

АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

www.idpluton.ru

Выпуск №72

Кемерово 2020

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

13 июля 2020 г.
ISSN 2500-378X

УДК 378.001

Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамудиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтук Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницкая Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 13.07.2020 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. АУДИТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	4
Ярославский К.В., Ярославский В.К.	
2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010-2017 ГГ.....	8
Храмцов Д.А., Рыжаева В.А.	
3. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОБУЗ «ОКТЯБРЬСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА».....	11
Храмцов Д.А., Лазарева И.А.	
4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВОГО ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА.	15
Храмцов Даниил Андреевич, Мантулина Лилия Алексеевна, Тимофеенко Евгений Алексеевич	
5. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОРГАНОВ ЖКТ.....	18
Храмцов Даниил Андреевич, Богословская Елена Николаевна, Тимофеенко Евгений Алексеевич	
6. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЩЕЙ ОБСЕМЕНЁННОСТИ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ МАЗЕЙ С ГЕКСЭТИДИНОМ.....	28
Храмцов Даниил Андреевич, Тимофеенко Евгений Алексеевич, Григорьян Арсен Юрьевич, Ефремова Наталья Николаевна, Жилыева Людмила Владимировна	
7. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИБС НА БАЗЕ ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА»» ЗА 2018 ГОД....	25
Тимофеенко Евгений Алексеевич, Храмцов Даниил Андреевич, Мансимова Оксана Васильевна	

Ярославский Константин Викторович
Yaroslavskiy Konstantin Viktorovich

к.м.н., заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Родильный дом № 9». E-mail: kvy71@mail.ru

Ярославский Виктор Константинович
Yaroslavskiy Viktor Konstantinovich

д.м.н., профессор
консультант-эксперт ТФОМС г. Санкт-Петербург. E-mail: vitlar2110@mail.ru

УДК [618.2+618.1]-082(079.5)

**АУДИТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ****AUDIT OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE IN A MATERNITY FACILITY**

Аннотация: Оказание качественной медицинской помощи возможно при хорошей подготовленности медицинского персонала по вопросам обеспечения качества. Усилия органов здравоохранения направлены на повышение уровня знаний сотрудников родовспомогательных учреждений для реализации одного из важных компонентов качества – удовлетворенность пациентов медицинской помощью, оказанной в акушерском стационаре.

Abstract: Providing quality medical care possible with well-trained medical staff to ensure quality. The efforts of the health authorities aimed at improving the knowledge of staff of maternity services for the implementation of one of the important components of quality – patient satisfaction with medical care provided in the obstetric patient.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, уровень подготовки персонала, источники знаний качества медицинской помощи, характеристики и критерии качества медицинской помощи.

Key words: the quality of medical care, level of training, knowledge sources, quality of care, characteristics and criteria of quality of medical care

Введение

Одним из условий оказания качественной медицинской помощи (КМП) является вовлеченность в процесс обеспечения качества всех категорий медицинского персонала, которая невозможна без наличия у них четких знаний о теоретических аспектах данного понятия, включая современные представления об условиях, структуре, компонентах, критериях оценки качества [1, 263]. Достаточный уровень осведомленности позволит руководителям медицинских организаций правильно выстраивать стратегию обеспечения качества с активным вовлечением сотрудников, что в настоящее время признано одним из основных принципов методологии менеджмента качества. К сожалению, до настоящего времени подготовленность медицинских работников по данным вопросам недостаточна. Более того, лишь единичные исследования посвящены анализу этой проблемы, в т.ч. среди работающих в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля [2, 16].

Цель – провести аудит качества медицинской помощи по результатам изучения подготовленности врачей родильного дома в вопросах качества, их мнения об его уровне и разработать систему мер по его улучшению.

Материал и методы исследования:

На базе одного из родильных домов Санкт-Петербурга в период 2018-2019 г.г. проведено анкетирование 125 врачей с использованием специально разработанной анкеты-опросника. Анкета включала самооценку врачами своей подготовленности по вопросам качества, их оценку уровня КМП в базовой организации, а также вопросы, позволяющие оценить реальный уровень знаний врачей. Правильность ответов, отражающих современные теоретические представления о структуре, компонентах, критериях оценки субъектах КМП, оценивалась экспертами, входящими в состав Службы качества учреждения. Обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 6. По результатам исследования разработаны рекомендации по оптимизации подготовки персонала родильного дома по вопросам качества медицинской помощи и по совершенствованию менеджмента качества в организации.

Результаты исследования и их обсуждение

Отвечая на вопрос о степени осведомленности о качестве и методах его оценки 53,7% респондентов считал себя достаточно подготовленным; 25,2% сочли себя не совсем подготовленными; 20,0% не смогли оценить уровень знаний по этому вопросу; 1,1% воздержался от ответа. Ни один из опрошенных сотрудников не указал на отсутствие у себя таких знаний. В возрасте до 30 лет только 33,3% респондентов считали себя подготовленными в вопросах КМП, что не может не настораживать, учитывая, что данные сотрудники сравнительно недавно закончили обучение в ВУЗе (и прошли послевузовское обучение), где должны были приобрести соответствующие знания. В последующих возрастных группах показатель превышал 50% (колеблясь от 53,3% до 55,5%). Максимальным же был уровень самооценки в возрасте 60 лет и старше (75,0%). Таким образом, изначальное предположение о лучшей подготовленности молодых сотрудников в вопросах теории КМП не подтвердилось.

Теоретические аспекты качества включают в себя такие вопросы, как его критерии, субъекты контроля, компоненты, система и принципы обеспечения. При этом к критериям (средствам контроля) качества относят статистические показатели (которые дифференцированы в разных типах медицинских организаций), результаты экспертных оценок и социологических опросов [3, ст.64]. Вопрос о средствах контроля КМП вызвал большие затруднения у респондентов. Указали все правильные варианты ответа только 2,6% опрошенных, перечислили лишь некоторые из них - 4,8%, выбрали неверный вариант 24,8%, воздержались от ответа – 67,8%. Наиболее осведомленными в вопросах средств контроля КМП были врачи родового отделения с высшей врачебной категорией и стажем более 10 лет. Неправильный ответ имел место среди врачей отделений неонатологии и женской консультации (18,4% и 20,8%).

К числу наиболее объективных средств контроля качества относятся статистические показатели, уровень которых должен постоянно анализироваться руководителями разных уровней. При этом величина, динамика и целевые значения того или иного показателя обязательно должны быть доведены до сведения всех врачей организации. Респондентам было предложено указать основные статистические показатели, характеризующие работу акушерского стационара. В анкетах респондентов были перечислены самые разнообразные показатели (как правильные, так и неправильные). Доля тех или иных показателей, правильно названных врачами, колебалась от 28,4% до 100,0%. Более половины правильно указанных показателей КМП в акушерском стационаре имело место в 64,3% проанализированных анкет (соответственно более чем в трети случаев – 35,7% - было названо менее половины из тех показателей, которые мониторируются в родильном доме). Все респонденты совершенно правильно отнесли к показателям качества материнскую и практически все (98,6%) - перинатальную смертность. Сравнительно высок и процент таких правильно указанных критериев, как: частота мертворождений (74,6%), заболеваемость новорожденных (62,8%), смертность новорожденных (88,4%), укомплектованность штатов (83,4%). Чуть более половины (58,6%) правильно назвали такой показатель, как частота преждевременных родов; более трети (38,4%) - частоту осложненных родов; 44,3% - частоту осложнений послеродового периода. Выше отмечалось, что критериями оценки качества являются экспертные оценки и анализ уровня удовлетворенности пациентов. Соответственно по их результатам также могут рассчитываться статистические показатели, характеризующие уровень КМП в той или иной медицинской организации. Однако об этих показателях опрошенные были осведомлены явно недостаточно. Так, лишь 34,6% из них считали, что таковым является процент штрафных санкций; 28,4% – процент случаев несоблюдения порядков и стандартов оказания медицинской помощи; 2/3 (66,5%) назвали такой показатель, как процент обоснованных жалоб. Среди неправильно указанных статистических показателей были названы: частота оперативных пособий в родах, наличие квалификационной категории, дефекты оформления медицинской документации. Основные статистические показатели были указаны правильно в наибольшем (64,6%) проценте случаев сотрудниками со стажем работы более 10 лет.

Следующим теоретическим аспектом КМП является вопрос о субъектах его контроля, т.е. о тех структурах (организациях, лицах), которые имеют право проводить этот контроль. Как известно, в соответствии с законодательством выделяют государственный, ведомственный и внутренний контроль, при этом четко определено, кто конкретно и каким образом должен осуществлять этот контроль. Опрос показал, что далеко не все врачи имеют достаточно четкое представление по данному вопросу. Относительно правильно указали субъекты контроля КМП 43,0% опрошенных (из них 4,4% респондентов указали на все, предложенные им, варианты ответов; 38,6% назвали от одного до пяти вариантов), в остальных случаях субъекты контроля КМП были указаны неверно.

Отсутствовали правильные ответы среди врачей моложе 30 лет. Доля правильных ответов была максимальной (53,4%) среди врачей с высшей квалификационной категорией.

Важнейшим субъектом внутреннего контроля качества является врачебная комиссия медицинской организации, одной из задач которой является и обучение врачей вопросам КМП. Респондентам было предложено перечислить функции врачебной комиссии. Отметим, что все из перечисленных ниже функций (вариантов ответов) относятся к компетенции ВК, однако респонденты об этом осведомлены явно недостаточно. Так, считали, что к таковым относится принятие решений по вопросам диагностики и лечения в сложных и конфликтных ситуациях 8,2% опрошенных; продление листков нетрудоспособности - 13,1%; оценка качества обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий - 9,4%; оценка соблюдения порядка ведения медицинской документации - 7,2%; анализ случаев перинатальной и материнской смертности - 16,5%; анализ заболеваемости родильниц и новорожденных - 12,4%; организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности - 15,4%; рассмотрение жалоб и обращений по вопросам оказания медицинской помощи - 9,1%; рассмотрение вопросов о возможности наложения административных взысканий на сотрудников - 5,7%. Правильные ответы были получены в 56,8% случаев; неполные в 31,6%; неправильные - в 5,3% (6,3% опрошенных воздержались от ответа). Доля правильных ответов была максимальной (54,3%) среди респондентов 50-59 лет, неправильных – среди лиц 40-49 лет (12,3%); неполных – в возрасте моложе 30 лет (36,2%).

