



Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



№1, 2015

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№1, 2015 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа), проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:

зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.

технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.

художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.

технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.

корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.

ОГЛАВЛЕНИЕ

И.О. ВАЛИТОВ	3
ФОРМИРОВАНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК ПРЕДПОСЫЛКА САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	3
ВАСКЕС АБАНТО Х.Э., ВАСКЕС АБАНТО А.Э., АРЕЛЬЯНО ВАСКЕС С.Б.	13
ОТ ГИППОКРАТИЧЕСКОЙ МОРАЛИ ДО СОВРЕМЕННОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ	13
М.Г. МОСКВИЧЕВА, Ю.А. СЕМЁНОВ, И.В. БОЙКО	29
ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ И ЖЕНЩИНАМ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	29
М.А. НАЛЬГИЕВА, Е.Г. ЖУРАВЛЕВА, Т.А. НАЛЬГИЕВА, А.А. НАЛЬГИЕВ,	36
А.С. ХАРЬКОВ	36
МУКОВИСЦИДОЗ – КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	36
В.С. ПАНТЕЛЕЕВ, Г.А. ГРИЦАЕНКО, И.Г. ПАНТЕЛЕЕВА	39
ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....	39
В.С. ПАНТЕЛЕЕВ	42
НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА, ВЫЗВАННАЯ ОБТУРАЦИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МИГРИРОВАВШИМ ИЗ ЖЕЛУДКА ФРАГМЕНТОМ ФИТОБЕЗОАРА	42
Г.К. САДЫКОВА, Ш.А. КУДРАТОВ	45
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО-АФФЕКТИВНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ.....	45
З.Д. ЮСУПОВА, И.Р. ХАЙБУЛЛИНА, С.И. УСМАНОВА, Г.Н. ЗАГИТОВ	50
КОМПЛЕКС ТАМСУЛОЗИНА ГИДРОХЛОРИДА ((-)-5[2-[[2-(О- ЭТОКСИФЕНОКСИ)ЭТИЛ]АМИНО]ПРОПИЛ]-2-МЕТОКСИБЕНЗЕНСУЛЬФОНАМИД) С НЕКОТОРЫМИ СТРУКТУРООБРАЗУЮЩИМИ МОЛЕКУЛАМИ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН	50
СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	55

УДК 614
© И.О. Валитов, 2015

И.О. ВАЛИТОВ
**ФОРМИРОВАНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК
ПРЕДПОСЫЛКА САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ**

Нефтекамский филиал ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет»

***Резюме.** Статья посвящена анализу проблемы сохранения здоровья людей, создания благоприятных условий жизни как одной из главных задач любого цивилизованного государства.*

Болезнь индивида следует рассматривать не только как нарушение коадаптации, согласованности частей на уровне организма, но и как нарушение межуровневых координаций более широкого плана (популяций, биоценозов, биосферы в целом). Предупреждение болезней – это такая практическая проблема, в которой на теоретическом уровне тесно взаимодействуют универсальные философские категории – «возможность» и «действительность». Вопрос о сущности болезни и ее месте в эволюционно-филогенетическом развитии всего живого не может решаться однозначно. Так, знания о генетической предопределенности наследственных болезней, вызываемых наличием патологического гена, сталкиваются с фактами, описывающими результаты успешной борьбы с некоторыми формами наследственной патологии. Важно подчеркнуть, что магистральным направлением развития российской медицины должна стать конструктивная профилактика. Идея пассивной профилактики, основанной на устранении болезнетворных факторов, на ограждении человека от всех патогенных влияний, отходит на второй план. Отправным пунктом исследования врача должна быть не смерть, а жизнь – жизнь, которая напрямую зависит от многочисленных воздействий внешней среды.

***Ключевые слова.** Здоровье, благоприятные условия жизни, болезнь, экологическая и медицинская активность*

I.O. VALITOV
**FORMATION OF ECOLOGICAL AND MEDICAL ACTIVITY AS A PREREQUISITE
FOR THE DETERMINATION OF HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLE**

Bashkir State University

***Abstract.** The article is devoted to the problem of maintaining the health and creating favorable living conditions for the people as one of the main tasks of any civilized nation. The*

disease of the individual should be considered not only as a violation of coadaptation - the consistency of the parts at the level of the organism, but also as a wider violation of inter-level coordinations (populations, biocenosis, and the biosphere as a whole). Disease prevention is a practical problem in which universal philosophical categories of "opportunity" and "reality" closely interact on a theoretical level. The question about the nature of the disease and its place in evolution and phylogenetic development of all living things cannot be solved uniquely. Thus, knowledge about the genetic predetermination of hereditary diseases caused by the presence of pathological gene, face the facts, describing the results of a successful fight against certain forms of hereditary pathology. It is important to emphasize that the constructive prevention of the diseases should become the main direction of the Russian medicine development. The idea of passive prevention, based on eliminating the pathogenic factors and protecting them from all pathogenic effects, is being departed. The starting point of the medical research must not be death, it must be life – the life which strongly depends on the normal development of the external environment.

Keywords: *health, good living conditions, disease, environmental and medical activity.*

Сохранение здоровья людей, создание благоприятных условий труда, быта и отдыха одна из главных социальных задач любого цивилизованного государства. В этих условиях взаимопонимание, связь человека с окружающей средой является сверхактуальной, но этот аспект связан непосредственно с медициной.

Медицина имеет дело с человеком – высшим продуктом развития материи. Даже если брать человека в исключительно биологическом ракурсе, как человеческий организм, то и здесь очевидна теснейшая взаимосвязь форм движения материи, их неразрывное единство, образующее высший тип целостности. «...Организм есть, несомненно, высшее единство, связывающее в себе в одно целое механику, физику и химию, так что эту троицу нельзя больше - разделить», - писал Ф. Энгельс в «Диалектике природы» [5].

Говоря о взаимосвязи форм движения материи, он отмечал, например, что «...химическое действие невозможно без изменения температуры и электрического состояния, а органическая жизнь невозможна без механического, молекулярного, химического, термического, электрического и т. п. изменения. Но наличие этих побочных форм не исчерпывает существа главной формы в каждом рассматриваемом случае. Мы, несомненно, «сведем» когда-нибудь экспериментальным путем мышление к молекулярным и химическим движениям в мозгу, но разве этим исчерпывается сущность мышления?» [5].

В свое время в силу исторически обусловленной односторонней ориентации медицины на лечение индивидов, она развивалась как раздел естествознания, как теория патологии жизнедеятельности человеческого организма.

При таком подходе, конечно, недооценивались личностные, социально-психологические и экологические компоненты реального человеческого бытия. Проблема соотношения социального и биологического в лучшем случае формулировалась как проблема влияния некоторых социальных факторов (например, условий труда и быта) на жизнедеятельность организма человека. Другими словами, социальная реальность учитывалась лишь в качестве составляющей части, внешней среды обитания человека.

Ускорение темпов социального и культурного развития и при капитализме и при социализме, в целом в современном мире сказалось на структуре заболеваемости и смертности населения. Стало невозможно пренебрегать значением социальных факторов в патологии человека. В полный голос о социально-биологической, детерминации, как самостоятельной теоретической проблеме, заговорила отечественная медицина в конце XIX столетия [В. Португалов, Ф. Ф. Эрисман, земские врачи]. Еще более актуальной она стала в Советской России. Снижение заболеваемости и смертности, практическая ликвидация некоторых форм инфекционных эпидемических болезней в результате широких социальных преобразований в СССР убедительно показали, что проблема социально-биологической детерминации здоровья и болезни приобретает центральное место в системе медицины как науки о человеке.

Мысль о необходимости тесного взаимодействия философии и медицины очень хорошо выражена в следующих словах Гиппократов: «Философия должна быть внедрена в медицину и медицина в философию, ибо все свойства философии сохраняют свое значение в медицине». Развивая свою мысль о медицине он сказал: «Каждая болезнь имеет свою естественную причину, и все совершается только сообразно с природой» [3].

И.М.Сеченов говорил, что в научное определение живого организма должна входить и среда, влияющая на него, без которой существование этого организма невозможно[9].

В настоящее время центр тяжести в работе медицинских работников всех профилей должен быть перенесен на экологизацию мышления медиков и пропагандировать проникновение в медицину эволюционно-экологических идей, предупреждения болезней.

Болезнь индивида следует рассматривать не только как нарушение коадаптации, согласованности частей на уровне организма, но и как нарушение межуровневых координации более широкого плана (популяций, биоценозов, биосферы в целом).

Предупреждение болезней – это такая практическая проблема, в которой теоретические категории «возможность» и «действительность» выступают, можно сказать, в чистом виде. В переводе с языка медицины на язык философии проблема профилактики болезней – это проблема устранения условий превращения возможности болезни в действительность. В истории медицины и в настоящее время можно найти немало сторонников той точки зрения, что болезни есть неотъемлемый атрибут жизни, что они неизбежны. Вопрос о сущности болезни и ее месте в эволюционно-филогенетическом развитии всего живого не может решаться однозначно. Такое решение неизбежно будет односторонним, а, следовательно, абстрактным. Взять, например, утверждение о генетической предрасположенности болезней. Казалось бы, что может быть более реальным условием возможности возникновения наследственной болезни, чем наличие патологического гена, однозначно определяющего поражение того или иного органа или извращение какой-то обменной реакции. Тем не менее, люди научились успешно бороться с некоторыми формами наследственной патологии. Между геном как таковым, т. е. определенной молекулярной структурой, и морфологическим или биохимическим признаком, который он определяет, в любом случае лежит несколько промежуточных звеньев. Считывание генетической информации и перевод ее в действительность немислимы без целого ряда участников, начиная с транспортных аминокислот, участвующих в синтезе белка, и кончая гормонами и некоторыми еще малоизученными тканевыми факторами (так называемые биологические поля), регулируемыми взаимную индукцию и порядок закладки органов в процессе эмбриогенеза. Воздействуя на любой из них, мы можем прервать патогенетическую цепочку и предотвратить дефект. Например, с помощью довольно простого регулирования диеты удалось научиться избегать грозных проявлений такой наследственной аномалии обмена веществ, как фенилкетонурия. Уже сегодня по мере изучения тонких механизмов наследования, появились методы врачебного вмешательства, основанные не только на разрывании «вредных» патогенетических цепочек, но и на создании «полезных» изменений генетического кода или механизмов его воспроизведения.

В настоящее время на страницах медицинской печати много пишут о вмешательстве человека в генетические основы своего собственного существования. Автор считает, что сейчас мы должны подходить к этому вопросу всесторонне, диалектически. Одностороннее увлечение реализацией возможностей борьбы с некоторыми болезнями может привести к недоучету возможности возникновения некоторых других, труднопредвидимых в настоящее время последствий, каждое из которых может перечеркнуть все наши усилия и успехи в области частных аспектов лечения наследственных болезней. Тем не менее, важно отметить

принципиальную возможность и заманчивость подобного пути профилактики болезней человека. Причем, конечно, дело не исчерпывается перспективами управления кодом наследственности и регуляции его. Еще больше возможностей влияния на становление действительности, т. е. на свойства формирующегося организма, должно дать изучение во многом еще неясных процессов эмбриогенеза, психосоциогенеза ребенка в младенчестве и раннем детстве. Большой шаг в борьбе с психическими заболеваниями и неврозами даст овладение методами изучения и контактов с подсознанием. Своеобразной «фистулой» в изучении этого важного этажа человеческой психики могут служить сновидения и гипнотическое состояние.

Выше перечислены некоторые отдаленные перспективы активизации врачебной деятельности в борьбе с болезнями. Конечно, можно назвать и более близкие задачи в области профилактической медицины того же конструктивного направления: использование биологически активных веществ для стимуляции естественных адаптационных способностей организма, фармакорегуляцию сложных системных реакций организма, различные инструментальные методы борьбы за полноценное функционирование организма вплоть до создания миниатюрных искусственных органов. Трудно перечислить уже сделанное, а тем более положить предел фантазии. Важно лишь подчеркнуть, что конструктивная профилактика есть магистральное направление развития российской медицины. Идея пассивной профилактики, основанной на устранении болезнетворных факторов, на ограждении человека от всех патогенных влияний, отходит на второй план. Прячется от возможных возбудителей болезней – такой способ существования недостоин человека. С молодой энергией выступал против такого понимания задач и назначения медицины К. Маркс: «Постоянная врачебная опека превратила бы жизнь в зло, а человеческое тело – в объект упражнений для медицинских коллегий. Разве не желательнее смерть, нежели жизнь, состоящая только из мер предупреждения против смерти?» [4].

Отправным пунктом исследования врача должна быть не смерть, а жизнь. Исходя из знания закономерностей функционирования системы, врач должен уметь предсказывать возможные следствия. Только тогда, его действия станут осмысленными и теоретически обоснованными. Только тогда медицина освободится от своего традиционного эмпиризма и станет на путь настоящей социально значимой науки. Для этого необходимо научиться выводить возможность (т. е. новое знание) из действительности на основе имеющихся знаний, а не заниматься, как это делает эмпирик, подведением действительности (эмпирического материала) под другую действительность (уже имеющееся знание). Такая

операция подведения нового под старое, конечно, не исключается полностью, но она теряет ведущее значение по мере теоретизации медицины.

Построение теоретической медицины, вероятно, будет в значительной степени в будущем связано с многоуровневой трактовкой самого объекта медицины, существенные характеристики которого принадлежат не только организму, но и ряду надорганизменных социальных уровней. Определение подвижных граней между нормой и патологией возможно при учете «включенности» организма в популяции с их специфическими закономерностями [8].

При исследовании человеческих популяций следует в полной мере учитывать сложную биосоциальную природу человека. С. С. Шварц подчеркивал, что «популяции человека и популяции животных – это принципиально разные явления, подчиняющиеся разным законам: первые – социальным, вторые – биологическим... Прямой перенос экологопопуляционных закономерностей с животных на человека приводит к абсурду, нередко отнюдь не безвредному» [10].

Выявление нормальной жизнедеятельности индивида возможно в настоящее время только при учете многообразных влияний как относительно локального характера (в пределах предприятия, микрорайона, города), так и глобальных (биосферы и космических явлений). Следует ожидать в ближайшем будущем бурного развития наук санитарно-гигиенического комплекса, обусловленного потребностями сохранения и улучшения оптимального развития человека.

Классические идеи В. И. Вернадского о биосфере и ноосфере (сфере разума) были связаны с заботой об оптимальном развитии человека. Концепции выдающегося натуралиста – гуманистические по своей направленности. Он считал, что нормальное развитие человека и биосферы возможно только при разумной организации общества. В. И. Вернадский раскрыл содержание понятия «биосфера», впервые предложенного в 1875 г. профессором Венского университета Э. Зюссом. В. И. Вернадский показал, что биосфера оказывает ни с чем несравнимое воздействие на всю земную поверхность [2].

Особое место в эволюции жизни на Земле занимает человек, который превратился в мощный фактор эволюции всей биосферы. Между тем воздействие человека на природу не всегда способствует нормальному развитию как биосферы, так и самого человека.

