

2016 г. (январь-август) — 3021), из которых: 8 728 первичных консультаций пациентов, 867 повторных консультаций пациентов, 443 консультации родственников пациентов, 512 консультаций медицинского персонала, 80 тренинговых занятий с сотрудниками больницы. Распределение консультаций пациентов и их родственников по секторам за период с 2014 г. по август 2016 г. показывает, что наибольшее количество запросов поступает из отделений хирургического сектора, а именно из хирургических, гинекологических, нейрохирургических, травматологических и кардиохирургических отделений. В процессе проводимой психокоррекционной работы выявлено проявление эмоциональных нарушений у пациентов не в изолированном виде, а в комплексе, так наиболее часто встречаются неврозы и неврозоподобные состояния (74%), которые нередко протекают с эпизодами панических атак (42%), так же распространены переживания горя и утраты (37%), посттравматическое стрессовое состояние (26%), психосоматические расстройства (24%), нарушения пищевого поведения (анорексия, булимия) (7%), функциональные расстройства (9%).

**Выводы.** Показатели работы отделения медицинской психологии ГКБ им. С.П. Боткина за период с 2014 г. по август 2016 г. подтверждают целесообразность создания и функционирования данного отделения, были достигнуты следующие основные результаты: 1. Повышение эффективности лечения за счет снижения эмоционального компонента во внутренней картине болезни пациента. 2. Редукция когнитивных нарушений и стабилизация эмоционального состояния пациентов после применения разработанных краткосрочных программ нейропсихологической реабилитации. 3. Формирование механизмов социально-психологической адаптации пациентов с тяжелыми травмами, онкологическими заболеваниями, инвалидностью. 4. Своевременное выявление рисков развития острых психических состояний, в том числе с суицидальными тенденциями, с подключением психиатрической службы больницы. 5. Развитие социально-психологических навыков медицинского персонала, повышение их стрессоустойчивости.

### Функциональное состояние поджелудочной железы у больных хроническим алкогольным панкреатитом

Винокурова Л.В., Варванина Г.Г., Дубцова Е.А., Смирнова А.В., Агафонов М.А., Вайнован И.Н.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

Хронический панкреатит (ХП), связанный с употреблением алкоголя является серьезной медико-социальной проблемой. При ХП алкогольной этиологии больные имеют низкую мотивацию на обследование, лечение, соблюдение режима питания.

Целью исследования явилось выявление специфики течения ХП алкогольной этиологии. Материалы и методы. Обследовано 149 больных ХП, из них 95 м. и 54 ж. Средний возраст составил  $46 \pm 12,9$  лет. Больные были разделены на три группы по этиологическому признаку: 22 больных (15%) хроническим билиарным панкреатитом (БП) с холестазомией в анамнезе по поводу желчно-каменной болезни, 52 больных (35%) — с алкогольным панкреатитом (АП), 75 больных (50%) — идиопатическим панкреатитом (ИП). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц, средний возраст  $47 \pm 5,3$  лет (11 м. и 9 ж.). Для выявления склонности к злоупотреблению алкоголем больным были предложены тесты, разработанные J. Chiketa et al., 2007, в виде опросника для быстрого скрининга связи ХП со злоупотреблением алкоголем. В результате группа больных АП расширилась и составила 102 человека: 80 мужчин и 22 женщины, а группа больных ИП уменьшилась до 25 человек. В группу больных БП не включались пациенты, имеющие одновременно два этиологических признака ХП, алкоголь и билиарную патологию. Для удобства сопоставления группы больных с БП и ИП были объединены в единую группу неалкогольных панкреатитов (НАП).

