям больного органа, т.е. оптимально соответствовал бы принципу *non posere*. Наиболее полно этим требованиям отвечает этапный принцип. Лечение начинается с амбулаторного этапа, который позволяет в ряде случаев добиться полного выздоровления, в других – значительно минимизировать выраженность и распространенность воспалительного процесса. На следующих этапах, если они необходимы, производятся хирургические вмешательства, чередующиеся с этапами амбулаторного динамического наблюдения, что в максимальной степени уменьшает объем и травматизм потенциальных операций и сохраняет способность скомпрометированных воспалением тканей к морфологическому и функциональному восстановлению. Концепция этапного принципа потребовала внести в классификацию критерий обратимости воспалительного процесса, разработать варианты операций и хирургической тактики. Последняя предполагает полисинусотомию с обязательными эндоназальными элементами, направленными на санацию решетчатого лабиринта, при одновременной внутриносовой реконструкции. В основе консервативного лечения использовался метод принудительного дренирования синусов через естественные соустья. Использование этапного принципа позволило нам уменьшить процент рецидивов синуситов до 12.

Кафедра отоларингологии проводит тематические циклы усовершенствования "Отоларингология", "Травмы и неотложные состояния в отоларингологии", "Инвазивные методы диагностики и лечения синуситов", в учебные программы которых включены вопросы, касающиеся применения этапного принципа у больных синуситами. Накоплен значительный практический опыт, который передается слушателям в материалах лекций и занятий. Создано 3 видеофильма, опубликованы методические рекомендации, где также раскрывается эта тема. Материалы, касающиеся этапного принципа лечения синуситов, опубликованы в 5 статьях и сообщены в докладах Российского съезда отоларингологов, двух ринологических конгрессов и двух научно-практических конференций.

В заключение следует признать, что при недостаточном финансировании институтов последипломного образования, образовательный процесс становится затруднительным. Однако если последний опирается на практический опыт и собственные научные исследования, тогда учебный процесс может содержать полезный и убедительный для практических врачей материал.

ШИРОКИЕ ПРОБЛЕМЫ УЗКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ В УЧЕБНЫХ ПРОГРАММАХ КАФЕДРЫ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ

*С.С.Лиманский, Р.П.Крымская, В.Г.Цыганков, Г.К.Починина,
С.А.Лапина*

Кафедра оториноларингологии

Существующее в медицине вполне оправданное подразделение на конкретные специальности имеет свои отрицательные моменты. Возникают слабые места в информационном поле на стыке медицинских специальностей. Кроме того, при наличии достаточного практического опыта врачей, возникают сомнения относительно незыблемости границ между специальностями и желание пересмотреть "сферы влияния" в смежных зонах компетенции специалистов. Каждая медицинская специальность выработала свою методологию как в диагностике, так и в лечении заболеваний. Все это порождает разобщенность во мнениях и, часто, недооценку возможностей смежных специалистов.

"Узкая" специальность отоларингология, наверное, как никакая другая, широко распространяется в сферу компетенции смежных медицинских дисциплин. Здесь уместно упомянуть общие проблемы отоларингологов с одной стороны, и окулистов, неврологов, нейрохирургов, стоматологов, инфекционистов, иммунологов-аллергологов, пульмонологов, гематологов, педиатров и других специалистов с другой стороны.

В структуре ЛОР - заболеваемости первое место занимает патология носа и придаточных пазух (38,5%), болезней глотки (31%), уха (21,5%). Хронические рецидивирующие заболевания ЛОР органов у детей и взрослых могут быть и следствием и причиной приобретенного иммунодефицита, являться очагами аутоинфекции.

Специфика работы в институтах усовершенствования врачей требует не только глубокого, но и широкого освещения проблем специальности. В условиях затянувшегося "переходного периода", который характеризуется отсутствием финансирования научных работ в региональных институтах последипломного образования, "глубокие" научные поиски в пределах специальности невозможны. Однако остается возможность изучения смежных проблем, что имеет не менее важное значение.

Кафедра оториноларингологии ПИУВ МЗ РФ работает в двух научных направлениях: "Лечение и реабилитация больных отоларингологического профиля" и "Клинико-параклинические параллели декомпенсированных состояний ЛОР органов". В рамках этих тем решались проблемы синуситов, которые чаще всего выходят за пределы специальности, так как патогенетически бывают связаны с заболеваниями нижних дыхатель-

ных путей, с нарушением иммунитета, аллергией. Сами по себе синуситы могут быть зависимы от соматической патологии (вторичные системные синуситы) или вызывать вторичные нарушения в организме (системные нарушения на фоне синуситов), или быть одним из элементов сочетанных системных поражений (синобронхопульмональный синдром). Изучались другие смежные проблемы: дакриоциститы, риногенные арахноидиты, сенсоневральные нарушения слухового и вестибулярного аппаратов при соматической патологии, нарушения слуха и вестибулярной функций у слепых и слабовидящих. На основании проведенных научных исследований было опубликовано более 20 статей, сделаны доклады на съездах специалистов, конгрессах, конференциях.

Материалы научной работы получили отражение в лекциях и практических занятиях на всех циклах усовершенствования, проводимых на кафедре. Более того, с 1988 сотрудники ЛОР кафедры проводят циклы тематического усовершенствования "Смежные вопросы детской и взрослой отоларингологии для врачей неотоларингологического профиля". Учебная программа этого цикла предназначена для лиц, получивших высшее медицинское образование по специальностям: лечебное дело, педиатрия, стоматология. Цель цикла усовершенствования – повышение уровня информированности врачей неотоларингологического профиля по смежным вопросам, имеющим практическое значение в их работе.

Из 18 циклов, проведенных с 2001 г., 10 были выездными и проведены в районных лечебных учреждениях Пензенской области. Цикл усовершенствования включает 36 лекционных часов, освещающих вопросы воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и уха, проблемы профессиональной патологии, иммунологии и аллергологии, сурдологии. Практические занятия проводятся в виде консультативных приемов и последующего разбора больных.

Изучение смежных проблем важно и для врачей отоларингологов. На тематическом цикле усовершенствования "Травмы и неотложные состояния в отоларингологии" лекции и занятия имеют большой объем информации по вопросам анестезиологии, интенсивной терапии при токсическом шоке, сепсисе, ожоге, кровопотере, анафилаксии, проблемам внутричерепной патологии, орбитальных осложнений, сосудистых нарушений и т.д.

Информация и навыки, приобретенные специалистами в области знаний, имеющей отношение к разным медицинским дисциплинам, повышают профессиональный кругозор врачей, делают их работу более эффективной.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В БЮРО МСЭ № 8 ЗА 2001 – 2002 ГОДЫ

А.А.Лысенкова, Г.Г.Страхов, Т.Г.Лукина

Бюро медико-социальной экспертизы № 8

Бюро МСЭ № 8 психоневрологического профиля осуществляет освидетельствование больных с 18 лет и старше с заболеваниями нервной системы (последствиями черепно-мозговых травм, органическими поражениями головного мозга, больных с олигофренией и др.) и ЛОР - патологией всей территории Пензенской области. Работа комиссии ведется в тесном контакте с врачами лечебно - профилактических учреждений области и сотрудниками кафедры неврологии Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ. Регулярно проводятся семинары с врачами и председателями КЭК больниц области и города Пензы, сообщаются результаты освидетельствования, анализируются ошибки при оформлении документов и дефекты направления на МСЭ.

В Бюро МСЭ № 8 в 2002 году всего было освидетельствовано 3713 человек, что на 772 случая больше, чем в 2001 году (2941 человек). Первично освидетельствовано в 2002 году 912 человек среди всех категорий населения, что на 97 случаев больше, чем в 2001 г. Повторное освидетельствование в 2002 году проводилось в 2801 случаях, (2001 год – в 2136 случаях). Таким образом, за последние годы отмечается тенденция к увеличению числа направляемых на медико-социальную экспертизу с целью решения социальных проблем пациента и в ряде случаев без достаточных на это оснований. В 2002 году впервые освидетельствовано для определения группы инвалидности 720 человек, установлена инвалидность в 660 случаях (91,6 %), тогда как в 2001 году – 618 и в 584 человек (94,5%) соответственно. Следовательно, необоснованных направлений стало больше на 3%.

Распределение впервые признанных инвалидами по тяжести групп представлено в таблице 1:

Таблица 1

Годы	Всего признано инвалидами	I группа		II группа		III группа	
		Количество	(%)	Количество	(%)		
2000	482	36	7,4%	154	32%	292	60,6%
2001	584	57	9,8%	186	31,8	341	58,4%
2002	660	69	10,5%	185	28,%	406	61,5%

Отмечается тенденция к росту первичной инвалидности по заболе-

ваниям нервной системы, особенно инвалидности I группы.

В целом по Бюро № 8 первичная инвалидность в 2002 году увеличилась на 13% по сравнению с 2001 годом. Рост первичной инвалидности произошел как среди городских жителей (на 8,4%), так и среди жителей сельской местности (на 21,8%) возрастных групп. Большое расхождение показателей между селом и городом может быть объяснено различиями микросоциальных условий и организации медицинского обслуживания.

Среди трудоспособного населения в 2002 году первичная инвалидность увеличилась в абсолютных цифрах на 66 человек (с 530 до 596), что составляет 12,5%, в том числе среди сельского трудоспособного населения на 19,1% и среди городского населения на 8,6%. Увеличение числа инвалидов среди этого контингента за последний год произошло за счет последствий черепно-мозговых травм на 11 случаев (6,7%), психических заболеваний - на 15 случаев (16%) и заболеваний нервной системы - на 37 случаев (19,5%). По нозологическим формам: в 2002 году инвалидность чаще устанавливалась больным с рассеянным склерозом, с различными формами миопатий, с последствиями нейроинфекций, а также с токсическими (алкогольного генеза) энцефалополинейропатиями (на 22,9%).

В структуре инвалидности, как и в предыдущие годы, преобладает первая возрастная группа (65,5%), а по тяжести инвалидности - инвалидность III группы (61,5%).

Суммарная реабилитация в 2002 году снизилась с 6,0% до 4,2% (в сравнении с 2001 годом) и преимущественно за счет снижения всех видов реабилитации у городских жителей и частичной реабилитации среди сельских жителей. Произошло "утяжеление" II и III групп инвалидности с 7,1% (2001 год) до 7,6% (2002 год) в основном за счет жителей сельской местности. Эти данные свидетельствуют о необходимости решения вопросов улучшения качества оказания неврологической медицинской помощи инвалидам в отдаленных районах. Приведенные данные по статистике инвалидности косвенным образом отражают также состояние социальных и медицинских проблемы в области.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХАРАКТЕРА СМЕЩЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

В.А.Моисеенко

Кафедра травматологии и ортопедии

В литературе подробно описаны критерии вариантов смещения при переломах хирургической шейки по изменению плоскости повреждения кости. Однако диагностика величины углового смещения оказывается затрудненной.

С целью повышения точности определения величины углового смещения, в дополнение к существующим методикам определения величины ротационного смещения и по ширине в случаях перелома хирургической шейки плеча, нами предложена схема математического расчета углового смещения в прямой задней проекции.

Методика выполнения

Предварительно целесообразно отметить критерии правильного взаимоотношения суставных поверхностей плечевого сустава.

На прямой задней проекции (И.Г. Лагунова, 1981) в норме при нейтральном положении плечевого сустава (ось плечевой кости параллельна сагиттальной плоскости пациента) устанавливают наиболее каудальную точку суставной поверхности головки плеча и наиболее каудальную точку суставной поверхности лопатки. При этом наиболее нижняя точка суставной поверхности головки плечевой кости должна располагаться выше наиболее каудальной точки суставной поверхности лопатки на расстоянии от 2 до 8 мм в зависимости от варусного или вальгусного строения проксимального отдела плечевой кости.

Другим признаком нормального взаимоотношения суставных поверхностей в плечевом суставе является признак идентичности суставных поверхностей лопатки и головки плечевой кости, при этом их общий контур выглядит в форме правильной двояковыпуклой линзы.

Вследствие того, что плоскость перелома чаще всего бывает полиморфной с разрушением кортикального слоя, достоверность определения углового смещения по соответствию упомянутых контуров оказывается низкой. Поэтому более точным показателем углового смещения является изменение ориентиров на суставных поверхностях, расположенных вблизи повреждения по отношению к продольной оси диафиза плечевой кости.

Первоначально на рентгенограмме в прямой задней проекции устанавливают ориентиры (точки) нормального взаимоотношения суставных поверхностей лопатки и головки плечевой кости, как упоминалось выше (И.Г. Лагунова, 1981). Из этих точек проводят радиусы окружностей, совпадающих с окружностью вращения плечевого сустава. При нейтральном положении плечевой кости радиусы суставной поверхности лопатки и суставной поверхности головки плечевой кости совпадают, при этом их общая периферическая точка радиусов располагается выше нижнего края контура суставной поверхности лопатки на расстоянии от 2 до 8 мм.

В случаях перелома хирургической шейки плеча со смещением, разница в градусах между радиусом поверхности лопатки и имеющимся радиусом суставной поверхности головки плечевой кости соответствует величине углового смещения во фронтальной плоскости. Причем, если радиус суставной поверхности головки плечевой кости расположен выше радиуса суставной поверхности лопатки, то речь идет об отводящем пере-

ломе. В обратном случае, когда этот радиус расположен ниже радиуса суставной поверхности лопатки, имеет место приводящий перелом.

Чаще всего ось периферического фрагмента плечевой кости не совпадает с нейтральным положением и оказывается в положении отведения различной величины, в таких случаях для получения истинного значения углового смещения следует:

- при отводящем переломе хирургической шейки плечевой кости ($\angle$ отведения) показатель угла между радиусами суставной поверхности лопатки и суставной поверхности головки плечевой кости

($\angle$ суставных поверхностей) суммировать с углом имеющегося отведения дистального фрагмента ($\angle$ диафиза): $\angle$ отведения = $\angle$ суставных поверхностей + $\angle$ диафиза

- при приводящем переломе хирургической шейки общее значение угла приведения в зоне перелома ($\angle$ приведения) будет равно разнице между углом суставных поверхностей плечевого сустава

($\angle$ суставных поверхностей) и углом имеющегося отведения диафиза плечевой кости ($\angle$ диафиза): $\angle$ приведения = $\angle$ суставных поверхностей – $\angle$ диафиза

Приведенная схема расчета угловой деформации проксимального отдела плеча при переломах используется нами в клинике, а также в педагогическом процессе с 2002 года. Полученные результаты в совокупности с известными методиками расчета ротационного смещения и по ширине позволяют получить достоверную картину имеющейся посттравматической деформации и, тем самым, более точно координировать этап репозиции и последующей реабилитации пострадавших при переломах хирургической шейки плечевой кости.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ ИММУНОЛОГИИ

Б.А.Молотил

Кафедра аллергологии и иммунологии

В последние годы иммунологические методы обследования больных все шире внедряются в практику здравоохранения. Иммунные нарушения сопровождают многие патологические состояния в организме больного и их лечение немыслимо без знаний основ иммунологии. Особенно это актуально в связи с тем, что различные воздействия на организм человека (операционные вмешательства, экологические факторы, длительное применение гормонов, вирусные инфекции и т.д.) приводят к развитию вторичного иммунодефицита, который усугубляет течение основного заболе-

вания, а нередко приводит и к тяжелым осложнениям.

Между тем, практическая иммунология в настоящее время располагает широким набором иммуностропных препаратов, которые обязательно включают в комплекс базисных средств при ведении больных, имеющих нарушения в иммунном статусе. Успешное их внедрение предполагает определенное знакомство врачей различных специальностей с основами иммунологии.

В связи с этим кафедра аллергологии и иммунологии проводит дальнейшую работу по усовершенствованию методики преподавания основ иммунологии для специалистов различного профиля. Так, за последние годы в тематический план по кафедре были включены и успешно апробированы следующий циклы: 1) "Иммунология хирургических инфекций" для врачей-хирургов; 2) "Избранные вопросы иммунологии" для онкологов; 3) "Неотложные состояния в аллергологии" для врачей скорой помощи. Совместно с кафедрой ЛОР-болезней проводится цикл "Вопросы аллергологии и иммунологии при заболеваниях ЛОР-органов" для врачей оториноларингологов.

Это позволяет, с одной стороны, успешно выполнять учебный план кафедры, а с другой – решать важную задачу повышения квалификации врачей различных специальностей по вопросам иммунологии.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ β -АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

*О.И.Морозова, Н.В.Позднякова, В.А.Шевырев, И.П.Татарченко,
Е.А.Гаврилова*

Кафедра терапии-1. Кафедра терапии-2. Медико-санитарная часть №59

Средством первой линии в лечении артериальной гипертензии (АГ) остаются β -адреноблокаторы, позволяющие обеспечивать стабильный контроль артериального давления (АД). Одним из методов оценки состояния вегетативной нервной системы является изучение вариабельности ритма сердца (ВРС). По данным Фремингемского исследования, снижение ВРС повышает риск развития АГ и смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Целью исследования было изучение динамики показателей ВРС и суточного мониторирования АД у больных с мягкой и умеренной АГ на фоне лечения β -адреноблокаторами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением в течении 6 месяцев находились 25 больных (9 женщин и 16 мужчин), средний возраст

51,2 ± 6,5 лет с уровнем систолического АД (САД) 140 – 170 мм рт.ст. и диастолического АД (ДАД) 90 – 100 мм рт.ст. Базисная терапия в I группе (11 пациентов) включала ингибитор АПФ (эналаприл), во II группе (14 пациентов) лечение проводилось β-адреноблокатором (метопролол). Комплекс обследования включал стандартную ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографию, временной и спектральный анализ ВРС.

Результаты исследования. Через 12 недель исследования в I группе АД снизилось со 156 ± 6,4/94 ± 4,6 мм рт.ст. до 139 ± 6,7/84,2 ± 3,9 мм рт.ст., ЧСС достоверно не изменилась: 74 ± 3,3 в минуту до лечения, 72,4 ± 3,1 в минуту на фоне лечения. Во II группе терапия метопрололом проявилась снижением САД на 20,8% (с 168,5 ± 3,5 мм рт.ст. до 136,4 ± 3,3 мм рт.ст.), ДАД на 13,2% (со 102,3 ± 1,3 мм рт.ст. до 84,5 ± 1,2 мм рт.ст.), при $p < 0,05$. Уровень снижения ДАД был достоверно большим у больных с мягкой АГ, чем умеренной. Снижение абсолютных показателей САД и ДАД сопровождалось уменьшением "нагрузки давлением" по индексу времени гипертонии соответственно на 30,4% и 36,1% днем и на 33,7% и 41,2% ночью в I группе и соответственно 34,5% и 39,1% днем и на 36,6% и 45,3% ночью во II группе (во всех случаях $p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями). Во II группе отмечено урежение ЧСС от 76,2 ± 7,1 до 62,1 ± 3,5 в минуту, $p < 0,05$). При анализе количественных показателей ВРС во II группе до начала курсового лечения β-адреноблокаторами отметили достоверно низкие значения SDNN, BB50, rMSSD, свидетельствующие о вегетативном дисбалансе у 13 из 14 больных, вошедших в данную группу. У 11 (78,5%) пациентов показатель BB50 не превысил 0 уд/мин. У 12 (85,7%) - значение SDNN было менее 30 мс. Прием β-адреноблокаторов приводил к достоверному улучшению параметров ВРС: увеличение мощности в диапазоне HF с 42 ± 4,2 до 51 ± 2,3 при статистически значимом уменьшении мощности в диапазоне LF с 62 ± 2,4 до 51,2 ± 3,5. Изменение показателей мощности в спектре высоких и низких частот привело к нормализации соотношения LF/HF: с 1,7 ± 0,5 до 1,02 ± 0,6, $p < 0,001$. Отмечена тенденция к увеличению SDNN, rMSSD, BB50, однако мощность в диапазоне VLF существенно не изменилась.

Таким образом, метопролол показывает высокую гипотензивную эффективность при монотерапии у больных с мягкой и умеренной АГ. Изучение ВРС является доступным неинвазивным методом оценки вегетативной регуляции сердечной деятельности. Динамика параметров ВРС необходимо учитывать при оценке эффективности проводимой гипотензивной терапии. Положительное влияние β-адреноблокаторов на состояние нейровегетативной регуляции сердца оказывает кардиопротекторное действие у больных с АГ, повышая порог фибрилляции желудочков.

КРИТЕРИИ ВЫСОКОГО РИСКА В ОЦЕНКЕ ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

*О.И.Морозова, Н.В.Позднякова, И.П.Татарченко, Гаврилова Е.А.,
А.Ю.Петранин*

Кафедра терапии-1. Кафедра терапии-2. Медико-санитарная часть №59

Цель работы: оценить особенности регистрации периодов безболевой (БИМ) и эпизодов болевой ишемии (ЭБИ) миокарда у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы: в исследование включены 66 больных хронической ИБС (4 женщины и 62 мужчины), средний возраст $52,3 \pm 6,8$ лет. Длительность наблюдения - $20 \pm 3,2$ месяцев. Комплекс обследования включал регистрацию ЭКГ в общепринятых 12 отведениях, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрию, чреспищеводную электрокардиостимуляцию (ЧП ЭКС).

