

К 28-м суткам исследования уровень МДА в контрольной группе не претерпел существенной динамики и составил $39,48 \pm 3,42$ нмоль/л. В опытных группах произошло снижение содержания МДА в среднем в 2 раза и составило в I опытной группе $19,66 \pm 1,73$ нмоль/л, во II опытной $17,00 \pm 1,19$ нмоль/л, в III опытной $15,41 \pm 1,75$ нмоль/л. Уровень СОД в контрольной группе продолжал снижаться и составил $0,33 \pm 0,04$ ед./л. В I опытной группе данный показатель соответствовал таковому у интактных животных и составил $1,47 \pm 0,04$ ед./л. Во II и III опытных группах содержание СОД было незначительно повышено – $1,51 \pm 0,03$ и $1,55 \pm 0,02$ ед./л соответственно.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о развитии патологической активности процессов ПОЛ на фоне низкой активности системы антиоксидантной защиты при экспериментальном моделировании хронического остеомиелита. На фоне применения струйной санации и обогащенной тромбоцитами плазмы происходит регламентация реакций свободно-радикального окисления за счет функционирования системы ферментативных механизмов контроля за содержанием активных форм кислорода и свободными радикалами.

Список литературы

1. Алексеев Д.Г. Комплексное лечение хронического остеомиелита с применением рациональной антиинфекционной химиотерапии и иммунокоррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2005. – 22 с.
2. Арутюнян А.В. Методы оценки свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы организма / А.В. Арутюнян, Е.Е. Дубинина, Н.А. Зыбина. – СПб., 2000. – 104 с.
3. Коррекция вторичных нарушений иммунной системы при хроническом посттравматическом остеомиелите / Т.С. Белохвостикова, Л.Е. Кирдей, Е.Ю. Гаврилова, М.В. Промтов, С.Н. Леонова, Е.Г. Кирдей // Медицинская иммунология. – 2002. – Т.4, № 2. – С. 228-229.
4. Владимиров Ю.А. Свободные радикалы и биологических системах // Соросовский образовательный журнал. – 2000. – Т. 6, № 12. – С. 13-19.
5. Глухов А.А. Экспериментальное обоснование применения струйной санации и тромбоцитарного концентрата в лечении хронического остеомиелита длинных трубчатых костей / А.А. Глухов, Н.Т. Алексеева, Е.В. Микулич // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т.V, № 1. – С. 131-136.
6. Дубинина Е.Е. Роль активных форм кислорода в качестве сигнальных молекул в метаболизме тканей при состоянии окислительного стресса // Вопр. мед. химии. – 2001. – Т.47, № 6. – С. 561-581.
7. Ишутов И.В. Основные принципы озонотерапии в лечении пациентов с хроническим остеомиелитом / И.В. Ишутов, Д.Г. Алексеев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т 4, № 2. – С. 314-320.
8. Сонис А.Г. Результаты применения гравитационной терапии в лечении пациентов с остеомиелитом нижних конечностей // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т 3, № 4. – С. 377-384.
9. Lazzarini L., Brunello M., Padula E. Osteomyelitis in long bones // L. Lazzarini, M. Brunello, E. Padula // J Bone Joint Surg Am. – 2004. – Vol. 86, № 10. – P. 2305-2318.

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КОМПЛЕКСНЫХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ МОЛОДЕЖНЫХ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ЦЕНТРОВ

¹Кожуховская Т.Ю., ²Алиева Л.М.

¹Городской консультативно-диагностический Центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье);
²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Москва;
²ФГБУ ЦНИИОИ Минздрава России, РФ,
e-mail: ali.969@mail.ru

В статье представлена социальная значимость здоровья подростков. Обоснована необходимость создания клиник дружественных молодежи (КДМ), определены основные формы работы и медицинские услуги предоставляемые подросткам КДМ.

Ключевые слова: подростковый период, клиника дружественная к молодежи, медицинская помощь

В современных условиях кризиса демографической ситуации в нашей стране особое внимание уделяется вопросам организации комплексных медико-социальных услуг детям подросткового возраста в области охраны их репродуктивного здоровья.

Подростковый период является одним из критических периодов в жизни человека. В этом возрасте заканчивается формирование репродуктивной, нервной, эндокринной и других систем организма, а также личности и характера человека. Именно в этом возрасте особенно неблагоприятные последствия возникают в результате влияния различных факторов внешней среды (социальных, экономических, экологических и др.) [1, 2].

