повышенным, но в меньшей степени, а количество ТТГ оказалось на нижней границе нормы. Нормальная физиологическая реакция организма заключается в том, что при повышении выработки гормонов ЩЖ снижается образование гипофизом ТТГ. Именно этот процесс наблюдается во второй группе больных, где можно говорить о транзиторных нарушениях функционирования ЩЖ в условиях патологического процесса. В том же случае, когда в организме накапливаются дополнительные продукты основного обмена, особенно пептиды с неизвестными свойствами, могут развиваться пародоксальные реакции. В данном случае это повышение количества ТТГ на фоне усиленной продукции Т3 и Т4. Очевидно, в этом случае, можно говорить о разбалансированности в гормональной регуляции, что обусловлено токсическими свойствами МСМ.

Снижение индекса гормональной компенсации и увеличение индекса чувствительности тиреоидных клеток к действию ТТГ, полученное в наших исследованиях, описывает состояние, характерное для хронического стресса с дискоординацией взаимоотношений центральных (гипофиз) и переферических желез (ЩЖ) внутренней секреции. Это, несомненно, имеет значение в развитии адаптационных метаболических и физиологических реакций организма, отражается на его резистентности [5].

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о разных механизмах физиологического ответа организма со стороны ЩЖ в зависимости от уровня его ЭИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Калашникова С.А., Полякова Л.В., Новочадов В.В. Структурно-функциональные изменения щитовидной железы как компонент хронического эндотоксикоза //Бюлл.эксп.биол. и мед.- 2007.- № 1.- С. 707-711.

2. Кузнецов И.М., Мозеров С.А., Калашникова С.А. Особенности структурных изменений щитовидной железы у крыс при хронической эндоинтоксикации в зависимости от уровня общей неспецифической реактивности организма //Бюлл. Волгогр. научн. центра РАМН.-2009.-№2.-С.44-46.

3. Малахова М.Я. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме // Эффер терапия.- 2000.- №4.- С.3-14.

4. Химкина Л.Н., Пантелеева Г.А., Копытова Т.В. Коррекция эндоинтоксикационного синдрома при дерматозах //Эксп. и клин. дерматокосметология.-2005.-№6.-С.61-64.

5. Соцкова В.А. Биохимические маркеры адаптации у детей младшего школьного возраста в условиях города с развитой химической и нефтехимической промышленностью.- Автореф. дисс. канд.биол.наук.- Тюмень, 2007.-С.24.

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ВНЕСТАЦИОНАРНЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лисица А.В., Линченко С.Н., Бондина В.М., Дробышева О.М., Мунасыпов М.М., Щимаева И.В.

Кубанский государственный медицинский университет
Краснодар, Россия

Одной из проблем системы здравоохранения является повышение эффективности расходования средств, направляемых на развитие и поддержание функционирования отрасли: бюджет всех уровней, средства обязательного медицинского страхования и поступающие из внебюджетных источников. Особую остроту приобретают вопросы оптимизации работы медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом [2]. Согласно статистическим данным, 80% пациентов начинают и завершают лечение в поликлинике, в то время как 70–80% финансовых средств и иных ресурсов МЗ РФ направляются на организацию оказания госпитальной помощи, 5% - скорой медицинской, 15–25% - амбулаторно-поликлинической (оптимальным считается соотношение этих показателей в пределах 40, 10 и 50% соответственно). Подобное распределение средств сохранилось от государственной системы здравоохранения, имевшей существенный недостаток - экстенсивный путь развития [5]. В свете реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации актуальной задачей становятся обеспечение максимальной доступности стационарной помощи населению, интенсификация использования дорогостоящего коечного фонда, поиск средств повышения эффективности лечения больных, научное обоснование внедрения в практику ресурсосберегающих технологий [3]. Назрела необходимость изменения приоритетов в направлении более широкого внедрения в практику малозатратных стационарозамещающих технологий [1]. Кроме того, от уровня развития амбулаторно-поликлинической помощи, ее качества во многом зависит эффективность использования больничного коечного фонда.