В настоящее время основными характеристиками качественной медицинской помощи являются ее доступность, оптимальность, безопасность, удовлетворенность пациентов [4, 29; 5, 40]. Респондентам было предложено их перечислить. Правильный и полный ответ дали лишь 17,4% опрошенных. 21,6% врачей указали три характеристики, 13,6% - две, 19,6% - одну (то есть, доля правильных, но неполных ответов составила 54,8%). Ни один из вариантов не отметили 3,2% респондентов. Удельный вес неправильных ответов, содержащих понятия, не относящиеся к перечисленным выше характеристикам, составил 24,6%. Наибольший (22,6%) удельный вес правильных ответов зафиксирован в группе опрошенных 40-49 лет; неправильных - среди респондентов до 30 лет (29,8%). Доля правильных и полных ответов была наибольшей у врачей со стажем работы свыше 10 лет (28,4%) и наличием высшей квалификационной категории (32,6%).

Респондентам был задан вопрос о компонентах качества медицинской помощи (к которым относят структурное, процессуальное и результирующее качество). Правильный и полный ответ дали 41,3% респондентов, неполный ответ, включающий только два из перечисленных компонентов, получен в 30,4% случаев; в 15,2% был указан один компонент; 10,9% опрошенных дали неправильный ответ; 2,2% респондентов на вопрос не ответили. Доля случаев неправильных ответов снижается с увеличением возраста респондентов: с 15,8% в возрасте до 40 лет до 7,5% в возрастной группе 60 лет и старше. Длительность профессионального стажа и наличие врачебной категории не оказали существенного влияния на осведомленность врачей о компонентах КМП. Удельный вес правильных ответов колебался от 28,5% при стаже до 5 лет, до 32,4% при стаже более 10 лет и от 24,6% при наличии второй до 28,7% при наличии высшей квалификационной категории.

Определенные трудности возникли у респондентов при ответе на вопрос о видах контроля КМП, осуществляемого страховыми медицинскими организациями (СМО), к которым относят медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу КМП. Ответы респондентов распределились следующим образом. Правильно назвали все виды контроля 88,3% респондентов, неправильные ответы имели место в 11,7% случаев.

Респондентам был задан вопрос о том, из каких источников они получали знания о КМП. 49,8% опрошенных указали на один источник, 34,8% - на два, 12,6% - на три и более. Преимущественно респонденты получали информацию на врачебных конференциях (на что указали 62,1% из них), а также на тематических и сертификационных циклах в учреждениях постдипломного образования (53,4%). Специальную литературу в режиме самоподготовки изучали 41,8% врачей, лекции на расширенных заседаниях врачебной комиссии и лечебно-контрольной комиссии посещали 38,3%. Доля указавших на такой источник информации как последипломная подготовка была максимальной (34,3%) в возрастной группе 30-39 лет; на самостоятельное изучение литературы – в старшей возрастной группе (36,6%); на посещение лекций – среди лиц моложе 30 лет (25,0%) и 40-49 лет (26,9%); конференций – среди молодых сотрудников (37,5%).

Последний блок вопросов анкеты касался оценки респондентами уровня КМП в базовом родильном доме. При этом представляется, что чем более специалист осведомлен в теоретических аспектах той или иной проблемы, тем более объективными могут считаться его оценки.

Проведенный опрос показал, что отличным считали качество оказываемой помощи 32,8% опрошенных, хорошим – 42,4%, удовлетворительным – 20,7%, неудовлетворительным – 4,1%. Средний балл составил $4,2 \pm 0,87$. Неудовлетворительные оценки имели место среди сотрудников 30-59 лет (максимальной была их доля среди лиц 50-59 лет – 7,1%). Доля отличных оказалась наибольшей и практически равной среди респондентов старше 60 лет (40,0%) и моложе 30 лет (42,6%). При стаже более 10 лет средний балл был ниже ($3,8 \pm 0,19$), чем при стаже менее 5 лет ($4,45 \pm 0,29$) ($p < 0,05$). Минимальным ($3,8 \pm 0,42$) оказался средний балл оценки среди лиц с высшей квалификационной категорией. Оценка качества помощи в отделениях, где работали респонденты, была выше, чем в целом по родильному дому. Однако величина оценок качества работы разных отделений отличалась несущественно (средний балл колебался от $4,32 \pm 0,53$ до $4,86 \pm 0,44$, $p > 0,05$).

Работа по контролю КМП является лишь первым этапом в системе его обеспечения, которое включает принятие и реализацию системных управленческих решений, направленных на создание возможности и поддержание высокого уровня качества (включая подбор, обучение, стимулирование персонала, укрепление материально-технической базы, формирование адекватной организационной структуры и организационной культуры и др.) [6, 26]. Причем, важно, чтобы персонал был осведомлен и о результатах контроля, и о принятых по этим результатам мерах, а также был заинтересован в улучшении качества. В связи с указанным респондентам было предложено оценить организацию работы по обеспечению качества в базовой организации. 63,2% респондентов отметили, что в родильном доме проводится постоянная работа по изучению вопросов качества; 23,6% опрошенных считают, что подобная работа проводится непостоянно; 1,3% считали, что данная работа не проводится (11,9% воздержались от ответа). Удельный вес указавших на отсутствие организации работы по обеспечению качества, колебался от 0,7% (в возрастной группе 40-49 лет) до 2,1% (в группе до 30 лет). Доля положительных оценок была наибольшей (74,5%) в возрастной группе 30-39 лет. У опрошенных с высшей квалификационной категорией она была выше (72,6%), чем при наличии первой (62,4%), второй (52,4%) категории и при ее отсутствии (58,1%). Удельный вес указавших на непостоянство работы по обеспечению качества был наибольшим (58,2%) среди врачей женской консультации.

Для обеспечения качества медицинской помощи необходимы определенные условия (ресурсы). 56,8% респондентов считают, что такие условия в родильном доме существуют; 30,0% опрошенных отметили, что созданные условия не в полной мере способствуют обеспечению качества; 2,8% считали, что таковые условия отсутствуют; 10,4% воздержались от ответа. Наибольший удельный вес отметивших недостаточность условий для обеспечения качества зарегистрирован в группе респондентов моложе 30 лет (32,3%).

Респондентам также было предложено высказать пожелания о возможных путях повышения КМП. Предложения врачей носили разноплановый характер. 37,2% считали необходимым увеличение численности персонала. Близко по содержанию и предложение, высказанное в 18,6% случаев, о необходимости сокращения нагрузки. 16,3% предложили оптимизировать материальное стимулирование работников родильного дома; 11,6% – улучшить материально-техническое обеспечение; 4,7% – улучшить обеспечение расходными материалами. 9,3% респондентов считали важным обратить внимание на обучение персонала, особенно молодых врачей, имеющих небольшой профессиональный опыт. 2,3% опрошенных полагали, что необходимо усилить контроль за работой медицинского персонала. Доля высказавших предложения была максимальной (84,9%) среди сотрудников со стажем работы до 5 лет (только среди них встречались предложения, касающиеся повышения квалификации, улучшения материально-технической базы и информационного обеспечения). Предложения высказали 95,0% сотрудников родильного отделения; 88,0% – родового отделения; 85,0% – акушерских отделений; 90,0% – женской консультации. При этом характер предложений среди сотрудников разных подразделений несколько отличался.

Выводы: Вопросы оценки и обеспечения КМП являются приоритетными в здравоохранении. Их решение во многом зависит от активной позиции непосредственных участников лечебно-диагностического процесса (врачей и среднего медицинского персонала), которая, в свою очередь, определяется уровнем их осведомленности (о целях в области КМП, путях, ориентирах и перспективах их достижения) и заинтересованности в достижении того или иного уровня качества. Проведенный социологический опрос врачей родильного дома показал, что до настоящего времени у многих из них нет четкого понимания теоретических аспектов качества (включая его характеристики, компоненты, средства и субъекты контроля, критерии, механизмы и пути обеспечения). При этом врачи сами осознают свою недостаточную подготовленность, и многие из них (особенно лица старших возрастных групп) повышают уровень своих знаний не только на

официальных мероприятиях, но и путем самообразования. Наиболее неподготовленными в перечисленных вопросах являются молодые врачи (в возрасте моложе 30 лет), имеющие небольшой опыт работы. В связи с перечисленным необходима система мероприятий, направленная на обучение всех категорий медицинского персонала вопросам КМП, и повышение его заинтересованности в улучшении качества. На наш взгляд, среди этих мероприятий можно выделить следующие:

- увеличение объема учебной подготовки студентов на всех уровнях додипломного образования (с дифференциацией в зависимости от специализации в клинической ординатуре и аспирантуре);

- обучение сотрудников на тематических циклах повышения квалификации по вопросам КМП;

- регулярное проведение врачебных конференций с обсуждением теоретических и практических аспектов обеспечения КМП в медицинских организациях, информирование сотрудников о целевых показателях качества, уровне их достижения с анализом причин отклонения фактических показателей от запланированных;

- периодическое тестирование сотрудников по вопросам качества (общим и специальным) с учетом результатов тестирования при определении размера стимулирующих выплат;

- формирование эффективного контракта с сотрудниками с включением в него конкретных показателей качества работы;

- проведение целевого анкетирования сотрудников для анализа их мнения о проблемах и путях обеспечения КМП в организации с последующим информированием сотрудников о его результатах и мерах реагирования руководства организации.

Библиографический список:

1. Линденбратен А.Л., Дубинин Н.Д., Лудупова Е.Ю., Крючков Д.К., Николаев Н.С., Дубоград Е.В. Мнение персонала медицинской организации об эффективности систем менеджмента качества и международной сертификации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – т.24, №5. – с.260-265.

2. Пузырев В.Г, Глущенко В.А. Создание эффективной системы контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении // Медицина и организация здравоохранения. – 2016. - №1.- с.12-20.

3. Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-doc.html

4. Canco J. Identification of the impact of organizational culture on the decision making method // Eur.J.of economics and management sciences. – 2016. – vol.2. – p.27-32.

5. Khaleifah A.A., Luya M.Y., Ali M.A., Fermin G.C. Al Hayat hospital: the challenges in managing hospital administration // Eur.J.of economics and management sciences. – 2017. – vol.2. – p.37-41.

6. Petrova N.G., Dodonova I.V., Pogosyan S.G., Okunev A.Yu., Bratclavsky V.B. Problems and experience of young specialists' adaptation // Danish scientific J. – 2017. –vol. 32. – p.25-28.

Храмцов Даниил Андреевич
Chramtsov Daniil Andreevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

Рыжаева Валентина Николаевна
Ryzhayeva Valentina Nikolaevna

доцент, кандидат биологических наук, кафедра биологии, медицинской генетики и экологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

УДК 61.616.2.24

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010-2017 ГГ.