Все более очевидным сегодня выявляется зависимость нормального развития человека от нормального развития различных форм организации живого и многочисленных воздействий внешней среды. Экспериментально не всегда возможно установить прямые корреляции между длительно действующими внешними факторами и патологией организма.

Тем не менее, из поля зрения современной медицины не могут выпадать факты, внешне мало связанные со здоровьем человека. Проблема нормы в условиях развертывания научно-технической революции может быть правильно поставлена как на теоретическом, так и на практическом уровнях только при тщательном исследовании всего комплекса эволюционно-экологических факторов. В связи с этим возникает необходимость использования медициной современных достижений эволюционной теории и экологии. Решение проблемы нормы в конечном счете зависит не только от участия в этом медицины, но и целого комплекса других наук, а также от общественных условий. Жизнь подтверждает мысль о прямой зависимости проблем взаимосвязи человека и природы от социальной организации общества.

Правильный философский метод позволяет выбирать эффективную стратегию научного поиска в медицине. Философия формулирует исходные принципы научного познания в медицине: принципы объективности, всесторонности, конкретности.

Другими словами, когда ценность жизни становится господствующей в повседневном мире и действия, поступки человека перестают определяться одноплоскостной логикой, бессознательными мотивами и т.д., возникает подлинная медицинская активность, направленная на рост прелестей и удовольствий жизни, а не на то, чтобы просто поддерживать растительное существование. И рост народонаселения во многом определяется как раз этой предпосылкой, связанной с жизненными благами, и особенно, духовным, нравственным благом. Поэтому было бы весьма, полезно перспективы радостного наслаждения жизнью связывать с этой причиной, побуждающей человека к активному образу жизни. А медицинская активность как раз органичным образом и сопряжена с данным образом.

Формирование экологической и медицинской активности предполагает такую государственную политику, которая зиждется на принципе тесной взаимозависимости здоровья и духовной сферы человека. Эта связь особенно проявляется в образовании. Экологизация образования призвана стать приоритетным направлением государственной политики. Эта политика основывается на следующих принципах: 1) человек - это центр и высшая цель мироздания; 2) природа есть ценность, которая помогает обрести человеку самого себя.

Говоря о возможностях человека в эпоху техники, следует иметь в виду целостную, экологически ориентированную личность. Образование призвано воссоздать в сознании людей моральные ценности, ориентироваться на нравственно-экологический императив [7].

Современный мир – это мир, завершённый и уплотнившийся в своих цивилизационных и культурных формах. Он весьма снижает экологическую и медицинскую активность человека, не позволяет ему действовать столь же непринужденно и хаотично, как раньше. Вызванная самой «необходимостью организовывать накладывает на традиционные свободы непреодолимые ограничения. Более того, все еще жива мысль о царственной свободе индивида, которую хотели бы видеть, наподобие платоновской идеи, незыблемой и неприкосновенной» [6].

Тем не менее, эта мысль не отвечает и духу XX века. Она связана с индивидуальной, человеческой этикой и по самому существу эгоцентрична. Эта мысль не могла придти в голову средневековому человеку; она противоречит самой идее гуманизма, которая направлена на защиту не только самого принципа существования, требующего от людей взаимного ограничения притязаний, но и на принцип сотрудничества. Гуманизм зовет к борьбе за общее настоящее и будущее людей, за историческую общность их судеб.

Экологическая и медицинская активность весьма декларативна и формальна. Многие отрицают свободу, положенную в основу такой активности. Но отныне речь идет вовсе не о том, чтобы защищать отжившую свой век свободу либеральных ценностей, а о том, чтобы свойственное человеку стремление к свободе, можно было связать с новыми условиями, продиктованными XX веком.

Историческое развитие, которое создает условия для расцвета личности, преобразует вполне замкнутые в себе экономические «ячейки» в солидарное сообщество, все в большей степени отвоевывающее себе жизненное, культурное пространство и постепенно приводящее к единству всего человеческого рода.

Экологическое сознание- это не только борьба за условия выживания, но и борьба с разными формами социального угнетения, которые угрожают индивиду. Нельзя забывать тот момент, что мы, противостоящие освободительному, культурному процессу, сами достаточно хорошо организованы.

Принцип личности, составляющий базис экологической и политической культуры, направлен сразу на заботу и о том, и о другом. Не надо восхвалять достигнутого, даже если в нем и оказываются воплощенными известные духовные ценности. В таком случае принцип личности паническим образом цеплялся бы за «рутинное прошлое». Задача принципа личности – подвести человека, обладающего непреходящими духовными ценностями, – к черте, к границе, где начинается будущее всего рода. Речь при этом идет не о том, чтобы обеспечить продолжение человеческому роду, а о том, чтобы вновь «воссоздать человека»,

не жертвуя при этом ничем – ни тем, что в нем постоянно, ни тем, что зарождается или навсегда отмирает.

Экологическая и медицинская активность призвана соединить все позитивные, сущностные силы человека (любовь, надежду, нравственную волю и т.д.) И в этом глубинный смысл нашей деятельности. Человека при этом нельзя толкать «к бесконечной саморефлексии», к примату сущности над существованием. Главная ценность – это сама жизнь человека, его существование, независимо от того, каков строй его мысли, его планы и его степень приверженности к тем или иным идеологическим системам. В обществе действительно должны быть преодолены пережитками отмирающих идеологических воззрений; само государство призвано подумать над тем, чтобы рождающиеся новые идеологические структуры «не обрушили на человечество новые беды» [6].

Не следует, поэтому искать справедливости в «недоступных человеку далях», а надо стремиться к тому, чтобы восторжествовала реальная справедливость в отношении к человеку, который жаждет добра и справедливости.

Стремление к социальной справедливости – это не только важнейший императив всей политики, критерий политической культуры, но и основа здорового образа жизни. Человек чувствует себя уверенно, ощущает свою нужность и общественную полезность, когда его мысль о самой личности перестает выступать как некая «закрытая система». Личность – это не система, а сам творческий «Метод», посредством которого общественные идеалы являют себя к жизни. Можно без конца твердить о своей приверженности идее «личности» и в один момент отречься от нее. Однако можно, не ссылаясь на эту идею, всем «сердцем» разделять веру в неограниченные возможности духовного «Я» человека.

Это духовное «Я», как сам целостный человек, проявляет себя в ценности бескорыстия. Бескорыстие движет миром. Если оно исчезает, то исчезает и общественная жизнь. Бескорыстие связано с дарением. «Речь идет, – пишет Е.В. Золотухина – Аболина, – о способности великодушно давать другим некие блага (не только материальные, но и духовно-психологические) без стремления получить равное воздаяние и вообще без расчета на немедленное воздаяние» [1].

Народная мудрость относилась к бескорыстию, к милосердию и великодушию как к величайшим ценностям. И эта ценность действительно имеет непреходящее, духовное значение.

Отсюда главный корень экологической культуры – это сама совесть человека как стремление к бескорыстной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золотухина-Аболина Е.В. Забытая ценность // Облики современной морали // Материалы международной научной конференции МГУ. – 16-19 марта. – 2009.– М:МАКС Пресс. – С.112
2. Вернадский В.И. Биогеохимические очерки. М.: Изд-во АН СССР, 1940; Химическое строение биосферы земли и ее окружения.М.:Наука.1965; Биосфера.М.: наука.1967.
3. Гиппократ. Изб. Книги. Пер. с греческого. – М.: БиомедГиз. – 1956. – С.736.
4. Маркс К., Энгельс Ф. Соч.2-е. – М.: – Т.1. – С.64.
5. Маркс К., Энгельс Ф. Соч.2-е. – М.: – Т.20. – С.566.
6. Мунье Э. Что такое персонализм? Пер. с фран. примеч. И.С. Вдовиной.– М.: Изд-во гуманитарной литературы. – 1994. – С.107.
7. Нафикова Г.З. Императивы экологической этики в образовательном процессе. Авт-т дисс... канд. филос. наук.– Уфа. – 2005. – С.9.
8. Петленко В.П. , Сахно А.В. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. – М.: – 1978. – С. 164-173.
9. Сеченов И.М. Изб. произведения. – М.: УчпедГиз. – 1958.– С.413.
10. Шварц С.С. Проблемы экологии человека // Вопросы философии. – 1974. – № 9. – С. 105.

Сведения об авторах статьи:

Валитов Ильдар Октябrevич, профессор кафедры государственного права, доктор философских наук, Нефтекамский филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный университет, Республика Башкортостан, 452681, г. Нефтекамск, ул. Тракторная,1

УДК 57+61]:614.253

© Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э., Арельяно Васкес С.Б., 2015

**ВАСКЕС АБАНТО Х.Э., ВАСКЕС АБАНТО А.Э., АРЕЛЬЯНО ВАСКЕС С.Б.
ОТ ГИППОКРАТИЧЕСКОЙ МОРАЛИ ДО СОВРЕМЕННОЙ ЭТИКИ И
ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ**

Статья выполнена самостоятельно авторами и не представлена какой-либо организацией

***Резюме.** История развития медицины подчеркивает морально-психологическую значимость ее представителей среди населения, которую нужно сохранить и в настоящее время своим поведением в обществе, отношением к самой профессии и требовательностью к себе.*

Вопросы этики, морали и биоэтики затрагивают подавляющее большинство населения, поскольку каждый человек в той или иной мере оказывается потребителем медицинской помощи, призванным выступать как информированный и автономный субъект (пациент или испытуемый) принятия решений.

В современном мире нужно рассмотреть более реальные принципы морали в медицине, обязательно включающие в себя нормативно-правовые аспекты общественных отношений. В этой связи биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека») призвана быть тем самым инструментом.

Статья посвящена различным подходам к восприятию понятия медицинской этики и деонтологии в современном мире. Подчеркивается зависимость этих подходов от имеющейся моральной концепции и от отношения к нормативно-правовым основам со стороны субъектов медицинской деятельности.

Ключевые слова: этика, биоэтика, коллегиальность, профессия врача

**VASQUEZ ABANTO J.E., VASQUEZ ABANTO A.E., ARELLANO VASQUEZ S.B.
FROM MORALITY OF HIPPOCRATES TO ETHICS AND DEONTOLOGY OF MODERN
MEDICINE**

This article is made independently by the authors and is not represented by any organization

***Abstract.** History of medicine emphasizes the moral and psychological significance of its representatives in the population to be stored and now their behavior in society, attitudes toward the profession itself and demanding of yourself.*

Issues of ethics, morality and bioethics affect affect swingeing majority of population, as everybody in one or another measure appears the consumer of medicare, called to come forward as the informed and autonomous subject (patient or examinee) of making decision.

In the modern world it is needed to consider more real principles of moral in medicine, necessarily pluggings in itself normatively – legal aspects of public relations. In this connection bioethics(principle of "respect of rights and dignity of man") is called to be a the same instrument.

The article is devoted to various approaches to perception of the concept of medical ethics and deontology in the modern world. Stresses the dependence of these approaches available from the moral concepts and from the attitude to the normative-legal base of the subjects of medical activity.

Keywords: *ethics, bioethics, collegiality, the medical profession*

Практически до наших дней сохранилась традиция, обязывающая молодых врачей принимать так называемую "клятву Гиппократ", в которой сформулированы основные исторические и этические постулаты врача [13, с. 87-88].

Исторически первой формой врачебной (медицинской) этики были моральные принципы врачевания Гиппократ, изложенные им в "Клятве" (лат. Jusjurandum), а также в книгах "О законе", "О врачах" и др. Справедливо называя Гиппократ "отцом медицины", фиксируется рождение профессиональной врачебной (медицинской) этики [12, с. 68].

В древних культурах – вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой, древнего Перу – способность человека врачевать свидетельствовала о его «божественной» избранности и определяла элитное, как правило, жреческое положение в обществе. Например, первые вавилонские врачи были жрецами, и основными средствами лечения были обряды и магия. Примерно также, медицина империи Инков, в древнем Перу, была неразрывна связана с религией [14].

Первый египетский целитель Имхотеп (2830 г. до н.э.) – жрец, который впоследствии был обожествлен, и храм в его честь в Мемфисе был одновременно и госпиталем, и медицинской школой. Медицинская практика была исключительным правом магов Персии и брахманов Древней Индии [12, с. 68-69].

Практически нет на сегодня практикующего медика, которого пациенты ни разу не попрекнули «клятвой Гиппократ», хотя при этом практически никто не знает, что же Гиппократ на самом деле завещал. На основании собственной медицинской практики авторов, представим себе такую картину (явление частое в государственной медицинской практике): ...«в кабинет врача входит пациент, не по профилю, иногда и после окончания рабочего времени медика,... Не дай бог» врач его направит еще куда-то: «...Чего Вы меня

туда-сюда направляете, а как же клятва Гиппократата? Вы дали клятву Гиппократата, Вы обязаны меня принять? [13].

Медикам было бы проще принять любого обратившегося пациента, тем более, что чаще всего эти обращения в условиях бюджетных медицинских учреждений носят общеклинический характер? Медики направляют его по профилю, отказываются иногда делать ту или иную процедуру, потому что никто не желает себе лишних проблем с теми же пациентами и их родственниками, а также со своим руководством. Придираться к медицинским непрофильным действиям можно всегда, а для этого имеется достаточных служб и должностных лиц, которые каким-то образом должны оправдать свою работу – лучше всего для этого подходят «жалобы», справедливы ли они – для них разницы нет, результат они видят только в одном: наказать медика!

С другой стороны, разве у врача, принимающего большее количество пациентов, потому что к нему идут даже из других участков и не по профилю, повысится заработная плата (при стартовой мизерной зарплате, которую он получает)? Конечно нет, только претензий со всех сторон будет больше! [7, с. 57-62].

По мнению многих историков и практикующих медицинских профессионалов, настоящая клятва Гиппократата является в некоторой степени мифом. Многие придерживаются мнения, что Гиппократ вряд ли приложил руку к этому документу, а скорее всего является результатом труда его последователей и учеников, подчеркивающих тем самым свое уважение и признание его несомненного авторитета.

В трудах Гиппократовского корпуса большое внимание уделяется внешнему виду врача. Гиппократ подчеркивает, что излишне веселый врач не вызывает уважения, а излишне суровый теряет необходимое доверие. Согласно Гиппократу, врачу должны быть присущи жажда получения новых знаний, которые необходимо получать у постели больного, внутренняя дисциплина. При этом он должен обладать ясным умом, быть опрятно одетым, в меру серьезным, проявлять понимание к страданиям больных. Кроме этого, он подчеркивает необходимость постоянного наличия под рукой медицинского инструментария, соответствующие оснащенность и вид врачебного кабинета [3,13].

Трудно согласиться с некоторыми постулатами «Клятвы» Гиппократата в чистом виде применительно к нынешней медицине. Она содержит несколько принципов, которыми «обязан» руководствоваться врач в своей жизни и профессиональной деятельности. Эти принципы иногда дословно воспринимаются немедицинскими работниками, как и чиновниками, но трудновыполнимы для медиков в связи с реальным положением в

современном обществе, научно-техническим прогрессом и современными требованиями законодательства и общества [14].