Мировая практика свидетельствует: чем ниже находится планка взаимодействия первичной и специализированной помощи, тем более затратна и менее эффективна вся система здравоохранения [8]. Первые стационарозамещающие формы медицинской помощи были созданы в России в 1930–1931 гг. На базе психоневрологической больницы им. П.Б. Ганнушкина в качестве промежуточного звена между больницей и лечебно-трудовыми мастерскими диспансера был открыт дневной стационар [4]. Впоследствии согласно приказу МЗ СССР от 16.12.1987 г. № 1278 «Об организации отделений, палат дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому» были созданы стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи. В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утвержденной Постановлением Правительства РФ №1387 от 5.11.1997 г., отмечалось, что «основным направлением в совершенствовании организации оказания медицинской помощи является развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределения части объектов помощи из стационарного сектора в амбулаторный». Для реализации Концепции на первом этапе (1997–2000) предусматривалась реструктуризация стационарной помощи и одновременное развитие амбулаторно-поликлинических учреждений, создание в них дневных стационаров и стационаров на дому. Так, 7.09.1999 г. на Коллегии МЗ РФ обсуждалась необходимость создания нормативной базы по вопросам организации более эффективной и ресурсосберегающей медицинской помощи и перевода объема медицинской помощи с больничного на догоспитальный уровень. В структуре населения нашей страны и за рубежом устойчиво растет доля лиц старше 60 лет и доля госпитализированных пациентов этого возраста, страдающих длительно текущими хроническими заболеваниями. Большинство их по состоянию здоровья и возрасту утратило способность не только к самообслуживанию, но и к передвижению, многие остаются одинокими, без поддержки родных и близких. Поэтому приоритет внебольничных форм медико-социальной помощи лицам пожилого возраста представляется очевидным.

В решении данной проблемы представляет интерес опыт зарубежного здравоохранения в форме становления служб нового типа – передовых центров неотложной помощи, пунктов помощи на дому, дневных стационаров, домов сестринского ухода, занимающих промежуточное звено между стационарным и амбулаторным обслуживанием. Один из первых дневных стационаров был создан в Оксфорде в 1956 г. В настоящее время в Великобритании успешно функционируют дневные стационары на базе центров реабилитации лиц с неврологической патологией, последствиями травм, инвалидов и лиц престарелого возраста [7]. Созданный на базе реабилитационного госпиталя в Филадельфии (США) дневной стационар обеспечивает долечивание больных штатными врачебными бригадами. Пациенты прибывают в стационар утром, проходят необходимые исследования и комплексное лечение с элементами восстановительной терапии, получают одноразовое питание. Дневные стационары в Германии обеспечивают пожилым людям медицинскую помощь и удовлетворение их социальных потребностей без привлечения неоправданно больших финансовых средств. В Италии службы помощи на дому оказывают медицинские и вспомогательные услуги, такие как консультации специалистов, лечение, сестринский уход. В Нидерландах почти половина общего числа домов сестринского ухода использует принцип работы дневного стационара, куда направляются больные из круглосуточного стационара при улучшении их состояния. В Японии реализуется стратегия укрепления здоровья и оптимизации социального обслуживания пожилого населения, по плану которой функция ухода за больными возлагается на дневные стационары, стационары на дому, гериатрические больницы. В течение дня больные обеспечиваются питанием, уходом, культурной программой, адаптированной к физическому и моральному состоянию больных, наблюдением врача и соответствующим лечением [6]. В клинических центрах получила развитие одна из распространенных стационарозамещающих форм амбулаторно-поликлинической помощи – стационар на дому, осуществляющий плановое лечение пациентов в домашних условиях, систематический контроль эффективности использования всех лечебно-диагностических возможностей поликлиники. Перевод части лечебно-профилактических учреждений на работу с применением стационарозамещающих технологий позволит существенно повысить эффективность их работы, улучшить качество жизни лиц преклонного возраста и членов их семей, экономить финансовые ресурсы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брюсов П.Г., Лисицын А.С., Воробьев В.В. Организация и оказание амбулаторной хирургической помощи в Вооруженных

Силах // Материалы всеармейской науч.-практ. конф. – СПб, 1997. – С. 13–21.

2. Карташов В.Т., Жуков В.А. Механизм перераспределения ресурсов с госпитального на амбулаторное // Экономика здравоохр. – 2000. - № 12 (50). – С. 25–29.

