

точном наблюдении: одинокие и пожилые; инкурабельные и умирающие больные и др.

В СД все больные ежедневно наблюдались и осматривались врачом и медицинской сестрой, в СД проводятся медицинские процедуры, назначаются лабораторно-диагностические исследования (биохимический, общий анализ крови, общий анализ мочи, мокроты), проводится бактериоскопическое исследование мокроты, измерение артериального давления, проверка остроты зрения, электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеноскопия, рентгенография и др.). При необходимости к больным СД приглашались узкие специалисты (акушер-гинеколог, рентгенолог, невропатолог, онколог, сердечно-сосудистый хирург, эндокринолог).

В СД больные получали курс терапии, назначаемой дифференцированно и включающей ежедневные внутривенные капельные инфузии, внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции, прием таблетированных лекарственных препаратов, различные процедуры (горчичники, лечебная физкультура, массаж, ингаляции и т.д.).

В СД за год исследования закончил лечение 251 больной, в том числе 33,9% мужчин и 66,1% – женщин. Основное большинство лечившихся в стационаре на дому (76,4%) были лицами старше трудоспособного возраста (60 лет и старше).

Из числа закончивших лечение в СД 72,9% составили больные с сердечно-сосудистой патологией; 13,9% – с болезнями органов дыхания; 4,4% – с болезнями органов пищеварения; 3,6% – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани и др. 96,4% больных, лечившихся в СД, имели сопутствующие заболевания.

Анализ медицинской эффективности лечения в СД показал, что 90,0% больных были выписаны с улучшением и с выздоровлением, у 6,4% – состояние здоровья не изменилось, и у 3,6% – наступило ухудшение и они были госпитализированы. Социологическое исследование показало, что 86,6% больных одобрили работу СД и считали ее удобной формой лечения.

Результаты исследования позволили рассчитать экономический эффект от организации СД. В стоимость лечения в СД входит аренда автотранспорта стоимость, включая заработную плату водителя, бензин и амортизацию автотранспорта. Проведенные расчеты показали, что стоимость лечения больных в СД в 2 раза ниже, чем в стационаре круглосуточного пребывания. За счет отсутствия в СД затрат на коммуникационные расходы.

Проведенное нами нормирование труда врача СД показало, что расчетное время на обслуживание врачом одного больного составило 23,3 мин. Ежедневная нагрузка на одного врача

СД составила 14 больных. Среднее расчетное время на обслуживание одного больного медицинской сестрой составило 16,23 мин., а нагрузка за рабочий день – 15 больных.

Благодаря организации СД для хронических больных в 1,6 раз уменьшилось число вызовов СМП, при этом 85,1% больных после лечения в СД значительно реже стали вызывать бригаду СМП, а 13,5% совсем отказались от экстренной помощи.

Апробированная в условиях эксперимента организационно-функциональная модель СД на базе амбулаторно-поликлинического учреждения свидетельствует о ее высокой медицинской, экономической значимости.

Список литературы

1. Стародубов В.И., Калининская А.А., Бальзамова Л.А., Матвеев Э.Н. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация работы, нормативная база // Первичная медицинская помощь: Состояние и перспективы развития, 2007. – С. 94-109.
2. Duke M., Street A. Hospital in the home: constructions of the nursing role – a literature review // J. Clin. Nurs. – 2003. – Vol. 12, № 6. – P. 852-859.
3. Macintyre C.R., Ruth D., Ansari Z. Hospital in the home is cost saving for appropriately selected patients: a comparison with in-hospital care // International Journal for Quality in Health Care. – 2002. Vol. 14, № 4 – P. 285-293.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПАТОГЕННОСТИ ШТАММОВ *E. COLI*, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Лайман Е.Ф., Шаркова В.А., Мазур М.Е.,
Просьянникова М.Н.

ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный
медицинский университет» Минздравсоцразвития
России, Владивосток;

Лесозаводский филиал ФБУЗ «Центр гигиены
и эпидемиологии в Приморском крае», Приморский
край, e-mail: laimans@mail.ru

Использование молекулярно-генетических методов определения факторов патогенности необходимо в практике работы бактериологических лабораторий при обосновании этиологической значимости *E. coli*.

Целью нашей работы явилось исследование штаммов *E. coli*, выделенных с 2007 по 2010 гг. из операционных ран на присутствие генетических детерминант факторов патогенности.

Маркеры вирулентности выявляли методом ПЦР –РВ с наборами специфических праймеров к 5 генам патогенности, кодирующих способность к адгезии (*sfaG*) и токсинообразованию (*hlyB*, *hlyA*, *cnfl*, *estB*) (ООО «Синтол»).