Ниже некоторые из этих постулатов:

1. Обязательства перед учителями, коллегами и учениками

«Считать научившего меня этому искусству равным моим родителям, делиться с ним средствами и при необходимости помогать ему в нуждах, потомство его принимать как братьев и, по их желанию, учить их этому искусству, безвозмездно и без договора; наставления, устные уроки и всё прочее в учении сообщать моим сыновьям, сыновьям моего учителя и ученикам, связанным обязательством и принесшим клятву по закону врачебному, но никому другому»

2. Мудрость и простота

«Всё, что ищется для мудрости, всё это есть и в медицине, а именно презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде...»

3. Принцип непричинения вреда

«Я направлю режим больных им на пользу, сообразно моим силам и разумению, воздерживаясь от причинения какого-либо вреда или несправедливости»

4. Бесплатность медицинской помощи

«А иногда лечил бы и даром, считая благодарную память выше минутной славы. Если же случай представится оказать помощь чужестранцу или бедняку, то таким в особенности должно её доставить, ибо где любовь к людям, там и любовь к своему искусству»

5. Отрицание эвтаназии и абортов

«Я не дам никому просимого смертельного средства и не укажу пути к такой цели, равно как и ни одной женщине не вручу abortивного пессария»

6. Сохранение врачебной тайны

«Что бы при лечении, а также и вне лечения я ни увидел или ни услышал о жизни людей такого, чего не следует болтать, о том я умолчу, считая всё это постыдным для разглашения»

По каждому из перечисленных выше пунктов можно было бы возражать с современной научной точки зрения. Эвтаназия и аборты, к примеру, во многих странах уже давно в законе [13].

В современном обществе вопрос об оплате врачебного труда является довольно актуальным. При этом имеются две кардинально противоположные точки зрения об отношении самого Гиппократ к данному вопросу. С одной стороны, многие уверены, что

согласно клятве Гиппократата врач обязан предоставлять помощь бесплатно (только при этом не уточняется: на что тогда жить?). Оппоненты, ссылаясь на того же Гиппократата, приводят легенду о лечении некоего Анахерсита, согласно которой Гиппократ, оказав больному первую помощь, поинтересовался у родственников, способны ли те заплатить за выздоровление больного. Услышав отрицательный ответ, он предложил «дать бедолаге яда, чтобы тот долго не мучался» [12, с. 72].

Ни одно из двух устоявшихся мнений скорее всего не основано на достоверной информации и как многие моменты, вытекающие из знаменитой клятвы, вероятно также являются ни что иное как "мифические" рассуждения. В клятве Гиппократата ничего не сказано об оплате труда врача. Также в сочинениях Гиппократовского корпуса, посвященных медицинской этике и деонтологии, информация о лечении бедного больного Анахерсита отсутствует. Соответственно, ее можно воспринимать лишь как легенду.

И все же: как быть с «клятвой» Гиппократата?

Возникновение биоэтики явилось ответом на так называемые «проблемные или конфликтные ситуации» в клинической медицинской практике. Широкое обсуждение данных ситуаций в современном обществе стало манифестацией идеологии защиты прав человека в медицине (как пациента, так и медика), особенно при решении конфликтных вопросов, возникших при взаимоотношениях «медик-пациент-общество».

Невозможно сегодня строить нормальные взаимоотношения между медиком и пациентом на основании старых лозунгов и их дословного понимания. Становится неактуальной также и та старая система здравоохранения, которая прекрасно являлась фундаментом для сохранения здоровья при другом социально-политическом и экономическом строе – только в уже далеком прошлом, плюсуя при этом новые порядки и способы лечебно-профилактической работы, тем самым умножая и без того раздутую формальность и бюрократию.

Бывают и совсем неадекватные случаи: человек пьет пиво возле отделения неотложной помощи, просится в туалет...; другой идет мимо, зашел за таблеткой, т.к голова немного болит уже несколько дней или недель, но он не хочет (или не может т.к. работает!) обратиться в плановом порядке в свою поликлинику...; третий приходит чуть не каждый день просто на измерение давления и с оскорбляющими словами в адрес медиков требует четких ответов – почему у него давление «прыгает» на 5-10 мм.рт.ст.; в 3 часа ночи вызов на дом для того, чтобы объяснить, как принимать лекарства, которые врач предписал (а пациент не помнит!) [3,4].

Если попытаться хотя бы перевести диалог в русло своих должностных инструкций, врач обязательно услышит (в лучшем и благополучном случае) сакраментальное выражение: «Вы же давали клятву Гиппократата!»

Самое интересное, повторяя уже отмеченное выше, что люди и представления не имеют, что же все-таки там написано в этой знаменитой «Клятве Гиппократата»?

Для людей не связанных с медициной это просто. Они понимают, что медики должны просто и без всяких оправданий помочь людям! Любой их каприз можно переводить на то, что это скажется на здоровье и медик должен посодействовать его решению, во что бы то ни стало [11, с. 84-92].

В сегодняшнем реформировании здравоохранения «переформатировать» нужно и мышление людей относительно той самой клятвы Гиппократата, которая является не чем иным, как символом, возможно не самым подходящим на сегодняшний день. При этом интенсивно нужно развивать медицину как науку, а для этого обязательно надо поднять и статус медика. Последнего никак не добиться без улучшения материально-экономической заинтересованности того самого медика, который действительно готов работать, развивать и совершенствовать отрасль, а не только отсиживать свое время по конкретному расписанию, затягивая свое рабочее присутствие до определенного стажа.

В настоящее время этические основы медицинской работы, непременно взявшие свое начало еще в тех далеких и древних временах Гиппократата, можно представить таким образом:

1. Каждый пациент должен получать консультативную, лечебно-профилактическую и лечебно-диагностическую помощь по самым высоким и современным стандартам;

2. Не навредить! Отношения врачей с пациентами должны быть честными и конфиденциальными, построены на доверии, а общая цель – достижение наилучших результатов в интересах пациента;

3. Абсолютно недопустимы сексуальные или финансовые домогательства и вымогательства по отношению к пациентам, а гонорары и требования об оплате должны быть только в пределах законности.

Значительные изменения за последние годы нормативно-правовой базы охраны здоровья граждан, Особенно в странах бывшего СССР, целого ряда подзаконных документов, столь необходимых для проведения реформирования здравоохранения, требуют соответствующего изменения менталитета как населения и медицинских работников, так и юристов, работающих в сфере здравоохранения [9].

Многие развитые страны мира (Австрия, США, Франция, Италия, Испания и другие) в своем национальном законодательстве о здравоохранении имеют так называемые медицинские или врачебные кодексы, нормы которых регулируют отношения между медиками и их пациентами, а также их родственниками, профессиональные отношения медиков между собой, с администрацией учреждений здравоохранения и государственных органов. Указанные кодексы наряду с чисто правовыми, процедурными нормами содержат правила, которые касаются морально-этических вопросов. Эти кодексы являются сегодня современным, расширенным отражением той исторической клятвы Гиппократова со всеми элементами всемирно признанных принципов здравоохранения и законодательства [12, с. 99-101].

В Украине, разбросанные в разных нормативно-правовых актах законодательные основы здравоохранения так же нуждаются в объединении в аналогичном кодексе [6, с. 61-67]. Вероятно, в попытке направить законодателей в русло разработки подобного кодекса (или соответствующего национальным законодательством признания негосударственных медицинских ассоциаций, тем самым и их документов) в Украине 27 сентября 2009 года в г.Евпатории был принят и подписан Этический кодекс врача Украины на Всеукраинском съезде врачебных организаций и X Съезде Всеукраинского врачебного общества (ВУВО).

Этический кодекс врача Украины, согласно особенностям страны, является хорошим инструментом объединения этических критериев морали и поведения одного из участников медицинских взаимоотношений – врача. Для других участников этих взаимоотношений остается незаполненным законодательный «вакуум» из-за отсутствия «Кодекса здравоохранения». Считаем, что такой «Кодекс» в Украине должен включать всех участников медицинских взаимоотношений (пациента, среднего медицинского сотрудника, а также фармацевтов и провизоров) [12, с.100].

Профессионал здравоохранения (слово «профессия»: лат. Professio – род деятельности, занятий, в Древнем Риме означало занятие, о котором человек объявлял сборщику налогов под присягой.), рядовой медик, новое поколение руководителей и организаторов здравоохранения, не может сегодня прекратить свое непрерывное обучение и совершенствование. В журнале Иллинойского политехнического института (Perspectives on the Profession. 1999. № 1.Vol. 19) приводится такой исторический факт: «в 100 г. н.э. врач Скрибониус Ларгус ввел для медицинской профессии термин «Клятва Гиппократова», в медицине термин «профессия» с тех пор стал означать дело, при котором человек имеет особые обязательства перед тем, кому он служит: «Не навреди»» [6].

Кроме законодательства, специфики и экономического потенциала своей страны, нужно изучать международный опыт и лучшие показатели отдельных стран в области здравоохранения, а также существующие нормативно-правовые стандарты международных организаций здравоохранения [8, с. 6-12].

В бюллетене ВОЗ 2008 года авторами статьи «Вклад этики в общественное здравоохранение» отмечено:

«Хотя история этики восходит, по крайней мере, к временам Гиппократу, Сунь Сы-мяо и Ибн-Сины (Авиценны), область "биоэтики" возникла лишь после Второй мировой войны. Рождению биоэтики способствовало сочетание факторов. Во-первых, медицинские эксперименты нацистов на узниках концентрационных лагерей усилили обеспокоенность относительно уязвимости людей в медицинских исследованиях. Во-вторых, в связи со стремительным прогрессом медицины, в том числе охраны репродуктивного здоровья, трансплантации органов и генетики, возникли вопросы о цели и пределах медицинских технологий. В-третьих, послевоенные движения за гражданские права привели к усилению внимания к нарушению соотношения сил между врачами и пациентами и к вытекающей из этого необходимости расширить возможности пациентов контролировать свои решения относительно медицинской помощи» [15].

Для своей медицинской работы каждому современному врачу необходимо не только хорошее профессиональное образование, полученное в высшем медицинском учебном заведении, но и соответствующая специализация и опыт работы, непрерывное совершенствование знаний, в т.ч. и в законодательной сфере.

Медики при общении с человеком видят в нем в первую очередь пациента, особенно во время выполнения своих профессиональных обязанностей. Они тщательно подбирают соответствующие слова и тон, степень углубления в их анамнез (особенно если замечают препятствие или раздражение с его стороны), выделяют главное согласно своим приоритетным в работе задачам, чтобы дальше индивидуально оказывать необходимую помощь или давать свои рекомендации. Но даже уникальная деликатность неспособна страховать их полностью от неудовлетворенности пациента, если он преследует единственную цель – сделать им жизнь «слаще». Несмотря на это, медики продолжают искать способ наилучшего воздействия на его здоровье – стараются и будут стараться сделать все в интересах пациента.

Есть ли этика в нашей медицине?

Практикующие медики, часто являются свидетелями, а иногда и прямыми участниками несправедливых обвинений в адрес коллег разных специальностей. Что делать,

когда эти вопросы поднимаются людьми, которые сделали для себя любимым занятием бегать по всем возможным инстанциям всего лишь потому, что хотят показать свое превосходство, у них есть "нужные" связи или хотят подчеркивать свое служебное положение? Они могут легко и без страха, на приеме или на вызовах на дому, оскорблять, выгонять (будто мы напросились к ним в гости!), кричать на медика без всякого основания (потому что он быстро осмотрел пациента, сразу уходит и куда-то спешит, "ты должен был...", пациенту показалось, что должен был мыть руки у него дома а не брызгать свои руки каким-то "вонючим" средством и т.д.). Такие граждане если уже начали "преследование", то удовлетворяются только тогда, когда есть «расправа» над медиком, чаще всего врачом [10, с. 153-157].

Возможно не все представляют какому давлению подвергаются работники практического здравоохранения, особенно те, кто оказывает помощь на уровне первого звена, – медики скорой помощи или медицины неотложных состояний [4, с. 25].

Медику, не всегда чиновнику, понятно, что в процессе обследования пациента врач выделяет наиболее характерные и важные симптомы/синдромы заболевания и на основании собственных знаний, опыта и рассуждений идентифицирует тот или иной процесс (в том числе заболевание), т.е. оформляет заключение, устанавливает диагноз. В условиях неотложной медицины это приходится делать быстро, иногда молниеносно [5, с. 14-15].

Для этого каждому современному работнику здравоохранения необходимо не только хорошее профессиональное образование, полученное в высшем медицинском учебном заведении, но и соответствующая специализация и опыт работы, непрерывное совершенствование знаний. Медики при общении с человеком видят в нем в первую очередь пациента, особенно во время выполнения своих профессиональных обязанностей. Они тщательно подбирают соответствующие слова и тон, степень углубления в их анамнез (особенно если замечаем препятствие или раздражение с его стороны), выделяют главное согласно своим приоритетным в работе задачам, чтобы дальше индивидуально оказывать необходимую помощь или давать свои рекомендации. Но даже уникальная деликатность неспособна страховать их полностью от неудовлетворенности пациента, если он преследует единственную цель – сделать им жизнь «слаше». Несмотря на это, медики продолжают искать способ наилучшего воздействия на его здоровье – стараются и будут стараться сделать все в интересах пациента [3].

В разных городах стран постсоветского пространства отмечается тенденция к увеличению давления на медиков, и жаль, что в этом участвуют не только сами пациенты и их родственники, но и зачастую собственные медицинские руководители, которые, по сути,

должны не только требовать от медика выполнения должностных обязанностей, согласно законодательству страны, но и защищать своих подчиненных и создавать условия для выполнения работы. Руководителям хочется, чтобы не было проблем и жалоб – так им спокойнее, но как до них довести, что подобное возможно, только если ничего не делать? А в медицине медик постоянно в действии [11, с.88].

Нет, это не значит, что эти жалобы или обращения со стороны населения, которое вправе поднимать подобные вопросы, беспочвенны, но всегда ли они справедливы?

Одним из самых важных научных достижений в последние десятилетия XX века стала медицинская трансплантология, которая стремительно развивается дальше и в XXI веке. Правда, не обошлось без противоречий, связанных с биоэтикой (как с учением о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии) на всех стадиях ее эволюции. Washington Post опубликовал статью в марте 2007 г. «о новой тенденции в донорстве органов», отражая озабоченность некоторых врачей и специалистов по биоэтике по поводу спорной практики донорства после сердечной смерти. Информация расширилась, когда обвинили одного хирурга-трансплантолога Калифорнии (США) после ведения ненадлежащих и сильных лекарств потенциальным донорам в ожидании сердечной смерти [12, с.76-77].