THE PREVALENCE AND STRUCTURE OF RESPIRATORY DISEASES IN THE OKTYABRSKY DISTRICT OF THE KURSK REGION IN 2010-2017

Аннотация. Болезни органов дыхания занимают 5 место среди причин смертностей в России. Целью исследования является продолжение изучения заболеваний органов дыхания населения Октябрьского района Курской области за последние 7 лет. Материалы исследования: отчеты Октябрьской больницы, медицинские карты взрослого населения, материалы Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России».

Annotation. Diseases of the respiratory system occupy the 5th place among the causes of mortality in Russia. Purpose: To study respiratory diseases in the Oktyabrsky district of the Kursk region in last 7 years. Research materials: reports of the October Hospital, medical cards of the adult population, materials of the Federal State Statistics Service "Health Care in Russia".

Ключевые слова: Болезни органов дыхания, население, Октябрьский район, Курская область, динамика, наблюдение.

Key words: Respiratory diseases, population, Oktyabrsky district, Kursk region, dynamics, observation.

Введение: актуальностью выбранной мной патологии является то, что в нашей стране развивается неблагоприятная ситуация относительно заболеваемости органов дыхания в связи с курением у подавляющего числа населения, причем риску подвержена достаточно большая часть населения независимо от пола или возраста.

Болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции, как в общей структуре заболеваемости населения, так и среди причин летальных исходов. Говоря точнее, это 5-я причина смертности в России. Ежегодно в стране умирают 43 тыс. человек от болезней органов дыхания. Основным контингентом является население старше трудоспособного возраста. Но при всем при этом в области профилактики и лечения тяжелых заболеваний (пневмония, астма и т.д.) имеются перспективы для дальнейшего благополучного развития.

Цель исследования: изучение заболеваний органов дыхания населения Октябрьского района Курской области за 2010-2017 гг..

Материалы: отчеты Октябрьской больницы, медицинские карты взрослого населения, материалы Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России».

Методы исследования: анкетирование, а также статистический метод.

Результаты исследования: Разделом медицины, изучающим заболевания органов дыхания, является пульмонология, что в переводе с латинского языка означает «учение о лёгких». В дыхательную систему входят не только органы дыхания, а также различные мышцы, грудная клетка, система кровообращения, поэтому спектр изучения данного раздела выходит за рамки патологий органов дыхания, исследуя другие системы, которые так или иначе связаны с дыхательной [2].

К органам, исследованием и лечением которых занимается пульмонология, кроме легких относятся: сосудистые и нервные пучки корня легкого, лимфатические узлы, вилочковая железа, диафрагма и т.д. Основной функцией дыхательной системы является обеспечение газообмена в

легких [3].

Основными заболеваниями органов дыхания являются бронхит, пневмония, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь, плеврит. В целом, существует четыре основные причины возникновения болезней органов дыхания:

1) Аллергическая – различные аллергены (например пыль) вызывают бурную реакцию в организме на некоторые вещества и, в особенности, в дыхательной системе, чему следует возникновение некоторых заболеваний и патологий (бронхиальная астма) [1].

2) Аутоимунная – в организме происходит сбой, в результате чего сам организм начинает вырабатывать так называемые антитела, которые направлены против собственных клеток (саркоидоз) [1].

3) Инфекционная – попадание в организм различных вирусов, грибковых спор, которые могут вызвать заболевания органов дыхания (пневмония, бронхит) [1].

4) Наследственный фактор – предрасположенность к заболеваниям, в следствие кодировки в генах и передачи по наследству от более старших поколений. (поликистоз легких) [1].

Таким образом, существует несколько типов причин, характерных для заболеваний органов дыхания.

Переходя к результатам собственных исследований, следует сказать о том, что в Октябрьском районе Курской области сложилась более благоприятная экологическая обстановка, чем в Курске и в стране в целом, что можно проследить ниже.

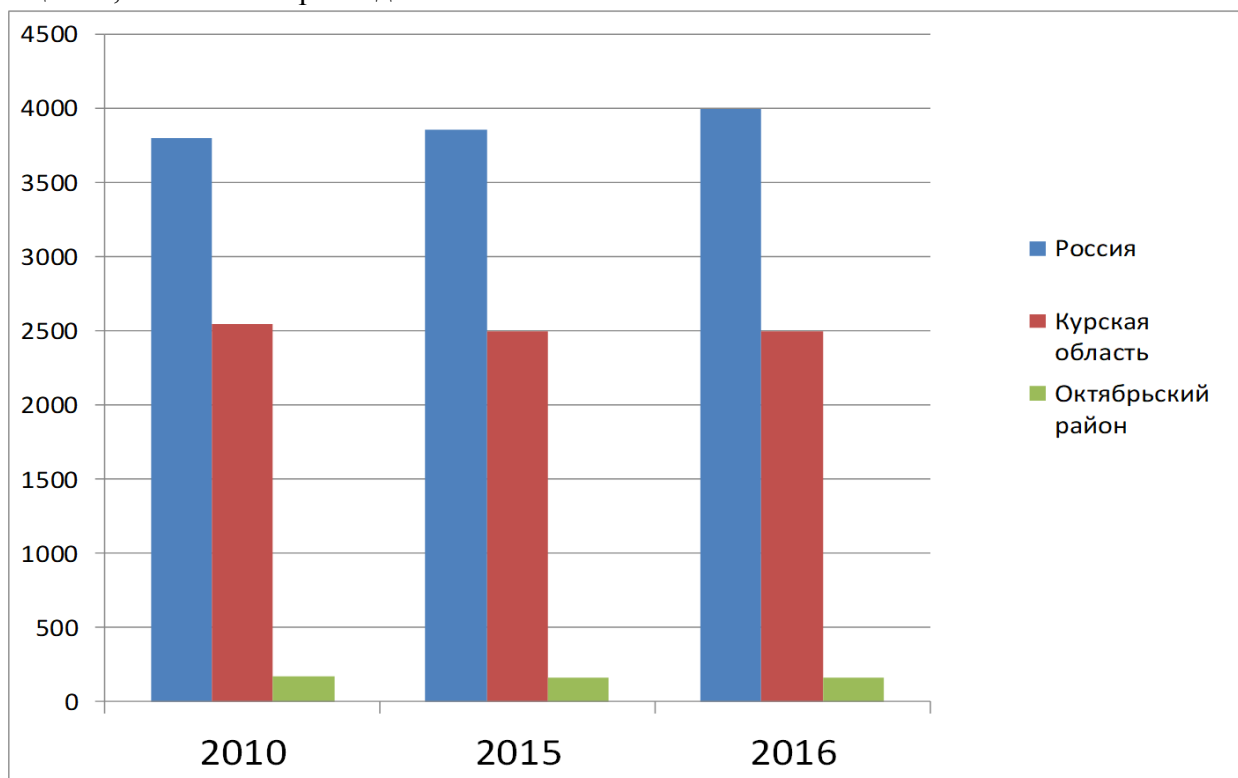


Рисунок 1. Заболеваемость органов дыхания населения (на 10 000 человек)

Причинами такой низкой заболеваемости на фоне РФ и Курской области является преобладание сельской местности, что, безусловно, влияет на экологическое состояние района. Помимо этого, преобладание аграрного хозяйства особенно в отдаленных населенных пунктах говорит о том, что промышленное производство и постиндустриальное здесь вышло на гораздо менее высокий уровень, нежели в целом страна. Вследствие чего заболеваемость органов дыхания населения заметно снижена на фоне страны и области.

Заметно, что у населения Октябрьского района чаще регистрируется случаи заболеваний нижних дыхательных путей, по сравнению с пневмонией и астмой (рис. 2). В 2013 году наблюдается пик заболеваемости пневмонией, что опять же связано с низкими температурами зимой и плохо отапливаемыми помещениями. В период с 2015 по 2016 год происходит увеличение заболеваемости астмой, что может быть обусловлено малым количеством осадков в целом за год и возрастанию запыленности воздуха аллергенами. В период с 2015 года по 2016 наблюдается резкий всплеск заболеваемости астмой. Возможно, это связано с тем, что население, перенесшее пневмонию за 3-4 года до этого, прошло недостаточный курс лечения и реабилитации, что повлекло за собой осложнения в долгосрочной перспективе.

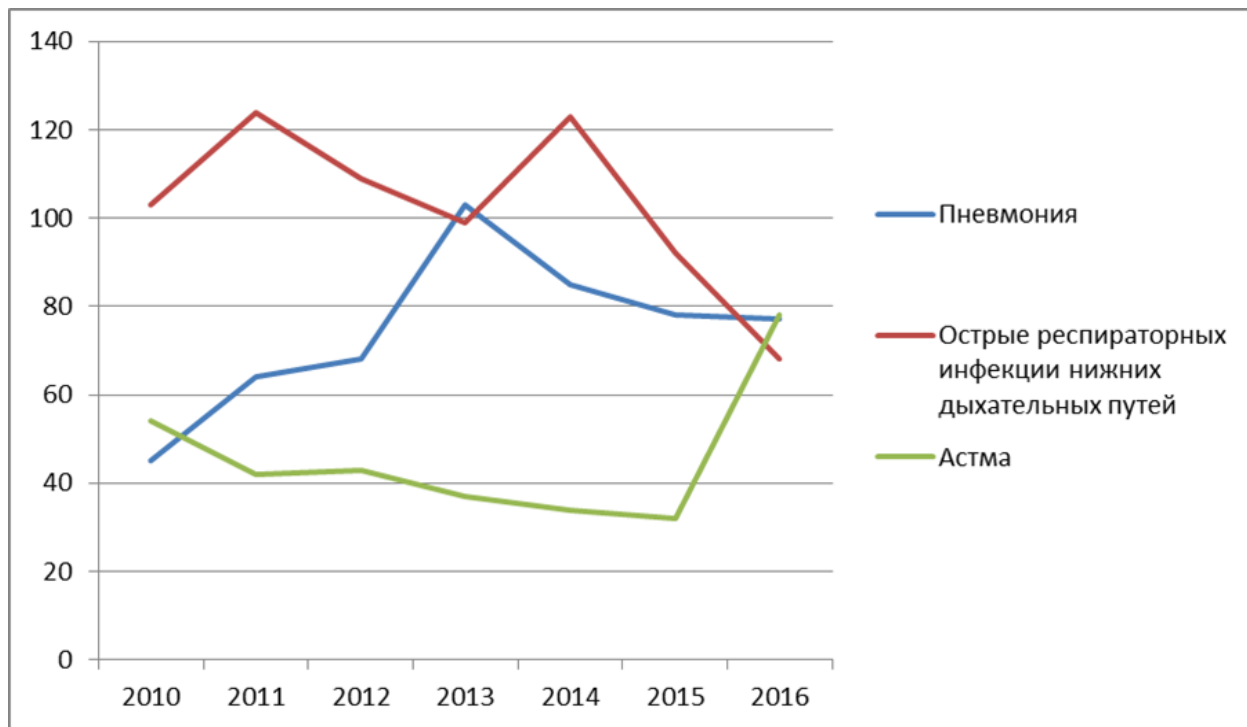


Рисунок 2. Динамика заболеваемости органов дыхания в Октябрьском районе.