Исследовано 40 культур, в которых генетические детерминанты обнаружены в 52,5% случаях. В динамике исследования число штаммов, содержавших гены факторов патогенности возрастало с 33,3% (2007 г.) до 100% (2009 г.), в 2010 г. составив 66,7%. В штаммах, выделенных в 2008г, генетические детерминанты,

не определялись. Из 33 генов, детерминирующих патогенность, 52,4% обнаружены в виде одиночных генов, 38,1% – в сочетании по два и 9,5% – в сочетании по три. Одиночные геноварианты преобладали в 2007 и 2009 гг. (100 и 83,3%, соответственно). В 2010г отмечен рост комбинаций геновариантов до 75% (58,3% – два сочетания и 16,7% – три). В общем разнообразии генов факторов патогенности преобладали hlyB-52,5%, далее, следовали по убывающей, cnfl-36,4%, sfaG-24,2%, hlyA-12,1%. Ген estB не был обнаружен. В 2009г., 2010 г. преобладали hlyB (42,8%, 34,8% соответственно). Удельный вес гена cnfl составил в 2007 г. 66,7%, в 2008-2009 гг. ген не был обнаружен. В последние годы (2009-2010 гг.) появились комбинации генов в одном штамме. Чаще встречались сочетания hlyB, cnfl (33,3%), реже hlyB, sfaG (22%), hlyB, cnfl, sfaG (22,2%), hlyA, hlyB (11,1%), hlyA, sfaG (11,1%).

Проведенный микробиологический мониторинг показал высокий уровень колонизации операционных ран β-гемолитическими *E. coli* с тенденцией к дальнейшему росту штаммов. Обнаружение генетических детерминант hlyA, hlyB, cnfl, sfaG, появление комбинаций генов позволяет обсуждать наличие потенциальной патогенности данных этнеробактерий и участие их в развитии раневой инфекции, прогнозировать появление штаммов с новыми свойствами.

ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Мурзова Т.В., Сенина-Волжская И.В.,
Островская Ю.В.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития РФ»,
Нижний Новгород, e-mail: missis.mtv@mail.ru

Как показывают результаты зарубежных исследований, наиболее часто пациенты предъявляют иски за неудовлетворительное, по их мнению, лечение именно к врачам-стоматологам [8, 11]. Несмотря на то, что в последние годы интенсивно внедряются стандарты оказания стоматологической помощи, во многих клинических ситуациях существует определенная субъективность выбора метода лечения. Экспертиза результатов стоматологического лечения также зачастую осложнена тем, что экспертам приходится иметь дело с последствиями лечения, тогда как исходная клиническая картина во многом остается неясной. В этой ситуации у эксперта может оказаться недостаточно данных, чтобы объективно оценить выбор и позицию врача.

По нашему мнению, во многом неудовлетворенность стоматологической помощью связана с исходно разными причинами обращения

пациентов. Нам кажется, что планирование оказания стоматологической помощи должно базироваться и на ожиданиях пациента. В этом случае оказанная помощь не будет недостаточной или избыточной, что позволит уменьшить число пациентов, не удовлетворенных результатами лечения.

Для определения потребности в лечении, с точки зрения самого пациента, возможно использование критериев качества жизни. Качество жизни – показатель восприятия субъектом своего состояния в конкретных условиях, позволяющий объективно оценивать субъективное мнение индивидуума о своем состоянии. Качество жизни оценивается на основании ответов на соответственно сформулированные вопросы. Для определения качества жизни используются анкеты (опросники). Эти опросники могут базироваться только как на субъективной информации (жалобы пациента), так и на их сочетании с объективными данными (результаты осмотра, данные клинических исследований) [8; 9; 10].

При оценке качества жизни в стоматологии предполагается, что стоматологическое здоровье влияет как на физическое и психологическое состояние человека, так и на его социальное благополучие. Определение стоматологического здоровья указывает в качестве цели сохранение в течение всей жизни функционального, эстетически естественного «набора» минимум из 20 зубов без необходимости протезирования [1; 2; 3; 4]. Несомненно, что люди разного возраста, пола и социального положения считают наиболее важными для качества жизни различные аспекты стоматологического здоровья. Соответственно, при одном и том же клиническом диагнозе может потребоваться различный объем стоматологического вмешательства для того, чтобы оказанная помощь соответствовала ожиданиям пациентов.

Концептуальная структура измерения статуса стоматологического здоровья была описана Locker D. Она базируется на классификации нарушений, недееспособности, инвалидности. За последние годы в мире разработано более 10 основных индексов, позволяющих оценить влияние стоматологического здоровья на качество жизни. Наиболее применяемыми информативными индексами в стоматологии считаются:

- профиль влияния стоматологического здоровья – Oral Health Impact Profile (OHIP)
- влияние стоматологического статуса на повседневную жизнь – Dental Impact on Daily Living (DIDL)
- взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни – Oral Health – Related Quality of Life (OHQoL) для измерения различного влияния стоматологического статуса на повседневные функции [5; 6; 7].

Таким образом, возвращаясь к вопросу об экспертизе результатов стоматологического ле-