

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Волчкова И.С.

*АО «Медицинский университет
Астана», Астана, Казахстан*

Цель исследования: сравнить результаты лапароскопической тотальной фундопликации типа Nissen и разработанной нами тотальной фундопликации с миотоническим компонентом.

Материалы и методы: изучены результаты оперативного лечения 72 пациентов с установленным диагнозом ГЭРБ, по поводу которой им были выполнены лапароскопические антирефлюксные операции. Все больные (n=72) по использованному методу фундопликации были разделены на две группы: первая — основная группа (А) (n=30), где использован разработанный метод лапароскопической тотальной фундопликации с миотоническим компонентом манжетки, вторая — контрольная группа (Б) (n=42), в которой применялась лапароскопическая тотальная фундопликация типа Ниссена. Критерием эффективности были объективные данные эндоскопического обследования и пищево-дой манометрии.

Результаты исследования: Через 1 месяц среди пациентов с эрозивной формой ГЭРБ эзофагит 1 стадии выявлен у 4 (17,4%) в первой и у 7 (20,6%) второй группы (P>0,05). Через 6 месяцев в основной группе явлений эрозивного эзофагита не выявлено, что свидетельствовало об устранении рефлюкс-эзофагита и полном заживлении дефектов в слизистой оболочке пищевода. В контрольной группе так же отмечалась явная положительная динамика в состоянии пищево-дного эпителия, но у 6 (17,6%) пациентов через 6 и 12 месяцев мы наблюдали остаточные явления эрозивного эзофагита 1 стадии. Но данные проявления были значительно меньшие, чем до операции, когда наблюдали 3-4 стадию. Манометрия в покое составила значения в основной группе к 3 месяцу $14,6 \pm 0,9$ против $11,3 \pm 0,7$ мм рт. ст., а к 1 году $13,5 \pm 0,1$ мм рт ст против $10,8 \pm 0,6$ мм рт. ст., соответственно. Несмотря на то, что данный показатель после операции был выше показателя внутрижелудочно-го давления в два раза в обеих группах, разница между группами была в пользу основной груп-пы и была статистически значима (P<0,05).

Выводы: Объективными признаками, свидетельствующими за послеоперационное восстановление нормального анатомо-физиологического состояния при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются: полное исчезновение эндоскопических проявлений эрозивного рефлюкс-эзофагита у пациентов основной груп-пы и у 82,4% пациентов группы сравнения; увеличение послеоперационного градиента давле-ния в НПС и желудке более чем в два раза в обе-их сравниваемых группах, при этом более высо-кие показатели внутрипищево-дного давления в покое $13,5 \pm 0,1$ мм рт. ст. наблюдаются при ис-пользовании разработанной методики, чем при стандартной операции, где данный показатель составил $10,8 \pm 0,6$ мм рт. ст. (P<0,05).

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Доника А.Д., Морозов Р.В.,
Скотенко О.П.

*Волгоградский государственный
медицинский университет, г.Волгоград,
Россия*

Ранняя диагностика социально значимых заболеваний определяется не только уровнем развития медицинских технологий, но и вну-тренней готовностью каждого индивида к про-ведению диагностических процедур, включению в общение с врачом часто по достаточно личным, интимным вопросам. В связи с этим, необ-ходимым условием ранней диагностики является успешность социальной интеракции в рамках медико-социальной системы врач-пациент. Для описания различных типов взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентами Роберт Витч выделил четыре базовые модели: инженерную (техницистскую), пасторскую (па-терналистскую), коллегальную и контрактную (договорную). В рамках **техницистской** модели задача врача интерпретируется как исправление «поломки» организма больного. В ряде случаев вместо категории «поломки» используется поня-тие «отклонение физиологического механизма от положения равновесия». Эта модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизне-деятельности человеческого организма. Личное мнение пациента о собственном благе (здоровье) с точки зрения знающего медика-профессионала считается не заслуживающим внимания.

Патерналистская модель отношений между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. В этой модели заметен существенный прогресс в моральном содержании взаимоотношений. Патерналистское отношение наполнено субъективным содержанием и строится как определенного рода межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда.

Большие возможности для реализации ценностей автономной личности создает **коллегальная** модель отношений между медицинским работником и пациентом. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, действуя как коллега лечащего врача. В тоже время, совпадение интересов очень часто является не правилом, а исключением из правил реального общественного устройства. Например, в условиях коммерческой медицины у врача существует объективная заинтересованность в минимизации собственных расходов и максимизации доходов.

Модель **контрактного типа** Р. Вич эксплицирует как наиболее адекватную реальным условиям. Именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом он может делегировать определенные «властные» полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства.

Основной проблемой реализации любой модели в условиях российского общества является падение авторитета врача как агента социального контроля. Например, анализ результатов социологического опроса 1089 россиян свидетельствует о том, что только 21,03% респондентов приходит на прием к врачу поликлиники; 30,21% предпочитает лечиться самостоятельно; 10,74% может себе позволить лечение в частном медицинском центре, а 4,87% — у практикующего врача; 2,30% обращается к гомеопату, а 0,73% к экстрасенсу; 10,68% старается не обращать внимания на состояние здоровья; 8,54% участников опроса не видят в лечении необходимости.

Наши исследования подтверждают данные социологического опроса. Проведенное комплексное исследование коммуникативных качеств врачей с использованием батареи психодиагностических тестов (методики В.В. Синявского и Б.А. Федоришина, Снайдера, В.В. Бой-

ко) выявило низкие показатели коммуникативных свойств у значительного числа врачей модельных групп. Основной проблемой коммуникационной сферы для всех исследуемых врачей является низкий коммуникативный контроль, а также в целом невысокий уровень развития коммуникативных качеств, ниже, чем организаторских. Этиология коммуникативных помех представлена неумением управлять эмоциями, неумением слушать, доминированием негативных эмоций, а также нежеланием сближаться с людьми на эмоциональной основе.

Таким образом, важным направлением повышения качества оказания медицинской помощи в целом, и ранней диагностики социально значимых заболеваний в частности, является оценка социально-профессиональной компетенции врачей с целью коррекции социально значимых качеств медицинских специалистов, соответствующих социальным ожиданиям основного реципиента предоставляемых медициной социальных услуг

Список литературы:

1. Доница А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. — Москва: Изд-во «Академия естествознания», 2009. — с.81-96.

ХРОНОФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Михайлис А.А.

*Ставропольская государственная
медицинская академия, кафедра
патофизиологии
Ставрополь, Россия*

ИБС является одной из важнейших причин смертности и инвалидизации населения развитых стран. Отдельное место в структуре заболеваемости ИБС занимает острая коронарная недостаточность (ОКН), проявляющаяся в виде нестабильной стенокардии (НС), инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения ритма сердца (НРС), острой сердечной недостаточности (ОСН) или внезапной сердечной смерти (ВСС). Патофизиологическую основу ОКН составляет острое несоответствие между метаболическими запросами миокарда и возможностями коронарного кровотока их удовлетворить. Клиническим эквивалентом болевых форм ОКН выступает острый коронарный синдром (условная нозологическая форма, диагноз которой приемлемо выставлять на догоспитальном этапе). В этой