3. Мелянченко Н.Б. Реструктуризация лечебной сети // Здравоохранение России. Новая концепция организации и развития. – СПб.: Мед. пресса, 2001. – С. 114–115.

4. Сквирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // Здравоохранение РФ. – 2000. – №1. – С. 5.

5. Шевченко Ю.Л. Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000-2004 гг. и на период до 2010 г. // Здравоохранение РФ. – 2000. – № 2. – С. 3–9.

6. Ikegami N. Public Long-term care insurance in Japan // JAMA [Tokio, Japan]. – 1997.

7. Laroque P. Social protection and the over – 75 s: What are the problems // Int. Soc. Security Rev. – 1978. – Vol. 31, N 3. – P. 267–284.

8. Richards S., Coast J., Gunnell D. et al. // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – P. 1796–1802.

БАКТЕРИУРИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Малафеева Э.В., Гульнева М.Ю., Луцкова Л.Н.
ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава»
Ярославль, Россия

Ревматические болезни в пожилом возрасте имеют ряд клинических особенностей в выраженности проявлений, в склонности к системности и полиморбидности (Насонова В.А., 2009). Коморбидные инфекции у больных ревматоидным артритом развиваются в 1,5 раза чаще, чем в популяции (Белов Б.С. с соавт., 2008). Одними из значимых коморбидных инфекций, осложняющих течение ревматических заболеваний, могут быть инфекции мочевыводящих путей.

В работе представлены результаты бактериологического исследования мочи при ревматоидном артрите в пожилом возрасте. Обследовано 47 пациентов, из них 27 больных РА в пожилом возрасте (от 60 до 74 лет) и 20 больных РА в зрелом возрасте (от 45 до 59 лет), составивших группу сравнения. Диагноз ревматоидного артрита (РА) устанавливали согласно критериям Американской ревматологической ассоциации (1987). Для определения количества бактерий в 1 мл мочи была использована методика секторных посевов по Gould.

Проведенные исследования показали, что при РА бактериурия выявляется у 88,89% больных пожилого возраста и у 75% больных зрелого возраста. В пожилом возрасте степень бактериурии достигает значений lg 6,00± 2,12 КОЕ/мл, а у лиц зрелого возраста lg 5,11±1,76 КОЕ/мл. Критерием диагноза бактериурии является наличие роста микроорганизмов в количестве, превышающем 10^5 КОЕ/мл. Изучение частоты выделения микроорганизмов в количестве, превышающем критическое число, показало, что в пожилом возрасте у 62,96% больных микроорганизмы выделяются в титрах выше критического числа, а в группе сравнения в 50% случаев. При этом титр выделенных микроорганизмов у пожилых больных существенно выше и равен lg 7,80±1,09 КОЕ/мл, в группе сравнения соответственно lg 6,20±0,83 КОЕ/мл (p=0,03). У больных пожилого возраста в структуре урокультур преобладали бактерии семейства Enterobacteriaceae: Escherichia coli, Enterobacter spp., Klebsiella spp. У одного больного был выделен энтерококк в монокультуре и у трёх - в ассоциации с кишечной палочкой. У больных зрелого возраста наряду с доминирующим выделением Escherichia coli в 40% случаев был обнаружен эпидермальный стафилококк.

Таким образом, в пожилом возрасте у больных РА наблюдается более выраженная бактериурия, чем у больных в зрелом возрасте. Чаще выделяются микроорганизмы в количестве, превышающем критическое число. У пожилых больных определяются более высокие титры микроорганизмов в моче, чаще выделяются условно-патогенные микроорганизмы, что может повышать риск развитии коморбидных инфекций у пожилых больных РА.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Матвеева Л.В.
Мордовский государственный университет, медицинский институт
Саранск, Россия

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у жителей Республики Мордовия (РМ) рак желудка занимает 2-е место после рака легкого. Проведенный анализ некоторых статистических показателей по раку желудка у населения РМ за период 2005–2009 гг. выявил определенные динамичные изменения.

Заболеваемость населения РМ раком желудка в 2005 г. составила 0,392 ‰, в 2006 г. –