Международными экспертами ВОЗ подростковый возраст был определен как период, в течение которого:

а) завершается половое развитие – от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости;

б) психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослых;

в) происходит переход от полной социально-экономической зависимости от взрослых к относительной социальной независимости.

При таком подходе подростковый возраст включает в себя два чрезвычайно важных периода – пубертатный (от начала появления вторичных половых признаков до обретения способности к эффективному выполнению репродуктивной функции) и этап социального созревания, когда человек избирает профессию и овладевает ею. Опираясь на изложенные научные принципы, комитет экспертов ВОЗ предложил считать подростками лиц в возрасте 10-20 лет.

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Вопросы охраны здоровья, в т.ч. репродуктивного, подросткам, а также организация лечебно-профилактической помощи этой целевой группе были и остаются актуальной проблемой отечественного здравоохранения.

Несмотря на принимаемые меры по совершенствованию службы охраны материнства и детства, состояние здоровья детей и подростков характеризуется негативными тенденциями: ухудшением показателей заболеваемости, инвалидности, физического и психического развития, ухудшением состояния репродуктивного здоровья подростков и молодых людей.

Диспансеризация, населения РФ подтвердила наличие этих негативных изменений в динамике основных показателей здоровья детей и подростков: регистрируется снижение доли здоровых детей (до 33,8%) с одновременным двукратным увеличением удельного веса детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность. Ежегодный прирост заболеваемости у подростков по всем классам заболеваний составляет 5-7%. У современных подростков чрезвычайно острыми являются проблемы инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции, нежелательной беременности.

В связи с вышесказанным актуальной задачей настоящего времени являются возможности предоставления подросткам качественной и эффективной помощи, основанной на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия, – через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения и т.п. По данным нашего исследования, только каждая третья девушка и только каждый десятый юноша с нарушениями или заболеваниями репродуктивной системы обращается к врачам специалистам.

За последние два десятилетия в нашей стране, как и во всем мире, возросла необходимость создания служб здоровья для молодых людей, которые бы отвечали их потребностям. Профессионалы в области здравоохранения и социальной помощи осознали важность создания специализированных служб, ориентированных на подростков как отдельную целевую группу. В мире существует большое количество моделей помощи подростку: от разовых выездных акций врачей-специалистов до узко специализированных поликлиник или центров, оказывающих комплексные медицинские и социальные услуги молодежи. Для обобщения имеющейся в мире информации и опыта в ноябре 1995 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) совместно с Фондом ООН по народонаселению (ЮНФПА) и Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ) разработа-

ла совместную программу по созданию Клиник, дружественных к молодежи (КДМ).

Целесообразность создания специальных служб по охране здоровья подростков доказана и отечественным опытом уже более десяти лет действующих подростковых центров в Санкт-Петербурге и Новосибирске и целого ряда молодежных консультаций в других регионах РФ [3]. Актуальность создания «дружественных к молодежи» служб определяют следующие положения:

- социальная значимость здоровья подростков;
- резкое ухудшение здоровья и социальной защищенности подростков;
- недостаточность базовой медицинской помощи, высокая потребность подростков в медико-социальной помощи;
- психическая и социальная незрелость подростков, отсутствие осознанного отношения к своему здоровью и навыков самостоятельного обращения за помощью, отсутствие навыков самонаблюдения и адекватного выражения своих чувств и мыслей;
- изменение структуры заболеваний молодежи с нарастанием удельного веса «болезней рискованного поведения»; эпидемии ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, и употребление наркотиков вынуждают ускорить развитие служб, предназначенных для решения проблем здоровья подростков;
- сниженное влияние семьи, ранний пубертат и позднее супружество создают существенные проблемы в охране репродуктивного здоровья;
- недостаточная степень информированности подростков по проблемам репродуктивного здоровья;
- необходимость комплексного подхода и межведомственного взаимодействия в охране здоровья подростков и молодежи.

Для подростков и молодежи требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым и детям, и они могут быть реализованы в «клиниках, дружественных к подросткам и молодежи» или в молодежных консультативных центрах.

Инициативы в области служб, дружественных к молодежи, должны предусматривать определенный минимум услуг.

– Образование и информация в области репродуктивного здоровья и сексуального благополучия.

– Консультирование по проблемам насилия и психического здоровья.

– Консультирование по проблемам контрацепции.

– Консультирование по проблемам беременности.