В конце 2008 года врачи детской больницы города Денвер (США) пересадили три сердца трех доноров-младенцев, у которых не была установлена смерть мозга (*Rápida obtención corazón para trasplante supone cuestionamientos // Bibliomed, Inc. (Reuters, Por Gene Emery), www.diariosalud.net, jueves, 14.08.2008*). Отключив аппарат искусственного жизнеобеспечения, врачи удалили у детей сердца после ожидания всего лишь 75 секунд (при отсутствии сердечной и дыхательной функций), чтобы увеличить шансы жизнеспособности органов. Эта ситуация встревожила международное сообщество и специалистов медицинской биоэтики.

Случай больницы Денвера был опубликован в журнале *New England Journal of Medicine*, с целью сообщить об успехе трех пересадок сердца (*Этика за жизнь // www.vokrugsveta.ru, 14.08.2008*). По материалам публикации это был первый случай, когда команда трансплантологов детской больницы Денвера, подготовила доклад об успешной пересадке трех сердец, которые были извлечены из младенцев в возрасте нескольких дней, после того, как было заявлено об их внезапной смерти по сердечной причине (вместо смерти мозга).

В настоящее время в медицинской деятельности никто из практикующих медиков не застрахован от проблем при работе с людьми (даже без объективных на то причин), потому, уголовное преследование медиков (чаще врачей) – явление распространенное.

Судя по вышеупомянутым случаям, возможно, и сам медик допускает ошибку, вплоть до уголовно-наказуемого нарушения, и не только по неосторожности с записями или из-за незнания закона, но и по причине своей «непорядочности» [8, 9].

Приходится констатировать, что многие проблемы являются прямым следствием нехорошего, вплоть до преступного, отношения медиков к святой профессии «МЕДИЦИНА». Такие понятия в некоторых странах, как «низкая зарплата», «нищенское существование медиков», «за все нужно платить» и многие другие, не могут быть оправданием для наглого и открытого вымогательства со стороны некоторых медиков при оказании им медицинской помощи [12, с.77-78].

Нужно признать, что непорядочность в медицине иногда переходит всякие границы, когда, априори зная, что у пациента неизлечимое заболевание и что он, медик, ничем не поможет, и все же дает некие "гарантии" (устные конечно!) для того, чтобы оправдать свои высокие «расценки» (естественно без всяких квитанций или прочих формальностей). В других случаях приходится наблюдать за откровенной «искусственной» гипердиагностикой или реальным запугиванием пациентов или их родственников (из личного опыта соавтора в качестве пациента), чтобы вслед за этим использовать такие понятия, как: "насколько вы сами оцениваете свое здоровье", "это будет стоить столько-то...", "платите за препарат для исследования (стоимостью в 100 долларовом эквиваленте и более, только тому-то – всего пара капель какого-то коллоида)", "эти наименования купите только там или у старшей медсестры" отделения, где вы лежите и т.д. Все эти элементы коррупции знакомы практически каждому, кто хоть раз вынужден был обратиться за медицинской помощью [2]. Даже понятие «коллегиальность» в большинстве случаев перестало существовать, как и многое хорошее, что осталось в прежнем советском строе (без всякой ностальгии к прошлому, а всего лишь констатируя факты).

Некоторые специалисты утверждают, что видят "разрушающее" воздействие рыночных отношений и прагматизма на медицину, а в биоэтике – попытку остановить данное воздействие. Категорически говорить о "разрушающем" воздействии только частного медицинского сектора авторы статьи считают несправедливо. Этику в медицине можно сохранить и в условиях современных рыночных отношений (или точнее в отрасли платной медицины) и потерять ее там, где медицина в основном бесплатна (коррупцией и устаревшими подходами в управлении)! [12, с. 79-80].

Да, есть и другая сторона медицинской морали, представители которой действительно хотят работать в пределах истинных ценностей медицинской профессии, несмотря на возмущение общества (чаще всего необоснованное и чрезмерно раздутое). В этой группе имеют место следующие вопросы: Как себя вести? Выполнить или нет необоснованные (а иногда и незаконные) требования и запросы начальства? На что опираться, чтобы не было проблем при общении с конфликтными пациентами или со своим руководством? В этой связи всесторонне подчеркивается обязанность медика работать в пределах этики и деонтологии, что на языке многих профессионалов здравоохранения и общества обозначает "терпеть все и всех", "пациент всегда прав", "медик все равно виноват", "он (руководитель или кто себя выдает за него) – начальник, ты (медик) – дурак". А как же закон? Разве он не один для всех? [4,10].

Дополнительно к вышеописанному в странах бывшего СССР существующая социально-экономическая и политическая система с детства воспитала так, что человек имеет право на все, особенно в том, что касается своего здоровья. В некоторых из этих стран чиновники продолжают и сегодня кормить обещаниями «о бесплатной медицине», но при этом государство не в силах создавать условия и практические возможности. Система также не выделяет пока что соответствующих средств, для удовлетворения всех нынешних медицинских потребностей быстро и в пределах "одного" кабинета или отделения, как того хотелось пациентам, тем более в государственных учреждениях. Многие пациенты и их родственники считают, что бесплатная медицина работает для них «одних», добавляя к задачам медика всякого рода капризов социального и не социального характера [1,4].

В результате мы имеем возмущенное общество, с множественными претензиями не только к медицине, но к системе здравоохранения в целом, что не может не сказываться и на отношении со стороны пациентов и общества к медикам.

В этих условиях медик на передовой остается один на один, без какой-либо защиты, особенно в условиях медицины неотложных состояний. Оскорблять его можно по любому пустяку и предлогу, насколько хватит фантазии, открывая при этом двери всяким необоснованным претензиям и желаниям отомстить за все и всех, за прошлые и настоящие обиды. От любого родственника пациента (или самого пациента), консьержа (на вызовах на дому), санитаря или милиционера, – врачу приходится слышать оскорбления и угрозы, чувствовать на себе унижения и весь гнев обманутого и разочарованного, а может и слишком разбалованного социальными благами общества [10, с. 156-157].

Возможно по этой причине Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает, что: «Работники здравоохранения – это все люди, занятые в основном работой,

первичная цель которой состоит в укреплении здоровья», а также акцентирует внимание на том, что работники систем здравоохранения во всем мире вынуждены все чаще и чаще работать в состоянии стресса и отсутствия безопасности, поскольку им приходится реагировать на сложный комплекс сил – старых и новых [12, с. 15].

Крики о защите своих прав от медиков слышно практически во всех странах бывшего СССР. Вот только несколько из ярких новостей последних 2 года:

- «За 4 года на работников «скорой» в Киеве совершено 50 нападений» – новости мая 2013г., Украина (www.inpress.ua).
- «Врачи устали от того, что их постоянно пытаются сделать крайними в случаях летального исхода пациентов. Причем как по гражданским искам, так и по уголовным делам. А порой к работникам медицинского фронта применяется и физическая сила» – новости июля 2012г., Караганда (www.zakon.kz);
- «Врачей в Беларуси защищать некому» – новости декабря 2012г., Белорусь (www.news.tut.by);
- «На украинских медиков все чаще нападают озверевшие пациенты, ломая им конечности» – новости мая 2013г., Украина (www.ru.tsn.ua, www.fakty.ictv.ua);
- «Во Львове произошло очередное нападение на врачей» – новости июня 2013г., Украина (www.ru.golos.ua);
- «Новое нападение на врачей «скорой»: ранены медработники» – новости июня 2013г., Украина Одессы (www.aif.ua);
- «В Украине участились случаи нападения на врачей "скорой» – новости мая 2013г., Украина (www.novosti.dn.ua);
- «Жестокое нападение на медиков в Запорожье..... В результате полученных колотых ран на месте скончалась 29-летняя медсестра, врач госпитализирован» – новости мая 2013г., Украина (www.podrobnosti.ua);
- «Медики, приехавшие по вызову на квартиру, оказали помощь мужчине, раненному в драке. В тот момент в доме находилась женщина в сильном алкогольном опьянении. Врач осмотрела и ее. Травм и ран у нее не было. Однако через два дня по тому же адресу был вызван наряд полиции. Выяснилось, что женщина скончалась от травмы головы. Не исключено, что повреждение пострадавшая получила уже после отъезда бригады.» – новости мая 2013г., Бурятия (www.infpol.ru);
- «В Одессе психически больной мужчина набросился с ножом на врача и фельдшера "скорой", приехавшие на вызов» – новости июня 2013г., Украина (www.ru.tsn.ua);

- «В Днепре в понедельник пьяный мужчина избил врача скорой помощи, который приехал на его вызов...Нападавший пока на свободе, а потерпевший проходит лечение» – новости октября 2013г., Украина (www.vesti.ua, www.ru.tsn.ua);
- «Очередное нападение на медиков: "буйный" пациент бросился на врачей с ножом (Харьков)» – новости октября 2013г., Украина (www.ru.tvi.ua).
- «В Запорожье снова напали на бригаду медиков скорой помощи» – новости 26 апреля 2014г., Украина (www.kriminal.tv, www.reporter-ua.com).

Милиционеры не желают фиксировать случаи нападения или оскорбления на медиков (просто не замечают их проблем). Соавтор статьи является живым, и к счастью, невредимым свидетелем их подобного нежелания выполнить, всего лишь, свою работу.

Замахнуться или оскорбить врача для многих людей – это в порядке вещей! Такое часто ощущает на себе практически каждый медик, но не все пытаются защитить себя! На эту проблему Соавтор этой статьи старался обратить внимание комиссии Департамента здравоохранения Киева в своем аттестационном отчете за период с 2010 по 2012 год. Ныне он пытается защищать свою честь, достоинство и деловую репутацию в суде [10, с.154-156].

По вышеперечисленным причинам медику (врачу или среднему медицинскому сотруднику) не стоит забывать о своей собственной физической и юридической безопасности (нужно принимать меры профилактики от заражения инфекциями, быть осторожным перед возможными физическими нападениями, не поддаваться давлению со стороны населения или руководства и т.д.). Необходимо твердо понимать то, что только он сам вправе решать, как действовать в сложной или несложной медицинской ситуации – подключать других специалистов (руководителя своего учреждения или чиновника любого ранга) или нет, а за эти действия перед законом будет отвечать в первую очередь он один. У медика потом могут быть проблемы с руководством (включая чиновников министерства здравоохранения) – в худшем случае это проблемы административного характера (часто несправедливые, а что делать? От начальства не ждите благодарности), зато он покажет себя как настоящий профессионал и минимизирует вероятность уголовной ответственности [1,4].

Медику приходится уверенно стоять на своем и не соглашаться, когда он уверен в своей профессиональной правоте. Старые консервативные концепции, такие как "Погасить шум — и проблемы нет", "Пациент всегда прав", — необходимо ломать, прежде всего в нашем собственном сознании! Дальнейшее согласие с ними приведет к хронизации данного явления в Украине, к массовому, и без того катастрофическому уходу из медицины профессионалов, к увеличению нежелания работать в этой неблагодарной, но нужной и бесконечно интересной профессии молодых медиков — будущих специалистов

здравоохранения, которые спасут не одну жизнь, а возможно, и улучшат качество нашей старости [10, с. 156].

Директивы, требования, приказы со стороны руководства должны быть письменными, в пределах должностных инструкций, но даже в таком случае врач должен тщательно обдумать свои профессиональные поступки.

Выводы:

- 1. Начиная с медицинских учебных заведений, профессиональные этические принципы формируются и совершенствуются далее в процессе непрерывной самоподготовки. Каждый медик (особенно врач) дает себе клятву сам, и только он сам знает ее суть [1,2,12].*
- 2. Для практикующих медиков соблюдение этических норм и принципов при осуществлении своей медицинской деятельности становится необходимым условием завоевания доверия пациентов, продвижения авторитета, обеспечивает известность своего учреждения в качестве надежного партнера, как для пациентов, так и для других учреждений (лечебно-профилактических или нет). Все это в настоящее время является основой биоэтики, как составляющей наук формирования и воспитания профессионала здравоохранения.*
- 3. Гуманизм медицинской профессии – не следствие страха ответственности за нарушение «клятвы» Гиппократова. У тех, кто выбирает медицину по призванию, изначально присутствуют соответствующие нравственные установки и ориентиры. Таким образом, соблюдение этических стандартов внутри профессионального сообщества – дело и забота самих профессионалов [18, 20].*
- 4. Профессионал здравоохранения должен считать своим правом и обязанностью работать в пределах нормативно-правовых требований законодательства в области здравоохранения: своей страны и международно-признанного (ВОЗ, ВМА, МОТ) [13, с.115-119]. Медицина должна быть вне политики, без явных и скрытых призывов к беспорядкам и беззаконию! [9, 18].*

Вопросы законодательства в работе медиков вообще и медика Медицины неотложных состояний нами были выделены в ранее опубликованных наших статьях: «Медицинская деятельность и законодательство страны» и «Законодательство Украины и работа медика в медицине неотложных состояний» [6, 9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Банних С.В., Евтушенко А.Я. Биоэтические аспекты становления личности врача – исследователя в системе высшего медицинского образования. // *Фундаментальные исследования*. – 2006. – № 6 – с.64-64.
2. Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э. Биоэтика и формирование будущего профессионала здравоохранения // *Науковий журнал «Південноукраїнський медичний науковий журнал»* № 6, 2013 г. г.Одесса. — с.24-27.
3. Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э. К международному дню защиты прав человека (10.12.2013) – права медика // *Журнал «Молодий вчений»*. Медицина та практика: актуальні питання. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Вінниця, 6-7 грудня 2013 року). – Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2013. – с.109-113.
4. Васкес Абанто Х.Э. В поисках той самой правовой защиты медика // *Газета «Новости медицины и фармации»* 13 (464) 2013. – с.25.
5. Васкес Абанто Х.Э. Вопросы диагностики и лечения заболеваний // *Газета «Новости медицины и фармации»* 9 (415) — 2012. — с. 14-15.
6. Васкес Абанто Х.Э. Законодательство Украины и работа медика в медицине неотложных состояний // *Журнал «Медицина неотложных состояний»* 8 (55) 2013– с.61-67.
7. Васкес Абанто Х.Э. Здравоохранение сегодня – мнение практического врача // *XX Международная научно-практическая конференция «Научная дискуссия: вопросы медицины»* (г. Москва, 3 декабря 2013 г.). — с.57-62.
8. Васкес Абанто Х.Э. Медицина и закон в Украине // *«Медичні та фармацевтичні науки: аналіз сучасності та прогноз майбутнього»*. Збірник матеріалів по матеріалам Міжнародної науково-практичної конференції. м. Дніпропетровськ, 01-02 листопада 2013р. – с.6-12.
9. Васкес Абанто Х.Э. Медицинская деятельность и законодательство страны // *Газета «Новости медицины и фармации»* 17 (471) 2013. — с. 20-22.
10. Васкес Абанто Х.Э. Нарушение прав медиков, или Давайте все же не молчать! // *Журнал «Медицина неотложных состояний»* 5(52) 2013. — с.153-157.
11. Васкес Абанто Х.Э. Реформирование здравоохранения и права медика // *Современная медицина: актуальные вопросы*. № 11 (25) сборник статей по материалам XXV международной научно-практической конференции (18 ноября 2013 г.). Новосибирск: Изд. «СибАК» – с. 84-92.
12. Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э. Здравоохранение XXI века: закон и этика в медицине (монография) // LAP Lambert Academic Publishing (12.02.2014). – 144 с.
13. Гиппократ. Избранные книги. Т. 1, М. 1936, с. 87-88.
14. Agustín Estévez. Principios de bioética e investigación // *ARS MEDICA, Revista de Estudios Medicos Humanitarios*. Vol. 9, Nº 9. Universidad Catolica de Chile. Consultado: 20.11.2013.
15. Carl H. Coleman, Marie-Charlotte Bouësseau, Andreas Reis. Вклад этики в общественное здравоохранение // *Бюллетень ВОЗ*. Выпуск 86, номер 8, август 2008 г., с. 577-656.