Рассмотрим данные патологии на всех возрастных категориях населения.

В Октябрьском районе Курской области пневмонии более подвержено взрослое население. Это связано с тем, что люди трудоспособного возраста часто недооценивают обыкновенную простуду с незначительной температурой, и не обращаются за медицинской помощью в больницы, продолжают ходить на работу. В результате чего обыкновенное ОРВИ дает осложнения, зачастую в виде пневмонии. Это способствует высокой заболеваемости пневмонии среди трудоспособного населения. Пик наблюдается в период 2013 года, затем плавное снижение.

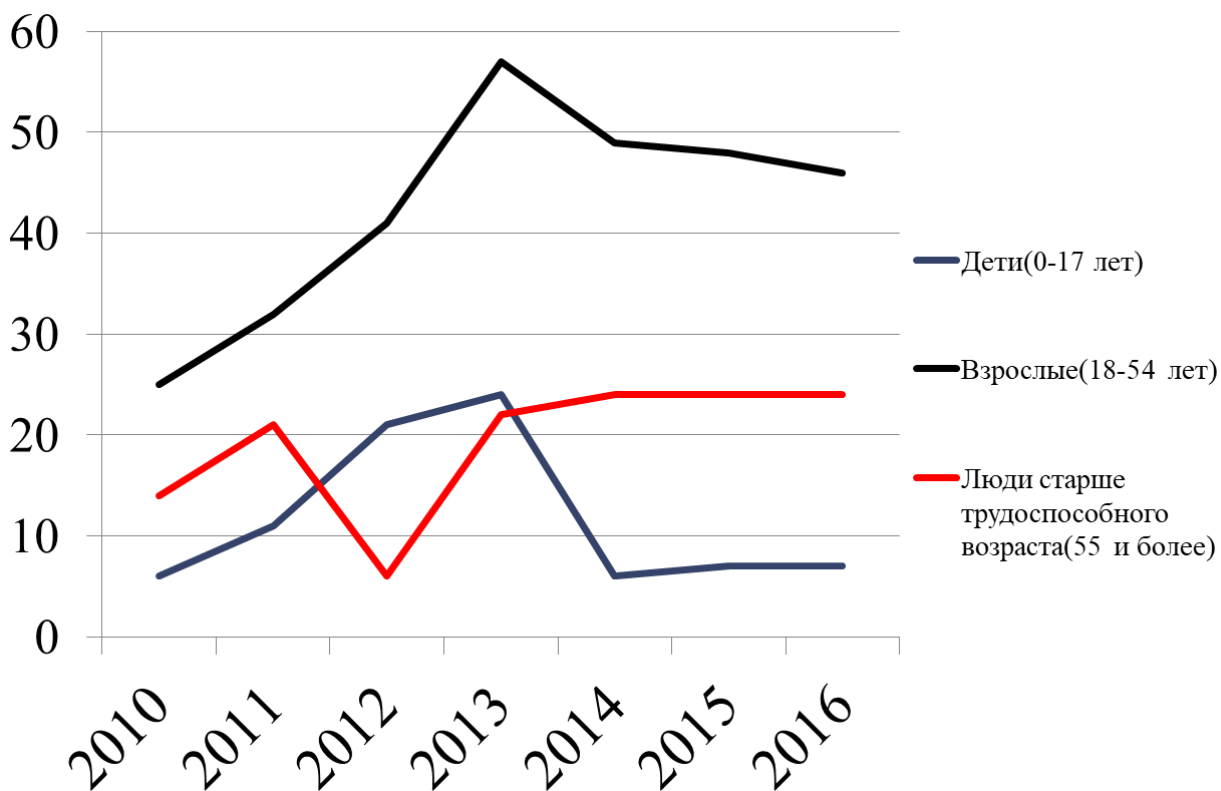


Рисунок 3. Динамика заболеваемости пневмонией населения в Октябрьском районе.

Здесь (рис. 4) мы наблюдаем, что заболеваниями нижних дыхательных путей подвержены преимущественно дети. Но это необязательно действительно так. Зачастую лица трудоспособного и старше трудоспособного возраста не обращаются за мед. Помощью при ОРВИ. Это связано с тем, что в силу своего богатого опыта, люди часто заблуждаются в том, что могут сами оказать себе квалифицированную медицинскую помощь и вылечить данную патологию, а также с нежеланием брать больничный лист в целях не потерять некоторое количество зарплаты. Это приводит к

осложнениям, зачастую в виде пневмонии, поэтому взрослое население по документам более подвержено пневмонии, нежели ОРВИ.

Выводы: В Курской области наблюдается снижение общей заболеваемости за последние 6 лет. Показатель заболеваемости нашего региона и Октябрьского района относительно Российской Федерации ниже. Показатель заболеваемости населения органов дыхательной системы в Октябрьском районе снижается за последние 6 лет.

Библиографический список:

1. Киселенко Т.Е., Назина Ю.В., Могилева И.А. Болезни органов дыхания. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. 288 с.
2. Чучалин А. Г. Белая книга пульмонологии. – М., 2000. – 47 с.
3. Novak, C. L. Identification of missed pulmonary nodules on low dose CT lung cancer screening studies using an automatic detection system / C.L. Novak, L. Carol, J. Qian // Medical Imaging. 2003. - №2. - P. 439-447.

Храмцов Даниил Андреевич
Chramtsov Daniil Andreevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

Лазарева Ирина Алексеевна
Lazareva Irina Alekseevna

доцент, кандидат медицинских наук, кафедра фармакологии
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет»,
г. Курск

УДК 61.615.036

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОБУЗ «ОКТЯБРЬСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

PHARMACOLOGICAL CORRECTION OF BRONCHIAL ASTHMA AND ACCOMPANYING PATHOLOGIES IN PATIENTS «OCTOBER CENTRAL REGIONAL HOSPITAL»

Аннотация. Бронхиальная астма является одной из самых распространённых патологий дыхательной системы. Данное заболевание без должного лечения способно повлечь за собой пагубные последствия для организма человека, вплоть до летального исхода. В результате проведенного исследования, получен вывод о том, что фармакологическая коррекция бронхиальной астмы и сопутствующих патологий у отобранных пациентов была проведена успешно.

Annotation. Bronchial asthma is one of the most common pathologies of the respiratory system. This disease, without proper treatment, can lead to harmful consequences for the human body, up to and including death. As a result of the study, it was concluded that the pharmacological correction of bronchial asthma and associated pathologies in the selected patients was carried out successfully.

Ключевые слова: Болезни органов дыхания, бронхиальная астма, пациенты, лечение.

Key words: Respiratory diseases, bronchial asthma, patients, treatment.

Введение: Бронхиальная астма (БА) – это хроническое заболевание различной этиологической природы, которое сопровождается отёком бронхов с последующим сужением их просвета, в результате чего у больного возникают приступы удушья, кашель, одышка, чувство стеснения в груди. Проблема лечения и коррекций больных с бронхиальной астмой является актуальной в связи с широкой распространенностью данного заболевания в Российской Федерации и в целом в мире. Из-за неспецифического характера симптомов, вместо БА часто устанавливают альтернативные диагнозы [4].

Цель исследования: анализ назначения и выбора фармакологических препаратов у больных с бронхиальной астмой, а также оценка фармакологической коррекции осложнений у пациентов ОБУЗ «Октябрьская центральная районная больница».

Материалы и методы исследования: для проведения исследования использовались данные ОБУЗ «Октябрьская центральная районная больница». Были отобраны 10 историй болезни пациентов в возрасте от 34 до 52 лет с бронхиальной астмой 3-4 степени, а также с осложнением в виде эмфиземы лёгких, хронического обструктивного бронхита в стадии обострения.

Результаты исследования: Эмфизема лёгких — патология дыхательных путей, для которой характерно расширение воздушных пространств, сопровождающееся деструктивно-морфологическими изменениями альвеолярных стенок [1]. Хронический обструктивный бронхит — это хроническое диффузное неаллергическое воспаление бронхов, которое ведёт к прогрессирующему нарушению легочной вентиляции и газообмена, с проявляющееся кашлем, одышкой и повышенным отделением мокроты [2].

Терапия бронхиальной астмы с упомянутыми выше осложнениями предполагает комбинацию синтетических глюкокортикоидных препаратов для оказания противовоспалительного и противоаллергического действия, муколитических средств для облегчения выведения мокроты из лёгких, бронходилататоры для купирования приступов удушья, а также для терапии бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита. Пациентам, включенным в выборку, были

назначены следующие комбинации: преднизолон 2 таблетки утром и 1 в обед, ингаляции с лазолваном №10, симбикорт 160 мкг доз +3 р/д и беродуал при удушье; внутривенно-капельно гепарин 5 тыс.+эуфелин 10.0+преднизолон 60 мг+физ.р-р смесь 200.0 №7,. Указанные дозировки соответствуют рекомендуемым разовой и суточной дозам.

Преднизолон является синтетическим производным гидрокортизона и относится к глюкокортикоидам. Используется для длительного действия при лечении бронхиальной астмы, обладает выраженным противоаллергическим и противовоспалительным действием. Симбикорт и беродуал являются бронходилататорами. Используется для снижения частоты обострений бронхиальной астмы (чаще симбикорт), а также для купирования приступов (чаще беродуал). Ингаляции назначались пациентам для облегчения выведения мокроты из лёгких, при выписке из лечебного учреждения больным назначался абмроксол, который является муколитическим препаратом и используется с той же целью, что и ингаляции.

После окончания лечения у всех пациентов отмечено улучшение общего состояния, субъективное облегчение респираторных симптомов (кашель, отделение мокроты, отдышка и др.) и повышение проходимости воздухоносных путей.

Выводы: Таким образом, этиотропное лечение препаратами подбирается на основе тяжести течения заболевания или его обострения, частоты возникновения приступов, возраста пациента, сопутствующих патологий и др. В ходе исследования было получены данные об общем улучшении самочувствия больных и снижения выраженности клинических симптомов, что говорит о правильно подобранных препаратах, дозировки и кратности введения.