– Профилактика, диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем.

– Профилактика ВИЧ-инфекций, до- и постестовое консультирование.

Сотрудник клиник, дружественных к молодежи, предоставляющие эти услуги: высококвалифицированные специалисты, у которых есть мотивация, необходимые профессиональные знания, а также навыки умение общаться с молодыми людьми без критики и снисхождения. Руководители молодежных клиник: стремятся совершенствовать качество услуг, создавая условия и мотивацию у персонала для поддержания высокого уровня предоставляемой помощи.

Медико-социальная служба должна включать (КДМ)должна включать информационный, профилактический и лечебный блок. Программа помощи не может быть универсальной и зависит от региональных и социокультурных особенностей. При этом приоритет должен принадлежать охране репродуктивного здоровья.

Список литературы

1. Проблемы подросткового возраста (избранные главы) / под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щлепягиной. – М.: РАМН, Союз педиатров России, Центр информации и обучения. – 2003. – 480 с.
2. Калининская А.А., Абдурашидова П.Б., Алиева Л.М. Научное обоснование системы организации специализированной консультативно-диагностической помощи детскому населению (на примере Республики Дагестан) // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 5. – URL.: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/362/30>.
3. Клиники, дружественные к молодежи: пособие для организатора. – Новосибирск, ЮНИСЕФ, 2002. – 235 с.
4. America's adolescents: they healthy? National adolescent health information center. – 1998. – 40 p.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

¹Леванов В.М., ²Алиева Л.М.

¹ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава РФ», Нижний Новгород, e-mail: levanov52@rambler.ru;

²Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития РФ, Москва, e-mail: ali.969@mail.ru

Телеконсультации пациентов с заболеваниями системы кровообращения занимают ведущее место во многих российских телемедицинских проектах. В статье на основе 237 кардиологических телеконсультаций анализируется опыт Нижегородского регионального телемедицинского центра.

Ранняя диагностика и адекватное лечение заболеваний системы кровообращения являются ведущей проблемой мирового здравоохранения [1, 2]. В России в последние годы реализуется программа создания сосудистых центров, направленная на повышение доступности медицинской помощи для данной категории больных [3]. Использование телемедицинских методов является современным решением, позволяющим реально приблизить медицинскую

помощь к пациентам, независимо от места их проживания, что особенно актуально для жителей отдаленных районов с недостаточно развитой инфраструктурой здравоохранения, что часто осложняется дорожно-транспортными проблемами. Не случайно во многих телемедицинских проектах телеконсультации кардиологического профиля занимают ведущие места в структуре консультативной медицинской помощи. Этому способствует и то, что, несмотря на сложность и тяжесть сердечно-сосудистых заболеваний, ввиду многочисленных инструментальных и лабораторных диагностических методов подобные консультации могут сопровождаться достаточно объективной информацией, позволяющей врачу-консультанту отвечать на большинство адресуемых ему вопросов. В то же время при проведении телеконсультаций кардиологического профиля имеется целый ряд особенностей, знание которых позволяет повысить результативность дистанционной консультативной медицинской помощи.

В процессе исследования проведен анализ 237 телеконсультаций пациентов с заболеваниями системы кровообращения, выполненных в 2004-2010 гг. в Нижегородском региональном телемедицинском центре специалистами ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» и ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава РФ». Материалы для телеконсультации направлялись из 11 лечебных учреждений районов Нижегородской области.

Применялись три метода телеконсультирования: отсроченный (по электронной почте), синхронный (по видеоконференцсвязи) и комбинированный, сочетающий применение обеих технологий.

Возраст пациентов составлял от 27 до 76 лет, среди консультированных было 129 женщин (54,4%) и 108 мужчин (45,6%).

В структуре пациентов преобладали больные с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, в т.ч. острым инфарктом миокарда, нарушениями сердечного ритма и проводимости, нарушениями мозгового кровообращения, которые в совокупности составили 186 чел. (78,5% от всех телеконсультаций). У 175 пациентов (73,8%) основное заболевание протекало с осложнениями (кардиосклероз, сердечная недостаточность, аритмии сердца) либо имелись сопутствующие заболевания (сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, заболевания почек и др.)

В целях единого отображения информации о пациенте нами была разработана форма электронной выписки из истории болезни, позволяющая структурировать основные данные о пациенте. Оцифрованные визуальные приложения к выписке в основном выполнялись врачами районных больниц методами сканиро-