Результаты исследования: по особенностям течения заболевания выделено 3 группы: I группа – клиническая ремиссия – 15 больных, II группа - стабильное течение – 27 больных, III - кардиальные события – 24 больных. Наибольший интерес представляет группа с кардиальными событиями. Летальный исход отмечен у 16 (66,7%) из 24 больных. За период наблюдения у 17 (71%) пациентов диагностирована очаговая патология, в 7 (29,2%) случаях повторная с последующим летальным исходом. У пациентов данной группы объем выполненной работы, двойное произведение и пороговая мощность значимо ниже в сравнении с аналогичными показателями двух других групп, $p < 0,05$. Пороговая ЧСС в начале ишемического снижения ST не превысила значения 100 уд/мин, при этом в 75% случаях зарегистрировано более 6 отведений с депрессией ST сегмента. Аналогичные изменения отмечены при ЧПЭКС. В группе с неблагоприятным течением чаще регистрировались эпизоды БИМ - $3,6 \pm 1,1$ в сравнении со II группой ($1,6 \pm 0,6$) или I группой ($0,55 \pm 0,2$), $p < 0,05$. Подобная тенденция отмечена и при изучении частоты регистрации болевых эпизодов в анализируемых группах. В III группе соотношение БИМ/ЭБИ составило 1,06 и превысило аналогичный показатель во II группе–0,69 ($\chi^2=3,84$, $p < 0,05$), и в I группе–0,43 ($\chi^2 = 6,63$, $p < 0,01$).

Таким образом, критериями высокого риска явились наличие безболевой ишемии миокарда, продолжительность периодов ишемии за сутки более 70 минут, глубина депрессии ST сегмента более 3 мм при частоте сердечных сокращений в начале эпизодов ишемии менее 100 в минуту.

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ПТСР), И ВНЕДРЕНИИ ИХ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

В.М.Николаев, М.Г.Сарайкина, Е.В.Петрова

Кафедра психотерапии и наркологии

В современном подходе оказания помощи больным психиатрического профиля большое значение приобретают интегративные тенденции, объединяющие врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов. В последние годы в структуре, по сути, мультидисциплинарного, многопрофильного воздействия на пациентов, все большее место занимают социальные работники

Такая тенденция объясняется, прежде всего, сложным патоморфозом современных психических заболеваний, необходимостью в целях психокоррекции, реабилитации больных учитывать не только клинические стороны заболевания, но и психологические, социально-психологические аспекты личности. Эти тенденции находят свое отражение в приказе Минздрава Российской Федерации № 294 от 30.10.1995 г., в котором регламентируются так называемые бригадные формы работы с пациентами психотерапевтического профиля, включая психотерапевтов, медицинских психологов и социологов.

Данное направление нашло отражение и в приказе № 373 Минздрава Российской Федерации от 17.12.97., предусматривающего повышение квалификации врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе по вопросам их профессиональной деятельности в наркологических реабилитационных центрах. Если в отношении пациентов, нуждающихся в психиатрической, наркологической и психотерапевтической помощи, разработаны соответствующие реабилитационные программы для специалистов, то для больных страдающих ПТСР эти программы находятся лишь в стадии разработки.

Имеется ряд интересных предложений у специалистов разного медицинского профиля, в том числе системы социальной защиты, но комплексная реабилитационная программа, включающая взаимопомощь всех звеньев не разработана. То же касается и внедрения в учебный процесс данных программ и исследований, так как единый, интегративный, учебно-методологический подход отсутствует.

Впервые ПТСР описано в США у ветеранов вьетнамской войны. С 1980 г. ПТСР было принято как диагностический критерий и вошло в международную классификацию болезней (DSM-IV, МКБ-10).

ПТСР – состояние, которое развивается у человека, испытавшего ис-

ключительные стрессовые события угрожающего или катастрофического характера, способного вызвать общий дистресс практически у любого человека (войны, террористические акты, авиакатастрофы, техногенные катастрофы, стихийные бедствия). Участие в боевых действиях можно рассматривать как событие исключительно угрожающего характера, которое в отличие от других перечисленных стрессов может быть хронической, пролонгированной психотравмой.

ПТСР в современном мире является довольно распространенным заболеванием, встречающимся по данным зарубежных и отечественных исследований у 1 % населения на протяжении жизни, 15 % населения после тяжелых психотравм обнаруживает признаки ПТСР. 30 % населения являются подверженными бедствиям и катастрофам. В связи с актуальностью проблемы сотрудниками кафедры психотерапии и наркологии совместно с "Отделом Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области (МЗ и СР ПО) по социальной работе с гражданами, уволенными с военной службы, и членами их семей" был подготовлен и проведен трехдневный семинар, в котором участвовали социальные работники, психологи и врачи. На семинаре доложены и обсуждены ключевые вопросы проблемы ПТСР, такие как задачи организации реабилитационной работы с участниками боевых действий в городах и районах области (В.И.Шеляпин, зам.министра здравоохранения и социального развития области; М.С.Резницкий, начальник отдела МЗ и СР ПО). Клинические характеристики ПТСР, этапы реабилитационного процесса, психокоррекционные подходы, комплексная система психотерапии при ПТСР освещены сотрудниками кафедры. Рассматривались также вопросы профессионального образования и подготовки специалистов для работы с больными данного профиля. В ходе семинара проведен обмен опытом работы, в котором принимали участие специалисты органов социальной защиты, УИН, УВД, реабилитационных центров различных учреждений. Большое внимание было уделено вопросам взаимодействия различных образовательных медицинских, социальных, правительственных учреждений при разработке единых подходов к реабилитации больных ПТСР и подготовке квалифицированных специалистов для оказания адресной помощи.

Предложены к реализации конкретные мероприятия по интеграции обучения специалистов данного направления (с участием клинических кафедр ПИУВ МЗ РФ и кафедры социологии и социальной работы ПГПУ) и обеспечению методической литературой врачей, клинических психологов, социальных работников области.

Литература:

1. Краснянский А.Н. ПТСР (обзор литературы). // Синтаксис, 1993, № 3.

2. Русский медицинский журнал 1996, т.3, № 11, Александровский Ю.А. Социальные стрессовые расстройства, Никонов В.П. и соавт. НИИ МВД Особенности психологической адаптации сотрудников МВД, не-сущих службу в районах вооруженных конфликтов
3. Котенев И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел. Метод.пособие, М., 1997.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психологические расстройства. М., 2000.
5. Сидоров П.И., Литвинцев С.В. Психическое здоровье ветеранов афган-ской войны. М., 1999.
6. Руководство по социальной психиатрии. М., 2001г., под ред. Дмитрие-вой Т.Б. глава "Психиатрия чрезвычайных ситуаций".
7. Психиатрия и общество. Сб.научных работ, посвященный 80-летию ин-ститута им. В.П.Сербского. М., 2001.

ОПЫТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ПИУВ МЗ РФ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В.М.Николаев, М.Г.Архангородский. В.Н.Сгибов, В.В.Орлов

Кафедра психотерапии и наркологии.

Областная психиатрическая больница им. К.Р.Евграфова.

Научно-практический центр "Психотерапия"

Кафедра наркологии организована в 1981 г. (зав.кафедрой, д.м.н., профессор В.А.Дереча), а в 1991 г. переименована в кафедру психотерапии и наркологии (зав.кафедрой, доцент В.М.Николаев). Пензенская психотерапевтическая служба одна из старейших в СССР была организационно оформлена в 1983 г. (главный внештатный психотерапевт МЗ В.Н.Сгибов). Последние 15 лет отмечены тесным научно-практическим сотрудничеством кафедры и клинических психотерапевтических отделений Областной психиатрической больницы (ОПБ) им. К.Р. Евграфова (главный врач Л.М.Лебедев).

Осуществлялась совместная научно-практическая деятельность в клиническом, лечебном, медико-философском, валеологическом, психо-профилактическом, методологическом аспектах, а также в области инте-гральной медицины (гомеопатический, физиотерапевтический, метод аку-пунктуры, диетология).

На первых этапах сотрудничества основное внимание в научных ис-следованиях и их практическом применении уделялось организационным аспектам. Была создана система поэтапной психотерапевтической помощи

населению: психотерапевтические кабинеты городских поликлиник и ЦРБ, психотерапевтический кабинет диспансерного отдела ОПБ, дневной стационар, два психотерапевтических отделения.

С самого начала был взят курс на освоение основных клинико-психотерапевтических направлений: психодинамическое (включая лично-относительно ориентированную психотерапию), экзистенциально-гуманистическое и бихевиоральное. За этот период были внедрены в практику здравоохранения рационализаторские предложения по дифференцированным режимам лечения и лечебным стационарным программам. Апробировались оптимальные схемы лечения пациентов исходя из разработки био-психо-социальной и клинико-диагностической модели для больных с невротическими расстройствами. Совместно с психологической лабораторией ОПБ одними из первых в России были внедрены методы компьютерного многостороннего исследования личности и психических процессов (И.Н.Абезгауз, Ю.Б.Карпов, В.А.Лапин).

Не ограничиваясь традиционной психофармакотерапией и физиотерапией, сотрудники кафедры и врачи психотерапевты внедряли в практику разработанные нами методы электросна – электрофорез с оксибутиратом натрия и физио-нарко-гипнотерапии (рационализаторские предложения). В результате научных разработок в практику внедрены методы эмоционально стрессовой гипнотерапии, наркопсихотерапии, патогенетической психотерапии, методы психической саморегуляции. С учетом конституционального подхода внедрялись методы изучения характерологических особенностей с позиции учения об акцентуациях характера (К.Леонгард) и с разработкой дифференцированных психотерапевтических программ для каждой группы пациентов. На следующем этапе развития психотерапевтической службы актуализировалась потребность в современных методах групповой психотерапии на основе лично-относительно ориентированной психотерапии. За короткий период введены в практику методы трансактного анализа, гештальт-психотерапии, психодрама по Морено, музыкотерапия и библиотерапия. В последующем с позиций холистического подхода внедрены трансперсональной и телесно - ориентированной психотерапии, НЛП, эриксоновский гипноз, арт-терапия.

По запросу практического здравоохранения разработана уникальная программа реабилитации наркозависимых пациентов, которая построена не только с клинических позиций, но и с учетом индивидуального личностного фактора, что практически не встречается в работе наркологических служб. На основании полученных результатов разработаны новые методологические подходы к лечению наркоманий и предложены российскому здравоохранению на организованной нами Всероссийской конференции "Современные проблемы психотерапии и реабилитации" (2001 г.).

В настоящее время актуальной является разработка интегральных

методов психотерапии в свете системного подхода к личности с позиций транкультурального подхода и психосоматических корреляций. Несомненно, представляют интерес сравнительные исследования академического конституционального подхода с типологиями классической гомеопатии, антропософской медицины и другими медико-философскими школами.

Одной из первых в России психотерапевтическая служба Пензенской области переходит на современный бригадный подход к лечению (психотерапевт - медицинский психолог - социальный работник). В рамках развития этого направления создан реабилитационный дневной стационар для лечения психически больных, где важное место занимают методы психотерапии, медико-психологической коррекции и социотерапии. Это отражает современную тенденцию развития и гуманизации психиатрической помощи в духе "Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (1992 г.).

Дальнейшее совершенствование психотерапевтической помощи пограничному контингенту больных нашло выражение в создании функционального психотерапевтического центра, объединяющего на основе глубокой преемственности работу амбулаторного психотерапевтического кабинета, дневного стационара для больных с невротами и психотерапевтических отделений (главный врач ПОПБ им.К.Р.Евграфова А.Д.Мерзликин)

Ценным опытом развития внебольничной психотерапевтической помощи явилось создание научно-практического центра "Психотерапия" (директор, д.м.н. В.Н.Сгибов), что положительно сказалось на имидже психотерапевтической службы. Совместная научно-практическая деятельность кафедры психотерапии и наркологии ПИУВ МЗ РФ и психотерапевтической службы получила высокую оценку со стороны Главного психотерапевта МЗ РФ, председателя Российской психотерапевтической ассоциации, Заслуженного деятеля науки, профессора Б.Д.Карвасарского, который представил предложение-ходатайство в адрес МЗ РФ о преобразовании ОПБ им. К.Р.Евграфова в клиническую больницу.

РОЛЬ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ В ИНТЕГРАТИВНОЙ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. К.Р.ЕВГРАФОВА И ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ РФ

В.М.Николаев, А.И.Бусыгин

Кафедра психотерапии и наркологии.

Областная психиатрическая больница им. К.Р.Евграфова

Областная психиатрическая больница им. К.Р.Евграфова на протяжении многих лет является клинической базой кафедр психиатрии и психотерапии и наркологии Пензенского института усовершенствования врачей Министерства здравоохранения Российской Федерации. Результатом длительного и эффективного сотрудничества является успешное развитие психиатрической службы не только по традиционным направлениям, но и через научную ассоциацию врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов, которая выполняет присущие именно ей специфические задачи. Так как главной задачей ассоциации является содействие в совершенствовании психиатрической, наркологической и психотерапевтической помощи населению Пензенской области, она дополняет лечебно-диагностический, научный и педагогический процессы в больнице и институте.

Ассоциация принимает активное участие в разработке программ здравоохранения и межведомственных программах в области психиатрии, наркологии и психотерапии. Реализуя Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" с 1995г. функционируют целевые программы по психиатрии "Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи", которые утверждались Постановлениями Главы Администрации, Губернатором Пензенской области. В 1998г. по наркологическим проблемам разработана и выполнена межведомственная программа по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту на 1998-2000гг., утвержденная Постановлением Губернатора Пензенской области от 21.09.98г. за №576. В настоящее время реализуются Постановление Губернатора от 23.11.01. №571 "Об утверждении решения межведомственной комиссии при Правительстве Пензенской области по противодействию немедицинского употребления наркотиков" и "Об организации межведомственного взаимодействия по профилактике наркомании, лечению и реабилитации наркозависимых в Пензенской области", Постановление Правительства Пензенской области от 03.11.02. №506 "О ходе выполнения программы комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Пензенской обл. в 2002-2003 г.г. и о перспективах ее

реализации в 2003-2005гг." Такое сотрудничество с властными структурами позволило стабилизировать ситуацию с распространением наркомании в Пензенской области.

Существует междисциплинарная разобщенность трех самостоятельных, но смежных дисциплин; психиатрия, наркология, психотерапия. Ассоциация выполняет интегративную функцию взаимодействия специалистов, что нашло отражение в организации бригадных форм оказания психиатрической помощи. Разрабатывается очень важный раздел совместной работы специалистов психотерапии в психиатрии.

Ассоциация постоянно уделяет внимание передовым научно-практическим разработкам ведущих институтов страны и использует опыт врачей практической медицины других территорий для улучшения медицинской помощи населению Пензенской области. В частности, врачи ассоциации принимают активное участие в проведении съездов, Всероссийских семинаров и совещаний, проводимых Всероссийским обществом психиатров, ассоциированным членом которого является ассоциация Пензенской области. Активное участие представителей ассоциации в подобного рода мероприятиях позволило включить Пензенскую область в отраслевую программу "Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации" (2003 - 2008г.г.) с реальным финансированием программы. Участие Пензенской делегации во Всероссийской научно-практической конференции в 2003г в г. Тамбове помогло переоценить роль психосоциальной работы в реабилитации больных и приступить к реализации подобной программы на территории Пензенской области. Благодаря таким коммуникативным связям, в практику Пензенского здравоохранения внедряются передовые технологии лечения больных наркоманиями, алкоголизмом, психосоматическими заболеваниями и психическими расстройствами. За последние 3 года внедрены: антаксоновая программа при лечении наркомании, современные антидепрессанты с серотонинэргической направленностью действия, психофармакологические препараты третьего поколения (атипичные нейролептики) при алкоголизме, наркомании и других психосоматических и психических расстройствах. На уровне ассоциации осуществляется межведомственное взаимодействие с образовательными учреждениями, правоохрательными органами, социальными службами, психологическими структурами и т.д. Совещание по современным формам оказания помощи больным с посттравматическими стрессовыми расстройствами, проведенное в феврале 2003г, позволило определить и наметить развитие приоритетных вопросов в этой области, их обсуждение и внедрение в практическую деятельность. Так, традиционно на заседаниях ассоциации рассматриваются вопросы состояния и перспективы развития специализированных служб, подготовленные главными врачами и главными специалистами. Опытные кафедральные

сотрудники, особенно профессор Ялдыгина А.С., постоянно инициируют внедрение новых методов диагностики и терапии психически больных, что находит отражение в совместных публикациях материалов по депрессиям, дистимиям, современным методам психофармакотерапии и психотерапии, реабилитации психических и наркологических больных, вопросам медико-социальной экспертизы и многие другие.

Ассоциация в определенной мере способствует стимуляции научных исследований и подготовке научных кадров. Ежегодно на общих научных конференциях заслушивается от 15 до 20 докладов по вопросам психиатрии, наркологии и психотерапии, в том числе по диссертационным работам двух кафедр института усовершенствования врачей. В 2002г. проведена очередная ежегодная 17-я Областная научно-практическая конференция по "Актуальным вопросам в психиатрии, наркологии и психотерапии" под эгидой ассоциации. Издано 17 сборников научных трудов. Врачи практического здравоохранения реализуют свой опыт научно-практических исследований и участвуют в научных разработках сотрудников кафедр. Ассоциация помогает формировать у врачей интерес к научным исследованиям.

Эта деятельность ассоциации тесно связана с учебой медицинских кадров, что реализуется не только через постдипломную переподготовку, специализацию и аттестацию врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов, а так же при проведении совместных клинических конференций.

Всероссийским обществом психиатров принят кодекс этического и морально-нравственного поведения врача при оказании помощи контингентам психически больных. Ассоциация решает эти вопросы через этическую комиссию, созданную в 2001г. Вопросы этики и деонтологии тесно переплетаются с социально-правовыми аспектами законодательства в здравоохранении. В частности, ст. 16 Закона "О психиатрической помощи..." гарантирует больным социально-правовую помощь, однако на практике юрисконсульты больниц занимаются правовым обеспечением учреждения и занимают в спорных вопросах позицию специалистов больниц, а не больного. В ситуациях конфликта между администрацией и специалистом учреждения правовое регулирование спорных вопросов реализуется через ассоциацию.

Таким образом, ассоциация и ее интегративная деятельность являются эффективной организационно-правовой формой, которая способствует совершенствованию оказания помощи больным с психическими расстройствами.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

*Н.В.Позднякова, И.П.Татарченко, О.И.Морозова, А.Ю.Петранин,
Е.А.Гаврилова*

Кафедра терапии-1. Кафедра терапии-2. Медико-санитарная часть №59

Цель: изучить динамику показателей сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ) и данных холтеровского мониторирования ЭКГ у больных острым инфарктом миокарда.

Материал и методы: в исследование включены 59 больных с острым инфарктом миокарда (13 женщин и 46 мужчин), средний возраст $53,8 \pm 6,7$ лет. Динамическое наблюдение - 32 месяца, начиная с блока интенсивной терапии. СУ-ЭКГ регистрировали при поступлении больных в стационар, затем на 3-е, 7-е, 14-е и 21-е сутки от начала развития инфаркта миокарда. В те же сроки регистрировалась ЭКГ в 12 отведениях. Холтеровское мониторирование ЭКГ выполняли на 2-3-е и 14-е сутки от момента госпитализации. Контрольный анализ параметров осуществляли с периодичностью 1 раз в 3 месяца, при необходимости – чаще.

Результаты: ППЖ отмечены у 33 пациентов (56%) в остром периоде инфаркта миокарда. Нижняя локализация ИМ обуславливала достоверно большую частоту регистрации ППЖ по сравнению с передней, соответственно 33,8% и 22%, при $p < 0,05$. В конце госпитального периода значимых различий по частоте регистрации ППЖ у больных передним и нижним ИМ не отмечено: 15% и 21,2% соответственно. Патологические показатели СУ-ЭКГ выявлялись у пациентов с обширным очаговым процессом - в 45,8% случаев, с мелкоочаговым ИМ - в 10,2%. В остром периоде ИМ отмечена неустойчивость параметров СУ-ЭКГ, стабилизация показателей - на 14-21-е сутки. В течение первого года наблюдения на фоне антиангинальной терапии нормализация показателей СУ-ЭКГ - у 20 больных (60,6%), при $p < 0,05$. У больных ОИМ с ППЖ в сравнении с пациентами с нормальными показателями СУ-ЭКГ выявлены достоверно чаще постинфарктная стенокардия, соответственно, 45,4% и 23% ($p < 0,05$), желудочковые нарушения ритма - 84,8% и 57,6% ($p < 0,05$). Летальность в группе больных с ППЖ 42%, у пациентов без ППЖ она составила 15,4%.

Вывод: поздние потенциалы желудочков в сочетании с холтеровским мониторированием ЭКГ с большей достоверностью позволяют определить тяжесть функционального состояния больного острым инфарктом миокарда, тактику лечения и прогноз.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА

*Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, И.П.Татарченко, Е.А.Гаврилова,
А.Ю.Петренин*

Кафедра терапии-1. Кафедра терапии-2. Медико-санитарная часть №59

В клинической практике общепринято применение нагрузочных проб для выявления скрытой коронарной недостаточности в сомнительных случаях. При выполнении физических нагрузок состояние вегетативной регуляции сердца играет особую роль. Величина нагрузки и сердечный ритм – это два показателя с наибольшей условно динамической связью. Их взаимозависимость у здорового индивида может измениться лишь при жестком и длительном тренинге либо из-за динамики патологического процесса. Следовательно, сердечный ритм и его показатели, степень их изменений при дозированных нагрузках являются значимыми в оценке адаптивного обеспечения.