Сведения об авторах:

Васкес Абанто Хесус Эстуардо / Vasquez Abanto Jesus Estuardo - к.м.н, врач отделения неотложной медицинской помощи Оболонского района г.Киева (Центр первичной медико-санитарной помощи № 2)

Васкес Абанто Анна Эстуардовна / Vasquez Abanto Anna Estuardovna - выпускник Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, г.Киев, Украина. Врач-интерн.

Арельяно Васкес Сусан Бренда / Arellano Vasquez Susan Brenda - выпускник университета Сан-Педро, г. Чимботе (Перу). Специалист по физической терапии и реабилитации

УДК 614.2

М.Г. Москвичева, Ю.А. Семенов, И.В. Бойко

М.Г. МОСКВИЧЕВА¹, Ю.А. СЕМЁНОВ², И.В. БОЙКО²

**ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ И
ЖЕНЩИНАМ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

¹ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

²ГБУЗ «Областной перинатальный центр»

***Резюме** Рассмотрены организационные вопросы обеспечения доступности акушерско-гинекологической помощи беременным и женщинам с гинекологическими заболеваниями на территории Челябинской области. Представлен опыт «выездной» работы медико-генетической консультации ГБУЗ «Областной перинатальный центр», направленной на повышение эффективности оказания помощи женщинам.*

***Ключевые слова:** опыт «выездной» работы, организация акушерско-гинекологической помощи, доступность медицинской помощи беременным, Челябинская область*

M.G. MOSKVICHEVA, Y.A. SEMENOV, I.V. BOJKO

**QUESTIONS OF OPTIMIZATION OF MEDICAL CARE FOR PREGNANT WOMEN
AND WOMEN WITH GYNECOLOGICAL DISEASES IN THE CHELYABINSK REGION**

***Abstract** In this article discusses the organizational issues of accessibility of medical outpatient care for pregnant women and women with gynecological diseases in Chelyabinsk region. Presented "outbound" experience of gynecologists of the Regional Perinatal Center aimed at improving the effectiveness of health care in the Chelyabinsk region*

***Keywords:** outpatient care, the organization of the provision of obstetric care, Chelyabinsk region.*

Введение

На современном этапе развития здравоохранения первичная медико-санитарная помощь является наиболее массовым и общедоступным видом медицинской помощи. Обеспечение населения качественной медицинской помощью является одной из актуальных и сложных задач.

В современных условиях повышения роли репродуктивного потенциала страны первостепенное значение приобретают вопросы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе беременным и женщинам с гинекологическими заболеваниями.

Доступность качественной первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе для сельского населения – одна из основных задач здравоохранения [4]. Особенности организации медицинской помощи сельским жителям обусловлены характером работы и условиями их жизни: меньшая плотность населения, сезонный характер работы, некачественные транспортные коммуникации, удаленность лечебно-профилактических учреждений от места жительства пациентов, неудовлетворительная укомплектованность кадрами [1].

Цель исследования: оценить эффективность работы «выездной» консультативной помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории Челябинской области.

Задачи: провести анализ работы выездных бригад медико-генетической консультации ГБУЗ «Областной перинатальный центр», оценить эффективность внедрения выездной медицинской помощи на догоспитальном этапе беременным и женщинам с гинекологическими заболеваниями на территории Челябинской области.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования явились данные годовой статистической отчетности медицинских организаций области - форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», форма № 30/у-04 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», карты амбулаторного больного и карты диспансерного наблюдения беременных за 2013 год.

Результаты

Челябинская область по территории занимает 5 место из 8 регионов Уральского Федерального округа и 39 место по России. В состав области входят 317 муниципальных образований, в том числе 16 городских округов, 27 муниципальных районов, 27 городских поселений и 247 сельских поселений. Область занимает площадь в 88,5 тыс. кв. км, что сопоставимо с площадью Венгрии, Португалии, Австрии, больше в 2 раза территории Дании и Швейцарии, в 3 раза - Бельгии и Голландии - и простирается с юга на север на 490 км, с запада на восток - на 400 км [3].

Обеспеченность врачами - акушерами-гинекологами в Челябинской области в 2012 году составила 4,29 врача на 10 000 женского населения, что ниже показателей Российской Федерации - 5,01 врача на 10 000 женского населения и Уральского федерального округа - 4,65 врача на 10 000 женского населения [2].

Более 10 лет на базе ГБУЗ «Областной перинатальный центр» (г. Челябинск) функционирует медико-генетическая консультация (далее - МГК), основной задачей которой является организация работы по снижению перинатальной и младенческой смертности, детской заболеваемости и инвалидности за счёт своевременного пренатального выявления врожденной и наследственной патологии.

С 2011 года в медико-генетической консультации организованы специализированные приемы врача-генетика, медицинского психолога, терапевта для женщин с проблемами бесплодия, привычного невынашивания беременности, патологией шейки матки. Специалисты МГК консультируют всех обратившихся беременных и женщин с гинекологической патологией области. Организованы и функционируют кабинеты ультразвуковой диагностики, процедурный кабинет, малая операционная.

Работа врачей МГК организована согласно приказу Минздрава РФ № 572н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Анализ обращаемости за консультативной помощью в медико-генетическую консультацию показал рост удельного веса посещений женщин, проживающих на близлежащих к городу Челябинску территориях (города Еманжелинск, Златоуст, Копейск, Коркино, Миасс, Южноуральск, Чебаркуль, а также муниципальных районов - Еткульского, Аргаяшского, Красноармейского, Кунашакского, Сосновского, Увельского) при одновременном снижении количества консультаций женщин отдаленных районов (Агаповского, Ашинского, Брединского, Кизильского, Нагайбакского, Нязепетровского, Чесменского, г. Озёрск, Снежинск, Трехгорный). При этом расстояние от близлежащих населенных пунктов (г.г. Копейск, Коркино, районов - Красноармейского, Сосновского) до города Челябинска составляет 20 - 40 км, в то время как от наиболее удаленных (Ашинского, Брединского, Нязепетровского районов) - 334 - 339 км (рисунок 1).



Рис. 1. Территория обслуживания специалистами медико-генетической консультации ГБУЗ «Областной перинатальный центр»

Большая отдаленность муниципальных районов Челябинской области от крупных акушерско-гинекологических стационаров и диагностических центров административного центра области, неуккомплектованность штатов акушерами-гинекологами в сельских территориях, приводит к тому, что население не всегда удовлетворено объемом, качеством и доступностью оказываемой медицинской помощи. В связи с этим в последние годы актуальными являются разработка и внедрение оптимальных форм и методов оказания медицинской помощи беременным и женщинам с гинекологическими заболеваниями, дающих возможность при существующих нестабильных социальных и экономических условиях не только сохранить необходимый объем медицинских услуг, но и повысить их качество путем привлечения врачебных ресурсов Областного перинатального центра. С целью профилактики материнской и младенческой смертности, совершенствования качества оказания медицинской помощи беременным и женщинам Челябинской области с наиболее значимыми для репродуктивного здоровья гинекологическими заболеваниями на базе медико-генетической консультации ГБУЗ «Областной перинатальный центр» в 2013

году были организованы выездные консультации акушеров-гинекологов в муниципальные районы и отдаленные городские округа области.

Главная цель выездной работы специалистов МГК на территории области - сделать первичную специализированную медико-санитарную помощь акушерско-гинекологического профиля жительницам сельских районов и отдаленных городов области более доступной и качественной.

В соответствии с положением о работе выездных бригад график выезда медицинского работника заранее доводится до сведения главных врачей Центральных районных больниц, заведующих женских консультаций и фельдшерско-акушерских пунктов, где отбираются пациентки, нуждающиеся в консультативно-диагностической и лечебной помощи, не имеющие возможности приехать в Областной перинатальный центр.

В течение 2013 года был осуществлен выезд акушеров-гинекологов в 29 из 43 муниципальных районов и городских округов области. Осмотрено 559 женщин, из них 313 (56 %) беременных и 246 (44 %) больных гинекологического профиля.

Из 313 осмотренных беременных группу «высокого» и «среднего» риска составили 74 (23,6 %). Из них показания для госпитализации в ГБУЗ «Областной перинатальный центр» имели - 43 (58 %). На областной перинатальный консилиум были направлены - 13 (17,6 %).

Из 246 (44 %) женщин с гинекологическими заболеваниями на учет в медико-генетическую консультацию было взято - 140 (57 %). Из них в кабинет по бесплодию - 68 (48,6 %), в кабинет по патологии шейки матки - 27 (19,2 %), в кабинет по невынашиванию - 19 (13,6 %), на оперативное лечение направлено - 26 (18,6 %).

Для всех пациенток составлялись индивидуальные планы ведения, обследования, лечения. Повторная консультация при необходимости осуществлялась с использованием системы телемедицинских консультаций в режиме on-line.

В результате реализации комплекса мероприятий, направленных на снижение материнской и младенческой смертности, включающего работу выездных бригад МГК, наметилась положительная динамика основных показателей акушерско-гинекологической помощи женщинам Челябинской области: показатель запущенных случаев рака шейки матки снизился с 57% в 2012 году, до 54% в 2013 году, показатель материнской смертности снизился с 22,9 на 100 тысяч новорожденных в 2012 году до 8,1 на 100 тысяч новорожденных в 2013 году. Показатель младенческой смертности – снижение с 8,8 на 1000 новорожденных в 2012 г. до 8,4 на 1000 новорожденных в 2013 г. (Рисунок 2,3).

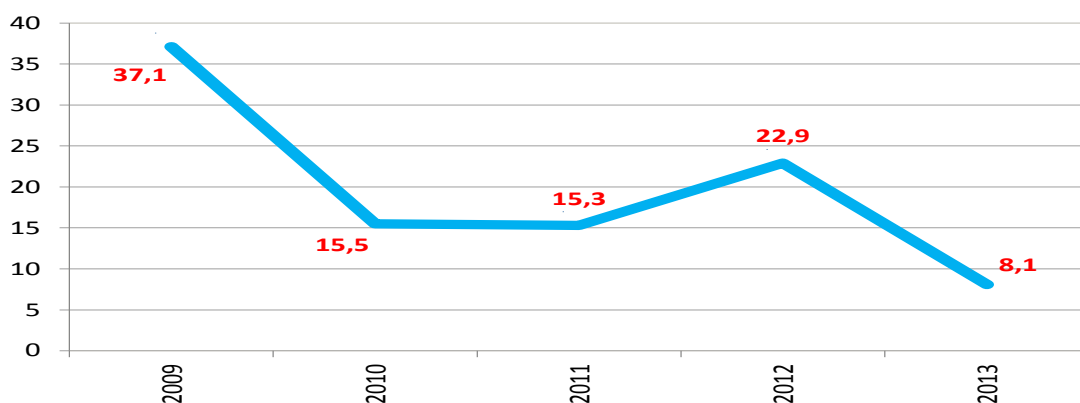


Рис. 2. Динамика показателей материнской смертности в Челябинской области за 2009-2013 г.г.

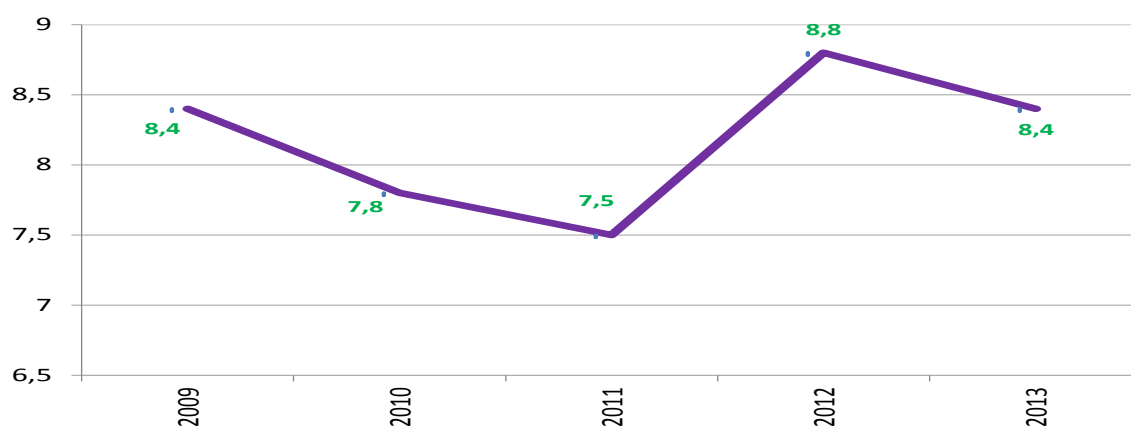


Рис.3. Динамика показателя младенческой смертности в Челябинской области за 2009-2013 г.г.

Заключение:

Внедрение в практику «выездной» работы акушеров-гинекологов, направленной на улучшение качества оказания акушерско-гинекологической помощи жительницам муниципальных районов и отдаленных городских округов, приближение квалифицированной первичной специализированной медико-санитарной помощи по

профилю «акушерство и гинекология» женщинам, проживающим в сельской местности, позволяет снизить показатели материнской и младенческой смертности, а также предупредить возможные осложнения гинекологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Москвичева М.Г. Особенности заболеваемости населения, проживающего в сельской местности Челябинской области // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 3. – С. 34-37.
2. Постановление Правительства Челябинской области от 05.02.2014 г. № 3-П «О Государственной программе Челябинской области «Региональная программа модернизации здравоохранения Челябинской области на 2014-2016 годы в части проектирования, строительства и ввода в эксплуатацию перинатального центра»
3. Челябинская область: энциклопедия / гл. ред. К. Н. Бочкарев. – Челябинск: Камен. пояс, 2008. Т. 6. – Си—Ф. – 944 с.: ил.
4. Юргель Н.В. Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи населению // Вест. Росздравнадзора, 2008, №2, с. 4–8.

Сведения об авторах

Москвичева Марина Геннадьевна, проректор по дополнительному профессиональному образованию и взаимодействию с учебно-производственными базами, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения факультета дополнительного образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук.

Семенов Юрий Алексеевич, главный врач ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск, к.м.н.

Бойко Ирина Валерьевна, заведующая медико-генетической консультацией ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск, к.м.н.