Библиографический список:

1. Аверьянов А. В., Поливанов Г. Э. Эмфизема легких //Практическая пульмонология. – 2006. – №. 4.
2. Викулова Н. Н., Шишко Е. Ю., Волочан А. О. Комплексная физическая реабилитация больных хроническим обструктивным бронхитом //Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. – 2017. – Т. 2. – №. 2.
3. Суровенко Т. Н., Глушкова Е. Ф. Новые возможности терапии бронхиальной астмы у детей //Медицинский совет. – 2018. – №. 17.
4. Чучалин А. Г. и др. Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой //Пульмонология. – 2006. – №. 6. – С. 94-102.

Тимофеенко Евгений Алексеевич
Timofeyenko Evgeny Alekseevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: sundoc99@ya.ru

Мантулина Лилия Алексеевна Mantulina
Lilia Alekseevna

доцент, кандидат медицинских наук, кафедра анатомии человека

Храмцов Даниил Андреевич
Chramtsov Daniil Andreevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

[УДК 611.019](#)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНАТОМИЯ МОЗГОВОГО ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА

COMPARATIVE ANATOMY OF THE HUMAN CEREBRAL SKULL

Аннотация. Изучение строения черепа было актуально всегда. Одни учёные считали и находили связь между строением мозгового отдела черепа и когнитивными способностями индивида, другие опровергали мнение последних. В результате проведённого исследования было выявлено, что наиболее часто встречающимися формами черепа по разным показателям являются: долихокранная, гипсикранная и метриокранная.

Annotation. The study of the structure of the skull has always been relevant. Some scientists considered and found a connection between the structure of the cerebral section of the skull and the cognitive abilities of the individual, others refuted this opinion. As a result of the study, it was revealed that the most common forms of the skull according to different indicators are: dolichocranial, gypsycranial and metriocranial.

Ключевые слова: Череп, форма черепа, части черепа, ямки, области, мозговой отдел.

Key words: Skull, skull shape, parts of the skull, fossa, regions, cerebral section.

Введение: Не смотря на то, что строение организма человека известно с незапамятных времён, изучение строения конкретных его частей является наиболее важным. Так, строение мозгового черепа и черепа в целом в ходе эволюции претерпело множество изменений[1]. Однако, факт, что череп современного человека (*Homo sapiens sapiens*) изучен практически полностью, ни сколько не свидетельствует о потере актуальности данной темы.

Анатомо-топографическое обоснование оптимизации диагностических и оперативно-технических задач является одним из прикладных направлений учения об индивидуальной анатомической изменчивости[2]. Развитие макро-микроскопических, хирургических и диагностических технологий, требующих особой индивидуализации оперативных вмешательств, вызвало необходимость детализации всего спектра индивидуальной изменчивости строения мозгового черепа и его структур с учётом типологии черепа[3].

Цель исследования: изучение топографо-анатомических особенностей строения мозгового черепа, определение поперечной, высотной и продольной характеристики, и их взаимоотношения между собой. Произвести типологию мозгового черепа.

Материалы: материалами исследования явились мозговые отделы человеческих черепов.

Методы исследования: статистический метод.

Результаты исследования: Нами были определены следующие краниометрические точки: Eu (euryon) - наиболее выступающая наружу точка боковой поверхности черепа; G (glabella) - наиболее выступающая вперёд в медиально-сагиттальном сечении точка на носовом отростке лобной кости; Op (opisthocranion) - наиболее выступающая сзади (наиболее удалённая от глабеллы) точка на затылочной кости, лежащая на наружном затылочном возвышении.; Ba (basion) – точка на середине переднего края большого затылочного отверстия; B (bregma) - точка на месте схождения

стреловидного и венечного швов.

Как показали наши исследования, основные краниометрические размеры мозгового черепа в среднем составили:

Краниометрические размеры		М (мм)	±σ (мм)
Продольный размер	g-op	175	7
Поперечный размер	eu-eu	128	8,6
Высотный размер	ba-b	128	5,4

Нами были рассчитаны три краниометрических показателя:

1. Продольно-поперечный показатель (eu-eu / g-op). Методика расчёта состоит в следующем: измеряем с помощью штангенциркуля нужный размер. Замер производим дважды, с целью минимизирования погрешности. Складываем полученный результат первого замера и второго и делим на 2. Получаем среднее значение размера для данного черепа.[3]

Находим отношение среднего значения поперечного размера черепа к продольному: (eu-eu/g-op) и для удобства умножаем на 100.

Полученные результаты можно разделить на следующие группы:

- 1) Гипердолихокран (Hyperdolichocran)- 3 (23%);
- 2) Долихокран (Dolichocran)- 5 (38%);
- 3) Мезокран (Mesocran)- 4 (31%);
- 4) Брахиокран (Brachicran)-1 (8%).

Среднее значение продольно-поперечного показателя составило: 73,38 (мм.), что соответствует долихокранному строению (длинный, узкий). Пять черепов из тринадцати (наибольший процент) имеют долихокранное строение. Четыре черепа- мезокранное (среднее значение отношения поперечного размера к продольному). Три - очень узкие (гипердолихокранное строение). И один- брахиокранное (короткий, широкий череп).

2. Высотно-продольный показатель (ba-b / g-op).

Полученные результаты можно разделить на три группы:

- 1) Хамекран (Chamaecran) – 2 (15%)
- 2) Ортокран (Orthocran) – 5 (38%)
- 3) Гипсикран (Hypsicran) – 6 (46%)

Средним значением по высотно- продольному показателю является ортокранный (средний) тип строения. Шесть из тринадцати черепов по данному показателю имеют гипсикранный тип строения (короткий, высокий). Пять из тринадцати- ортокранный (средний). И два из тринадцати- хамекранный (длинный, низкий).

3. Высотно-поперечный указатель (ba-b / eu-eu).

Так как в предыдущих действиях мы вычислили все нужные нам показатели, нам остаётся лишь найти отношение высотного размера к поперечному.

Полученные результаты можно разделить на три группы:

- 1) Метриокран (Metriocran) – 5 (38%)
- 2) Акрокран (Acrocran) – 4 (31%)
- 3) Гипсистенокран (Hypsistenocran) – 4 (31%)

Средним значением по высотно-поперечному указателю является гипсистенокранный тип строения черепа (крайне высокий, узкий). При этом, пять из тринадцати черепов имеют метриокранный (средний) тип строения черепа по данному показателю. Четыре черепа имеют акрокранное строение (высокий и узкий череп). И последние четыре черепа имеют гипсистенокранный тип.

Краниометрические указатели		М	±σ
Поперечно-продольный	eu-eu:g-op	73,38	4,61
Высотно-продольный	ba-b:g-op	72,92	3,5
Высотно-поперечный	ba-b:eu-eu	100	6,45

При исследовании нами была выявлены следующие формы мозгового черепа:

1) по высотно-продольному указателю: Chamaecran (длинный, низкий), Orthocran (средний), Hupsicran (короткий, высокий). Наиболее часто встречалась короткая и высокая (Hupsicran) форма мозгового черепа, наиболее редко длинная и низкая (Chamaecran).

2) по высотно-поперечному указателю: Metriocran (средний), Akrocran (высокий и узкий), Hupsistenocran (крайне высокий и узкий). Наиболее часто встречалась средняя форма (Metriocran) мозгового черепа, наиболее редко высокие и узкие (Akrocran) формы черепа и крайне высокие и узкие (Hupsistenocran).

3) по поперечно-продольному указателю: Hyperdolichocran (Очень длинный и узкий), Dolichocran (длинный и узкий), Mesocran (средний), Brachicran (короткий, широкий). Наиболее часто встречалась длинная и узкая (Dolichocran) форма мозгового черепа, наиболее редко короткая и широкая (Brachicran).

Выводы: наиболее часто встречаемая форма мозгового черепа по поперечно-продольному показателю это- долихокранная форма черепа (38% случаев), по высотно-продольному указателю наиболее часто встречается гипсикранная форма черепа (46% случаев) и по высотно-поперечному указателю наиболее часто встречается метриокранная форма черепа (38% случаев).

Библиографический список:

1. К вопросу о краниометрии лобной кости//Л.А.Мантулина, М.А.Затолокина, М.С.Гомон, Д.В.Хвостовой//Университетская наука: взгляд в будущее : сб. науч.тр. по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета - Курск, 2020. - С.628-628
2. Строение свода и основания черепа человека // Тело человека. Снаружи и внутри .-2008 .-№3 .- С.15
3. Алексеев В.П., Дебец Г.Ф. Краниометрия. Методика антропологических исследований. - М.: Наука, 1961. – 128 с.

Тимофеев Евгений Алексеевич
Timofeyenko Evgeny Alekseevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: sundoc99@ya.ru

Богословская Елена Николаевна
Bogoslovskaya Elena Nikolaevna

доцент, кандидат медицинских наук, кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Храмцов Даниил Андреевич
Chramtsov Daniil Andreevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

УДК 616.34- 005.1

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОРГАНОВ ЖКТ
INTENSIVE GIT BLEEDING THERAPY

Аннотация: Кровотечения органов пищеварения являются достаточно частой и потому актуальной проблемой. Остро начавшееся кровотечение нередко может привести к летальному исходу. В ходе проведенного исследования было выявлено, что наиболее частой причиной кровотечений является рак желудка I-III стадий.

Annotation: Bleeding of the digestive system is quite frequent and therefore an urgent problem. Acute bleeding that begins can often be fatal. In the course of the study, it was revealed that the most common cause of bleeding is gastric cancer of the I-III stages.

Ключевые слова: Кровотечение, желудочно-кишечный тракт, рецидив, интенсивная терапия, трансфузионная терапия.

Key words: Bleeding, gastrointestinal tract, relapse, intensive care, transfusion therapy.

Введение: желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) являются одной из главных причин экстренной госпитализации пациентов в отделения хирургии. Одним из основополагающих факторов выздоровления пациентов является грамотная своевременная диагностика кровотечения [1]. При этом знание и учет факторов риска, позволяющих прогнозировать кровотечение и его рецидив, позволяют врачу направлять свои знания на снижение инвалидности и смертности, которые обусловлены этим грозным осложнением. В России в 2019 году было зафиксировано 2880,8 случаев ЖКК на 100 тыс. населения. И в настоящее время уровень летальности от ЖКК остается на высоком уровне и колеблется в промежутке от 5 до 15%, а в группе пациентов с тяжелым рецидивирующим кровотечением достигает 30 и даже 80% [2].

Цель исследования: провести анализ клинического течения желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении ОБУЗ КГКБ СМП г. Курска в 2019 г.

Материалы: 20 историй болезни пациентов с кровотечениями органов ЖКТ, находящихся на лечении в ОБУЗ КГКБ СМП г. Курска в 2019 г.

Методы исследования: статистический метод.