Целью работы явилось изучение вариабельности сердечного ритма (ВРС) при велоэргометрии (ВЭМ) у больных с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы исследования: Пробу с физической нагрузкой провели у 17 больных с АГ и 10 пациентов контрольной группы (здоровые лица). У 12 пациентов выявлена АГ I ст., у 5 - II ст. Комплекс обследования включал стандартную ЭКГ в 12 отведениях, нагрузочный тест (ВЭМ), эхокардиографию, временной и спектральный анализ ВРС.

Результаты исследования. У здоровых лиц при выполнении нагрузочного теста отмечено укорочение R-R интервала и уменьшение SDNN, SDNN index, rMSSD. При прекращении нагрузки повышение интервалов R-R находилось в пределах $68 \pm 23,4$ с, парасимпатические волны присутствовали на всех ритмограммах, менялась лишь их амплитуда, с тенденцией к повышению спектра HF-волн в период восстановления. Данную группу характеризует хорошая переносимость физической нагрузки, высокая работоспособность при хороших гемодинамических показателях. Объем выполненной работы (ОВР) составил 1025 ± 24 Вт, время нагрузки – $12,8 \pm 1,1$ мин, пороговая мощность – 120 ± 15 Вт.

После физической нагрузки ритм сердца в группе пациентов с АГ изменялся следующим образом: у 12 пациентов из 17 значительно удлинен восстановительный период; количественные параметры SDNN, rMSSD сохранялись на предельно низких значениях, доля гуморального воздействия на синусовый ритм преобладала над парасимпатическим рефлекторным влиянием, нарушено соотношение LF/HF. «Двойное произведение» составило $262 \pm 2,1$ усл.ед., время физической нагрузки $10,2 \pm 0,9$

мин. Лишь к 20 мин показатели ВРС вернулись к исходным значениям, соответственно на высоте нагрузки и спустя 20 мин восстановительного периода: LF/HF с $3,57 \pm 0,7$ усл.ед. до $1,48 \pm 0,9$ усл.ед., SDNN с $22 \pm 5,4$ мс до $36,4 \pm 4,3$ мс, rMSSD с $15 \pm 1,1$ мс до $20,6 \pm 1,2$ мс. У 5 из 17 пациентов реакция показателей ВРС на нагрузку была расценена как отрицательная. Величина «двойного произведения» составила у этих больных 198 ± 14 усл.ед., время нагрузки $6,8 \pm 0,9$ мин. У данных больных отмечен ригидный (стабилизированный) синусовый ритм (SDNN - 9-11мс, rMSSD – 8-9мс, SDNN index - 3-4мс) с отсутствием реакции на нагрузочную пробу, что свидетельствует о полной фармакологической вегетативной блокаде. Отрицательная реакция показателей ВРС на физическую нагрузку у пациентов с «вкопанным» ритмом (5 пациентов) коррелировала с неблагоприятным клиническим прогнозом - развитием хронической коронарной недостаточности: у 2 пациентов в течение 20 месяцев наблюдения диагностирован инфаркт миокарда, у 1 пациента отмечено быстро прогрессирующее течение с развитием крупноочагового инфаркта и летальным исходом.

Таким образом, тест с физической нагрузкой при динамическом анализе количественных показателей ВРС необходимо применять для определения вегетативной реактивности с целью оценки адаптационного резерва у пациентов с АГ.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НИР КАФЕДРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

Р.П.Савченко, И.К.Сторожук, В.С.Иванова, И.В.Гордюшина

Кафедра клинической лабораторной диагностики

Научно-исследовательская работа кафедры клинической лабораторной диагностики на протяжении ряда лет связана с изучением клинко-лабораторных проявлений и морфо-функциональной оценки экологически обусловленной патологии у жителей города Пензы и области. За этот период удалось провести анализ состояния кариотипа и здоровья жителей Пензенской области, разработать адаптированные скрининговые анкеты для мониторинга состояния здоровья, адаптации, предболезни и болезни, создать диагностические программы заболеваний почек и печени, опубликовать результаты исследований в открытой печати, выпустить серию методических рекомендаций и пособий, монографию, получить Патент РФ на изобретение, активно участвовать с пропагандой своих научных разработок на областных, Российских и Международных конгрессах, съездах, симпозиумах и конференциях.

На генотип человека и на ранние проявления мультифакториальных

заболеваний влияют достижения современной цивилизации (химические соединения, пестициды, гербициды, лекарственные препараты), повышение естественного уровня радиации, загрязнение окружающей среды радионуклидами (1-5 кюри/км² в отдельных районах Пензенской области).

В результате неблагоприятных воздействий происходит срыв адаптационных процессов на уровне клеток, органов, систем, возникает болезнь. Проведена работа, определяющая состояние генотипа и адаптивности здоровья детского и взрослого населения. Установлена ежегодная (до 33,8%) выявляемость болезни Дауна среди пробандов и тенденция увеличения нестабильных перестроек в кариотипе. Фенотипические признаки, наследственные и мультифакториальные заболевания в популяции не превышают среднестатистических по Российской Федерации, но необходимо отметить, что мультифакториальные заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.) чаще встречаются как в среднем возрасте, так и в молодом возрасте. Монография "Диагностические и лабораторные подходы в медицинской генетике" представила эти данные, а также предложила собранные воедино простые и доступные методы биохимического обследования детей при медико-генетическом консультировании, которые внедрены в работу Областной детской больницы им. Н.Ф. Филатова г.Пензы и медико-генетической консультации г. Майкопа [Савченко Р.П., Иванова В.С., 2000].

Впервые разработан и предложен системно-симметричный способ оценки состояния адаптивности организма ребенка [Савченко Р.П., Карташева Н.С, Петренко А.Г., Демехина Л.А., 1999]. Этот неинвазивный способ экспресс-диагностики состояния здоровья детей упрощает и ускоряет выявление нарушений адаптации по сравнению с традиционными методами (Патент РФ №2143219), так как исследования констатируют, что у детей социально-незащищенных групп от 3 до 7 лет адаптационные механизмы находятся в состоянии перенапряжения. На основе метода разработаны для интернатных учреждений рекомендации, которые были внедрены в Доме ребенка, в городском детском санатории "Солнышко" и доложены на научно-практическом обществе врачей-педиатров. Данные, полученные при количественной оценке состояния здоровья детей, могут служить основой для создания компьютерного паспорта здоровья ребенка в детских учреждениях. Результаты работы используются в учебном процессе кафедры клинической лабораторной диагностики и курса поликлинической педиатрии ПИУВ МЗ РФ.

Впервые с использованием метода системного подхода и системного анализа разработаны диагностические алгоритмы и программы, позволяющие оценить функциональное состояние печени при хронических гепатитах и циррозах, а также степень поражения клубочкового аппарата у больных хроническим пиелонефритом и гломерулонефритом. Впервые

определены прогностические значимые признаки и синдромы при данных заболеваниях, помогающие установить у взрослых людей напряжение адаптационных возможностей организма или их истощение [Савченко Р.П., Сторожук И.К., 1999 ; Савченко Р.П., Махорина Т.В., 1997; Сторожук И.К., 1999]. Предложенные методические подходы значительно расширяют возможности лабораторной диагностики интоксикационного синдрома и иммунокомплексного воспаления у больных хроническими гепатитами и циррозами печени как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, а также при массовых скрининговых обследованиях. Разработанные алгоритмы были внедрены в ЛПУ г.г. Пензы, Майкопа, Липецка, Ростова-на-Дону, Анапы. Основные положения работ используются в учебном процессе кафедры.

Высокая медико-социальная значимость патологии обусловлена распространенностью заболеваний почек, составляющих до 10% взрослого трудоспособного населения. В патогенезе этих заболеваний уделяется особая роль мембранодеструктивным процессам в клетках и зависит от состояния антиоксидантной системы. Исследования показали, что одной из возможных причин прогрессирования хронического пиелонефрита и хронического гломерулонефрита явился неадекватный ответ белкового звена антиоксидантной системы. Длительно существующая функциональная нагрузка на антиоксидантную систему в условиях липопероксидации приводит к глубокому дефициту как белкового, так и липорастворимого звена. Это способствует дальнейшему прогрессированию заболеваний и развитию хронической почечной недостаточности.

Впервые на основании результатов клинической апробации в условиях стационара показана возможность использования мембраносберегающих и антиоксидантных препаратов у больных с заболеваниями почек, которым был назначен новый отечественный препарат цитофлавин фирмы "Полисан". Разработаны практические рекомендации для применения антиоксиданта с учетом новых сторон его фармакологического действия. Для учебного процесса ценными явились разработанные информативно-прогностические лабораторные тесты, позволяющие оценивать метаболические нарушения. Методы и диагностические программы внедрены в клинико-диагностических лабораториях, отделениях нефрологии и гемодиализа ЛПУ г. Пензы, а также в клинико-диагностической лаборатории Областного онкологического диспансера (Гордюшина И.В., 2002; Савченко Р.П., Гордюшина И.В., 2003).

Внедрение в клиническую лабораторную диагностику современных технологий требует неукоснительного выполнения всех этапов контроля качества: преаналитического, аналитического и постаналитического. Ошибки, возникающие на любой стадии лабораторного исследования, могут его обесценить.

Деятельность лаборатории должна осуществляться в строгом соответствии с требованиями, процедурами и нормативными документами, в том числе по контролю качества лабораторных исследований. Кафедра имеет опыт подготовки "Руководства по контролю качества клинических лабораторных исследований" для врачей Областной детской больницы им. Н.Ф.Филатова. В выпущенном руководстве сформулированы основные положения, регламентирующие работу лабораторной службы, требования к специалистам клиничко-диагностических лабораторий по выполнению контроля качества (Савченко Р.П., Михалкина О.П., Ерошин Г.Л., 2002). Руководство внедрено в работу клиничко-диагностической лаборатории больницы и в учебный процесс кафедры.

С 1999 года на кафедре подготовлены и защищены пять кандидатских диссертации врачами из практического здравоохранения, подготовлено восемь методических и учебных пособий, имеется 52 акта внедрения и 5 рационализаторских предложений. Сотрудники кафедры активно участвуют в работе научно-практического общества специалистов клинической лабораторной диагностики.

На кафедре разработаны медико-экономические стандарты для ЛПУ города. Кафедра совместно с РМАПО принимала участие в создании федеральных аттестационных тестов третьего поколения по специальности "Клиническая лабораторная диагностика" для Российской Федерации.

Научно-исследовательская, учебная, методическая и лечебная работа сотрудников кафедры клинической лабораторной диагностики направлена на освоение новых технологий, модернизацию методов исследования и внедрение их в практику здравоохранения, дальнейшее проведение научного поиска и совершенствование современного образовательного процесса.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАЗВИТИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПРИ ГЕСТОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

***Р.П.Савченко, И.И.Кухтевич, М.С.Рылеева, Г.Б.Перестань,
А.Н.Овчарников***

Кафедра клинической лабораторной диагностики. Кафедра неврологии.
Городская больница им. Н.А.Семашко

Проблема рождения здорового поколения не может быть решена без многопрофильного наблюдения за беременной женщиной и своевременной коррекции различного рода нарушений течения беременности.

Основным патогенетическим механизмом развития гестоза является срыв адаптационных механизмов, способных изменить работу всех орга-

нов и систем беременной женщины к условиям для вынашивания здорового ребенка [5]. При этом на передний план выходят социальные проблемы, провоцирующие болезни стресса, экологически неблагоприятные факторы, снижение уровня культуры здоровья [8], хотя имеют значение наследственная предрасположенность, поздний возраст, отягощенный акушерский анамнез, соматическая патология.

При гестозе инвазия трофобласта в материнские спиральные артерии по неустановленным причинам не охватывает миометральный сегмент спиральных артерий, как это бывает при нормальной беременности, а ограничивается только децидуальным участком. В стенке сосудов остаются гладкомышечные волокна, которые воспринимают стимулы вазоактивных веществ, реагируя на них так же, как и другие сосуды - спазмом и дилатацией. Создаются условия для повышения проницаемости в микроканалы плаценты плодовых антигенов. Таким образом «запускается» аутоиммунный механизм, провоцирующий изменения во всех органах и системах организма беременной женщины [14].

При подобном состоянии в первую очередь реагирует эндокринная система [10]. Развивается угнетение функции надпочечников, уменьшается количество адреналина, что находит отражение в состоянии вегетативной нервной системы. В данном случае исследования вегетативной нервной системы в динамике может «сигнализировать» о неблагополучии в организме в максимально ранние сроки еще до проявления субъективных жалоб. Об этом свидетельствуют патологический характер глазосердечного, ухо-сердечного, ортостатического и солярного рефлексов. Признаки вегетативной дисфункции находятся в прямой зависимости от функции симпатико-адреналовой системы [1,4,7,11,12,13].

Также угнетена функция щитовидной железы при гестозе, вследствие чего снижается уровень основного обмена, нарастает гипоксия и ацидоз. Снижается активность и поджелудочной железы: уменьшается депонирование углеводов в печени и тканях. Так как поздний токсикоз развивается на фоне гипоксии и гипоксемии, возникающая гипергликемия может сопровождаться нарушением метаболизма углеводов и жиров с образованием токсичных продуктов обмена и свободных кислот.

Все это приводит к дезорганизации систем организма. В печени происходит нарушение альбуминообразующей функции - снижается общее содержание белка при относительном увеличении глобулинов. Одновременно наблюдается потеря белка почками. Нарушение белкового состава влечет за собой другие изменения: повышается проницаемость мембран (в том числе и гематоэнцефалического барьера), снижается транспортная функция крови [2,3]. Кроме того, нарушается рецепторная функция белков: известно, что белки обладают выраженной рецепторной функцией, связывая до 82% гидрокортизона, 85% ДОКСА, до 99% эстрадиола и ти-

роксина.

Создается «порочный круг» для развития интоксикоза, углубления степени гипоксии.

Вазоспазм является одним из наиболее частых патогенетических симптомов позднего токсикоза беременных [10]. В регуляции сосудистого тонуса принимает участие многозвеньевая система, в которой значимы спинальные центры, внутриорганный иннервация и рецепторные белки гладкомышечных клеток. При позднем токсикозе увеличивается в тканях количество серотонина [1]. Все это провоцирует развитие спазма артериол, расширение вен, приводящего к увеличению периферического сопротивления. Нарушения периферического кровообращения в сочетании с периваскулярным отеком тканей изменяют метаболические процессы в тканях, в том числе головного мозга.

Таким образом, уже при гестозе средней степени тяжести в неврологическом статусе имеют место признаки энцефалопатии, рассеянной микросимптоматики. Об этом свидетельствует лабильность настроения, усиление степени тревоги, астения [11], жалобы на общую слабость, чувство разбитости. Объективно определяется патологический характер вегетативных проб. Можно выявить недостаточность VII пары черепно-мозговых нервов, глазодвигательных нервов, снижение конвергенции, установочный нистагм, оживление периферических сухожильных и периостальных рефлексов. Все вышеуказанные симптомы могут носить непостоянный характер, регрессируя и нарастая. При усилении интоксикоза жалобы беременных женщин становятся более конкретными: появляется головная боль, тошнота, нарушение зрения, боль в эпигастрии (соляралгия). В неврологическом статусе четко определяются стволовые симптомы, часто - пирамидная недостаточность. В тяжелых случаях развивается судорожный синдром, коматозное состояние [1,7].

Лабораторные показатели крови также свидетельствуют о прогрессировании метаболических нарушений. В клиническом анализе крови отмечается снижение уровня гемоглобина, увеличивается СОЭ, количество тромбоцитов умеренно снижается, увеличивается абсолютное число лейкоцитов [6]. Интегральные показатели крови отражают степень интоксикоза. Индекс стресс-реакции склонен к нарастанию при легком и средне-тяжелом гестозе, в то время как при эклампсии снижается в 98,5% до нормальных цифр. Индекс инфицированности имеет аналогичную динамику развития. Общий индекс, свидетельствующий о преобладании аутоиммунного процесса, в 94% случаев пропорционален степени тяжести гестоза.

Таким образом, в патогенезе гестоза участвуют все органы и системы беременной женщины и изменения в неврологическом статусе являются частью общей картины полиорганной недостаточности. Нервная

система одна из первых реагирует на «неблагополучие» в организме, давая возможность оценить статус объективно. Это имеет значение для своевременного прогноза течения гестоза, а также позволит косвенно оценить адаптационные возможности организма в целом.

Литература:

1. Алифорова В.Ф. Неврологические осложнения при поздних токсикозах беременных. – Киев, Здоровье, 1982.
2. Ветров В.В. Экстрагенитальные заболевания и гестоз. // Акушерство и гинекология, 2001г. - №4.
3. Ветров В.В., Бутаев Г.К. Синдром эндогенной интоксикации при позднем гестозе (обзор литературы). // Журнал акушерства и женских болезней, 2000г. – т.49, №1.
4. Гудков Г.В., Поморцев А.В., Федорова А.В. Комплексные исследования функционального состояния вегетативной нервной системы у беременных с гестозом. // Акушерство и гинекология, 2001г. - №3.
5. Гусак Ю.К., Лазарева Ю.В., Морозов В.Н., Скирда Г.И. Психонейроиммунологические особенности адаптивных механизмов при нормально протекающей беременности. // Вестник новых медицинских технологий, 2000г. – т.7, №3/4.
6. Деев А.С., Буршинов А.О., Захарушкина И.В., Карпиков А.В. О застойных дисках зрительных нервов у беременных. // Вестник офтальмологии, 1993г. – т.109, №1.
7. Деев А.С. Болезни и дисфункции нервной системы при беременности и в послеродовом периоде: (сборник научных работ), Рязань, издательство РГМУ, 1994г.
8. Егорова И.П. Состояние здоровья у беременных женщин как отражение экологической ситуации. // Здравоохранение Российской Федерации, 1996. - №3.
9. Кулаков В.И. Лабораторное обеспечение гестационного процесса. // Клиническая лабораторная диагностика, 1995г. - №6.
10. Малахова Е.И., Лопухин В.О., Долгов А.М. Взаимообусловленность нейроэндокринных и иммунных нарушений в патогенезе гестоза у беременных с гипертонической болезнью. // Акушерство и гинекология, 1993г. - №3.
11. Рыжков В.Д. Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин. // Медицинская помощь, 1996г. - №3.
12. Ситарская М.В. Состояние вегетативной нервной системы у беременных с поздним гестозом. // Казанский медицинский журнал. – 1997г. – т.78, №6.

13. Шехтман М.М., Елохина Т.Б. Прогнозирование позднего токсикоза у беременных по клиноортостатической пробе с записью ЭКГ. // Акушерство и гинекология, 1996г. - №1.
14. Шифман Е.М. Преэклампсия-эклампсия: интенсивная терапия и профилактика. Материалы семинара анестезиологов и реаниматологов 1994г., Петрозаводск, 1994.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

А.И.Сафронов

Лаборатория медицинской информатики

Экономические проблемы, связанные с организацией, внедрением и использованием дистанционных образовательных технологий (ДОТ), сложны, требуют решения, а также участия в их разрешении заинтересованных сторон и предполагают двусторонние затраты.

Затраты со стороны института, связанные с организацией и внедрением ДОТ, включают:

1. приобретение технических средств (компьютеры, необходимые программные средства, сканеры, принтеры, CD-rider, мультимедийный проектор, цифровые фото- и видеокамера, диктофон и др.);
2. постоянное приобретение расходных материалов (бумага, картриджи, дискеты, CD-диски и др.);
3. подписка на информационное обеспечение государственной научной центральной медицинской библиотеки (ГЦНМБ);
4. оплата доступа в Интернет и за выделенный канал связи;
5. создание собственного сайта в Интернет;
6. обучение преподавателей и технического персонала;
7. интеллектуальный вклад преподавателей;
8. создание центра по дистанционным образовательным технологиям в институте.

Затраты со стороны лечебно-профилактических учреждений здравоохранения:

1. приобретение технических средств (компьютер с возможностью выхода в Интернет);
2. оплата доступа в Интернет (максимум 30 часов за цикл);
3. подготовка тьютора на очередном цикле;
4. оплата командировочных расходов преподавателям (так, например, подсчеты командировочных расходов для 20 врачей ЛПУ г.

Саранска свидетельствуют о следующем соотношении затрат на проведение бюджетного цикла в 144 часа: обычный цикл на базе ПИУВ МЗ РФ – **35800** руб.; выездной очный цикл – **6160** руб.; цикл с использованием ДОТ – **280(!)** руб.);

Таким образом, затраты здравоохранения на проведение циклов с использованием ДОТ в итоге оказываются значительно ниже обычных, в то время как затраты института резко возрастают за счет первоначального вложения средств на создание центра ДОТ. По нашему мнению, это противоречие возможно решить путем привлечения средств для оплаты расходов по созданию институтского центра ДОТ со стороны практического здравоохранения. Тем более, основная часть этих затрат преимущественно единовременная. Однако попытки убедить в этом организаторов здравоохранения в настоящее время не имели успеха.

В то же время, дополнительные затраты на создание центра ДОТ и его полноценное функционирование (включая интеллектуальные вложения преподавателей центра) могут быть возвращены институту при проведении циклов на хозрасчетной основе.

МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

А.И.Сафронов, Д.В.Осинькин

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.
Лаборатория медицинской информатики

В процессе проведения экспериментальных циклов с использованием дистанционных образовательных технологий (ДОТ) нами отработано несколько вариантов их практического внедрения. Наиболее удобной для наших условий оказалась следующая схема.

Первая неделя - очная часть цикла. За эту неделю преподаватели читают лекции, проводят семинарские занятия, при необходимости проводится и часть практических занятий. В это же время слушатели под руководством преподавателей осваивают работу с тестирующей программой "Аттестатор", преподаватели оценивают базовые знания слушателей. В целом на это затрачивается 42 учебных часа аудиторных занятий.