УДК 616.24-003.4

© М.А. Нальгиева, Е.Г. Журавлева, Т.А. Нальгиева, А.А. Нальгиев, А.С. Харьков, 2015

**М.А. НАЛЬГИЕВА, Е.Г. ЖУРАВЛЕВА, Т.А. НАЛЬГИЕВА, А.А. НАЛЬГИЕВ,
А.С. ХАРЬКОВ**

МУКОВИСЦИДОЗ – КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ростовский государственный медицинский университет,
Кафедра внутренних болезней №1
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», отделение пульмонологии.

Резюме. В контексте клинического случая освещены особенности клиники и диагностики муковисцидоза

Ключевые слова: «сотовое» лёгкое, гнойный бронхит, хронический риносинусит.

**M.A. NALGIEVA, E.G. ZHURAVLEVA, T.A. NALGIEVA, A.A. NALGIEV,
A.S. KHARKOV**

THE CYSTIC FIBROSIS CLINICAL OBSERVATION.

Rostov state medical University,
Department of Internal Medicine №1
GBU RO «Rostov regional clinical hospital» Department of pulmonology.

Abstract. In the context of clinical case highlights the clinical features and diagnosis cystic fibrosis

Keywords: "cell" easy, purulent bronchitis, chronic rhinosinusitis.

Введение. Муковисцидоз - тяжелое наследственное заболевание наследующееся преимущественно по аутосомно-рецессивному типу, характеризуется поражением бронхолегочной системы, поджелудочной железы, печени, экзокринных желез.[1] Частота развития синдрома варьирует в зависимости от популяции. Чаще данная патология наблюдается у представителей европеоидной расы, проживающих в Северной и Центральной Европе. В Великобритании и Франции заболевание выявляется у 1 из 377 новорожденных. Также известно, что 1 из 25 австралийцев является носителем мутации в Гене. В азиатских популяциях данная мутация довольно редка [2]. Распространенность Муковисцидоза в России составляет 1:12 000 новорожденных. [3] В качестве иллюстрации данной аномалии приводим собственное наблюдение.

Клинический случай. Больной А., 27 лет, поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на: выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, кашель со слизисто-гноющей мокротой до 100 мл/с, хрипы в груди, подъём t° от субфебрильной до 39° раз в 1-2 мес., выраженную слабость, снижение массы тела; из анамнеза известно, что рос и развивался болезненным ребёнком, перенёс большинство детских инфекций, перед тем как был выставлен диагноз Муковисцидоз. Данные объективных методов исследования: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, физическая активность снижена значительно, кожные покровы бледные, астеник. Перкуторно: легочный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание умеренно ослаблено, аускультативно дыхание жесткое, хрипы сухие низкого тембра, множественные, интенсивность высокая; Частота дыхательных движений 26 в мин. Результаты лабораторных методов обследований: Сатурация O_2 – 97%; Общий анализ крови: гемоглобин – 151 г/л (130-160 г/л), эритроциты – 5.27×10^{12} /л ($4.0-6.0 \times 10^{12}$ /л), лейкоциты – 16.7×10^9 /л ($4.0-9.0 \times 10^9$ /л), э-5 % (0.5-5%), п-4% (1-6%), с-65 % (47-72%), л-18% (19-37%), м-8% (3-11%),.. Биохимический анализ крови: АЛТ- 26 ед/л (до 45ед/л), АСТ -27 ед/л (до 47 ед/л), креатинин- 90 мкмоль/л (62-115 мкмоль/л). Анализ мокроты общий: лейкоциты -40-50х'; эритроц. 0-1 х'; эпителий плоский - большое количество. Из мокроты выделена *Pseudomonas aeruginosa* 10^6 , *Staphylococcus aureus* 10^4 , *Staphylococcus epidermidis* 10^5 , *Enterococcus faecalis* 10^5 . По данным Исследования Функции внешнего дыхания вентиляционная функция лёгких резко снижена по смешанному типу. По результатам Электрокардиограммы было выявлено вертикальное положение электрической оси сердца. Ритм синусовый, частота сердечных сокращений =82 в мин, Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертрофия правого предсердия, правого желудочка. По данным спиральной компьютерной томографии органов грудной полости выявлена картина муковисцидоза, инфекционного бронхоолита. Гиперплазия внутригрудных лимфоузлов. Также больной был проконсультирован неврологом, кардиологом и ЛОР-врачом. На основании чего был выставлен диагноз : а) основной: Муковисцидоз, лёгочно-кишечная форма, тяжёлое течение, активная фаза. б) осложнения: ДН-III, «сотовое» лёгкое. Хроническое легочное сердце. в) сопутствующие: хронический обструктивный деформирующий гнойный бронхит с 2-х сторонними бронхоэктазами (обострение), хронический риносинусит. Вазомоторный ринит, искривление перегородки носа с нарушением дыхания. Пропалс Митрального Клапана 1 ст. Хроническая Сердечная Недостаточность 0 ФК I Остеохондроз грудного отдела позвоночника, кифосколиоз, торакалгии. Астенический синдром. Не смотря на проведенное лечение: антибиотиками, улучшение дренажной функции бронхов, компенсация дефицита питательных веществ,

применение бронхорасширяющих лекарств в виде ингаляторов или спреев у больного на 8-е сутки пребывания в стационаре началось рецидивирующее кровохарканье, которое, несмотря на проводимую перед этим терапию проявилось легочным кровотечением 1 степени. Больной был переведен в хирургическое отделение

Выводы. Данный клинический случай является показательным в том, что несмотря на адекватную терапию и соблюдение всех врачебных рекомендаций, поздно начатое лечение может осложнить течение болезни. И лишь своевременная диагностика поможет значительно уменьшить выраженность симптомов и продлить жизнь существенно повысив ее качество.

ЛИТЕРАТУРА

1. Accurso FJ. Cystic fibrosis. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman's Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012:chap 89
2. http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/your_health/egenetics/practioners/gems/sections/09_cystic_fibrosis.pdf
3. <http://radiomed.ru/publications/obz-mukovistsidoz>

Сведения об авторах

Нальгиева Макка Абубукаровна, ординатор-пульмонолог, Ростовский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №1;

Журавлева Екатерина Григорьевна, ординатор-пульмонолог, Ростовский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №1

Нальгиева Танзила Абубукаровна, врач-неонатолог ГБУЗ «Центр Охраны Материнства и Детства» г.Назрань;

Нальгиев Адам Абубукарович, врач-неонатолог ГБУЗ «Центр Охраны Материнства и Детства» г.Назрань.

УДК 616.12-008.331.1-085:[615.849.19:616.151]

© В.С. Пантелеев, Г.А. Грицаенко, И.Г. Пантелеева, 2015

В.С. ПАНТЕЛЕЕВ, Г.А. ГРИЦАЕНКО, И.Г. ПАНТЕЛЕЕВА
ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа
Башкирский государственный медицинский университет

Резюме. В статье представлен опыт лечения больных с артериальной гипертонией путем применения внутривенного лазерного облучения крови.

Ключевые слова: артериальная гипертония, лазерное облучение крови

V.S. PANTELEEV, I.G. PANTELEEVA, G.A. GRITSAENKO
INTRAVENOUS LASER IRRADIATION OF BLOOD IN ARTERIAL HYPERTENSION

Republican Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov, Ufa
Bashkir State Medical University

Abstract. The article presents the experience of treatment of patients with arterial hypertension through the use of intravenous laser irradiation of blood.

Keywords: hypertension, laser irradiation of blood

Лазерная терапия – высокоэффективный метод лечения многих заболеваний, который успешно развивается как самостоятельное направление современной медицины. В настоящее время разработаны множество методик лечения и профилактики рецидивов многих заболеваний. Все процессы, развивающиеся при поглощении энергии низкоинтенсивного лазерного излучения (биохимические и физиологические реакции), имеют электромагнитную природу. Происходит трансформация энергии электромагнитного поля в биологические реакции на всех уровнях организации живого организма, регулирование которых, в свою очередь, осуществляется уже очень многими путями, - в этом кроется причина необычайной многогранности эффектов, проявляющихся в результате такого воздействия[1,2].

В Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова г. Уфа, начиная с 1996 года, активно и успешно применяется лазеротерапия при различных заболеваниях, в том числе кардиологических. Одним из способов подведения лазерного излучения нами используются прямой метод - внутрисосудистая лазерная обработка крови (ВЛОК) с длиной волны 0,63 мкм (красный лазер). ВЛОК является одним из наиболее распространенных

способов воздействия низкоинтенсивным лазерным излучением на организм человека, который впервые был применен в 1981 году в кардиохирургии (Е.Н. Мешалкин и В.С. Сергиевский). Показания для применения этого метода лазерного воздействия на организм очень широки. Одним из значимых и положительных эффектов ВЛОК является его сосудорасширяющее действие с усилением микроциркуляции, что и позволяет добиться стойкого снижения артериального давления. После ВЛОК улучшается гемодинамика, как в покое, так и при изометрической нагрузке, возрастает толерантность к нагрузке, улучшается объективное состояние больных (самочувствие, сон, настроение). При оценке эффективности ВЛОК нами отмечена коррекция исходно повышенного уровня артериального давления, что сопровождается более благоприятным течением послеоперационного периода хирургических больных. Применение ВЛОК у больных артериальной гипертонией проявляется позитивными изменениями реологии крови, способствует улучшению самочувствия больных, позволяет уменьшить дозу гипотензивных препаратов. При включении ВЛОК в комплексную терапию больных с гипертонической болезнью отмечается выраженный клинический эффект, повышается эффективность медикаментозной терапии, улучшаются показатели гемореологии. Отмечено снижение вязкости крови, агрегации тромбоцитов и фибриногена, что приводит к значимому снижению общего периферического сопротивления, а также к нормализации диастолического давления. Антиагрегационный эффект достигается за счет инактивации продуктов внутрисосудистой агрегации и повышения деформируемости эритроцитов [1]. Нами отмечено, что положительные сдвиги со стороны основных параметров гемодинамики и гемореологии сохраняются в течение 6 месяцев после комплексного лечения.

Поиск индивидуализации доз ВЛОК сложен и продолжается до сих пор. Однократное облучение крови выявило 3 типа реакции, зависящие не только от тяжести состояния больных.

I тип – реакция немедленная, в клинике – положительный эффект.

II тип – реакция отсутствует – нет клинического эффекта.

III тип – реакция отсроченная – положительный клинический эффект последствия.

Вклад таких показателей, как масса тела, объем крови, пол, и возраст больного для определения экспозиции процедуры является малосущественным, так, как эффекты генерализации изменений структуры жидкости не зависят от объемов облучаемой крови.

Одним из способов оптимизации курса ВЛОК является «Феномен алой крови». Появление этого феномена на 2-3 процедуре ВЛОК совпадает с наиболее выраженным повышением оксигемоглобина и гипокоагуляцией. В начале и в конце ежедневных сеансов

ВЛОК визуально отслеживается цвет венозной крови и при появлении признаков ее «артериализации» лазеротерапия либо заканчивается, либо пролонгируется урежением сеансов ВЛОК.

Что касается лазерных аппаратов для проведения ВЛОК, то нами используется узкоспециализированная аппаратура, что обусловлено, во-первых, максимальной универсальностью самого метода, а во-вторых, при проведении ВЛОК необходимо выполнять специальные санитарно-гигиенические требования, аналогичные тем, которые предъявляются к процедурным кабинетам. Для этого мы используем недорогие, но надежные полупроводниковые (диодные) лазеры отечественного производства «Матрикс-ВЛОК». Малые габариты и масса этих аппаратов позволяют применять их в определенных случаях непосредственно в палатах для больных с ограниченной подвижностью или даже непосредственно у пациента дома. Для того, чтобы доставить лазерное излучение в кровеносное русло мы используем специальные одноразовые световоды с иглой КИВЛ – 01 производства Научно-исследовательского центра «Матрикс», позволяющие делать процедуру ВЛОК максимально комфортной и абсолютно безопасной. К вопросу о травматичности процедуры ВЛОК. Действительно, трудно себе представить, чтобы световод в игле не повредил стенку сосуда, находясь в нем достаточно долго. Однако, как показали исследования при внутривенном лазерном облучении крови, хотя и возникают естественные повреждения эндотелия, но одновременно происходит быстрое восстановление эндотелиальной выстилки сосуда как следствие влияния лазерного излучения на репаративную способность. Образования тромбов в зонах повреждения при этом не отмечено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гейниц А.В., Москвин С.В., Г.А. Азизов Внутривенное лазерное облучение крови. – М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2006. – 144 с.
2. Москвин С.В., Буйлин В.А. Лазерная терапия аппаратами серии «Матрикс» (избранные методики). – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2006. – 210 с.
3. Нартайлаков М.А., Пантелеев В.С., Соколов В.П. Применение лазеров в медицине: Пособие для врачей. – Уфа: Изд-во БГМУ, 2007. – 80 с.

Сведения об авторах

Владимир Сергеевич Пантелеев, доктор медицинских наук, заведующий отделением лазерной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ

Гульназ Адиповна Грицаенко, кандидат медицинских наук, врач-терапевт отделения лазерной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; 450005 г. Уфа, ул. Достоевского 132, т. 8-917-75-35-585.

Инга Георгиевна Пантелеева, врач-кардиолог МБУЗ ГБ № 9 г. Уфа, ул. Летчиков 34, т. 8-917-34-42-540.

УДК 616.34-007.272-07:616.381-089.85
© В.С. Пантелеев, 2015

В.С. ПАНТЕЛЕЕВ

**НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА, ВЫЗВАННАЯ ОБТУРАЦИЕЙ ПРЯМОЙ
КИШКИ МИГРИРОВАВШИМ ИЗ ЖЕЛУДКА ФРАГМЕНТОМ ФИТОБЕЗОАРА**

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа
Башкирский государственный медицинский университет

***Резюме.** В статье представлен редкий случай из практики диагностики и лечения обтурационной толстокишечной непроходимости вызванной фрагментом мигрировавшего из желудка фитобезоара.*

***Ключевые слова:** фитобезоар, толстокишечная непроходимость, обструкция*

V.S. PANTELEEV

**ILEUS CAUSED OBTURATION RECTAL MIGRATE FROM THE STOMACH
FRAGMENT PHYTOBEZOARS**

Republican Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov, Ufa
Bashkir State Medical University

***Abstract.** The article presents a rare case report diagnosis and treatment of obstructive colonic obturation caused by a fragment migrated from the stomach of phytobezoar.*

***Keywords:** phytobezoar, colonic obstruction, obstruction*

Безоары желудочно-кишечного тракта относят к редким заболеваниям. Скорость образования безоара зависит от его органической природы и колеблется от 1-5 дней до 10 и более лет. Очень быстро формируются фитобезоары из незрелой хурмы, содержащей в большом количестве смолистые и вяжущие вещества, которые склеивают остатки пищи, прежде всего, растительной, в компактную массу [4]. В большинстве наблюдений безоары обнаруживают у больных острой кишечной непроходимостью, которая составляет 1–2,2% и достигает 4,1% [3].