Результаты исследования: При анализе историй болезни было отмечено, что средний возраст пациентов – 56,6±5,5 лет. По гендерному признаку пациенты распределились следующим образом: 6 (30%) женщин и 14 (70%) мужчин (рис. 1).

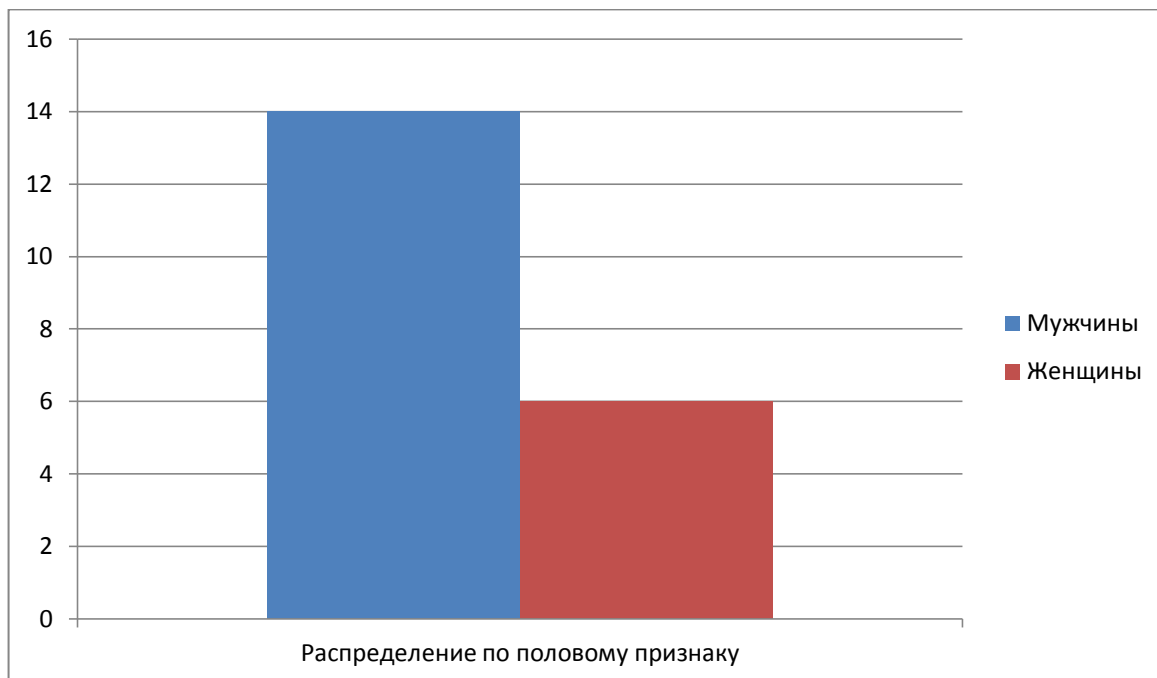


Рисунок 1. Распределение пациентов с кровотечениями органов ЖКТ по половому признаку.

У исследуемых больных основными причинами кровотечения явились: рак желудка, осложненный кровотечением I-III стадий - 25%; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнённая желудочно-кишечным кровотечением - 15%; синдром Меллори-Вейса - 15%, кишечное кровотечение - 15%, цирроз печени, осложнённый кровотечением из варикознорасширенных вен пищевода I ст. - 10%; эрозивный эзофагит, осложнённый кровотечением – 10%, хронический колит-10% (рис.2).

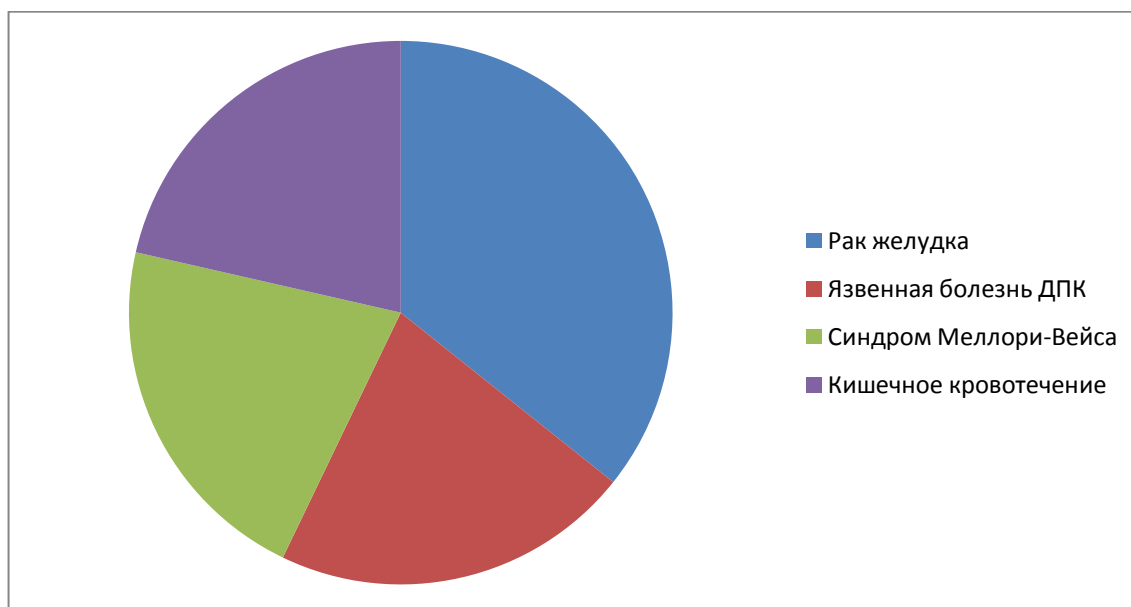


Рисунок 2. Основные причины кровотечений у исследуемых пациентов

Консервативное лечение проводилось 12 (60%) пациентам, а 8 (40%) пациентам помимо консервативной терапии были выполнены операции (рис. 3). Консервативная терапия включала препараты для лечения основного заболевания, а также инфузионно-трансфузионную терапию и гемостатическую терапию. С целью остановки кровотечения применялись гемостатические препараты: Транексам 10-15 мг/кг, Этамзилат 0,25–0,5 г. каждые 4–6 ч. При оценке объективного статуса по ASA пациенты, которым проводилось оперативное лечение, распределились следующим образом: IIE – 25%, IIIЕ – 75%.

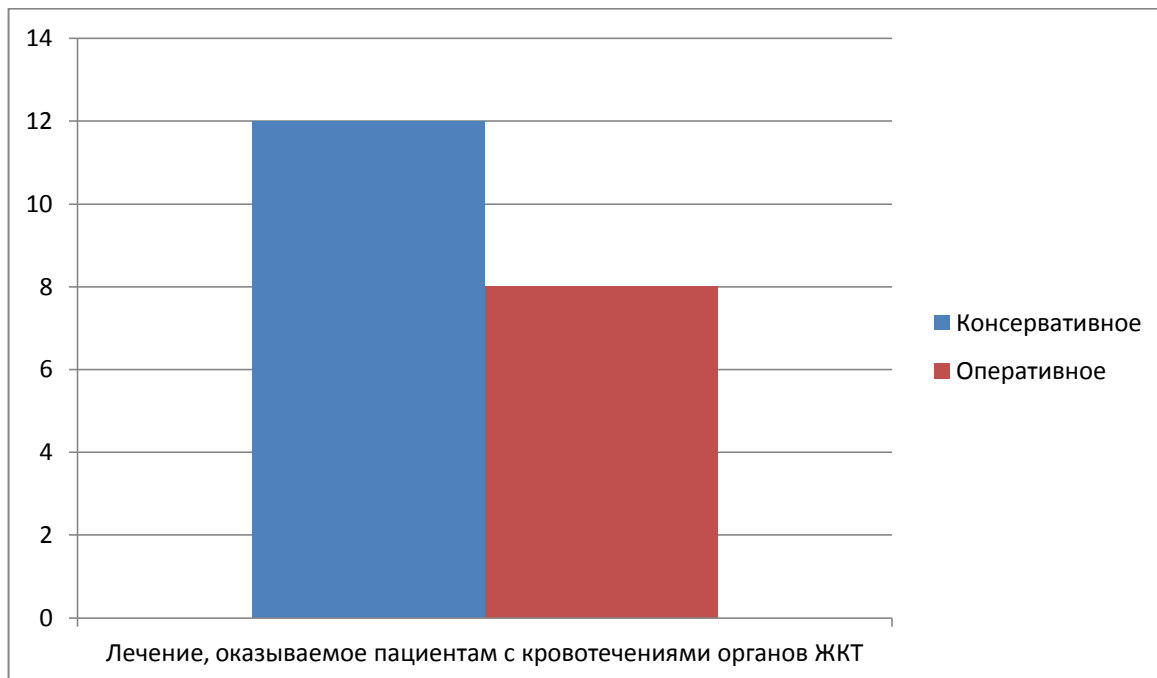


Рисунок 3. Лечение, оказываемое пациентам с кровотечениями органов ЖКТ.

Пациентам выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция желудка по Бильрот 1 - 12,5%, гастротомия по Кадеру - 12,5%, дуоденотомия с иссечением язвы ДПК - 25%, прошивание язвы ДПК - 50% (рис.4).



Рисунок 4. Оперативные вмешательства проводимые исследуемым пациентам

Все оперативные вмешательства проводились в условиях многокомпонентной комбинированной анестезии с ИВЛ. После операции 62,5% пациентов были переведены в профильное отделение, а 37,5% пациентов были транспортированы в отделение реанимации и интенсивной терапии для проведения продленной ИВЛ, инфузионно-трасфузионной терапии, гемостатической терапии, мониторинга и нормализации функций жизненно важных органов(рис. 5). Летальных исходов не было.