Три последующие недели - дистанционная часть цикла. Слушатели занимаются преимущественно самостоятельно под руководством тьютора. Еженедельно слушатели получают одну так называемую "порцию" учебного материала по электронной почте. В состав этой "порции" входит: три тематические лекции, два компьютерных учебника, два учебных пособия для практического использования, 200 тестовых заданий по теме занятий

для работы в обучающем режиме, ответы на вопросы слушателей. Результаты работы каждого слушателя с учебным материалом тьютор высылает преподавателю кафедры в конце каждой недели по электронной почте. Помимо этого преподаватели еженедельно получают от своих слушателей вопросы по конкретным разделам программы.

Пятая неделя - очная часть цикла. На эту неделю преподаватели вновь приезжают на рабочие места своих слушателей, проводят семинарские занятия, читают лекции. В конце цикла проводится итоговый экзамен (тестовый контроль, оценка практических навыков, оценка врачебного мышления). Структура цикла представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Структура цикла с использованием ДОТ

Наименование составляющих цикла	Проведение занятий	Количество недель	Учебных часов
Очная часть цикла	Лекции и семинары	1 неделя	42
Дистанционная часть цикла	Самостоятельная работа слушателей на опорном пункте	3 недели	54 (18 часов в неделю)
Очная часть цикла	Лекции и семинары	1 неделя	42
Очная часть цикла	Итоговый экзамен		6
Итого		5 недель	144

Таким образом, дистанционная часть цикла во многом зависит от работы тьютора. Обычно в качестве тьютора мы используем врача отделения, в котором предполагается проведение цикла. Этот врач предварительно проходит цикл повышения квалификации на профильной кафедре с дополнительной подготовкой по основам владения стандартными приложениями компьютерных программ (текстовый редактор Microsoft Word, Microsoft Excel, Internet Explorer), а также знакомится с основными задачами по организации дистанционной части будущего цикла для своих коллег. Помимо этого тьютор осваивает работу с программой "Аттестатор", предназначенной для проведения компьютерного обучения слушателей. Дополнительные занятия с тьюторами проводятся в лаборатории медицинской информатики ПИУВ МЗ РФ.

Помимо основной работы через тьютора осуществляются и телемедицинские элементы деятельности, когда на рабочих местах возникает необходимость в консультации больных. В этом случае врач при помощи тьютора обращается на кафедру за консультативной помощью и получает ее от сотрудников кафедры. Подобную форму работы мы считаем элемен-

том проблемно-ориентированного обучения, что значительно повышает заинтересованность слушателей в дистанционном обучении.

Что касается организации видеоконференций для чтения лекций, семинаров и совещаний, то эти вопросы технически отработаны и с успехом могут быть использованы при последипломной подготовке медицинских кадров в тех регионах, где такие опорные пункты уже организованы в соответствии с приказом МЗ РФ №344 от 27.08.2001.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРУКТУРНЫМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С.Сахарова, Ф.К.Рахматуллов, Н.Н.Ермолаева, С.А.Серебрякова, М.В.Мензоров

Кафедра терапии-1. МУЗ городская больница №1

На XI международном эндокринологическом конгрессе особое внимание уделено заболеваниям сердца на фоне патологии щитовидной железы. Больше уделяется внимания расстройствам на грани нормы и патологии: субклиническому гипотиреозу и субклиническому тиреотоксикозу. Эта проблема становится всё более актуальной в связи с распространённостью данной сочетанной патологии. В ряде регионов введён скрининг субклинических форм заболеваний щитовидной железы.

Цель исследования. Оценить степень коронарного резерва и эффективность медикаментозных средств у больных со стенокардией напряжения на фоне структурных и функциональных нарушений щитовидной железы.

Материалы и методы. Были обследованы 38 больных с ИБС, стенокардией напряжения II-III функционального класса в возрасте $42,5 \pm 6,8$ лет. В зависимости от структурных и функциональных нарушений щитовидной железы все больные разделены на три группы. В первую группу вошли 16 больных со стенокардией напряжения II-III функционального класса без патологии щитовидной железы. Во вторую группу вошли 10 больных со стенокардией напряжения II-III функционального класса на фоне увеличения объема и/или структурных изменений щитовидной железы. В третью группу включены 12 больных со стенокардией напряжения, у которых объёмные и структурные изменения щитовидной железы сочетались с увеличением уровня тиреотропного гормона (ТТГ) от 4,2 мМЕ/л до 10,7 мМЕ/л. Всем больным, включенным в исследование, регистрировалась исходная ЭКГ в 12 стандартных отведениях, проводились эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование ЭКГ, чреспищеводная электростимуляция сердца (ЧПЭС), пальпация и ультразвуковое

исследование щитовидной железы, определение уровня ТТГ в крови. При пальпаторной оценке размеров щитовидной железы использовались критерии ВОЗ: 0 степень - зоба нет; I степень - зоб не виден, при пальпации размеры его долей больше дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого; II степень - зоб пальпируется и виден на глаз. Во время УЗИ объём щитовидной железы определяли по формуле: $\text{объём} = (\text{ШП} \times \text{ДП} \times \text{ТП}) \times 0,479 + (\text{ШЛ} \times \text{ДЛ} \times \text{ТЛ}) \times 0,479$, где Ш – ширина, Д – длина, Т – толщина; 0,479 – коэффициент поправки на эллипсоидность. Согласно критериям ВОЗ, объём щитовидной железы у женщин не должен превышать 18 мл, у мужчин – 25 мл.

Результаты. Приступ стенокардии при проведении ЧПЭС имел место в первой группе у 5 больных, во второй – у 3 и в третьей – у 2 больных. Стенокардия во время проведения ЧПЭС у всех пациентов сопровождалась депрессией сегмента ST. Суммарная депрессия сегмента ST у больных первой группы составила $0,36 \pm 0,05$ мВ, второй – $0,57 \pm 0,04$ мВ и третьей – $0,62 \pm 0,07$ мВ. Безболевого ишемия миокарда выявлена у 2 больных в первой группе, у 3 во второй и у 4 больных в третьей группе. В первой группе эффективность нитратов выявлена у 7 больных, бета-блокаторов – у 6, комбинации нитратов и бета-блокаторов – у 11 пациентов. Во второй группе эффективность нитратов выявлена у 5 больных; а комбинация нитратов с ингибиторами АПФ и препаратами йода увеличила эффект от проводимой терапии ещё у 2 больных этой же группы. Лечение нитратами обеспечило антиангинальный эффект в третьей группе у 6 больных; при комбинации с ингибиторами АПФ, L-тироксин – ещё у 3 больных. Следует отметить, что у пациентов второй и третьей групп на фоне комбинированной терапии улучшились показатели гемодинамики по данным ЭхоКГ.

Таким образом, у больных стенокардией напряжения структурные и функциональные нарушения щитовидной железы оказывают влияние на степень коронарного резерва и эффективность медикаментозной терапии.

МАРКЕТИНГОВАЯ СИТУАЦИЯ И ТЕХНОЛОГИИ НА РЫНКЕ ОБРАЗОВАНИЯ

В.М.Семенов

Кафедра лучевой диагностики.

Пензенская региональная общественная организация "НОРМИС"

Исследователи рыночных отношений давно выяснили, что успешнее идет развитие в условиях конкуренции и преобладании интересов покупателя над интересами продавца. Следует оговориться, что актуальность образовательных технологий была бы несравнимо меньшей, если бы не было

системы аттестации и переаттестации, а также законодательного обеспечения периодичности повышения квалификации. Неправильно было бы считать это полным диктатом продавца, так как требование повышения квалификации соответствует интересам конечного потребителя – больного и принято во всем мире. Построение технологии преподавания на кафедре лучевой диагностики, с другой стороны, должно исходить из главного принципа: нужно ли это потребителю (слушателю) и выберет ли он наши предложения на образовательном рынке.

Есть несколько уровней оценки и самооценки потребительских свойств того или иного товара (в нашем случае образования). Первый и самый примитивный уровень – оценка самим потребителем и формулирование им потребного уровня качества. Второй более высокий, когда производитель предлагает такой товар и такого качества, на который у потребителя не хватает знаний и фантазии. Оценка обоих уровней на рынке дело простое – есть потребитель или нет. При этом мы рассматривали только специалистов по профилю кафедры. Работающие в смежных врачебных специальностях в расчет не принимались. По отношению к кафедре первый уровень – это формулирование желаемого направления обучения, формирование циклов по заявкам той или иной направленности. Мы предпринимали подобного рода действия, прежде всего – создание циклов повышения квалификации по остеологии, диагностике заболеваний легких, нервной системы и другие. Очень быстро выяснилось, что абстрактное желание рентгенолога, высказанное им на совещаниях, и реальное его присутствие на подобных циклах почти никогда не совпадают. Созданные программы не были совсем бесполезными усилиями и их использование возможно, но на ином уровне потребления знаний. Предположительно это возможно при размещении образовательных программ и материалов на кафедральном или ином сайте.

Второй уровень – более сложный и ответственный. Образовательный продукт, который создает кафедра, должен быть "нацелен" на результат. С одной стороны (и это главное) отвечать повседневной практике врача рентгенолога, а с другой – ориентирован на перспективу и творческие начала работы. Если у сотрудников кафедры есть эксклюзивные материалы, отвечающие двум указанным требованиям, то качество преподавания начинает обладать серьезной привлекательностью для потенциального ученика.

Оценка результата:

1. Число сертифицированных специалистов показывает, насколько авторитетна кафедра среди работников конкретного медицинского профиля. На кафедре лучевой диагностики за последние годы сертифицировано 100 %. При этом средняя оценка составляет 4,0 – 4,35 балла, что свидетельствует о достаточной трудности итоговой аттестации.

2. Число слушателей из других регионов России. На кафедре в 1999 году число приезжих курсантов составили 68,2%, в 2000 году – 73,4%, а в 2001 – 87,98%.

Способы и технологии:

Оригинальность материала и (или) формы его преподнесения (преподавания). Под этим мы понимаем, что материал состоит не из редких случаев, а, прежде всего, отвечает повседневным должностным обязанностям врача рентгенолога. Стил ь преподавания зависит главным образом от личности преподавателя, а во вторую очередь от старых или новых преподавательских технологий. Личность же учителя формируется возможностями роста в самостоятельной клинической работе. Отсутствие подконтрольных кафедре клиники заставляет искать нетрадиционные способы приобретения клинического опыта и развития медицинских методик. В нашем случае это удастся почти исключительно благодаря самостоятельной профессиональной общественной организации "НОРМИС", которая имеет финансовую и юридическую независимость, а спектр ее деятельности тесно связан с кафедральными заботами. У базовых учреждений задачи, подчиненность и итоги работы не совпадают с целями и задачами образовательных учреждений.

Подавляющее большинство занятий (лекций, семинаров и практических занятий) на кафедре носит проблемный дифференциально-диагностический характер. В основу взят синдромный принцип, т.к. больной обращается не с пневмонией, туберкулезом и т.д., а с очагами, диссеминацией, полостью или иными конкретными изменениями или клиническими проблемами, требующими проведения дифференциальной диагностики. Значение имеет соответствие или несоответствие рентгенологических данных клиническим проявлениям. Изложение позиций по конкретной клинической диагностической проблеме авторитетной школы или учреждения придает убедительность позиции. Работа регионального научного общества строится по тому же принципу. Главным же в работе нам представляется в выявлении однозначных, но не косвенных сигналов рентгеновской и иной визуальной информации с тем, чтобы интуитивность диагностического заключения была минимальной.

Формирование ответственности слушателя создается достаточной сложностью итоговой аттестации. Результаты аттестации должны соответствовать реалиям жизни и отвечать правилу 1:4 – т.е. только 20-25% слушателей могут иметь отличные итоговые оценки. Для этого вопросы для итоговой аттестации систематически меняются, а программный продукт имеет механизмы анализа результатов тестового опроса. Наличие такой системы позволяет целенаправленно менять банк тестов, регулярно исключая из него банальности и задания, которые имеют более 75% правильных ответов. С другой стороны, слишком сложные задачи, где число

правильных ответов составляет 25 и менее процентов, также должны быть изъяты или отредактированы.

Возмездность затрат - это сложный вопрос. С одной стороны развитие невозможно без инвестиций, которые отсутствуют при бюджетном финансировании. Базовые учреждения в провинции не могут или не хотят выполнять инвестиционные траты за пределами определенных для них рамок функционирования, тем более в наиболее дорогом подразделении, каким является отделение лучевой диагностики. В условиях же, когда по данным наших собственных исследований и литературы число бракованных рентгенограмм составляет минимально 25% всех выполненных исследований, результативность работников сферы просвещения носит декларативный характер. Расхождение провозглашаемых постулатов и жизненных реалий обеспечивает формирование нигилистического мировоззрения. Выход был найден в тесном взаимодействии с профессиональной общественной организацией "НОРМИС". Общие инвестиции на настоящее время составляют немногим менее 400 000 рублей. Капиталовложения такого масштаба позволили приобрести инструменты и создать технологии как исследований больных, так и материалы просветительского характера. Однако эти инвестиции являются недостаточными и будут постоянно возрастать. Вопросы компенсации становятся неизбежными и решаемыми в рамках закона на добровольной основе для обучающегося, если последний убеждается в их целесообразности, а пребывание на курсах полезным и ценным для себя.

Приобретено шесть персональных компьютеров. Современные средства оргтехники дали возможность накапливать базы данных, создавать и использовать электронные атласы и учебники с большим объемом информации с удобной системой поиска. Данные Интернет являются необходимыми для развития дистанционных форм обучения, получения информационных материалов, а также дают возможность сравнения собственных подходов с оценкой аспектов ведущих специалистов и учреждений.

Отсутствие собственной клиники лучевой диагностики является базовой проблемой. Договоры о совместной работе не несут в себе финансовой ответственности, не дают необходимой самостоятельности и не способствуют творческим началам в работе.

Остальные проблемы имеют менее значимый характер. Вводная оценка уровня образованности перед началом обучения в настоящее время не актуальна и надуманна, т.к. учебная программа и план для всех одинаковый, а итоговая аттестация предполагает преодоление заданного уровня государственного образовательного стандарта. Текущий контроль более значим, т.к. представляет собой достаточно ясный ориентир о конечной трудности аттестации и носит мобилизующий характер.

Создана библиотека на средства ПРОО "НОРМИС". Выписываются

все профильные журналы, приобретаются монографии, в том числе по ультразвуковой диагностике, видеоматериалы и электронные атласы.

Систематическое приглашение ведущих специалистов страны для прочтения тематических лекций позволило оценить собственный потенциал и образовательные подходы. В течение нескольких лет это стало нашей обычной практикой. Все финансовые затраты несет профессиональная организация.

МОДЕЛЬ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ РЕНТГЕНОЛОГОВ

В.М.Семенов

Пензенская региональная общественная организация "НОРМИС".

Кафедра лучевой диагностики

В настоящее время вошел в действие Федеральный закон о защите потребителей, и реальными стали судебные гражданские иски к медицинским работникам. Мы полагаем, что охрана прав потребителя, а не производителя со стороны государственной власти является правильным подходом. Производители с другой стороны не должны остаться совершенно беззащитными, тем более в случаях необоснованных претензий. В настоящее время пациенты предъявляют судебные претензии к стоматологам и гинекологам, которые с их точки зрения наиболее состоятельные, но появились первые претензии судебного характера к специалистам, работающим с медицинскими изображениями. Побудительным мотивом, как правило, являются неэтичные заявления медицинских работников в отношении своих коллег. В частности таковыми были случаи приватной информированности пациента об ошибочной ранней диагностике некоторых форм опухолевого поражения, в связи с чем они "сожалеют" о невозможности эффективного лечения.

Учитывая, что значительная (или подавляющая) часть врачебных ошибок есть добросовестное заблуждение, и часто связана со сложностью клинического проявления, мы провели мероприятия по правовой охране законных интересов медицинского персонала.

Цель – проведение юридической защиты рентгенологов только в случаях медицинских ошибок, исключив из зоны ответственности возможные общеуголовные прецеденты (взятки, подлог, мошенничество и т.п.).

Задачи:

- Обеспечить силами профессиональных юристов ведение гражданских дел по защите медицинских работников при судебных разбирательствах.
- Обеспечить достаточное страховое покрытие на случай неблаго-

приятного судебного решения.

- Обеспечить структурное решение этической проблемы при нанесении морального вреда со стороны коллег по профессии.

В работе Пензенских рентгенологов указанные цели и задачи были решены следующим образом:

1. Мы создали юридическое лицо - Пензенскую региональную общественную организацию "Содействие научным радиологическим медицинским исследованиям "НОРМИС", в уставе которой сказано, что члены "НОРМИС" могут защищать свои права, законные интересы своих членов и участников в органах государственной власти, судах, органах местного самоуправления и общественных объединениях. В случае нанесения членом "НОРМИС" морального ущерба другому участнику профессионального сообщества или организации в целом ПРОО "НОРМИС" имеет право исключить виновного из членов "НОРМИС". При нанесении финансового вреда "НОРМИС" может обратиться в суд для получения компенсации. Таким образом, в уставе организации были внесены определенные нормы моральной ответственности перед своими коллегами. Данная норма оказалась эффективной. Как правило, достаточно одного прецедента для того, чтобы члены "НОРМИС" сделали соответствующие выводы, а также приняли к сведению, что членство в общественной организации не только предоставляет права, но и налагает серьезную ответственность.

2. Мы приняли в качестве страхового покрытия на одного застрахованного сумму в двадцать тысяч рублей. С нашей точки этого вполне достаточно на случай неблагоприятного судебного решения. Страховой взнос равен 2% и составляет в нашем случае 400 рублей. Как правило, не находится желающих платить подобные страховые взносы из личных средств. Следует принять во внимание и то, что данная сумма обременительна для врачей рентгенологов при современном уровне бюджетной оплаты труда.

ПРОО "НОРМИС" заключила договор со страховой компанией, следуя постулатам:

2.1. Статистика страховых случаев говорит, что иски возможны в течение года не более чем у пяти процентов врачей (на самом деле меньше). Наш договор предусматривает, что "НОРМИС" предоставляет в страховую компанию списки застрахованных специалистов. Обязательства возникают у страховой компании в отношении **любых пяти** лиц из списка. Общая сумма страховой ответственности составила сто тысяч рублей.

2.2. Списки застрахованных формируются "НОРМИС" одновременно с заключением страхового договора. В число застрахованных заносятся только члены "НОРМИС". Если специалист не разделяет Устава и основных положений общественной организации и не состоит ее членом,

то он не боится. Он может сделать это самостоятельно, но нам не известно ни одного такого случая.

2.3. Страховой взнос оплачивает "НОРМИС" переводя необходимые суммы на счет страховой компании. Денежные сборы у застрахованных рентгенологов не проводятся. ПРОО "НОРМИС" выполняет страховую акцию за счет собственных средств, проводя предпринимательскую деятельность в рамках своего устава.

2.4. Страховой случай возникает с момента угрозы подачи иска. Об этом сообщается в страховую компанию, которая сразу же начинает деятельность, по возможности мирным путем, не доводя дело до судебного разбирательства в гражданском суде.

Подобная работа проводилась в течение трех лет. За это время мы не имели ни одного реализованного иска. Информация о подобной деятельности распространяется без всяких усилий с нашей стороны. Модель работы ПРОО "НОРМИС" имела консолидирующий эффект на специалистов региона, а участие в работе общественной организации стало не формальным, а желаемым и выгодным делом. Информированность профессиональных кругов о возникновении страховых случаев и успешном решении проблемы имела важное моральное значение.

СОСТОЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО РЫНКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЯ В НАСТОЯЩИЙ ПЕРИОД

В.М.Семенов

Кафедра лучевой диагностики

Как показал анализ работы службы лучевой диагностики, в городе Пензе штатная укомплектованность рентгенологических отделений в 2002 году составила 65,3%. Пенсионеры рентгенологии занимали 47,5% должностей. С другой стороны выпускники медицинских ВУЗов за редким исключением не приходят в интернатуру по рентгенологии. Так в Оренбургской области из 400 специалистов находился на обучении только один(!) врач интерн. В подавляющем большинстве случаев в рентгенологию приходят врачи после нескольких лет работы в другой специальности. Интересным представляется то, что укомплектованность врачей ультразвуковой диагностики составила в 2002 году 96,3%. Число специалистов, их возраст и заинтересованность в повышении квалификации находятся во взаимосвязи. Эта суровая реальность говорит о состоянии рейтинга профессии "рентгенология" и является вызовом, не замечать который невозможно, да и неразумно. Приведенные цифровые данные недвусмысленно свидетельствуют о том, что рынок образовательных услуг может быть

сужен или расширен в зависимости от мировоззренческих постулатов. В цивилизованном мире специалисты, работающие с медицинскими изображениями, объединены в единую специальность "радиология". С точки зрения радиологов и прагматичного общества медицинские изображения, сосредоточенные в одних руках как составляющие интегрального понятия "диагноз", не могут разъединяться и тем более существовать независимо друг от друга. Специальный анализ, который мы провели, показал, что совпадение рентгенологических и ультразвуковых заключений составил 61 процент. Другими словами, у каждого третьего больного диагностические представления рентгенолога и специалиста ультразвуковой диагностики не совпадали или противоречили друг другу. Ситуация представляется карикатурной. В России приказом МЗ РФ № 337 от 27.08.99 г. эти две специальности разведены настолько далеко, что консолидация возможна только вопреки предписаниям, их духу и букве. В то же время приказом МЗ РФ № 132 от 02.08.91г. нормативно определено объединение специалистов указанных специальностей в рамках единого структурного подразделения в лечебно-профилактических учреждениях. Следовательно, реальная жизнь, устройство отделений лучевой диагностики и образовательные полномочия кафедры лучевой диагностики в настоящее время объективно не совпадают между собой.