Больной Г. 37 лет, поступил в хирургическое отделение одной из Центральные районных больниц (ЦРБ) республики Башкортостан с предварительным диагнозом – желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия. Кроме этого у больного отмечалась клиника непонятных острых болей, по всему животу. Проведенная диагностическая фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) источника кровотечения со стороны пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки не выявила, однако был обнаружен больших размеров

фитобезоар в желудке. В связи с этим докторами ЦРБ была запрошена консультативная и практическая помощь у дежурных специалистов (гастрохирург и эндоскопист) санитарной авиации Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова г. Уфа. При общении с пациентом выяснено, что на протяжении последних 8-9 месяцев он отмечает постепенное ухудшение состояния, характеризующееся постоянной слабостью, быстрой утомляемостью, раздражительностью, слабостью умственной деятельности. Кроме того, при более детальном расспросе больной жалуется на патологическое желание периодически жевать и глотать сено с соломой. В последние 6 дней ко всему сказанному присоединились непонятные схваткообразные боли по всему животу, из-за чего и был вынужден обратиться за медицинской помощью. Объективно: положение активное; сознание несколько заторможенное; кожные покровы с небольшим бледным оттенком; астеническое телосложение; живот незначительно вздут, в акте дыхания участвует, умеренно напряжен и болезненный в гипогастрии, где отмечается слабый симптом Щеткина-Блюмберга. Ультразвуковое исследование (УЗИ) показало умеренное количество жидкости во всех отделах брюшной полости, а в общем анализе крови отмечается значительное снижение уровня гемоглобина (47 г/л), при том, что содержание эритроцитов в норме ($3,5 \times 10^{12}$). По окончании осмотра пациента была назначена обзорная рентгенограмма органов брюшной полости, показавшая раздутые петли кишечника с чашами «Клойбера». Затем произведена повторная ФГДС врачом-эндоскопистом санитарной авиации, подтвердившая наличие большого безоара в желудке и отсутствие признаков внутреннего скрытого кровотечения. Проанализировав все выше сказанное с учетом лабораторных и инструментальных исследований было предположено, что произошла фрагментация фитобезоара желудка с миграцией его в кишку, в результате чего и возникла обтурационная кишечная непроходимость, вначале частичная, а затем и полная. Значительное снижение уровня гемоглобина при нормальных показателях эритроцитов было расценено как результат длительного нарушения всасывания железа в желудке, значительную часть которого занимал фитобезоар т.е. гипохромная анемия. Учитывая клинику кишечной непроходимости, и начинающегося перитонита было принято решение о проведении экстренного оперативного вмешательства – лапаротомии, устранении непроходимости кишечника и извлечении безоара из желудка. Под интубационным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия, ревизия: в брюшной полости во всех отделах до 500,0 мл серозного выпота; петли тонкой и толстой кишок раздуты; в желудке пальпируется инородное тело, занимающее его половину; в месте перехода сигмовидной кишки в прямую пальпируется плотное образование, перекрывающее полностью просвет кишки. Пальпируемое в кишке инородное тело,

оказавшееся фрагментом фитобезоара, низведено и удалено через прямую кишку естественным путем. Затем выполнена продольная гастротомия – из желудка извлечен больших размеров фитобезоар, на нижнем полюсе которого имелся свежий «скол» (место фрагментации) удаленного из кишки инородного тела. Гастротомное отверстие ушито, а брюшная полость дренирована, операция на этом была закончена. Послеоперационный период протекал без особенностей, наступило выздоровление.

Заключительный диагноз:

Основной: Фитобезоар желудка больших размеров с фрагментацией и частичной миграцией его в кишечник. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость.

Осложнения: Диффузный серозный перитонит. Реактивная фаза.

Сопутствующий: Гипохромная анемия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лабаури Л.З. Острая кишечная непроходимость, вызванная безоарами // *Анналы хирургии*. 2006. № 4. С. 63–65.
2. Маховский В.З., Ворушили В.А., Печенкин Е.В. Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости // *Хирургия*. 2005. № 7. С. 54–55.
3. А.М. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, У.Р. Жамилов, Н.Ю. Саметдинов Безоары как причина острой кишечной непроходимости (обзор литературы) // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2009. № 3. С. 69.
4. Ladas S.D., Kamberoglou D., Karamanolis G., Vlachogiannakos J., Zouboulis-Vafiadis I. Systematic review: Coca-Cola can effectively dissolve gastric phytobezoars as a first-line treatment. *Aliment Pharmacol. Ther.* 2013; 37(2): 169-73.

Сведения об авторах

Владимир Сергеевич Пантелеев, доктор медицинских наук, заведующий отделением лазерной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ; 450005 г. Уфа, ул. Достоевского 132

УДК 616.8-009.24-053.37

© Г.К. Садыкова, Ш.А. Кудратов, 2015

Г.К. САДЫКОВА, Ш.А. КУДРАТОВ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО-АФФЕКТИВНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

***Резюме.** В данной статье были изучены особенности клинического течения респираторно-аффективных судорог. На основании проведенного клинического обследования была установлена что, респираторно-аффективные приступы имеют возрастзависимый дебют (чаще 6-12-месячный интервал). В большинстве случаев респираторно-аффективные приступы протекает типично (76%) в виде невротических приступов (80%) с появлением цианоза кожных покровов (68%). Частота и продолжительность приступов имеет вариабельный характер.*

***Ключевые слова:** респираторно-аффективные судороги, дети раннего возраста.*

G.K. SADIKOVA, SH.A. KUDRATOV

CLINICAL MANIFESTATIONS OF BREATH HOLDING SPELLS IN CHILDREN

Tashkent Pediatric Medical Institute

***Abstract:** In this article, we have studied the peculiarities of clinical course of breath holding spells. On the basis of clinical examination was established that respiratory affective episodes have age-debut (usually 6-12-month interval). In most cases, breath holding spells typically flows (76%) in the form of neurotic attacks (80%) with the appearance of cyanosis of the skin (68%). The frequency and duration of attacks is variable.*

***Keywords:** breath holding spells, children of early age.*

Актуальность: Респираторно-аффективные судороги (РАС) являются актуальной проблемой в нейрopedиатрии, частота которых в детской популяции, по разным данным, составляет от 4 до 13% [1]. Учитывая, что РАС сопровождаются апноэ и асистолией, многие авторы рассматривают их в структуре угрожающих жизни состояний. По данным некоторых авторов, РАС составляет около 8 % таких состояний [2,3,4]. Пароксизмы возникают в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Частота РАС у ребенка может варьировать от одного приступа в час, до одного в месяц и реже. РАС имеют тенденцию к учащению при интеркурентных заболеваниях, чаще возникают у детей пониженного питания, астенического телосложения, подвижных, гипермоторных [5,6]. Возможны варианты легкого течения РАС в виде кратковременной задержки дыхания и цианоза носогубного

треугольника, чаще без потери сознания; средней степени тяжести, заканчивающийся опистотонусом и тяжелой степени с длительным периодом апноэ, потерей сознания, произвольным мочеиспусканием [5,7,8]. Последние пароксизмы трудно дифференцировать с большими эпилептическими приступами [9,10].

Цель исследования: Детальное изучение особенностей клинического течения респираторно-аффективных судорог.

Материал и методы исследования: Нами были обследованы 80 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Они были разделены на 2 группы: основную группу составили 50 детей с респираторно-аффективными судорогами, в контрольную группу вошли 30 практически здоровых детей. Всем детям было проведено общеклиническое обследование и динамическое наблюдение.

Результаты и их обсуждение: Средний возраст детей с основной группы составил $1,60 \pm 0,29$ лет, с контрольной группы $1,66 \pm 0,33$ лет соответственно. По результатам исследования выявлены гендерные различия: в обеих исследуемых группах число мальчиков преобладало над числом девочек и составило следующее: в основной группе 32 (64%):18 (36%) (соотношение полов 1,78:1) и в контрольной группе 16 (53,3%):14 (46,7%) (соотношение полов 1,14:1) соответственно.

Распределение детей в сравниваемых группах по возрастным интервалам было следующим образом. Большинство обследованных детей в обеих группах вошли 13-24 месячный возрастной интервал, в основной группе 20 (40%) детей, в контрольной группе 10 детей (33,3%) соответственно. Распределение оставшихся детей по возрастным интервалам было таковым: с основной группы 17 (34%) и с контрольной группы 9 (30%) детей вошли 6-12 месячный интервал; по 8 (16%) и 7(23,3%) детей с каждой группы пришлось на 25-36 месячный интервал и наконец, самое меньшее количество детей, по 5 (10%) и 4 (13,3%) с каждой группы, следовательно вошли в 37-60 месячный возрастной интервал.

Дебют респираторно-аффективных приступов у 19 (38%) детей приходился на 6-12-месячный возрастной интервал. В 13-18-месячном возрасте первая манифестация приступов наблюдалась у 17 (34%) , в 19-24 месячном возрастном интервале и до 6 месячного возраста в равном количестве детей, то есть у 5 (10%). После 2-летнего возраста приступы впервые наблюдались у 4 (8%) детей.

Наблюдаемость (повторяемость) приступов имела отличительные особенности у исследованных детей. В превалирующих случаях (наблюдениях), у 28 (56%) исследованных детей отмечались ежедневные приступы. У 17 (34%) детей приступы фиксировались

еженедельно и у оставшихся 6 (12%) детей приступы характеризовались ежемесячной повторяемостью.

Частота приступов варьировала в широком диапазоне. Исходя от variability повторяемости приступов и целью получения среднего числа приступов, в качестве условного ориентира был выбран месячный период. В большинстве случаев наблюдались более 10 приступов в месяц у 24 (48%) детей. У 20 (40%) детей число приступов в месяц доходило до 5, у оставшихся 6 (12%) детей число приступов варьировало от 5 до 10 приступов в месяц.

Продолжительность приступов также различалась у обследованных детей и варьировала от 5 до 40 секунд. Для получения усредненных значений нами условно были выбраны 3 временных интервала. Таким образом, у 23 детей (46%) приступы продолжались до 10 секунд, у 21 (42%) детей 10-20 секунд. В остальных 6 (12%) случаях продолжительность приступов превышала 20-секунд.

У 31 (62%) детей в качестве провоцирующего фактора выступал неполучение желаемого, у 17 (34%) детей гнев, ярость, у 9 (18%) детей боль, укол, травма. В редких случаях, то есть у 6 (12%) детей в качестве провоцирующего фактора выступал испуг, страх.

В развитии респираторно-аффективных приступов определенная роль принадлежит наследственной предрасположенности. С целью выявления наследственной предрасположенности у обследованных детей был проведен подробный опрос родителей на предмет наличия у них судорожных проявлений в детском и старшем возрастах, эпилепсии, невротических проявлений, у родственников пробаанда. Наследственная предрасположенность по пароксизмальным состояниям и в частности РАС прослеживалась в 36 (72%) случаев в оставшихся 14 (28%) случаев не было отмечена наследственная предрасположенность.

Так, согласно классификации В.И.Гузовой приступы наблюдаемые у детей были разделены на 3 вида.

У 40 (80%) детей отмечались невротические и неврозоподобные приступы, которые имели психогенную природу являясь выражением недовольства, неисполненного желания, гнева. Так, при отказе выполнения требования и с целью обращения на себя внимания близких, ребенок начинал плакать, кричать, в результате у ребенка происходила остановка дыхания на высоте вдоха после чего появлялся цианоз или бледность кожи.

У 6 (12%) детей были зафиксированы аффективно-провоцируемые синкопы, которые чаще наблюдались в виде ответной реакции на боль при падении или инъекции, и сопровождалась выраженными вазомоторными нарушениями, резким побледнением кожных

покровов. У 4 (8%) детей отмечались «эпилептические» аффективно-респираторные припадки, которые протекали с нарушением сознания, резкой мышечной гипотонией, кратковременными тоническими и клоническими судорогами и непроизвольным мочеиспусканием.

По степени тяжести приступов дети были разделены на 3 подгруппы. Легкая степень тяжести была зарегистрирована у 37 (74%), средняя степень тяжести у 9 (18%) и тяжелая степень тяжести у 4 (8%) детей.

Изменения цвета кожных покровов детей во время приступов тоже была различного характера. Так, у 34 (68%) детей кожа во время приступов приобретала цианотический оттенок.

Напротив, у 9 (18%) детей отмечалось побледнение кожных покровов во время приступов. У 7 (14%) обследованных детей временами кожные покровы приобретали цианотический и временами бледный оттенок, то есть имели смешанный характер.

Распределение исследуемых детей в зависимости от типа течения приступов представляется следующим образом. Так, у 38 (76%) детей отмечались типичные респираторно-аффективные приступы. Атипичные приступы имели место в 12 случаях, что составило (12 %). Из них у 4 (%) пациентов респираторно-аффективные приступы напоминали вторично-генерализованные тонико - клонические эпилептические приступы, то есть на фоне плача возникала задержка дыхания с вегетативными проявлениями, затем потеря сознания, резкое повышение мышечного тонуса и клонические подергивания конечностей. У других 6 (12%) пациентов имели место приступы сопровождавшиеся внезапным снижением мышечного тонуса, обмяканием с полной потерей сознания и вегетативными проявлениями. У 2 (4%) детей типичные респираторно-аффективные приступы сочетались с фебрильными судорогами.

Заключение: Респираторно-аффективные судороги имеют отличительные признаки которые отличают их от других пароксизмальных состояний. В большинстве случаев дебют данных приступов приходится на 6-12 месячный интервал. Респираторно-аффективные приступы всегда наблюдаются после воздействия провоцирующих факторов приводящих к аффекту, которые в свою очередь запускают следующие шаги развития приступов. Повторяемость, частота, тип течения приступов отличаются индивидуальностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миридонов В.Т. Церебральные пароксизмы в детской неврологической клинике. Пермь, 1994. -191 с.

2. Амос Е.Г., Иванова (Гузеева) И. В.И., Коровин А.М. Судорожные пароксизмы у детей раннего детского возраста: Гез. докл.-М., 1991 – с52.
3. Коровин А.М. Судорожные состояния у детей. Л.- Медицина, 1992 – 224с.
4. Харитонов Р.А., Рябинин М.В. Аффективно-респираторные приступы (клиника, патогенез и реабилитация) «Жур. Невр.и псих.» 1990-6- с 5-10.
5. Шамансуров Ш.Ш., Рафикова З.Б. Аффективно-респираторные пароксизмы.- Ташкент, 1991-12-15с ; 24с.
6. Gibbs J. False Diagnosis of epilepsy in children. Seizure – 2002–vol.1–n1–p15-25.
7. Петрухин А.С., Мухин К.Ю., Соловьева М.Е. Для тех, кто лечит «Эпилепсия» //Приложение к журналу «Здоровье».– 2001.- № 4. - С. 10.
8. Булахова Л.А. Детская психоневрология. – 2001. - С. 56-58.
9. Mario F.J. Respiratory sinus arrhythmia in children with severe breath- holding spells //Ann.Neurol. – 1994. - Vol. 36, № 3. - P. 540.
10. Hauser W.A. The prevalence and incidence of convulsive disorders in children //Epilepsia.– 1994. - Vol. 35, suppl. 2. - P. 1-6.