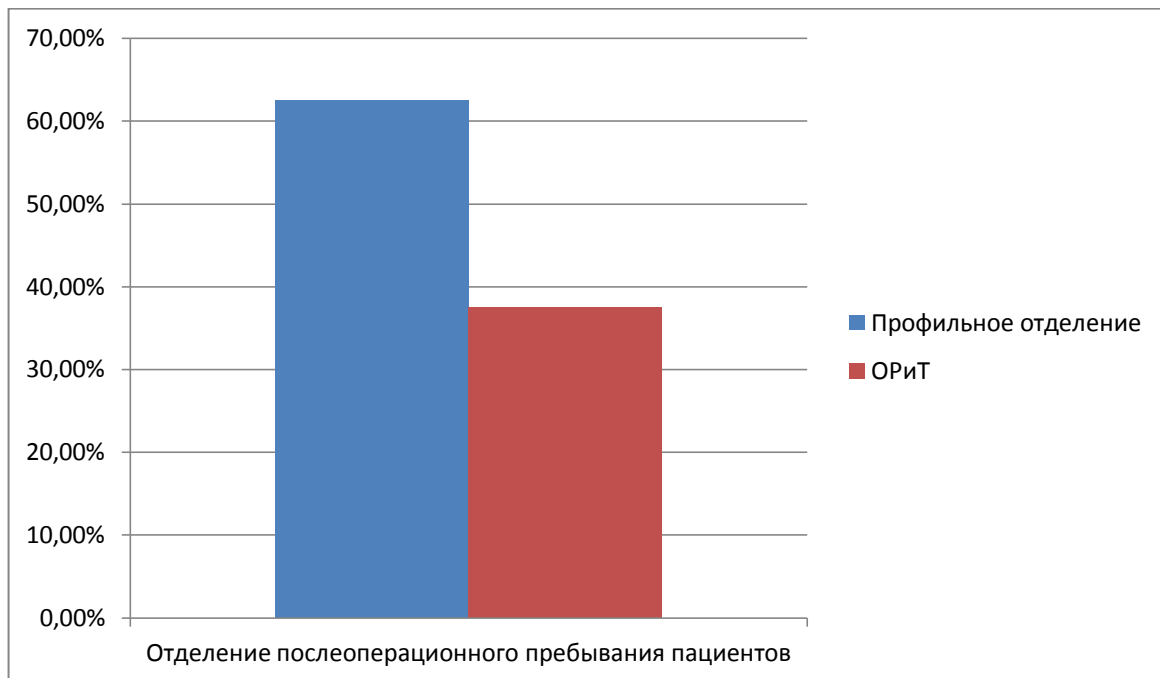


Рисунок 5. Отделение, в которое были переведены пациенты после оперативного вмешательства.

Выводы. Также как в предыдущие годы наиболее часто ЖКК встречаются у мужчин, чем у женщин, но в настоящее время на первое место среди причин развития ЖКК выходят онкологические заболевания, что говорит о высоком их росте среди заболеваемости населения. Применение современных гемостатических препаратов позволяет уменьшить частоту выполнения оперативных вмешательств у пациентов с ЖКК с целью достижения эффективного гемостаза.

Библиографический список:

- 1) Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. - М.: Медицина, 2010. - 274 с.
- 2) Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии // Москва.: «М-Вести» - 2011. - 457 с.

Тимофеев Евгений Алексеевич
Timofeyenko Evgeny Alekseevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: sundoc99@ya.ru

Жиляева Людмила Владимировна
Zhilyaeva Lyudmila Vladimirovna

кандидат медицинских наук, кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

Ефремова Наталья Николаевна
Efremova Natalia Nikolaevna

доцент, кандидат биологических наук, кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

Григорьян Арсен Юрьевич
Grigorian Arsen Yurievich

доцент, кандидат медицинских наук, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. А.Д. Мясникова

Храмцов Даниил Андреевич
Chramtsov Daniil Andreevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

УДК 579.66

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЩЕЙ ОБСЕМЕНЁННОСТИ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ, ПРИ
ИСПОЛЬЗОВАНИИ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ МАЗЕЙ С ГЕКСЭТИДИНОМ**

**DETERMINATION OF THE GENERAL OCCUPANCY OF THE WOUND SURFACE WHEN
USING MULTICOMPONENT OINTMENT WITH HEXETIDINE**

Аннотация. Гнойно- воспалительные заболевания являются на сегодняшний день достаточно частой патологией. Основной причиной возникновения таких заболеваний является пиогенная микрофлора. В результате проведённого исследования, был сделан вывод о том, что наибольшим бактерицидным действием обладает мазь на основе полиэтиленоксида с добавлением гексэтидина.

Annotation: Purulent-inflammatory diseases are today a fairly common pathology. The main cause of these diseases is pyogenic microflora. As a result of the study, it was concluded that an ointment based on polyethylene oxide with the addition of hexetidine has the greatest bactericidal effect.

Ключевые слова: Гнойно- воспалительные заболевания, мази, основы, полиэтиленоксид, метилцеллюлоза, гексэтидин.

Key words: Purulent-inflammatory diseases, ointments, bases, polyethylene oxide, methylcellulose, hexetidine.

Введение: проблема гнойно-воспалительных процессов обусловлена не только их широкой распространенностью, но и тяжелым течением, недостаточной эффективностью современной терапии, развитием полиорганной недостаточности. Под влиянием местного гнойно-воспалительного процесса в организме активизируются процессы, приводящие к накоплению продуктов нарушенного метаболизма. Это ведет к нарушению гомеостаза, реологии крови и микроциркуляции. Страдает функция клеточных мембран и внутриклеточных дыхательных ферментов. Чрезмерное накопление

продуктов нарушенного метаболизма на уровне клетки является одной из основных причин тяжелого течения инфекционного процесса.

Гнойные заболевания кожи и мягких тканей относятся к неспецифической гнойной инфекции, которая характеризуется как воспалительный процесс различной локализации и характера, вызванной пиогенной микрофлорой. Возбудителями гнойно-инфекционных заболеваний среди грамположительных микроорганизмов чаще всего являются стрептококки и стафилококки. Среди грамотрицательных- синегнойная и кишечная палочка, которые могут высеваться в чистом виде или в ассоциации друг с другом [1].

Достаточно часто гнойные заболевания кожи и её дериватов лечат терапевтическими методами, то есть с помощью различных лекарственных средств в виде гелей или мазей. Гидрофильные основы являются наилучшими для мазей. Эти основы состоят из растворимых, набухающих в воде компонентов. К ним относятся растворы метилцеллюлозы (МЦ) и полиэтиленоксида (ПЭО).

Мази на основе производных метилцеллюлозы хорошо поглощаются слизистыми оболочками, достаточно легко высвобождают включенные в них лекарственные вещества, стабильны в широком интервале рН среды. Существенным недостатком основ этого типа является микробное обсеменение, а так же наличие довольно широкого ассортимента препаратов, несовместимых с ними и «высыхание» основ.

Полиэтиленоксидная основа способствует отторжению некротических масс и обладает высокой осмотической активностью. Интерес к полиэтиленоксидным мазям и разнообразное использование в медицинской практике объясняется их положительными свойствами: низкой токсичностью, хорошей растворимостью в воде, устойчивостью к воздействию температуры и света. Полиэтиленоксидные основы проявляют выраженную осмотическую активность, что обусловило их широкое применение в производстве мазей для лечения инфицированных ран, где они обеспечивают осмотическое и дегидратирующее действие, а так же ускоряют заживление ран. Однако ведущим положительным качеством этого типа основ является их неподверженность к микробной контаминации.

Преимущества использования антибактериальных препаратов в виде мазей заключаются в том, что при травмировании кожи велик риск инфицирования организма. Патогенные микробы могут вызвать тяжелые гнойно-воспалительные процессы с различными осложнениями. Благодаря антибактериальным мазям устраняются симптомы инфицирования, снимаются болевые ощущения, останавливаются воспалительные процессы, ускоряется процесс заживления, обмен веществ, активизируется кровообращение, уничтожается патогенная микрофлора.

Цель исследования: определение общей обсеменённости раневой поверхности при использовании многокомпонентных мазей с гексэтидином.

Объектом исследования явились вновьсинтезированные мази в состав которых входили: метилцеллюлоза с гексэтидином (МЦГ) и полиэтиленоксид с гексэтидином (ПЭОГ).

Экспериментальное воспроизведение гнойной раны проводилось на лабораторных животных (крысах) с механическим повреждением кожных покровов и последующим инфицированием ран 1млрд. взвесью золотистого стафилококка (*St. aureus*). В последствии проводились лечебные мероприятия в виде нанесения вновьсинтезированных мазей с гексэтидином. Лечение осуществлялось до образования соответствующего струпа («корочки») на раневой поверхности. По окончании курса лечения рану обрабатывали изотоническим раствором натрия хлорида и 70% этиловым спиртом для удаления с её поверхности вегетирующей микрофлоры и местно применяемых препаратов.

Материалы: мази на основе полиэтиленоксида и метилцеллюлозы с добавлением гексэтидина.

Методы исследования: статистический метод.

Для обезболивания лабораторных животных применяли 5% раствор пиромекаина. Затем иссекали участок ткани в разные сроки исследования на всю глубину раны в условиях стерильности. Биоптат с соблюдением правил бактериологической стерильности транспортировали в лабораторию, предварительно поместив в флакон с 1 мл физиологического раствора. Далее биоптат взвешивали на специальных торсионных весах. Массу биоптата регистрировали и вычисляли коэффициент пересчёта на 1 г ткани «К». Далее биоптат растирали в стерильной ступке и суспензировали в изотоническом растворе натрия хлорида из расчета 1:10 с учётом транспортного 1 мл изотонического раствора. После десятикратного разведения суспензии в изотоническом растворе натрия хлорида до 10^{-3} из каждого разведения производят посев по 0,1 мл на поверхность плотной питательной среды в чашки Петри, методом газона.

Подсчёт колоний (КОЕ) производили в чашках, где колонии росли изолированно и их число не превышало 300. Количество микробов вычисляли по следующей формуле: $N = n * 10 * (10 \text{ или } 100 \text{ или } 1000) * K$; где N – количество микробов в 1 грамме ткани, n- количество микробов(колоний) выросших на чашке, 10-пересчёт на 1 грамм суспензии, 10 или 100 или 1000 – разведение, K-коэффициент пересчёта на 1 грамм биоптата.

Результаты исследования. В ходе исследования на 3-е сутки КОЕ в биоптате, обрабатываемого мазью на основе полиэтиленоксида с гексэтидином была выше, чем при обработке мазью на основе метилцеллюлозы. Тогда как на 5-е, 10-е и 14-е сутки общая обсеменённость раневой поверхности значительно уменьшалась при использовании мази на основе полиэтиленоксида в сравнении с мазью на основе метилцеллюлозы.

Таблица 1 - Микробная обсеменённость в разные сроки исследования.

Сроки	3-е сутки КОЕ	5-е сутки КОЕ	10-е сутки КОЕ	14-е сутки КОЕ
Мази				
МЦГ (Метилцеллюлоза+гексэтидин)	$1,12 * 10^7$	$2,27 * 10^6$	$8,1 * 10^6$	$1 * 10^6$
ПЭОГ (Полиэтиленоксид+гексэтидин)	$3,8 * 10^7$	$0,46 * 10^6$	$0,33 * 10^6$	$0,12 * 10^6$

Выводы: исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что наибольшим бактерицидным действием обладает мазь на основе полиэтиленоксида с добавлением гексэтидина (ПЭОГ), в сравнении с мазью на основе МЦГ.