Серьезным резервом потребителей образовательных услуг кафедры могли бы быть рентгенолаборанты, число которых в 1,86 раза превышает число врачей рентгенологов. Однако административное давление на средний медицинский персонал, действия принудительного характера, демагогия – все пущено вперед ради того, чтобы обязать их проходить обучение при более низком, но своем уровне педагогики. В частности оказалось, что все сертификаты для рентгенолаборантов одной из городских больниц не были востребованы в течение нескольких лет. Как выяснилось, причиной тому были заявления должностных лиц о недействительности сертификатов института. Подобные заявления не только не соответствуют действительности, но создают превратное впечатление у слушателей о дееспособности высшего учебного заведения.

Следующей особенностью является удручающее состояние оборудования, на котором приходится работать большинству специалистов после окончания обучения. В 74,4% рентгеновское оборудование эксплуатируется свыше 10 лет. Относительно современными приспособлениями для снижения лучевой нагрузки на пациента и обеспечивающие улучшенные характеристики изображения оснащены установки в 10 процентах. Проявочными процессорами оснащено 2,2% кабинетов. В то время как в странах, которые не могут считаться передовыми, проведение исследований без усилителей рентгеновского изображения запрещено законом, а процессорами оснащены более 60% кабинетов и отделений. Поэтому нет ни-

чего особенного в том, что нагрузка на одну стационарную рентгеновскую установку в г. Пензе составила немногим более 3000 исследований. По опубликованным данным нагрузка на одного врача радиолога в развитых странах Запада составляет не менее 10 000 исследований в год.

В последнее десятилетие в нашей специальности произошли поразжающее воображение структурные сдвиги. Повседневной практикой является аналоговая и цифровая способы получения рентгенологического изображения, компьютерная и магнитно-резонансная томографии, ультразвуковое и радионуклидные исследования. Существуют рекомендации и практика оснащения оборудованием таким образом, чтобы диагностическое заключение носило консолидированный характер. Объединяющим моментом служит оснащенность персональными компьютерами (ПК), мощность и быстродействие которых непрерывно увеличиваются, а прогресс настолько быстрый, что ПК не являются предметами длительного пользования и быстро устаревают. Весьма важным представляется также доступность в последнее десятилетие огромного объема мировой информации по специальности, использовать который возможно только при применении современных средств оргтехники. По мнению ряда исследователей, радиология в настоящее время в настоящее время более технологически совершенной специальностью. Число компьютерных томографов неуклонно приближается к границе, которая считается разумной и достаточной – 1 томограф на 300 тысяч населения. Проблема в том, что нет практической взаимосвязи между подавляющим большинством практикующих рентгенологов и специалистами, работающих на компьютерных томографах. В то же время создание такой связи дело не только реальное, но и необходимое. Формирование взаимодействия обеспечивает рост профессионализма и потребность в знаниях расширенного диапазона. Как и многое другое решение данной ситуационной задачи не связано с большими инвестициями, а носят управленческий характер.

Банальным и безрадостным фактом является низкая заработная плата специалистов, поэтому материальный фактор при выборе специальности "рентгенология" не является не только определяющим, но сколько-нибудь стимулирующим. В 2001 году были представлены данные, из которых следует, что число заболевших туберкулезом легких медицинских работников равно всем остальным декретированным группам вместе взятым. Главной причиной заболевания туберкулезом, по общему признанию, является бедность. Высокая заболеваемость среди медицинских работников является критерием отношения общества к представителям профессии, на которую могут воздвигаться и воздвигаются необоснованные надежды и требования. Опрос студентов Московской медицинской академии показал, что рентгенология в их системе предпочтений и выборе будущей профессии находится на 16 месте. Состояние бюджетной обеспе-

ченности и низкая заработная плата работников кафедры дополняют депрессивную картину.

Специалистами психологами выяснено у слушателей, что мотивом выбора специальности "рентгенология" почти в 90% случаев является интерес к профессии без выгод материального характера. Возрастание объема информации, возобновление любопытства к скрытым от глаза процессам и бесконечность познания дает надежду. Она (надежда) помноженная на усилия просветительского характера не оставляет равнодушными слушателей и востребованность кафедры может быть вполне достаточная для развития при условии академической и управленческой свободы. Прокрустово административное ложе не может быть нацелено на результат по определению. Происходит подмена итогов труда на оценки антуражного характера, где взгляд сверху по вертикали гарантирует иллюзию нормального состояния дела по формальным признакам. Свободное творчество по горизонтали всю ответственность за результативность труда возлагает на авторов, где в итоге или успех или поражение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЙ НИР В ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС И ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

И.В.Сергеев, М.И.Зайцева, А.Г.Кавайкин

Кафедра хирургии с курсом онкологии

Кафедра хирургии Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ организована в 1978 году. Основным направлением научно-исследовательской деятельности стало совершенствование методов хирургического лечения больных с язвенной болезнью, большими и сложными послеоперационными вентральными грыжами, гнойно-воспалительными заболеваниями и их осложнениями. Тематика научных исследований определялась высокой актуальностью перечисленных проблем и возможностью на достаточном научно-методологическом уровне решить вопросы улучшения результатов лечения.

К научно-исследовательской работе были привлечены клинические ординаторы кафедры хирургии и врачи отделений базовой больницы (ЦГБ им. Г.А. Захарьина). За время существования кафедры удалось добиться положительных результатов в решении поставленных научно-практических задач. Так, предложены и внедрены новые методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний у больных сахарным диабетом, хирургического лечения неклостридиальной анаэробной инфекции. Разработаны методики воздушно-аэрозольного дренирования гнойных ран и полостей, принципиально новый инъекционно-вакуумный дренаж. Определен оптимальный режим гирудотерапии. Использование новых методов

лечения позволило достичь снижения частоты высоких ампутаций при диабетической гангрене нижних конечностей до 27% и положительных результатов при применении двухэтапной методики закрытия гнойных ран с наложением отсроченных швов и оптимальным вариантом дренирования. По этой теме исследователями получены 28 удостоверений на рацпредложения, один патент на изобретение, опубликованы 57 научных работ, защищены 4 кандидатских и 1 докторская диссертация. Благодаря постоянному научному поиску и при поддержке сотрудников кафедры и больницы новых решений в лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, сформировался и окреп коллектив областного центра гнойной хирургии. В настоящее время здесь концентрируется и получает специализированное лечение наиболее тяжелый контингент больных со всей области.

Не менее актуальным научным и практическим направлением кафедры является разработка и внедрение новых методов лечения больших и сложных послеоперационных вентральных грыж. Сотрудники кафедры - сторонники вентеропластики с применением собственных тканей пациента. По данной проблеме разработаны, апробированы и внедрены оригинальные методы вентеропластики, позволяющие полностью отказаться от аллопластических материалов, которые, по нашему мнению, дорогостоящие и не лишены определенных недостатков. Располагая опытом таких операций более чем у 2000 пациентов, удалось добиться снижения послеоперационных осложнений и числа рецидивов, сведя к абсолютному минимуму послеоперационную летальность. Комплекс хирургических мероприятий, разработанных в хирургической клинике, позволяет закрыть любой по размерам грыжевой дефект за счет аутопластики, а также избежать характерных для традиционных методик расстройств сердечно-сосудистой и легочной системы. Рациональная система дренирования послеоперационной раны способствовала снижению числа раневых осложнений. По данной теме получены 34 удостоверения на рацпредложения, 4 патента на изобретение, опубликованы 83 статьи и методические рекомендации, монография, защищены 2 кандидатских и 1 докторская диссертация. Результаты научных разработок по данной проблеме способствовали формированию в базовом лечебном учреждении своеобразного областного герниологического центра: здесь получают высококвалифицированную хирургическую помощь больные, которым безуспешно выполнялась вентеропластика в других лечебных учреждениях.

Особую значимость кафедра хирургии придает оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Это связано с высокой распространенностью заболевания, а также противоречивостью и дискутабельностью подходов к определению сроков и способа операции, профилактики послеоперационных осложнений. Некоторые из воз-

можных послеоперационных осложнений (несостоятельность дуоденальной культи, острый панкреатит и т.д.), по-прежнему, являются "ахиллесовой пятой" желудочной хирургии. Сотрудники хирургической клиники являются сторонниками принципа "каждому больному – своя операция". Поэтому план предстоящей операции должен обязательно учитывать результаты исследований секреторной и моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, а также особенности самого язвенного процесса. Наличие или отсутствие моторных нарушений гастродуоденального сегмента желудочно-кишечного тракта (хронической дуоденальной непроходимости) являются фактором, окончательно определяющим способ операции. Для своевременной диагностики на базе ЦГБ создана научно-практическая лаборатория, располагающая 14 объективными лабораторно-инструментальными методами обследования гастроэнтерологических больных. Дифференцированный подход к выбору операции, разработка принципиально новых методов профилактики наиболее грозных послеоперационных осложнений позволили получить вполне удовлетворительные результаты оперативного лечения язвенной болезни. Так, на 502 операции, выполненные в плановом порядке, отмечался низкий, по сравнению с литературными данными, уровень послеоперационных осложнений (9,6%) и летальности (0,2%). По этой теме получены 24 удостоверения на рацпредложения, 2 патента на изобретение, опубликованы 65 статей, изданы 2 методические рекомендации, защищены 3 кандидатских и одна докторская диссертации.

Результаты научно-исследовательской работы кафедры позволили эффективно решать практические вопросы лечения ряда заболеваний брюшной полости, создать школу подготовленных хирургов и востребованные научно-практические хирургические центры. Это способствует формированию у врачей-слушателей и хирургов больницы интереса к научно-исследовательской деятельности. Так, под руководством сотрудников кафедры врачами-хирургами, работающими в системе здравоохранения, защищены 8 кандидатских, одна докторская диссертации; в настоящее время совместная научно-практическая и исследовательская работа успешно продолжается.

**СОВМЕСТНАЯ РАБОТА КУРСА ПУЛЬМОНОЛОГИИ ПИУВ МЗ
РФ с МЗ и СР ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ "РАЗВИТИЕ
ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ НА 2002-2007 гг."**

В.П.Сергеева, В.А.Типикин

Курс пульмонологии

По прогнозам специалистов XXI век станет веком легочной патологии из-за резких изменений экологии, и эта группа заболеваний будет делить первые места с патологией сердечно-сосудистой системы и новообразованиями. Проведенные в России исследования свидетельствуют о том, что более 25% больных ежедневно обращаются к врачам общей практики с заболеваниями органов дыхания. Распространенность патологии дыхательных путей носит глобальный характер и занимает одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости по классам и группам болезней. Возникла необходимость качественного изменения оказания медицинской помощи, диагностики и лечения группы больных с заболеваниями органов дыхания. С этой целью и во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. №1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации", впервые в истории России на государственном уровне разработана Федеральная целевая программа "Развитие пульмонологической службы России на 2002-2007 гг."

Заболеваемость органов дыхания в связи с обширностью территории Российской Федерации зависит от географического положения субъекта Федерации, поэтому необходимо разрабатывать региональные программы, правовые и нормативные документы, планировать научные исследования в области пульмонологии, взяв за основу Федеральную программу. Для качественного улучшения диагностики, лечения и профилактики болезней органов дыхания, а также с целью обеспечения рационального использования ресурсов здравоохранения следует объединить усилия практического здравоохранения с научно-педагогическими учреждениями.

В данном сообщении мы представляем опыт совместной работы курса пульмонологии ПИУВ МЗ РФ и практического здравоохранения. Сотрудниками курса пульмонологии проведены эпидемиологические исследования распространенности неспецифических заболеваний легких в Пензе и Пензенской области. Одним из широко распространенных заболеваний по-прежнему остается пневмония. В Пензе и Пензенской области отмечается устойчивая тенденция к увеличению смертности от пневмонии. Анализ статистических данных за 10 лет (1989-1998 гг.) показал, что смертность от пневмонии среди взрослого населения г.Пензы за этот пе-

риод увеличилась в 9,3 раза (от 2,49 в 1989 до 23,12 в 1998 г.г.). В 2002 г. этот показатель достиг 25,7 на 100 тыс. взрослого населения, что значительно превышает средние показатели по России (14,2 на 100 тыс. населения.). Эти факты заставляют характеризовать пневмонию как одну из самых актуальных проблем. Естественно, что качество профилактики и медицинской помощи зависит от уровня финансирования системы здравоохранения в целом. Вместе с тем, рациональному использованию имеющихся в нашем распоряжении возможностей очень часто мешает недостаточный уровень знаний практических врачей, особенно врачей сельского звена.

Трудности, с которыми приходится сталкиваться практическому врачу, обусловлены многообразием возбудителей и клинических вариантов течения болезни, появлением большого количества новых лекарственных средств, сложным дифференциальным диагнозом и значительным изменением клинической картины заболевания за последние годы. В связи с этим, МЗ и СР Пензенской области при участии курса пульмонологии разработан план организационных мероприятий, включающий повышение качества медицинской помощи сельскому населению. Создана лекторская группа из представителей ПИУВ МЗ РФ (курс пульмонологии) и практического здравоохранения. В задачи лекторской группы входит обучение врачей 28 районов Пензенской области (160 чел.) вопросам диагностики, лечения и профилактики пневмоний. При проведении семинаров особое внимание врачей обращается на современные воззрения клинического течения пневмоний, условия их возникновения и особенности эмпирической терапии. Результаты оценки эффективности данных мероприятий будут представлены в следующем сообщении.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ: ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ

***В.И.Струков, И.П.Баранова, О.А.Коннова, Л.Г.Радченко, Г.А.Балашова,
Т.Ю.Уланова***

Кафедра педиатрии. Кафедра инфекционных болезней

Отсутствие единого подхода к трактовке терминов осложняет изучение темы **"Внутриутробные инфекции (ВУИ)"**. Для обозначения одной и той же или близкой клинической (клинико-эпидемиологической, клинико-патогенетической) ситуации часто используют такие диагностические определения как "перинатальная инфекция", "внутриутробное инфицирование", "внутриутробная инфекция", "врожденная инфекция", "оппортунистическая инфекция новорожденных", "TORCH – синдром", "частые формы ВУИ", что сопряжено с путаницей в определении понятий. Поэто-

му в образовательных учреждениях последипломного обучения медицинских кадров следует обратить внимание не только на трактовку специфических терминов, но и определить сферу их практического использования.

Выпускнику медицинского института, врачу-интерну и врачу-специалисту (неонатологу, педиатру, инфекционисту, акушеру-гинекологу, семейному врачу) необходимо знать, что существуют следующие взаимоотношения микро- и макро-организма (В.И.Покровский, 1998): 1) **нейтрализм** (объекты взаимоотношения не влияют друг на друга); 2) **симбиоз** (с разными формами взаимоотношений). Среди симбиотических отношений выделяют: 1) **мутуализм** (взаимовыгодные отношения); 2) **комменсализм** (выгоду извлекает один партнер, не принося вреда другому); 3) **антагонистический симбиоз** вплоть до **паразитизма** (симбиотические отношения наносят вред хозяину).

Термин "**инфекция**" включает 3 варианта понятий (Б.Л.Черкасский, 1994): 1) инфекционный процесс; 2) нозологическая форма заболевания (например, цитомегаловирусная инфекция); 3) локализация возбудителя (например, кишечная инфекция).

"Инфекционный процесс" – эта форма взаимодействия макроорганизма с микроорганизмом не всегда завершается развитием инфекционной болезни и может проявляться или инфекционной болезнью или носительством.

"Инфекционная болезнь" – результат такого взаимодействия, при котором происходит нарушение функции макроорганизма с формированием морфологического субстрата болезни, появлением клинических симптомов и нарастанием титров специфических антител (клинические симптомы + типичный морфологический субстрат + развитие специфического иммунного ответа). Возбудителями инфекционных болезней являются вирусы, бактерии, хламидии, риккетсии, микоплазмы, прионы. А поражения, вызываемые простейшими или гельминтами, называют **"инвазиями"**. Если при инфекционном процессе не формируется патологический субстрат, не появляются клинические симптомы болезни, не отмечается нарастания титров антител, то говорят о **"здоровом носительстве"**. "Здоровое носительство" встречается редко, часто бывает кратковременным, как правило, диагностируется в очагах инфекции и формируется в иммунном организме. **"Реконвалесцентное носительство"** может возникнуть в исходе перенесенной инфекционной болезни (В.Ф.Учайкин, 1996).

"Инфекционная болезнь" может проявляться как клинически выраженными формами заболевания (манифестные формы, типичные), так и инаппарантными (субклиническими). При **инаппарантных инфекциях** клинические симптомы болезни отсутствуют, однако в тропном органе (или органах) развиваются минимальные, но характерные морфологиче-

ские изменения, а в крови накапливаются специфические антитела. Инаппарантную инфекцию не следует отождествлять со стертой формой инфекционного заболевания. Инаппарантную инфекцию трудно дифференцировать от здорового носительства (длительного) без углубленного обследования (в том числе иммунологического и гистологического). Исходами инфекционной болезни могут быть: 1) выздоровление; 2) формирование хронического течения; 3) формирование остаточных явлений (вплоть до инвалидности); 4) смерть. Исходами внутриутробных инфекций могут быть: 1) аборт, выкидыш; 2) мертворождение; 3) формирование врожденного порока развития; 4) выздоровление; 5) персистенция возбудителя и развитие хронического течения болезни; 6) неонатальная смерть.

Следует также выделять понятие "инфицированность" - состояние зараженности организма человека или животного, вызванное внедрением (введением) возбудителя, и проявляющееся либо клинически выраженным заболеванием, либо носительством. **"Внутриутробное инфицирование"** - инфекционное заражение плода в период его внутриутробного развития или во время родов; возбудитель проникает в организм плода пре- или интранатально; отчетливая клиника заболевания отсутствует, но имеется потенциальный риск ее развития (как внутриутробно, так и после рождения). В тех случаях, когда имеются клинические проявления заболевания или только положительные результаты лабораторного подтверждения, свидетельствующие о бессимптомном (стертом) или субклиническом течении процесса, правильнее использовать термин "внутриутробная инфекция".

"Внутриутробная инфекция" - инфекционное заболевание, при котором инфицирование плода произошло в анте- или интранатальном периоде; развитие клинических проявлений болезни отмечается, как правило, в ранние сроки после рождения, источником инфекции является мать (но использование инвазивных методов диагностики и лечения при несоблюдении правил асептики может привести к ятрогенной внутриутробной инфекции).

Термин **"врожденная инфекция"** применяется в тех случаях, когда в результате внутриутробного инфицирования клиническая манифестация болезни произошла в период внутриутробного развития плода, до родов.

Клинически верифицировать этиологию ВУИ сложно в связи с однотипностью их проявлений: задержка внутриутробного развития, гепатоспленомегалия, желтуха, экзантемы, поражение сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. Поэтому А. Namais в 1971 г. предложил использовать термин **"TORCH-синдром"**, составленный из первых букв наиболее частых инфекций (Toxoplasmosis, other Diseases, Rubella, Cytomegalia, Herpes simplex). Однако внедрение этого термина не оправдало надежд на улучшение диагностики внутриутробных инфекций, так как достоверность этиологической расшифровки TORCH-инфекций по

клиническим данным не превышает 10%.

К **"частым формам ВУИ"** относят краснуху, токсоплазмоз, листериоз, герпетическую инфекцию, ЦМВИ, ветряную оспу (Н.П. Шабалов, 2000).

"Оппортунистические инфекции" - инфекционные заболевания, возбудителями которых являются условно-патогенные микроорганизмы, и клинические проявления болезни (манифестные, вплоть до генерализованных) развиваются на фоне снижения иммунной защиты организма (в иммунонекомпетентном организме). К ним относятся цитомегаловирусная инфекция, герпес-инфекция, токсоплазмоз, хламидиоз, кандидоз и др. (W. Britt, 1996).

Среди распространенных в настоящее время **"инфекций, передаваемых половым путем"**, следует выделить хламидиоз, микоплазмоз, гонорею, сифилис, ВИЧ-инфекцию, трихомоноз, цитомегалию, гепатит В.

Для диагностики внутриутробных инфекций необходимо использовать современные лабораторные исследования, включая применение ИФА (с определением титров специфических антител из класса IgM) и молекулярно-биологические (молекулярно-генетические) методы (ПЦР-диагностика). В процессе обучения необходимо подчеркнуть недостатки в мониторинге ВУИ, а также проблемы как гипердиагностики, так и гиподиагностики ВУИ.

Таким образом, четкое знание терминов, используемых в инфектологии, является необходимым требованием профессионального уровня врача-специалиста.

ОПЫТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ЛАКТОЛОГИИ И УХОДУ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ

***В.И.Струков, Л.Г.Радченко, В.Б. Мысяков, Г.А.Балашова, Т.Ю.Уланова,
А.В. Митрофанова, И.А. Малкин, Т.Г. Мозлова***

Кафедра педиатрии. ОДБ им. Н.Ф.Филатова

За последние пять лет, благодаря интенсивной работе органов и учреждений родовспоможения и детства, основные показатели смертности детей имеют тенденцию к снижению. Так, в 2001 году показатель младенческой смертности составил по РФ 14,6 на 1000 родившихся и достиг самого низкого уровня за всю историю СССР и России (О.В.Шарапова, 2003). Младенческая смертность по г.Пенза в 2002 году не превышала среднероссийские данные (14,2 на 1000), в то время как по многим районам Пензенской области была значительно выше. Вместе с тем отмечается рост заболеваемости новорожденных, которая по РФ в 2002 году составила 7%.