Сведения об авторах

Садыкова Гулчехра Кабуловна - д.м.н., профессор кафедры неврологии, детской неврологии и медицинской генетики Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, г. Ташкент, ул. Богишамол-223

Кудратов Шавкат Алимжанович- магистр 3-курса по специальности «Детская неврология» Ташкентского Педиатрического Медицинского Института , г. Ташкент, ул. Богишамол-223

УДК 539:[577.127:547]

© З.Д. Юсупова, И.Р. Хайбуллина, С.И. Усманова, Г.Н. Загитов, 2015

З.Д. ЮСУПОВА, И.Р. ХАЙБУЛЛИНА, С.И. УСМАНОВА, Г.Н. ЗАГИТОВ
КОМПЛЕКС ТАМСУЛОЗИНА ГИДРОХЛОРИДА ((-)-5[2-[[2-(О-
ЭТОКСИФЕНОКСИ)ЭТИЛ]АМИНО]ПРОПИЛ]-2-
МЕТОКСИБЕНЗЕНСУЛЬФОНАМИД) С НЕКОТОРЫМИ
СТРУКТУРООБРАЗУЮЩИМИ МОЛЕКУЛАМИ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН

Башкирский государственный медицинский университет

Резюме. Представлены результаты исследований взаимодействия молекулы тамсулозина гидрохлорида с фосфатидилэтаноломином и фосфатидилхолином. Показаны изменения их электронного строения и определены энергии комплексообразования.

Ключевые слова: квантово-химические расчеты, фосфатидилхолин, фосфатидилэтанолламин, клеточные мембраны.

Z.D. YUSUPOVA, I.R. KHAIBULLINA, S.I. USMANOVA, G.N. ZAGITOV
COMPLEX TAMSULOSIN HYDROCHLORIDE((-)-5[2-[[2-(O-
ETHOXYPHENOXY)ETHYL]AMINO]PROPYL]-2-
METHOXYBENZENESULFONAMIDE) WITH SOME STRUCTURAL MOLECULES OF
CELL MEMBRANES

Bashkir State Medical University

Abstract. Results of investigations of the interaction of molecules of tamsulosin hydrochloride with phosphatidylethanolamine and phosphatidylcholine presents. Changes in their electronic structure and energy of complexation are defined and shown.

Keywords: quantum-chemical calculations, phosphatidylcholine, phosphatidylethanolamine, the cell membrane.

В настоящей работе изложено продолжение исследований взаимодействия биологически активных веществ с фосфолипидами клеточных мембран, проводимых с использованием квантово-химических расчетов.

В литературе содержится мало сведений о молекулярном механизме действия тамсулозина гидрохлорида на клеточные мембраны. Поэтому исследование молекулярного механизма действия этого вещества на клеточные фосфолипиды представляют большой интерес, т.к. тамсулозина гидрохлорид (рис.1) входит в состав эффективных лекарственных препаратов группы α_1 -адреноблокаторов, в настоящее время занимающие лидирующие

позиции в терапии часто встречающегося заболевания мужчин – доброкачественной гиперплазии предстательной железы [1,2].

В данной работе приводятся результаты исследований взаимодействия тамсулозина гидрохлорида с клеточными структурообразующими молекулами фосфатидилхолина, предпринятое с целью определения электронного строения молекулы тамсулозина гидрохлорида и ее влияние на конформационное состояние клеточного лициетина.

Были проведены расчеты с использованием квантово-химических полуэмпирических методов AM1, MNDO. Предварительные расчеты проводились методом молекулярной механики [3]. Ранее было показано, что сопряженные системы, в частности флавоноиды, образуют комплексы с клеточными фосфолипидами посредством системы π -электронов [4,5].

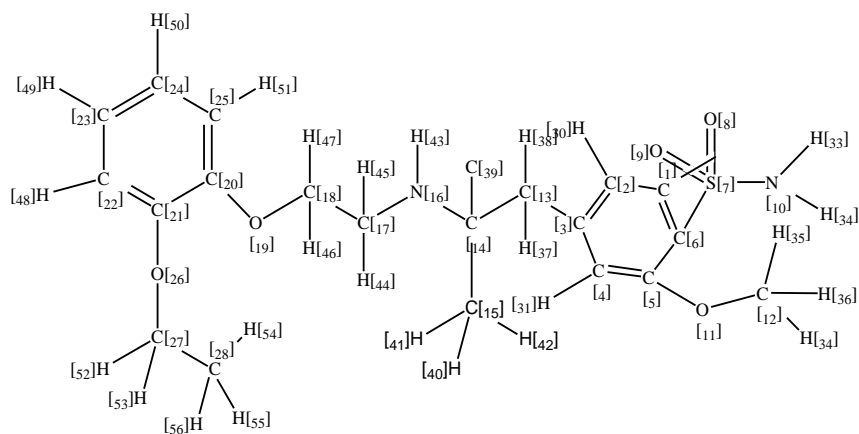


Рис 1. Строение молекулы тамсулозина гидрохлорида

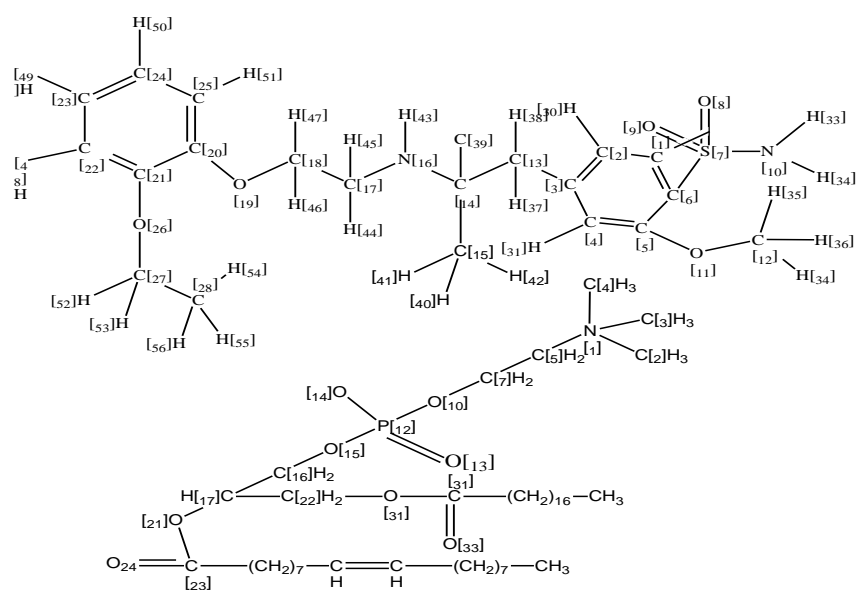


Рис.2. Строение комплекса молекулы тамсулозина гидрохлорида и фосфатидилхолина.

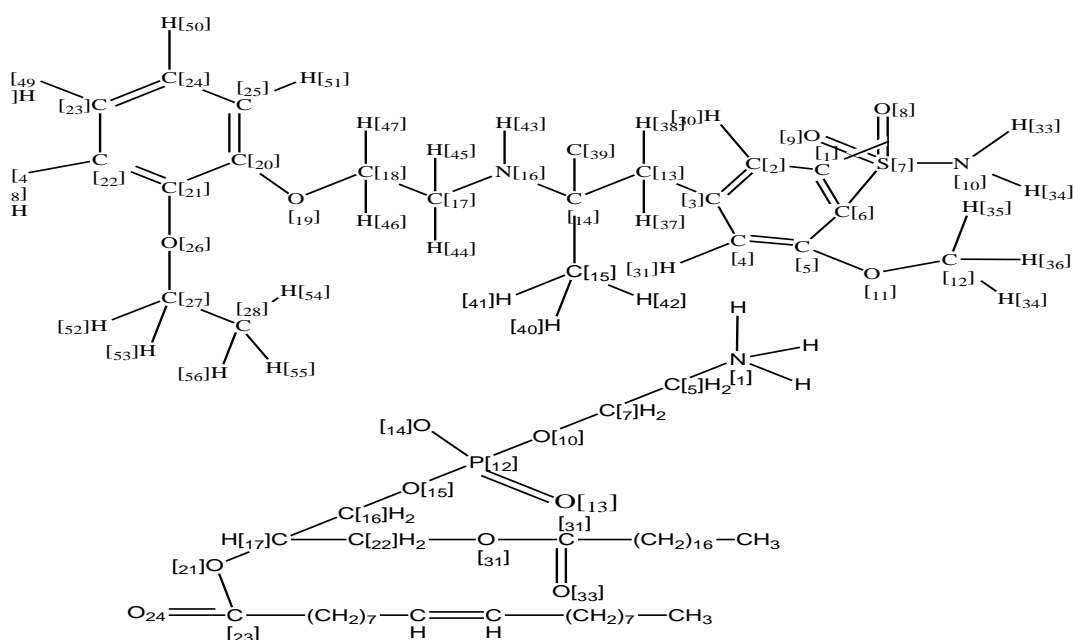


Рис.3. Структура комплекса молекулы тамсулозина гидрохлорида и фосфатидилэтаноламина.

Результаты расчетов методом AM1 свободной молекулы фосфатидилхолина, фосфатидилэтаноламина и в комплексе представлены в таблице 1.

Исследования дали следующие результаты. Наибольшие изменения наблюдаются у *p*-орбиталей на атомах N_[1], O_[10], O_[13], *s*-орбитали практически не участвуют в формировании комплекса. Наибольшее изменение заряда наблюдаются на атомах O_[13].

Значение энергий комплексообразования приведены в таблице 2.

Как видно из таблицы, комплекс более устойчивый при связи с фосфатидилэтаноламином.

Таблица 1

Результаты расчетов методом AM1 свободной молекулы фосфатидилхолина и фосфатидилэтаноламина

Атом	Тип орбитали и заряд	Фосфатидилхолин		Разность	Фосфатидилэтаноламин		Разность
		Свободный	В комплексе		Свободный	В комплексе	
N _[1]	S	1,483	1,483	0	1,578	1,579	0,001
	P _x	1,125	1,136	0,011	1,171	1,086	-0,085
	P _y	1,173	1,160	-0,013	1,419	1,625	0,206
	P _z	1,167	1,169	0,002	1,211	1,089	-0,122
	q	0,051	0,052	0,001	-0,379	-0,380	0,001
O _[10]	S	1,892	1,892	0	1,876	1,876	0
	P _x	1,528	1,350	-0,178	1,683	1,694	0,011
	P _y	1,484	1,704	0,22	1,495	1,318	-0,177
	P _z	1,831	1,790	-0,041	1,692	1,864	0,172
	q	-0,734	-0,737	0,003	-0,746	-0,753	0,007
P _[12]	S	0,907	0,909	0,002	0,880	0,881	0,001
	P _x	0,493	0,526	0,033	0,478	0,473	-0,005
	P _y	0,528	0,505	-0,023	0,474	0,501	0,027
	P _z	0,533	0,525	-0,008	0,542	0,525	-0,017
	q	2,538	2,534	-0,004	2,624	2,620	-0,004
O _[13]	S	1,949	1,949	0	1,949	1,949	0
	P _x	1,765	1,625	-0,14	1,852	1,882	0,03
	P _y	1,517	1,657	0,14	1,828	1,682	-0,146
	P _z	1,873	1,876	0,003	1,427	1,553	0,126
	q	-1,105	-1,107	0,002	-1,056	-1,066	0,01
O _[14]	S	1,947	1,948	0,001	1,866	1,866	0
	P _x	1,849	1,782	-0,067	1,838	1,913	0,075
	P _y	1,893	1,913	0,02	1,663	1,582	-0,081
	P _z	1,475	1,518	0,043	1,431	1,428	-0,003
	q	-1,163	-1,160	0,003	-0,797	-0,789	-0,008
O _[15]	S	1,891	1,892	0,001	1,881	1,882	0,001
	P _x	1,820	1,830	0,010	1,319	1,404	0,085
	P _y	1,669	1,654	-0,015	1,832	1,879	0,047
	P _z	1,357	1,355	-0,002	1,734	1,594	-0,14
	q	-0,737	-0,732	0,005	-0,766	-0,760	-0,006

Таблица 2

Значение энергий комплексообразования

Энергия комплексообразования фосфатидилхолина с гидрохлоридом	Энергия комплексообразования фосфатидилэтаноламина с гидрохлоридом
-4,125 кДж/моль	-5,682 кДж/моль

ЛИТЕРАТУРА

1. В.В.Иремашвили. Тамсулозин в комбинированной фармакотерапии симптомов нижних мочевых путей//Рос.мед.журн.2009.№25.С.49-52.
2. Z.Dong, Z.Wang, K.Yang et al. Tamsulosin versus terazosin for benign prostatic hyperplasia: a systematic review// Syst. Biol. Reprod. Med. 2009. V.55, №4. P.129-136.
3. M.P.Allen, D.J.Tidesley. Computer simulation of liquids. / Clarendon Press, Oxford, 1987. – P. 89–94.
4. R.S.Nasibullin, L.V.Spirihin, V.A.Ponomareva. Formation of complexes of a molecule pyrazole with phospholipids. Biophysics. 1991. Vol.36.№4. P.594-598.
5. Р.С.Насибуллин, В.А.Понамарева, Л.В.Спирихин//Биологические мембраны. Т. 6(3), 1992. С.407-412.

Сведения об авторах

Юсупова З.Д. - ст. преподаватель кафедры мед. физики с курсом информатики БГМУ

Хайбуллина И.Р. - ст. преподаватель кафедры мед. физики с курсом информатики БГМУ

Усманова С.И. - к.ф.-м.н., доцент кафедры мед. физики с курсом информатики БГМУ

Загитов Г.Н. - к.ф.-м.н., доцент кафедры мед. физики с курсом информатики БГМУ

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Редакция журнала руководствуется положениями "Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы".

Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: vestnikbgmu@gmail.com) в электронном виде в документе winword любой версии.

Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.

Титульная страница должна содержать: УДК статьи, инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.

Краткое резюме на русском языке отражающее основную цель исследования и его результат, ключевые слова (не более пяти)

На английском языке: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, резюме и ключевые слова.

Текст статьи, напечатанным шрифтом Times New Roman, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.

Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам. Цитируемая литература приводится в конце статьи на отдельном листе. Список литературы печатается в алфавитном порядке, сначала - русские, затем зарубежные авторы, согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008. В тексте ссылки даются в квадратных скобках (если ссылка на несколько источников - то через запятую без пробелов) в соответствии с номером в списке литературы.

Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.

Таблицы должны иметь порядковый номер расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.

При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.

Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.

Рисунки и диаграммы должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка/диаграммы, его порядковым номером с разрешением не менее 300 dpi. В статье необходимо указывать место положения рисунка/диаграммы.

Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.

Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным планом издания журнала.

Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

Публикация статей в журнале бесплатная.

Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие журналы или напечатаны в них, не допускается.

Номера выходят по мере накопления статей, планируемая частота выхода - 6 номеров в год.