Библиографический список:

1. Байтукалов, Т.А., Богословская О.А., Глущенко Н.Н. Изучение регенерирующих свойств ряда мазевых и гелевых основ на модели экспериментальных полнослойных ран// Научные ведомости. – 2010. – № 22. –С.248-252.
2. Блатун, Л. А. Возможности современных мазей в лечении гнойных ран, пролежней, трофических язв / Л.А. Блатун // Фармацевтический вестник. –2010. – № 3. –С. 18 – 19.

Тимофеенко Евгений Алексеевич
Timofeyenko Evgeny Alekseevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: sundoc99@ya.ru

Мансимова Оксана Васильевна
Mansimova Oksana Vasilevna

доцент, кандидат медицинских наук, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: manoks555@mail.ru

Храмцов Даниил Андреевич
Chramtsov Daniil Andreevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

[УДК 616.005](#)

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИБС НА БАЗЕ ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА»» ЗА 2018 ГОД
ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF ISCHEMIC HEART DISEASE ON THE BASIS OF CHUZ
«KB RUSSIAN RAILWAYS-MEDICINE» FOR 2018

Аннотация. Ишемическая болезнь сердца является одной из наиболее распространенных терапевтических проблем на сегодняшний день. А согласно статистике ВОЗ ИБС приобрела печальную известность, получив почти эпидемическое распространение в современном обществе. В подавляющем большинстве (около 96-97%) случаев, ИБС проявляется как следствие атеросклероза артерий сердца, то есть сужения их просвета за счёт атеросклеротических бляшек, образующихся при атеросклерозе на внутренних стенках артерий. В ходе исследования было выявлено, что наиболее часто ИБС поражает мужчин старше 46 лет и женщин старше 60 лет.

Annotation. Coronary artery disease is one of the most common therapeutic problems today. And according to WHO statistics, IHD has become notorious, having received an almost epidemic spread in modern society. In the overwhelming majority (about 96-97%) of cases, IHD is manifested as a consequence of atherosclerosis of the arteries of the heart, that is, narrowing of their lumen due to atherosclerotic plaques formed during atherosclerosis on the inner walls of the arteries. The study found that CHD most often affects men over 46 years old and women over 60 years old.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, статистика, мужчины, женщины, сердце.

Key words: ischemic heart disease, statistics, men, women, heart.

Введение: Ишемическая болезнь сердца является одной из наиболее распространенных терапевтических проблем на сегодняшний день. А согласно статистике ВОЗ ИБС приобрела печальную известность, получив почти эпидемическое распространение в современном обществе[3]. Основанием для этого послужила возрастающая частота заболеваний ишемической болезнью сердца людей различных возрастов, высокий процент потери трудоспособности, а также тот факт, что она является одной из ведущих причин летальности. В подавляющем большинстве (около 96-97%) случаев, ИБС проявляется как следствие атеросклероза артерий сердца, то есть сужения их просвета за счёт атеросклеротических бляшек, образующихся при атеросклерозе на внутренних стенках артерий [2]. Изучение ишемической болезни сердца имеет почти двухсотлетнюю историю. К настоящему времени накоплен огромный фактический материал, свидетельствующий о ее полиморфизме. Это позволило различить несколько форм ишемической болезни сердца и несколько вариантов ее течения. Основное внимание привлечено к инфаркту миокарда - самой тяжелой и распространенной острой форме ишемической болезни сердца. Значительно меньше описаны в литературе формы ишемической болезни сердца, протекающие хронически - это атеросклеротический кардиосклероз, хроническая аневризма сердца, стенокардия. Ишемическая

болезнь сердца - важная проблема современного здравоохранения[1].

Цель исследования: анализ и оценка заболеваемости ИБС в различных её формах.

Материалы: Был произведен ретроспективный анализ 30 историй болезней пациентов в возрасте от 37 до 91 года с разными диагностированными формами ИБС, впервые проходивших стационарное лечение в ЧУЗ «КБ «РЖД – МЕДИЦИНА» г. Курска в 2018 г.

Методы исследования: статистический метод.

Результаты исследования: Были проанализированы истории болезни 15 женщин и 15 мужчин. Анализ показал, что наибольшее количество больных отмечалось в трёх возрастных группах: с 46 до 60; с 61 до 75 и с 76 до 90 лет соответственно. В ходе исследования выявлено, что наиболее часто в данной группе мужчины с ишемической болезнью сердца были в возрасте от 46 до 60 лет (40%). Женщины – в возрасте от 61 до 75 (40%) и в возрасте от 76 до 90 лет (40%).

Согласно изученной литературе, ишемическая болезнь сердца у мужчин встречается чаще в возрасте 45-50 лет, что подтвердилось в нашем исследовании. Женщины, исходя из источников литературы, чаще страдают от ИБС в возрасте от 55 до 60 лет. По данным проведённого исследования, ИБС встречается у женщин одинаково часто в двух возрастных группах: с 61 до 75 и с 76 до 90 лет. Разница в возрастной заболеваемости между мужчинами и женщинами обусловлена несколькими факторами. Первый фактор – разница в средней продолжительности жизни. У женщин за 2018 год средняя продолжительность жизни составила 77 лет, а у мужчин на 11 лет меньше – 66, таким образом мужская половина просто не доживает до старших возрастных групп. Вторым фактором является защитное действие гормонов, что защищает женщин от относительно ранней заболеваемости ИБС. Третьим фактором является пренебрежительное отношение мужского населения к своему здоровью.

Исследование заболевания проводилось среди пациентов, имеющих различные формы проявления ишемической болезни сердца. Процентное соотношение форм ИБС, исследуемых пациентов, представлены в виде диаграммы 1.

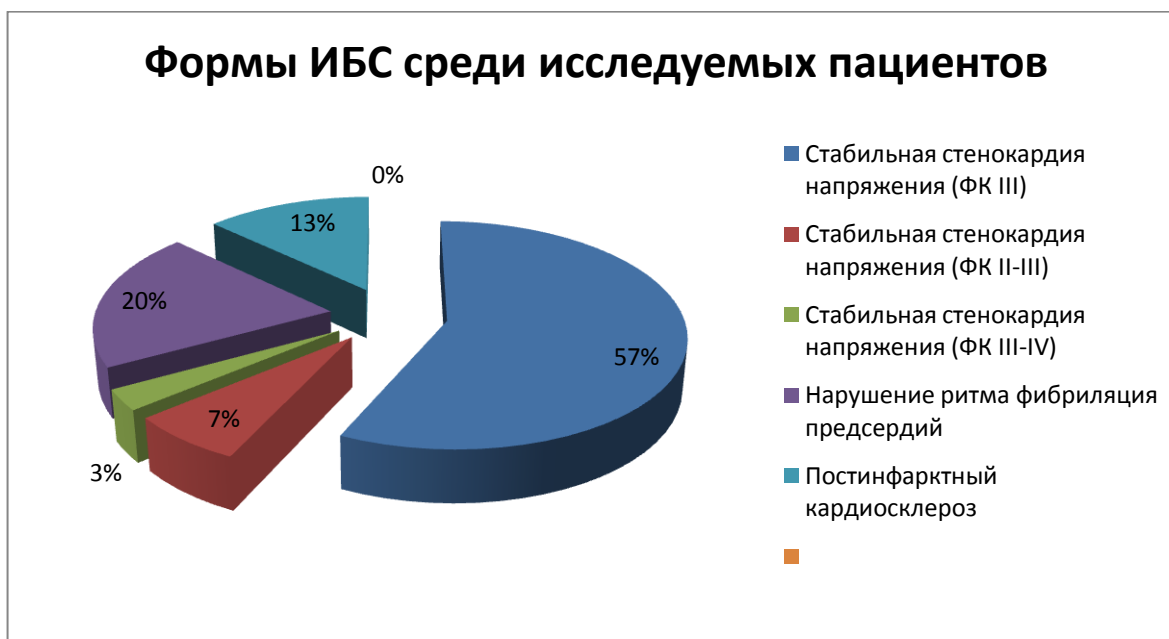


Диаграмма 1. Формы ИБС среди исследуемых пациентов.

Было произведено распределение пациентов по полу и выявленной форме ишемической болезни сердца. Распределение пациентов по полу и форме заболевания представлено в таблице 1.

Форма ИБС	Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
Стабильная стенокардия напряжения(ФК III)	8	53,3	9	60
Стабильная стенокардия напряжения (ФК II-III)	1	6,7	1	6,7
Стабильная стенокардия напряжения (ФК III-IV)	1	6,7	0	0
Фибрилляция предсердий	3	20	3	20
Постинфарктный кардиосклероз	2	13,3	2	13,3

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от пола и тяжести заболевания.

Исходя из результатов, отображенных в таблице, можно сделать вывод, что в исследуемой группе больных, лица мужского пола чаще страдают от такой формы ИБС как стабильная стенокардия напряжения(ФК III) (53,3 % соответственно). Несколько реже страдают от таких патологий как: постинфарктный кардиосклероз (13,3 %); стабильная стенокардия напряжения (ФК II-III); стабильная стенокардия напряжения (ФК III-IV); фибрилляция предсердий (по 20 % соответственно).

Женщины чаще всего (60%) страдают от стабильной стенокардии напряжения(ФК III). Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий встречается у 13,3 % женщин, так же как и постинфарктный кардиосклероз(13,3%). Стабильная стенокардия напряжения (ФК II-III) встречается одинаково часто, как и фибрилляция предсердий тахисистолический вариант (6,7 % соответственно).

Выводы: В ходе проведенного исследования среди 30 проанализированных историй болезней можно сказать, что наиболее часто ИБС поражает мужчин старше 46 лет, а женщин старше 60 лет. Среди мужчин наибольший процент (около 40%) страдает ИБС в работоспособном возрасте от 46 до 60 лет. Женщины наиболее часто страдают от ишемической болезни сердца в возрасте от 61 до 90 лет. Самой частой формой ИБС является стабильная стенокардия напряжения III функционального класса(страдает 44,4 % мужчин и 58 % женщин), что связано с более тяжелым течением заболевания, более частыми дестабилизациями и показаниями к лечению в стационаре.

Библиографический список:

1) Карпов Ю. А., Сорокин Е. В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. – 2012.

2) Тихоненко В. М. и др. Нарушения ритма и проводимости сердца у здоровых лиц //Вестник аритмологии. – 2018. – №. 91. – С. 11-20.

3) Bittl JA, He Y, Jacobs AK, Yancy CW, Normand SL. Bayesian methods affirm the use of percutaneous coronary intervention to improve survival in patients with unprotected left main coronary artery disease. *Circulation* 2013; 127(22): 2177 - 2185.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X