Сотрудниками кафедры педиатрии разработан проект региональной программы профилактических мероприятий, направленных на снижение младенческой смертности. Одним из разделов этой программы является повышение квалификации врачей по вопросу лактологии и ухода за новорожденными детьми. Начиная с 2001 года, кафедрой педиатрии ПИУВ МЗ РФ проведено несколько циклов, в том числе и выездных (г.Пятигорск, г.Майкоп, г.Заречный, г.Кузнецк) по лактологии и уходу за новорожденным. Необходимость внедрения таких циклов была обусловлена недостаточно высоким уровнем знаний практических врачей данной проблемы (включая результаты предварительного тестирования).

Цель и задачи тематического цикла (лактология с основами ухода за новорожденным) - повысить профессиональную подготовку медицинских работников, обеспечивающих грудное вскармливание и уход за новорожденным ребенком, как на первом, так и на втором и третьем этапах выхаживания новорожденных детей.

Особенность проведения этих тематических циклов заключалась в том, что преподавание осуществлялось "командным" методом. Контингент слушателей был представлен врачами акушерами-гинекологами, неонатологами, участковыми педиатрами, акушерками, медицинскими сестрами по уходу за новорожденными детьми и патронажными сестрами. Весь состав слушателей подразделялся на малые группы (команды), включающие акушера-гинеколога, акушерку, неонатолога, участкового педиатра, медицинскую сестру по уходу.

Методика преподавания складывалась из информационно-теоретической части и освоения практических навыков. Занятия, проводимые на тематическом цикле, сопровождались демонстрацией учебных фильмов; использовались муляж "молочная железа" и кукла-фантом "новорожденный". С целью закрепления практических навыков занятия со слушателями проводились на всех трех этапах выхаживания новорожденных (родильный дом, отделения для новорожденных и недоношенных, детская поликлиника). Врачи осваивали особенности ухода и вскармливания как здорового, так и больного ребенка (в форме конкретных тематических практических заданий на рабочем месте, непосредственно приближенных к новорожденному и его матери).

Оценка и контроль знаний слушателей, объективно осуществляемые профессорско-преподавательским составом и ведущими специалистами практического здравоохранения, проводились с помощью тест-контроля, решения ситуационных задач, собеседования.

В заключение следует отметить, что тематическое усовершенствование "Лактология с основами ухода за новорожденными" способствует:

- повышению квалификации в вопросах оказания медицинской помощи новорожденным детям и улучшению совместной работы специали-

стов среднего и высшего звена;

- созданию доброжелательной атмосферы при родах и ускорению воссоединения матери и ребенка;

- грамотной информированности родителей о роли грудного вскармливания в развитии ребенка, своевременности прикладывания к груди в родильном зале; получению полезной информации о физиологических способах контрацепции;

- распространению информации о необходимом оборудовании и средствах ухода за новорожденным, температурном режиме, ранних симптомах инфекционных заболеваний;

- активной пропаганде грудного вскармливания, внедрению "десяти принципов успешного грудного вскармливания", основных положений "Декларации прав матери и ребенка" (по ВОЗ);

- улучшению работы школы беременных и кабинета "Здорового ребенка", превращению родильных домов, детских больниц и поликлиник в лечебно-профилактические учреждения доброжелательного отношения к ребенку.

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ ПРИЁМЕ БЕРЕМЕННОЙ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

И.П.Татарченко, А.Ф.Штах, Л.В.Фатеева, О.И.Морозова

Кафедра терапии-1. Кафедра терапии-2.

Кафедра акушерства и гинекологии

Распространённость артериальной гипертензии (АД) при беременности составляет 15 – 20%. Заболеваемость и смертность, обусловленные гипертензивными состояниями, увеличиваются, становясь наиболее актуальной проблемой патологии беременности. Определенная роль гипертензии при беременности обусловлена её осложнениями как соматическими, так и акушерскими. Этим определяется стремление врачей к достижению рекомендованных цифр АД при регистрации даже незначительно повышенного кровяного давления у беременных. С целью фармакологической коррекции АД во время беременности используются препараты с доказанным отсутствием тератогенных эффектов. Однако, на наш взгляд, недостаточно учитывается специфическое гипотензивное действие препаратов на внутриутробное состояние плода. Работы, посвящённые изучению состояния плода при изменении кровоснабжения маточно-плацентарного комплекса, единичны. Целью настоящего исследования явилось изучение изменений состояния внутриутробного плода по динамике ЧСС плода на фоне приёма беременной анаприлина или нифедипина, а также изучение взаимосвязи изменений ЧСС плода и показателей гемодинамики беремен-

ной.

Обследованы 34 беременные во II триместре (35 плодов), из них 9 с артериальной гипертонией (10 плодов) и 25 с неосложнённым течением беременности. Все женщины с неосложнённым течением беременности готовились к прерыванию беременности по социальным показаниям. Нифедипин и анаприлин назначались им для подготовки шейки матки к индуцированному выкидышу (И.В.Дуда, 1989; В.В. Абрамченко, 1997). 2 беременных с гипертонией готовились к прерыванию беременности по медицинским показаниям в связи с высокой стойкой гипертонией. Семи (7) женщинам с гипертонией производился подбор препарата для коррекции артериальной гипертензии. Применяемые методы исследования: общеклинические анализы, ЭКГ, измерение АД по методу Короткова, параллельная регистрация ЧСС беременной и плода. Параллельная регистрация ЧСС беременной и плода производилась по разработанной нами методике. Регистрация начиналась после 10 – минутного отдыха женщин, лёжа на спине (срок беременности от 18 до 22 недель). Запись проводилась девятикратно с интервалом 30 минут до назначения гипотензивных препаратов, затем в том же режиме после приёма препаратов (нифедипин в разовой дозе 20 мг, анаприлин в разовой дозе 80 мг). Интервал между назначением препаратов составлял 24 – 48 часов. Непосредственно перед выполнением записи тонов сердца беременной и плода производилась регистрация АД у беременной по первому и пятому тонам Короткова.

Полученные результаты обрабатывались с применением компьютерных программ Excel, Stadia, с использованием непараметрических критериев анализа. Применялись методы описательной статистики, критерии Вилкоксона, Ван дер Вардена для обнаружения различий между медианами выборок, корреляционный анализ.

При анализе действия препаратов на беременную и плод установлено следующее: ЧСС у беременных под воздействием анаприлина по сравнению с исходом либо снижалась (31 женщина) на 4,8 – 22,5%, либо не изменялась (здесь и далее указанные различия показателей статистически достоверны; при $p > 0,05$ делался вывод об отсутствии изменений); под воздействием нифедипина либо повышалась (24 женщины) на 4,2 – 38,7%, либо не изменялась. АД у беременных под воздействием анаприлина по сравнению с исходом либо снижалось (систолическое на 4,2 – 17,2% у 20 женщин, диастолическое на 8,3 – 15,8% у 8 женщин), либо не изменялось. Под воздействием нифедипина АД снижалось (систолическое на 3,9 – 18,5% у 16 женщин, диастолическое на 6,7 – 16,7% у 14 женщин) или не изменялось. В то же время ЧСС плода при действии анаприлина понижалась на 2 – 10,8% у 21 плода, не изменялась, или повышалась на 0,68 – 4,3% у 3 плодов. При действии нифедипина ЧСС плода понижалась на 0,7 – 8% у 17 плодов, не изменялась или повышалась на 2,8 – 8% у 13 плодов.

Отсутствие изменений ЧСС плода под влиянием препаратов рассматривалось как косвенное свидетельство отсутствия изменения обмена у плода. Не обнаружено корреляции между исходными цифрами АД и ЧСС у беременной и ЧСС плода, а также между изменениями под действием препаратов АД или ЧСС беременной и изменением ЧСС плода.

При сопряжённом анализе направленности изменений ЧСС беременной и ЧСС плода все наблюдения разделены на 4 группы: 1 – одностороннее изменение ЧСС беременной и ЧСС плода, 2 – отсутствие реакции ЧСС плода при наличии реакции ЧСС беременной, 3 – отсутствие реакции ЧСС беременной при наличии реакции ЧСС плода, 4 – разнонаправленное изменение ЧСС беременной и плода. Следует отметить, что и нифедипин и анаприлин легко проникают через плаценту и концентрация их в крови плода примерно равна таковой в крови беременной.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что механизмы действия анаприлина и нифедипина на беременную и плод различны, что приводит к разным по интенсивности и направленности изменениям ЧСС у женщины и плода. Изменения состояния плода под действием гипотензивных препаратов не могут быть отслежены и спрогнозированы при наблюдении за изменениями гемодинамики беременной. Для их оценки необходима непосредственная регистрация изменений ЧСС плода. Отсутствие изменений ЧСС плода под действием гипотензивного препарата при наличии положительных изменений гемодинамики у беременной позволяет рекомендовать данный препарат для использования у данной беременной. Наличие реакции ЧСС плода при применении гипотензивного препарата, в силу малой изученности проблемы на сегодняшний день, не позволяет однозначно трактовать действие препарата как положительное или отрицательное, поэтому такой препарат не может быть рекомендован к применению у данной беременной как безопасный.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В ПРОГНОЗЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

***И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, В.А.Шевырев,
Е.А.Гаврилова, А.Ю.Петрагин***

Кафедра терапии-1. Кафедра терапии-2. Медико-санитарная часть №59

Основной причиной высокой летальности населения остаются сердечно-сосудистые заболевания, на их долю приходится 53-55% от общей смертности. Социальную значимость представляет проблема поиска комплексного подхода в объективной оценке проводимой терапии у больных с острыми коронарными синдромами, осложненными артериальной ги-

пертензией и желудочковыми нарушениями ритма. Возникает потребность объективизации результатов лечебного воздействия на факторы, определяющие электрическую нестабильность миокарда.

Цель исследования: совершенствование методических подходов в диагностике и прогнозировании электрической нестабильности миокарда, комплексный анализ и стратификация предикторов неблагоприятного течения при ИБС и артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы исследования: 60 пациентов со стенокардией напряжения, 59 - с острым инфарктом миокарда, 56 больных с постинфарктным кардиосклерозом, средний возраст - $51,7 \pm 4,6$ лет. Контрольную группу - 50 человек. Комплекс обследования включал нагрузочный тест (ВЭМ и ЧП ЭКС), эхокардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), временной и спектральный анализ вариабельности ритма сердца.

Результаты исследования: С учетом предлагаемых нами факторов неблагоприятного прогноза выделена группа больных ИБС высокого риска - 25,1% от общего числа наблюдаемых лиц с различными формами ИБС - 175 пациентов. Артериальная гипертензия отмечена в 40,7% в группе с кардиальными событиями (54 больных), что значимо выше в сравнении со II группой (стабильное течение) - 21,5 %, $p < 0,01$.

Факторами высокого риска считали при ХМ ЭКГ суточную продолжительность ишемии миокарда более 60 мин при максимальной глубине депрессии ST сегмента более 3мм, частоте сердечных сокращений в начале эпизодов ишемии миокарда менее 100 уд/мин, при нагрузочных пробах число отведений с депрессией ST более 6, желудочковую экстрасистолию высоких градаций на фоне транзиторных эпизодов ишемии, наличие эпизодов безболевой ишемии миокарда продолжительностью более 15 мин (при суточной продолжительности безболевой ишемии более 40 мин). В группе высокого риска частота выявления ППЖ составила 93%. Устойчиво ригидный ритм (SDNN < 21 мм) отмечен у 97% больных с летальным исходом. Отрицательная реакция показателей ВРС на физическую нагрузку коррелировала с неблагоприятным клиническим прогнозом. При оценке сократительной функции степень риска возрастала при снижении фракции выброса менее 30%, увеличении конечного диастолического размера более 7,0 см, при наличии зон гипокинезии. Летальность в группе высокого риска составила 82% за период наблюдения 3 года (1 год - 41%, 2 года - 29,5%, 3 года - 11,5%). Больные, имеющие сочетание указанных факторов, должны рассматриваться как наиболее угрожаемые в отношении внезапной смерти и подлежать целенаправленному детальному обследованию, динамическому наблюдению, охвату профилактическими и лечебными мероприятиями.

При сочетанном анализе указанных неинвазивных функциональных методик в формировании группы высокого риска больных ИБС и АГ чувствительность составила 83%, специфичность – 81%, предсказуемая ценность положительного результата - 57%, предсказуемая ценность отрицательного результата - 96 %, относительный риск – 7,4.

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПО ФТИЗИАТРИИ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.В. Филиппов, Е.Д. Короткова

Кафедра фтизиопульмонологии

В настоящее время наиболее острой является проблема врачебных кадров фтизиатрической службы [1,2]. Так, по литературным данным укомплектованность фтизиатрической службы врачебными кадрами в Москве составляет менее 50%, а средний возраст фтизиатров превышает 50 лет. В Пензенской области в настоящее время ситуация не менее сложная - укомплектованность врачебными кадрами фтизиатрических учреждений ниже 50% . В то же время, согласно положению приказа МЗ РФ от 28.08.99 №337 "О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации" предполагает подготовку врачей по фтизиатрии через интернатуру, ординатуру, аспирантуру.

Целью нашей работы было выявление основных проблем, связанных с профессиональной переподготовкой (ПП) врачей по фтизиатрии, на основании анализа проведенных циклов ПП за пятилетний период, предшествующий выходу приказа МЗ РФ №337 от 27.08.99 г.

Одна из проблем - недостаточное комплектование циклов. При заключительном анкетировании слушателей выявлено следующее: во-первых, продолжительность цикла не менее 3,5 календарных месяцев трудно переносится основной частью слушателей; во-вторых, длительное обучение в другом городе сопряжено со значительными личными расходами; в-третьих, финансирование здравоохранения не всегда позволяет обеспечивать командировочные расходы слушателей. Этим, на наш взгляд, в основном объясняется недостаточная реализация рассылаемых путевок. Так, из 150 разосланных путевок на циклы ПП, было реализовано только 30 (20%), что и послужило основной причиной недостаточной комплектации циклов. Более половины обучавшихся на циклах ПП составили врачи Пензенской области и г. Пензы (в среднем 57,7%). В тот период, когда циклы были полностью укомплектованы, доля пензенских врачей была менее 50% и основной контингент представляли врачи из других субъектов Российской Федерации.

Другая проблема заключалась в недостаточном уровне мотивации к обучению у основной части слушателей, а также трудностях адаптации к новой специальности. При анализе возраста и стажа обучавшихся врачей установлено, что средний возраст составил 37 лет, а в возрасте старше 50 лет было 6 (8,5%) врачей. Средний стаж работы по другим специальностям был более 10 лет, а 14 человек (19,7%) имели стаж 20 лет и больше. Только 8 (11,3%) врачей пришли во фтизиатрию после института или интернатуры. Таким образом, на ПП направлялись в основном врачи, имеющие большой стаж работы или квалификацию в других специальностях. К основным причинам, заставившим поменять специальность, относились такие как изменение места жительства, реорганизация лечебных учреждений и невозможность устроиться по своей специальности, конфликт на прежнем месте работы, выход на пенсию (у военнослужащих). Таким образом, можно сделать вывод, что основная часть обучающихся пришла во фтизиатрию в силу сложившихся обстоятельств, а не по собственному желанию. Это создавало определенные сложности в первые недели проведения цикла ПП, т.к. кроме занятий, направленных на освоение слушателями теоретических знаний и практических навыков, преподавателям приходилось много времени уделять деонтологическим аспектам избранной профессии.

Значительный удельный вес врачей, обучавшихся на циклах ПП, состоял из педиатров – 26,8%. Это связано с особенностями структуры фтизиатрической службы: на 2 ставки врачей-фтизиатров, обслуживающих взрослое население, приходится 1 ставка "детского" фтизиатра. Поэтому вполне логично готовить детских фтизиатров из врачей педиатрического, а не лечебного профиля. Необходимо отметить, что педиатры не менее успешно осваивали программу цикла ПП, чем врачи терапевтических специальностей.

Серьезной проблемой обучения было полное отсутствие опыта работы во фтизиатрии у значительной части слушателей: 13 человек (18,3%) вообще не сталкивались с больными туберкулезом. Преподавателям приходилось уделять им значительно больше внимания, чем врачам, проработавшим от нескольких месяцев до нескольких лет. Основу слушателей составили врачи со стажем работы от 2 до 12 месяцев – 40 человек (56,3%). Стаж работы от 1 до 5 лет был у 14 врачей, а 4 врача ранее работали во фтизиатрии более 5 лет, однако ни разу не проходили профессиональную переподготовку по специальности.

На циклы повышения квалификации (ПК) для фтизиатров в некоторых случаях командировались врачи, которые не соответствовали целевой установке цикла и нуждались в ПП (отсутствие специализации или опыта работы по специальности). За пятилетний период таких слушателей было 38 человек. Всем слушателям этой категории предлагалось продолжить

обучение на циклах ПП. Из числа этих 38 врачей – 10 (26,3%) продолжали обучение на циклах ПП. Промежуток между циклами ПК и ПП составлял от 2 до 6 месяцев. Слушатели, прошедшие цикл ПП и имевшие предварительный стаж работы во фтизиатрии или прошедшие обучение в два этапа (ПК и ПП) быстрее адаптировались к особенностям специальности, успешнее справлялись с обучением и лучше усваивали материал, а на итоговом экзамене показали более высокий уровень знаний.

На основании проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

- подготовка врачей по специальности "фтизиатрия" только через интернатуру и клиническую ординатуру вряд ли в настоящий момент сможет обеспечить потребность здравоохранения во фтизиатрических кадрах;
- врачи как терапевтического, так и педиатрического профиля одинаково успешно осваивают программу ПП по фтизиатрии;
- лучше осваивают программу ПП слушатели, уже имеющие стаж работы по фтизиатрии или прошедшие обучение на циклах ПК по данной специальности.

Литература:

1. Литвинов В.И., Сельцовский П.П. // Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. – М., 2000.
2. Кучеров А.Л., // Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. – М., 2000.
3. Крылов В.А., Короткова Е.Д., Филиппов А.В., Слеповичева О.А. // Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных. – Пенза, 2000.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА БАЗЕ ДЕТСКОГО ГОРОДСКОГО САНАТОРИЯ "СОЛНЫШКО" ГОРОДА ПЕНЗЫ

***И.А.Хасанишина, С.А.Евтюшкина, С.В.Беляева, О.Г.Склярова,
Л.О.Артемьева, Н.С.Карташева***

Муниципальный городской детский санаторий "Солнышко".

Кафедра рефлексотерапии, физиотерапии и курортологии.

Курс поликлинической педиатрии

На протяжении последних лет наблюдается рост общей детской заболеваемости. Этому, в частности, способствует неблагоприятное анте - и постнатальное развитие ребенка (гестозы, недоношенность, морфо-функциональная незрелость, гипотрофия, анемия, рахит, искусственное

вскармливание, различные формы диатезов, задержка нервно-психического развития, отягощенная наследственность и другие эндогенные факторы), которое приводит к вторичным дефектам иммунной системы. Это определяет высокую подверженность острым респираторным заболеваниям и может приводить к формированию острой и хронической патологии у детей раннего возраста. Наличие очагов хронической инфекции носоглотки, полости рта сопровождается дальнейшим снижением факторов защиты и повышением восприимчивости бронхолегочной системы к инфекционным возбудителям. Экзогенные факторы (экологическая обстановка, низкий материальный и культурный уровень населения, несбалансированное питание, вредные привычки родителей, гиподинамия, ятрогенное воздействие на иммунную систему и др.) играют также большую роль в развитии и хронизации патологии у детей раннего возраста. В структуре острых детских заболеваний доля респираторных заболеваний составляет 80%. Поэтому поиск и разработка эффективных профилактических и лечебных мероприятий для детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, является актуальной проблемой медицины.

В городе Пензе с 1987 года существует городской детский санаторий "Солнышко". Медико-психолого-педагогическая служба адаптирована для реабилитации часто болеющих детей дошкольного возраста и детей с нарушением речи (в возрасте от 3 до 7 лет). Санаторий рассчитан на 100 мест, находится в центре города рядом с парком "Олимпийским". Период адаптации протекает в обычных биоритмах (нет смены климатических поясов). Режим работы круглосуточный, круглогодичный. Срок лечения от 28 до 70 дней (в санаториях общего профиля 21-24 дня).

На базе местного санатория создан лечебно-диагностический комплекс, где максимально используются диагностические методики и арсенал современного оборудования для лечения детей.

В составе диагностических средств использованы: компьютерно-диагностический комплекс, наборы: ЛОР-инструментов, стоматологических инструментов, компьютерно-тренажерное оборудование.

Соблюдается принцип комплексности, выражающийся в содружественной координационной работе всех специалистов санатория (консультации педиатра, ЛОР-врача, стоматолога, физиотерапевта, фитотерапевта, рефлексотерапевта, инструктора ЛФК, массажиста, логопеда, воспитателя и другого обслуживающего персонала). Реализуется индивидуальный план лечения и обследования по медико-экономическим стандартам, разработанным врачами санатория (необходимый режим дня, диетотерапия, медикаментозная терапия, психотерапия, аппаратная физиотерапия, рефлексотерапия, аэротерапия, фитотерапия, лечебная физкультура, массаж, логоритмические занятия, логопедические занятия). Особую значимость в практической работе приобретает содружественная работа со специалистами Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ, ОДБ (отборочные медико-логопедические комиссии, кон-

сультации ведущих специалистов, обследования), детского диагностического центра (талонная система помогает дополнительно обследовать детей).

За период с 2000 – 2002 года пролечено 2412 детей, 321 из них были обследованы с помощью компьютерной диагностики по методу Фолля. При этом обследовании впервые выявлена у детей сопутствующая патология: желудочно-кишечного тракта-213, эндокринной системы-47, мочевыделительной - 10, сердечно-сосудистой – 46, легочной - 5.

Комплексный лечебно – диагностический подход позволил выделить группу детей с сопутствующей патологией: 1243 с ЛОР-патологией, 1200 – заболеваниями пищеварительной системы, 264 - мочеполовой, 202 – опорно-двигательной, 57 –эндокринной систем, у 468 детей обнаружены нарушения речи, прочие заболевания - 1094.Рост сопутствующей патологии ежегодно увеличивается. Поэтому для реабилитации и коррекции здоровья детей необходима содружественная работа специалистов: сотрудников кафедр ПИУВ МЗ РФ, сотрудников ОДБ (пульмонолога, аллерголога, невролога, ортопеда, эндокринолога), сотрудников детской стоматологической службы, сотрудников детского диагностического центра.

Комплексный подход к терапии, правильная организация лечебно- оздоровительного процесса, подбор и обучение кадров, обучение детей по программам дошкольного воспитания на здоровьесберегающих принципах, внедрение новых лечебно-профилактических методик, и применение новейшей аппаратуры (компьютерный комплекс, комбинированный с ультразвуком "Тонзиллор-2", небулайзеры, солевая мини-камера "галонерб", тренажеры и другая физиотерапевтическая аппаратура) способствовали высокой эффективности лечения (94%).

По проведенному катамнезу у детей, оздоровленных в санатории, в 1,5-2 раза снизилось число заболеваний, уменьшилась социальная напряженность, уменьшилась частота госпитализаций и увеличились сроки ремиссии.

Таким образом, оздоровление детей в условиях санатория эффективно, социально- и экономически значимо для населения, так как дети оздоравливаются по бесплатным путевкам, выданными Городским Управлением здравоохранения.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ДЛЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

***Н.М.Хоменко, И.П.Баранова, А.И.Сафронов, Л.Ф.Бартош,
В.И.Струков, Е.В.Пеганова, Ю.Н.Миронова***

Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ

Одним из приоритетных направлений развития отечественного здравоохранения является создание системы научного, технологического, информационного, кадрового и материально-технического направления

сельского здравоохранения, а также обеспечение медицинскими услугами жителей сельских районов в сочетании с государственными стандартами [5].

Проблема осложняется не только недостаточностью финансирования здравоохранения, слабостью материально-технических баз ряда центральных районных и участковых больниц, а также фельдшерско-акушерских пунктов, не только неудовлетворительностью существующей моделью страховой медицины, но и недостаточной обеспеченностью лечебно-профилактических учреждений профессиональными кадрами [2,7]. В этих условиях неоспорима роль качественной профессиональной деятельности высококвалифицированных специалистов. Профессиональная переподготовка (ПП) и своевременное повышение квалификации врачей (ПК), оценка (контроль) знаний и умений специалистов в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и государственных образовательных стандартов являются важнейшей и основной задачей институтов усовершенствования врачей.

Цель настоящей работы – совершенствование форм и методов повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей сельского звена здравоохранения.

В Пензенском институте усовершенствования врачей МЗ РФ (ПИУВ МЗ РФ) функционируют 19 кафедр и 8 курсов (в т.ч. – 2 самостоятельных). Послевузовское профессиональное образование в клинической ординатуре проводится по 32 специальностям, в интернатуре – по 15. Дополнительное профессиональное образование осуществляется через профессиональную переподготовку по 15 направлениям и повышение квалификации – по 41.

В 2001 году на циклах было обучено 3768 специалистов, в 2002 г. – 4018. Из них сертифицировано – 1595 в 2001 г. (42%) и 2351 в 2002 г. (58,5%). Среди сдавших квалификационный ("сертификационный") экзамен доля городских врачей составила 74% в 2001 г. и 87% - в 2002 г., а сельских врачей – 26% и 13%.

Профессиональная переподготовка врачей общей врачебной практики (семейная медицина) проводилась на кафедре терапии-2 (зав.кафедрой д.м.н., профессор Л.Ф.Бартош) в соответствии с приказами МЗ СССР № 1284 (1987) и МЗ РФ № 237 (1992) и в первые годы осуществлялась по трехгодичной очно-заочной программе, очная часть которой составляла 1431 час. Для организации обучения и работы врачей общей практики совместным приказом администраций института и Управления здравоохранением (№ 374/104 от 18.12.1992г.) создан центр семейной медицины в составе кафедры терапии-2 и ЛПУ области. В настоящее время в процессе ПП врачей общей практики принимают участие все кафедры института, а само обучение проводится в соответствии с унифицированной програм-

мой МЗ РФ. Всего подготовлено 65 врачей общей врачебной практики (семейная медицина), из них по специальности работают 22 (в том числе 12 - в селе) [2,1].

Принимая во внимание финансовые и иные трудности, связанные с направлением врачей на учебу (отсутствие командировочных расходов, низкая заработная плата, недостаточная кадровая обеспеченность ЛПУ) сотрудниками кафедр проведено в 2001-2002 годах по 22 выездных цикла, в том числе - 18 в ЦРБ для врачей сельского звена, ЦРБ и межрайонных центров (по пульмонологии, нефрологии, отоларингологии, психиатрии, аллергологии и иммунологии, инфекционным болезням, неврологии, вертеброневрологии, терапии).

Отдельные кафедры разрабатывают новые организационные формы обучения и активно внедряют современные образовательные технологии, обеспечивающие доступность, непрерывность и качество обучения. Так, многолетний опыт работы кафедры педиатрии (зав.кафедрой д.м.н., профессор В.И.Струков) и Областной детской больницы (ОДБ) им.Н.Ф.Филатова (главный врач, Заслуженный врач РФ Г.Л.Ерошин) показал, что повышение качества подготовки педиатров, в т.ч. сельских педиатров, требуют новых организационных форм и методов обучения. В этой связи был организован областной центр непрерывного последипломного обучения врачей-педиатров. В составе центра: ПИУВ МЗ РФ (кафедры педиатрии, анестезиологии и реаниматологии, лучевой диагностики, инфекционных болезней, аллергологии и иммунологии и др.) и ОДБ им.Н.Ф.Филатова (под патронажем МЗ и СР ПО). В структуре центра выделены: стационарный факультет (куратор - зам.главного врача по лечебной части), поликлинический факультет (куратор - зам.главного врача по поликлинической работе) и заочно-очный факультет (для районных и сельских педиатров; куратор - главный педиатр области). В задачи заочно-очного факультета входит мониторинг своевременности ПК педиатров сельского (участкового) и районного звена, разработка учебно-тематического плана с графиком проведения циклов ПК; организация циклов ПК на базе кафедры педиатрии и ОДБ; организация выездных циклов; контроль за эффективностью обучения, в т.ч. на основании квалификационных экзаменов, аттестаций врачей, оценки состояния здоровья детей в области и анализа показателей МС. В 1999 -2002 г.г. в структуре врачей - слушателей кафедры педиатрии было от 40% до 50% врачей ЦРБ и 10%-20% - педиатров участковых больниц.

Использование дистанционных образовательных технологий - одна из актуальных задач системы последипломного образования медицинских кадров. Учитывая огромные территории страны, наличие отдаленных регионов, где в ЛПУ имеется всего 1-2 специалиста, такой вид обучения позволил бы охватить регулярным ПК значительное число врачей и медсе-

стер. Следует отметить, что проблема развития телемедицинских технологий в Российской Федерации отражена в Федеральном Законе "О внесении дополнений в Закон Российской Федерации "Об образовании" и Федеральный Закон "О высшем и послевузовском образовании"" (2002/2003 гг.), Приказах МЗ РФ №344 (2001 г.) и МО РФ №4452 (2002 г.) [3,4,5].

В 1997-2002 г.г. Пензенским институтом усовершенствования врачей МЗ РФ проведен ряд исследований по изучению проблемы использования дистанционного метода в дополнительном профессиональном образовании и повышении квалификации врачей анестезиологов и реаниматологов (зав.кафедрой, д.м.н., профессор В.Г.Васильков; доцент, д.м.н. А.И.Сафронов). По результатам этих исследований на кафедре анестезиологии и реаниматологии разработан и находится в стадии реализации проект: "Дистанционное послевузовское образование врачей для медицины критических состояний". В рамках осуществления этого проекта сотрудниками кафедры совместно с лабораторией медицинской информатики проведено 7 экспериментальных циклов усовершенствования для врачей анестезиологов-реаниматологов и врачей скорой медицинской помощи в городах: Димитровград, Бузулук, Саранск, Тольятти, Липецк. В общей сложности по такой форме повысили свою квалификацию 46 практических врачей. Степень их подготовленности после прохождения программы цикла подтверждена сдачей квалификационного экзамена, проведенного традиционным способом (компьютерное тестирование знаний, сдача практической части экзамена, заключительное собеседование).

По результатам исследования подготовлен проект документа "Временное положение по организации дистанционного повышения квалификации медицинских кадров", который представлен в МЗ РФ. Работа является фрагментом темы "Использование дистанционных образовательных технологий в последипломном образовании медицинских кадров" (научный руководитель- доцент А.И. Сафронов), выполняемой в рамках отраслевой научно-исследовательской программы "Последипломное образование медицинских кадров" (Головная организация - РМАПО). В рамках этой темы НИР в 2002 г. защищена докторская диссертация.

Немаловажное значение в научно-информационном обеспечении учебного процесса имеет подготовка специальных учебно-методических кейсов по отдельным дисциплинам. В этой связи, сотрудниками института в 2001-2002 г.г. опубликованы 6 монографий, 28 учебных пособий, 27 методических рекомендаций и 8 сборников научных работ, а на кафедре анестезиологии и реаниматологии и в лаборатории медицинской информатики разработаны 18 электронных версий лекций и 12 компьютерных учебников.

В 2001 году из числа 3768 врачей, обучавшихся в ПИУВ МЗ РФ, 1595 (42%) сдали государственный квалификационный экзамен и получи-

ли сертификаты специалистов. Из числа врачей, сдавших квалификационный экзамен и получивших сертификаты, 81% - врачи Приволжского федерального округа, 11% - Центрального федерального округа и 8% - врачи из других регионов России. Среди врачей, сдавших квалификационный экзамен, врачей сельского здравоохранения было 26%. В 2002 г. из числа 4018 врачей, обучавшихся в институте, сдали квалификационный экзамен и получили сертификаты 2351 врач (58,5%), из них – врачи Приволжского федерального округа – 76%, Центрального федерального округа – 6%, других регионов России – 18%. Среди сдавших квалификационный экзамен в 2002 г. было лишь 13% врачей сельского здравоохранения.

Таким образом:

1. Государственный квалификационный экзамен специалиста ежегодно сдают 42% - 58,5% слушателей циклов. Из числа сдавших квалификационный экзамен 13-26% составляют врачи сельского здравоохранения. Следовательно, в последние годы отмечается тенденция к снижению уровня "сертификации" специалистов сельских ЛПУ, что не может не вызывать озабоченности как у организаторов здравоохранения, так и у профессорско-преподавательского состава государственных учреждений дополнительного профессионального образования медицинских кадров.

2. Врачей общей врачебной практики (семейная медицина) целесообразно использовать в сельском звене здравоохранения, где их профессиональный уровень, широта знаний и навыков могут быть наиболее востребованными и необходимыми. Подготовка врачей общей практики должна быть целенаправленной, эффективной, а после окончания обучения завершаться гарантированным трудоустройством.

3. При подготовке специалистов для сельского здравоохранения могут быть использованы следующие формы обучения: очная (на клинических базах кафедр или выездных циклах) и очно-заочная (в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий).

4. На циклах ПП и ПК должны быть использованы как традиционные методы обучения, а так и современные образовательные технологии (включая дистанционные, телемедицинские). Организация областных центров непрерывного последиplomного обучения врачей целесообразна в тех регионах, где имеются институты или факультеты повышения квалификации врачей и при развитии телемедицинских технологий этот опыт может найти более широкое распространение.

5. Подготовку специалистов для сельского звена здравоохранения целесообразно проводить также в рамках целевой клинической ординатуры или интернатуры (послевузовское профессиональное образование) на базах государственных образовательных учреждений дополнительного профессионального образования (институтах/академиях повышения квалификации врачей).

Литература:

1. Воронков Н.И. Здравоохранение области в 2000 году. Пензенский областной комитет государственной статистики. Пенза, 2001 г.
2. Материалы Коллегии Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области по итогам работы в 2002 году. Пенза; 2003.
3. Об утверждении концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации. Приказ МЗ РФ № 346 от 27.08.2001 г.
4. Об утверждении Методики применения дистанционных образовательных технологий (дистанционного обучения) в образовательных учреждениях высшего, среднего и дополнительного профессионального образования Российской Федерации. Приказ МО РФ № 4452 от 18.12.2002 г.
5. Представительство Минздрава в ПФО. Хроника. Нижегородский медицинский журнал. 2001, № 1.
6. Федеральный закон "О внесении дополнений в Закон Российской Федерации "Об образовании" и Федеральный Закон "О высшем и послевузовском образовании"" №11 – ФЗ, Москва, 2002/2003 г.
7. Шкарин В.В. Тенденция в состоянии здоровья населения Приволжского федерального округа. // Нижегородский медицинский журнал. 2001, №1.

ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Н.М.Хоменко, В.Г.Васильков, А.И.Сафронов

Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ

В соответствие с рекомендациями совещания ректоров медицинских академий последиplomного образования и институтов усовершенствования врачей (С.-Петербург, 31.10.2001 г.) нами подготовлен и представлен в МЗ РФ проект "Временного положения по организации дистанционного повышения квалификации медицинских кадров", который находится в стадии рассмотрения.

Вышеуказанный проект подготовлен на основе опыта проведения 7 экспериментальных циклов, проведенных кафедрой анестезиологии и реаниматологии совместно с лабораторией медицинской информатики нашего института в 1997-2000 гг. Экспериментальные циклы проведены на основе решения ученого совета (Пр. №8 от 05.11.1996.). Результаты

доложены на заседании ученого совета ПИУВ в 1998 г. Инициатива проведения таких циклов одобрена, рекомендовано продолжить эксперимент и подготовить предложения для МЗ РФ (Пр. №8 от 27.10.1998).

С 2001 г. Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ - исполнитель научно-исследовательской работы "Использование дистанционных образовательных технологий в последипломном образовании медицинских кадров" (номер государственной регистрации темы исследования № 01.2. 00 101008), которая является фрагментом отраслевой научно-исследовательской программы "Последипломное образование медицинских кадров" (головное учреждение – РМАПО).

Опыт проведения циклов позволил сформулировать концепцию использования дистанционных образовательных технологий (ДОТ) в последипломном повышении квалификации медицинских кадров. Помимо этого появилось несколько направлений, которые при поверхностном подходе к этой проблеме не являются очевидными. Главные из них следующие.

Дальнейшие перспективы развития системы последипломной подготовки медицинских кадров связаны с использованием ДОТ.

Медицина представляет собой одну из тех отраслей знаний, где традиционно считается невозможным получить базовое образование заочно; что касается последипломного образования, то теоретические (преимущественно) разделы циклов повышения квалификации можно проводить с использованием ДОТ.

С точки зрения перехода всей системы образования от принципа "образование на всю жизнь" к принципу "образование через всю жизнь" необходимо рассматривать существующую систему последипломного медицинского образования как элемент непрерывного последипломного образования медицинских кадров.

В настоящее время (в силу известных экономических ограничений) целесообразно вести речь не о дистанционном образовании, а об использовании ДОТ в последипломном повышении квалификации медицинских кадров.

Использование ДОТ при последипломной подготовке медицинских кадров, по нашему мнению, должно идти по четырем основным направлениям:

- подготовка грамотных пользователей дистанционными образовательными технологиями (как среди преподавателей, так и среди практических врачей);
- совершенствование методических и нормативно-правовых вопросов дистанционных технологий;
- совершенствование технологии обучения специалистов практического здравоохранения на основе телекоммуникационных средств;

- совершенствование компьютерных учебных пособий, предназначенных для дистанционного использования.

В условиях использования ДОТ неизбежно повышается роль преподавателя как самой главной фигуры при любом виде образования; при этом качество образовательного процесса определяется не только профессионализмом преподавателя, но и ориентированностью его в современных телекоммуникационных средствах передачи информации.

Основной целью использования ДОТ при непрерывном последипломном повышении квалификации медицинских кадров является повышение качества подготовки специалистов для практического здравоохранения на основе современных и более эффективных технологий образовательной деятельности, использующих телекоммуникационное предоставление информации специалисту непосредственно на его рабочем месте без отрыва от работы.

Несмотря на то, что интенсивная работа по использованию ДОТ в последипломном обучении медицинских кадров в институте продолжается (создаются информационные ресурсы для ДОТ, осуществляется модернизация технических средств лаборатории медицинской информатики и проводится более глубокое изучение проблемы), внедрение экспериментальных циклов с использованием ДОТ затруднено по двум причинам:

- отсутствие какой-либо юридической нормативной базы для проведения таких циклов;
- недостаточное техническое и материальное оснащение лаборатории медицинской информатики для того, чтобы взять на себя функцию центра института по ДОТ.

В этой связи предполагается создание в Пензенском институте усовершенствования врачей МЗ РФ курса/кафедры медицинской информатики с перспективой (при дополнительном финансировании) организации на этой базе институтского центра ДОТ.

ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ПЕНЗЕНСКОГО ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ РФ, МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Н.Ф.ФИЛАТОВА В ПРОВЕДЕНИИ ВСЕРОССИЙСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ

*Н.М.Хоменко, И.П.Баранова, Н.С.Карташева, В.Ф.Лазарев,
Л.С.Этингер, А.П.Гришин*

Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ. Министерство
здравоохранения и социального развития Пензенской области.

Областная детская больница им. Н.Ф.Филатова

Деятельность государственных образовательных учреждений последипломного обучения врачей тесно связана с практическим здравоохранением и ориентирована на совместное решение актуальных проблем [1]. Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ осуществляет постоянную связь с практическим здравоохранением области. Формы взаимодействия разнообразны: заключение двусторонних договоров о сотрудничестве с органами и учреждениями здравоохранения, консультативная помощь, подготовка врачей-интернов, ординаторов, профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов, организация и проведение научно-практических конференций и семинаров, совместная научно-практическая работа и др. На базах лечебно-профилактических учреждений проходят практические занятия с врачами-специалистами.

Одним из разделов совместной работы явилось активное участие Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ, Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области, Областной детской больницы им. Н.Ф.Филатова в организации и проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г.

В Пензенской области с 15.04.02 по 15.12.02 г. проведена диспансеризация всего детского населения в соответствии с приказом МЗ РФ №81 от 15.03.02 [2]. Для осуществления контроля за ходом диспансеризации Министерством здравоохранения и социального развития совместно с Министерством образования Пензенской области (приказ №177 от 14.06.02) была создана межведомственная комиссия, в состав которой вошли ректор института и проректор по научной работе. На заседаниях областной межведомственной комиссии рассматривались вопросы подготовки и проведения Всероссийской диспансеризации детей в Пензенской области, формирования бригад и графиков профилактических осмотров, материально-технического обеспечения диспансеризации, создания экс-

пертного совета по анализу диспансеризации детей, участия коллектива Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ в проведении диспансеризации и др. (приказ МЗ и СР Пензенской области № 112 от 10.09.02 "О работе межведомственной комиссии").

Для решения организационно-координационных вопросов участия сотрудников института в диспансеризации детей было издано 4 приказа, проведено 6 рабочих совещаний совместно с ректоратом и руководителями кафедр, 4 совместных рабочих совещания с руководителями поликлинических служб города. Отчеты о ходе диспансеризации заслушаны на 3 заседаниях Ученого Совета института. Отчеты о проведении диспансеризации ежемесячно представлялись в МЗ РФ.

В диспансеризации детей приняли участие 40 сотрудников института по 7 специальностям, в том числе 14 преподавателей и 26 клинических ординаторов с кафедр и курсов: педиатрии, поликлинической педиатрии, хирургии, травматологии и ортопедии, оториноларингологии, офтальмологии, неврологии, социальной медицины, экономики и управления здравоохранением. Работа сотрудников института в профилактических осмотрах детей осуществлялась на III специализированном этапе диспансеризации в составе совместных бригад врачей (специалистов областной детской больницы им. Н.Ф.Филатова). В бригады специалистов входили также педагоги, логопеды, психологи детских образовательных учреждений г. Пензы. Осмотры проводились по графику, согласованному с администрацией школ. Всего осмотрено с участием сотрудников института 30452 ребенка из 67 образовательных учреждений г. Пензы; проведено различными специалистами 44240 осмотров.

С целью оказания помощи в организации диспансеризации и осуществления контроля качества ее проведения сотрудниками института сделаны 4 выезда в районы области.

Диспансеризация завершилась в срок. Осмотрено 98% детского населения области. У 52% детей выявлены отклонения в состоянии здоровья. Сотрудниками института были вновь выявлены заболевания у 7411 детей, что составило 25,5% от числа осмотренных. По итогам диспансеризации установлено: детей I группы здоровья – 21,4%, II группы здоровья (дети, имеющие фоновые заболевания, незначительные морфологические и функциональные отклонения, а так же факторы риска) – 56,4%, III группы здоровья (больных со стойкими хроническими нарушениями) – 22,1%.

Соотношение числа здоровых и имеющих хроническую патологию составило 1:1. Показатели здоровья детей школьного возраста оказались ниже, чем у дошкольников.

Для подведения итогов диспансеризации и анализа полученной информации Министерством здравоохранения и социального развития Пензенской области издан приказ о создании экспертной комиссии, в которую

вошли 5 сотрудников института (приказ МЗ и СР Пензенской области № 429 от 4.12.02).

По итогам диспансеризации в г. Пензе 20-21 февраля 2003 года проведено расширенное заседание Координационного Совета по здравоохранению в Приволжском Федеральном Округе. В работе этого совещания приняли участие сотрудники института, в том числе ректор института, проректоры по научной и учебной работе.

В настоящее время Министерством здравоохранения и социального развития Пензенской области, Областной больницей им. Н.Ф.Филатова совместно с преподавателями курса поликлинической педиатрии на основании итогов диспансеризации и анализа полученной информации разработан план профилактических мероприятий, направленных на улучшение здоровья детей.

По результатам диспансеризации опубликованы 2 научные статьи.

Совместная работа Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ с органами и учреждениями здравоохранения, как показывает опыт, стимулирует развитие медицинской науки, положительно влияет на качество медицинской помощи и способствует ее дальнейшему улучшению.

Итоги диспансеризации могут служить материалом для дальнейших научных исследований по изучению состояния здоровья и развития детского населения области.

Литература:

1. Последипломное медицинское образование на современном этапе /Под ред. Л.К.Мошетовой, Ф.Е.Вартаняна и др. – Москва, 2000.
2. Приказ МЗ РФ №81 от 15.03.02 г. "О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г." – М., 2002.

МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА

В.И.Цокурено

Курс социальной медицины, экономики и управления здравоохранением

Здравоохранение является неотъемлемой частью общественного производства и подчиняется общим экономическим законам. Одна из его особенностей заключается в том, что здравоохранение производит не товары, а услуги, т.е. относится к сфере услуг. Услуга – это труд, реализуемый потребителю непосредственно в процессе своего вложения, а не овестьвленный в каком-либо предмете, каковым является товар. Здравоохранение отличает то, что его услуги направлены непосредственно на

самого человека. По своему экономическому содержанию медицинские услуги ничем принципиально не отличаются от других видов услуг. В отличие от товара услуга не всегда имеет четкие количественные и качественные характеристики. Значительно выражен элемент субъективизма.

Основные особенности услуги: она не существует до момента своего производства; зачастую неосвязаема; неотделима от источника услуги (пациент, записавшийся к определенному врачу, получит уже не ту же самую услугу, если попадет из-за отсутствия данного специалиста к другому); непредсказуема по результату и степени качества.

Медицинская услуга – это мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Она выступает как специфический товар и обладает следующими свойствами:

- медицинская услуга является услугой особой жизненной важности;
- потребность в медицинской услуге не может быть заменена другой;
- нельзя, как правило, отложить потребление медицинской услуги;
- пациент ограничен в информации об услуге, так как он не обладает теми знаниями, которые бы позволили ему оценить не только качество услуги, но и саму необходимость ее оказания;
- объем услуг, как правило, определяется не потребителем, а производителем услуги.

Здравоохранение имеет дело со специфическим объектом – здоровьем человека, многообразие состояния которого и определяет конкретные меры, лишь в совокупности составляющие законченную услугу. Медицинская услуга – это сложная, комплексная услуга, которая включает, кроме лечебных, гостиничные, транспортные и иные компоненты.

Поэтому следует различать медицинскую услугу как выполнение конкретного технологического процесса и услугу как набор некоторых манипуляций, направленных на достижение цели – улучшения состояния здоровья.

Оказываемые медицинские услуги делятся на: детальные; простые; сложные; комплексные.

Под детальной медицинской услугой понимается элементарная, неделимая услуга (инъекция, оформление истории болезни и т.д.), которая обычно не выступает объектом ценообразования.

Под простой медицинской услугой понимается элементарная услуга, выполняемая по формуле: "Пациент" + "Специалист" = "Один элемент профилактики, диагностики или лечения".

Под сложной услугой понимается законченный случай лечения определенной нозологии: для стационаров – пролеченный больной; для амбулаторно-поликлинических учреждений – законченный случай лечения; для служб скорой помощи – выезд и проведенное лечение.

Комплексная медицинская услуга представляет собой совокупность различных видов медицинских услуг, нацеленных на получение какого – либо результата, который не может быть получен путем предоставления простой или сложной медицинской услуги (обслуживание по специальным программам).

В настоящее время расчет стоимости медицинских услуг производится в соответствии с "Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг", утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации и Президентом РАМН 10 ноября 1999г. Объектом расчета стоимости является медицинская помощь, представленная перечнем простых, сложных и комплексных медицинских услуг.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗНАНИЙ СЛУШАТЕЛЕЙ ПО ВОПРОСАМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (МСЭ) НА ЦИКЛАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЯ

А.С.Ялдыгина

Кафедра психиатрии

На циклах тематического усовершенствования слушатели усваивают основные принципы клинико-функциональной диагностики психических заболеваний, что особенно необходимо при направлении больных на МСЭ.

Содержание понятия "инвалидность" в последнее десятилетие изменилось, что отражено в Постановлении Правительства РФ № 965 от 13.08.96г. и № 820 от 26.10.2000г. Инвалид определяется как лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты. А инвалидность - как социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма [2]. Социальная защита представляет собой систему гарантированных государством постоянных и долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание равных с другими гражданами возможности участия в жизни общества (3, стр. 14).

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) психически больного человека – это определение его потребностей в мерах социальной защиты на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных психическими заболеваниями со стойким расстройством психических функций и осуществляется на основании клинико-функциональной и социальной диагностики.

На циклах тематического усовершенствования при рассмотрении экспертных вопросов подчеркивается, что в результате перенесенного психического заболевания не во всех случаях наступает полная социальная и трудовая адаптация и восстанавливается профессиональная деятельность больного. Может нарушаться оценка своих возможностей и способностей, нередко снижаются волевые качества, обедняются чувства, страдают память и внимание, утрачиваются полностью или частично профессиональные знания, навыки, умения и возможность приобретения новых. Исходом заболевания может быть деменция. После выхода из психотического состояния длительно удерживается астеническая симптоматика с повышенной утомляемостью, истощаемостью, стойкой физической или психической слабостью. В то же время при продолжительных ремиссиях, даже при наличии легкого дефекта, больные могут возвращаться к прежнему труду или приобретать другую специальность и не испытывать выраженных затруднений в адаптации на службе, в семье и быту.

Оценка психического статуса больного (исходя из нозологического подхода к диагностике и уточнения клинико-функционального состояния), качества выхода из психоза, определение способностей и возможностей психологической, социальной и трудовой адаптации в обществе, разработка и рекомендация реабилитационных мероприятий для улучшения здоровья и качества жизни пациента являются важной задачей деятельности МСЭ.

Нарушения психических функций и ограничения жизнедеятельности могут быть компенсированы мерами реабилитационного характера, а целью реабилитации является компенсация социальной недостаточности инвалида, достижения им возможной оптимальной социальной адаптации.

Та или иная социально-трудовая дезадаптация больного, развившаяся в результате психического заболевания и приведшая к снижению или полной утрате профессиональной трудоспособности, требует освидетельствования для установления группы инвалидности с целью социальной защиты его.

В связи с новым подходом к содержанию понятия инвалидность необходимо проводить клинико-функциональную и социальную диагностику состояния психического здоровья пациента. Целью занятия является обновление теоретических знаний и профессиональных навыков врачей на цикле ТУ с учетом современной трактовки проблемы медико-социальной

экспертизы психически больного человека.

Функциональный диагноз устанавливается на основании следующих критериев: имеет ли заболевание прогрессивный характер, ведет ли к стойким, необратимым деструктивным изменениям; определяются также степень тяжести наступившего дефекта, эффективность терапевтических мероприятий, личностные изменения в результате болезни. Функциональный диагноз отражает качественные и количественные показатели выраженности ведущих психопатологических синдромов, стадию заболевания (начальную, разгара, конечную), возможности компенсации нарушенных функций. Учитываются особенности преморбиды личности как, например, преобладание в структуре личности выраженного астенического радикала, трудность адаптации, плохую социальную приспособляемость, слабость трудовых установок, низкую толерантность к любым нагрузкам, невозможность или затруднение выработки тех или иных трудовых навыков, терапевтическая резистентность и др.

Клинико-функциональный диагноз устанавливается на основе данных полного клинико-психопатологического обследования больного с использованием необходимых диагностических и параклинических методик, анализа медицинской документации и содержит следующие основные характеристики:

1. нозологическую форму основного заболевания;
2. ведущий синдром;
3. стадию патологического процесса (рецидив, ремиссия, начальная стадия, разгар заболевания, конечное состояние);
4. течение заболевания – прогрессивное, стабильное, рецидивирующее и др.;
5. характеристика нарушений психических функций (восприятия, памяти, мышления и речи, интеллекта, эмоций, воли, поведения, сознания и т.д.), например: стойкий вербальный галлюциноз; прогрессирующая амнезия; выраженное паралогическое мышление; стойкое интеллектуальное снижение; глубокое чувственное оскудение и др.;
6. степень выраженности функциональных нарушений – умеренные, выраженные, значительные;
7. наличие дефекта или дефицитарной симптоматики;
8. характер изменений личности;
9. нозологическую форму сопутствующего заболевания;
10. осложнения;
11. клинический прогноз – благоприятный, сомнительный, неблагоприятный;
12. уровень социальной дезадаптации.

Нозологическая форма заболевания должна указываться в соответствии с МКБ-10.

Врачи овладевают современными знаниями комплексной оценки состояния психического здоровья с учетом клинико-функционального диагноза и определения степени ограничений жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утвержденными Минздравом и Министерством труда и социального развития Российской Федерации (1). Критерии определения инвалидности основываются на 3-х ведущих признаках: а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма; б) ограничения жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности и возможности осуществлять самообслуживание, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью; в) необходимость осуществления мер социальной защиты. Наличие одного из указанных признаков не является условием достаточным для признания лица инвалидом.

К ограничению жизнедеятельности в основном приводят те психические заболевания, которые проявляются с умеренными (например, пограничными расстройствами), выраженными (эндогенными, экзогенно-органическими, соматогенными психозами, психозами позднего возраста и др.) и значительно выраженными стойкими нарушениями психических функций (атрофические заболевания головного мозга, глубокие деменции различной нозологической принадлежности, тяжелые формы олигофрений и др.). Характер нарушений зависит от многих факторов: нозологической принадлежности заболевания, глубины и степени выраженности психопатологической симптоматики, преобладания нарушения психических функций (интеллектуально-мнестические, ассоциативные, аффективные и волевые расстройства, состояние критики, личностные изменения в результате заболевания), частоты рецидивов, продолжительности и стабильности ремиссий, общесоматического и неврологического фона, клинического прогноза. При психических заболеваниях наблюдаются ограничения многих категорий жизнедеятельности: возможность самообслуживания, общения, способность к обучению и трудовой деятельности, контроль за поведением. Естественно, что эти категории не равнозначны в формировании социальной недостаточности. Наиболее выраженное влияние оказывают глубокие нарушения интеллектуально-мнестических функций с утратой способности к самообслуживанию и установлению контактов с окружающими, невозможность восприятия и передачи информации, осознания себя и адекватности поведения с учетом социальных и правовых норм. Как правило, сочетание нескольких категорий ограничений усугубляет социальную недостаточность и приводит к более тяжелой степени инвалидизации. Наряду с этим социальная диагностика предусматривает анализ социальных и профессионально-трудовых данных освидетельствуемого лица. Обязательно оценивается уровень дезадаптации. Определяются средовые факторы, такие как жилищно-бытовые условия, семей-

ное положение, способность к независимому существованию, самостоятельному проживанию, возраст, социально-бытовые взаимоотношения, материальное положение и др.

При проведении медико-социальной экспертизы разрабатывается индивидуальная реабилитационная программа, оказывается содействие в социальной защите инвалида. Вопросы экспертизы включены в учебно-тематические планы циклов ТУ и компьютерную тестовую программу "Аттестатор". Подготовлено и издано учебное пособие для слушателей "Принципы клинко-функциональной диагностики при направлении больных на МСЭК".

Литература:

1. Постановление-Приказ Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.97 № 1/30 "Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы".
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 октября 2000г. № 820 г. Москва "О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996г. № 965.
3. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. Методические рекомендации. Вып. 16, М., 1997.

ОГЛАВЛЕНИЕ

А.П.Абрамичев, А.С.Ялдыгина

К МЕТОДИКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ
ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ЦИКЛАХ ТЕМАТИЧЕСКОГО
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ..... 3

Н.Ю.Алексеева

РАБОТА КАФЕДРЫ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ В
ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ 7

И.П.Баранова

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ИНСТИТУТА И
ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА 2001-2002 гг. 9

И.П.Баранова, И.Н.Лесная, М.В.Баев, О.А.Коннова, О.Н.Лесина

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ТЕМЕ
"ПОЛИОМИЕЛИТ И ОСТРЫЕ ВЯЛЫЕ ПАРАЛИЧИ" В РАМКАХ
СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ
ПИУВ МЗ РФ И ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ
ОБЛАСТИ..... 15

А.А.Баулин

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ХИРУРГИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 17

Н.А.Баулин

ИСТОКИ ТВОРЧЕСТВА: ЕДИНСТВО МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И
ПРАКТИКИ 19

В.Г.Васильков, А.И.Сафронов, Д.В.Осинькин

КОМПЬЮТЕРНЫЕ УЧЕБНЫЕ ПОСОБИЯ ДЛЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-
РЕАНИМАТОЛОГОВ 21

И.В.Дорогова, Л.Ф.Бартош, Е.Е.Гришаева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ 23

Н.В.Еремина, Л.Д.Романовская, Т.В.Посметная

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ,
ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ВОДУ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ
ФТОРА..... 26

<i>А.И.Ермолаева, И.В.Коваль, О.А.Алексеева</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСОСУДИСТЫМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ СИНДРОМАМИ	27
<i>Ю.И.Заика</i> К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРТИФИКАЦИОННОГО ЦИКЛА “МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ”	30
<i>М.И.Зайцева</i> ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНТЕРНАТУРЫ.....	32
<i>Е.А.Иванов</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ ПО ТЕМЕ "ЦИТОПЕНИИ"	35
<i>Б.Г.Искендеров, И.П.Татарченко, В.В.Осипова, Т.В.Лохина, Д.С.Латышев, Н.П.Тиханова</i> 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ	36
<i>Л.В.Клименкова, А.И.Козина</i> К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ	38
<i>О.А.Коннова, М.В.Никольская, И.Н. Лесная, Л.И.Мусаткина</i> ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ГЛАЗАМИ СЛУШАТЕЛЕЙ (анализ анкет)	39
<i>Т.А.Костюченко</i> РЕЗЕРВЫ СОКРАЩЕНИЯ СРОКОВ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО В СТАЦИОНАРЕ	41
<i>Л.В. Курашвили, Н.И.Баулина</i> СОВМЕСТНАЯ РАБОТА КАФЕДРЫ И ЛАБОРАТОРИИ ПО ВОПРОСАМ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА	44
<i>В.Ф.Лазарев, В.И.Струков, Г.Л.Ерошин, Г.А.Каткова, Л.С. Этингер, А.П.Гришин, Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галеева, А.Н.Астафьева, И.А.Малкин</i> НЕПРЕРЫВНОЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ.....	46

<i>С.С.Лиманский</i> ЭТАПНЫЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ В УЧЕБНЫХ ПРОГРАММАХ КАФЕДРЫ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ.....	47
<i>С.С.Лиманский, Р.П.Крымская, В.Г.Цыганков, Г.К.Починина, С.А.Латина</i> ШИРОКИЕ ПРОБЛЕМЫ УЗКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ В УЧЕБНЫХ ПРОГРАММАХ КАФЕДРЫ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ.....	50
<i>А.А.Лысенкова, Г.Г.Страхов, Т.Г.Лукина</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В БЮРО МСЭ № 8 ЗА 2001 – 2002 ГОДЫ.....	52
<i>В.А.Моисеенко</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХАРАКТЕРА СМЕЩЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ	53
<i>Б.А.Молотилов</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ ИММУНОЛОГИИ	55
<i>О.И.Морозова, Н.В.Позднякова, В.А.Шевырев, И.П.Татарченко, Е.А.Гаврилова</i> ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ β-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ.....	56
<i>О.И.Морозова, Н.В.Позднякова, И.П.Татарченко, Гаврилова Е.А., А.Ю.Петрагин</i> КРИТЕРИИ ВЫСОКОГО РИСКА В ОЦЕНКЕ ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	58
<i>В.М.Николаев, М.Г.Сарайкина, Е.В.Петрова</i> ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ПТСР), И ВНЕДРЕНИИ ИХ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС	59
<i>В.М.Николаев, М.Г.Архангородский, В.Н.Сгибов, В.В.Орлов</i> ОПЫТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ПИУВ МЗ РФ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	61

<i>В.М.Николаев, А.И.Бусыгин</i> РОЛЬ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ В ИНТЕГРАТИВНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. К.Р.ЕВГРАФОВА И ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ РФ	64
<i>Н.В.Позднякова, И.П.Татарченко, О.И.Морозова, А.Ю.Петренин, Е.А.Гаврилова</i> ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....	67
<i>Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, И.П.Татарченко, Е.А.Гаврилова, А.Ю.Петренин</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА	68
<i>Р.П.Савченко, И.К.Сторожук, В.С.Иванова, И.В.Гордюшина</i> ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НИР КАФЕДРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС	69
<i>Р.П.Савченко, И.И.Кухтевич, М.С.Рылеева, Г.Б.Перестань, А.Н.Овчарников</i> НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАЗВИТИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПРИ ГЕСТОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ	72
<i>А.И.Сафронов</i> ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	76
<i>А.И.Сафронов, Д.В.Осинькин</i> МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ	77
<i>А.С.Сахарова, Ф.К.Рахматуллов, Н.Н.Ермолаева, С.А.Серебрякова, М.В.Мензоров</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРУКТУРНЫМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	79
<i>В.М.Семенов</i> МАРКЕТИНГОВАЯ СИТУАЦИЯ И ТЕХНОЛОГИИ НА РЫНКЕ ОБРАЗОВАНИЯ	80

<i>В.М.Семенов</i> МОДЕЛЬ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ РЕНТГЕНОЛОГОВ.....	84
<i>В.М.Семенов</i> СОСТОЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО РЫНКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЯ В НАСТОЯЩИЙ ПЕРИОД	86
<i>И.В.Сергеев, М.И.Зайцева, А.Г.Кавайкин</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЙ НИР В ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС И ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	89
<i>В.П.Сергеева, В.А.Типикин</i> СОВМЕСТНАЯ РАБОТА КУРСА ПУЛЬМОНОЛОГИИ ПИУВ МЗ РФ с МЗ и СР ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ "РАЗВИТИЕ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ НА 2002-2007 гг."	92
<i>В.И.Струков, И.П.Баранова, О.А.Коннова, Л.Г.Радченко, Г.А.Балашова, Т.Ю.Уланова</i> ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ: ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ	93
<i>В.И.Струков, Л.Г.Радченко, В.Б. Мысяков, Г.А.Балашова, Т.Ю.Уланова, А.В. Митрофанова, И.А. Малкин, Т.Г. Мозлова</i> ОПЫТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ЛАКТОЛОГИИ И УХОДУ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ	96
<i>И.П.Татарченко, А.Ф.Штах, Л.В.Фатеева, О.И.Морозова</i> ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ ПРИЁМЕ БЕРЕМЕННОЙ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ	98
<i>И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, В.А.Шевырев, Е.А.Гаврилова, А.Ю.Петренин</i> КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В ПРОГНОЗЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	100
<i>А.В.Филиппов, Е.Д.Короткова</i> ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПО ФТИЗИАТРИИ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	102

<i>И.А.Хасанишина, С.А.Евтюшкина, С.В.Беляева, О.Г.Склярова, Л.О.Артемьева, Н.С.Карташева</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ЧАСТО БОЛЕЮЩ ДЕТСКОГО ГОРОДСКОГО САНАТОРИЯ "СОЛНЫШКО" ГОРОДА ПЕНЗЫ.....	104
<i>Н.М.Хоменко, И.П.Баранова, А.И.Сафронов, Л.Ф.Бартош, В.И.Струков, Е.В.Пеганова, Ю.Н.Миронова</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ДЛЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .	106
<i>Н.М.Хоменко, В.Г.Васильков, А.И.Сафронов</i> ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ	111
<i>Н.М.Хоменко, И.П.Баранова, Н.С.Карташева, В.Ф.Лазарев, Л.С.Этингер, А.П.Гришин</i> ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ПЕНЗЕНСКОГО ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ РФ, МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Н.Ф.ФИЛАТОВА В ПРОВЕДЕНИИ ВСЕРОССИЙСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ..	114
<i>В.И.Цокуренок</i> МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА	116
<i>А.С.Ялдыгина</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗНАНИЙ СЛУШАТЕЛЕЙ ПО ВОПРОСАМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (МСЭ) НА ЦИКЛАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЯ.....	118