Методы статистической обработки результатов включали в себя статистический анализ независимых малых выборок и ANOVA-тест. Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) в группе больных АП не имел выраженных гендерных различий: среднее значение у женщин было

$21,8 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>, а у мужчин —  $21,28 \pm 3,0$  кг/м<sup>2</sup>. В группе больных НАП ИМТ у женщин в среднем повышался до  $27,1 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup> и у мужчин —  $23,7 \pm 3,6$  кг/м<sup>2</sup>. При сравнении средних значений ИМТ между группами было установлено, что ИМТ группы больных с АП достоверно отличается в меньшую сторону от группы больных с НАП (Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks — Kruskal-Wallistest),  $H=8,5565$ ,  $p=0,0034$ . Уровень С-пептида имел широкий диапазон колебаний. В сыворотке крови группы больных АП он составил  $0,9 \pm 1,0$  (0,001-0,9) нг/мл, а в группе НАП —  $1,6 \pm 0,7$  (0,05-2,79) нг/мл. Уровень Е-1 в группе АП составил  $140,0 \pm 110,8$  (12,2-495,0) мкг/г, в группе НАП —  $250,0 \pm 137,5$  (12,0-485,0) мкг/г. При этом было отмечено, что в группе больных АП нарушения экзокринной функции поджелудочной железы встречались у 70,6% пациентов, тогда как в группе больных НАП нарушение экзокринной функции было выявлено у 40,4%. При дальнейшей статистической оценке достоверности различий в группах, разделенных по признаку употребления алкоголя, были показаны значимые различия для уровня ИМТ, С-пептида ( $p=0,008$ ,  $p=0,001$  соответственно). Учитывая тот факт, что гастрин потенцирует действие холецистокинина, стимулирующего секрецию панкреатических ферментов, была определена концентрация гастрин-17 в сыворотке крови больных ХП. В группе больных АП уровень гастрин-17 колебался в широких пределах:  $2,9 \pm 18,2$  пмоль/л. В группе больных НАП этот показатель также имел широкий диапазон, но был выше и составил  $11,2 \pm 19,9$  пмоль/л. При статистическом сравнении значений концентраций гастрин-17 было получено значимое различие (Chi-Square=7,9365,  $df=1$ ,  $p=0,0048$ ). Заключение. Проведенные исследования показали, что у больных с АП выявлено снижение ИМТ, С-пептида и гастрин-17 в крови, панкреатической эластазы -1 в кале в большей степени, чем в группе больных НАП, что надо учитывать при назначении заместительной терапии.

### Гериатрические синдромы у пожилых пациентов при стационарном лечении

Воронина И.В., Лузина А.В., Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Ткачева О.Н.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

Почти половина пациентов, поступающих на стационарное лечение, старше 60 лет. Многие из них имеют различные гериатрические синдромы и составляют группу повышенного риска развития осложнений, длительного пребывания в стационаре и замедления функционального восстановления. Скрининг гериатрических синдромов у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста позволит разработать индивидуальный план ведения, включающий активные стратегии для предотвращения развития осложнений. Наиболее актуальными гериатрическими синдромами на стационарном этапе являются падения, обезвоживание, делирий, ухудшение функциональных способностей и мальнутриция. Для профилактики риска падений в стационаре необходимо обеспечить доступность очков, вспомогательных устройств при ходьбе, поручней в ванной комнате и туалете, адекватное обезболивание, профилактику развития делирия, а также минимизировать назначение психоактивных препаратов. Поощрение приемов пищи и жидкости, а так же помощь при кормлении ослабленных пациентов, позволит предотвратить развитие обезвоживания. Наличие болевого синдрома у пациентов пожилого возраста увеличивает риск развития делирия, падений и снижения функциональной активности. Активное выявление и применение мультимодальной индивидуальной схемы купирования болевого синдрома, а также тщательное титрование доз препаратов позволит эффективно и безопасно купировать болевой синдром. С целью профилактики развития мальнутриции важно обеспечить доступность зубных протезов и использовать пищевые добавки при наличии показаний. Ориентация пациента в месте и во времени, контроль болевого синдрома, достаточный сон, доступность общения с родственниками, отказ от фиксации, доступность очков и слухового аппарата, минимизация приема психоактивных препаратов позволит снизить риск развития

делирия. Контроль за функциональной активностью пациента подразумевает оценку базовой и инструментальной активности на до- и послеоперационном этапах. Профилактика функционального снижения основана на ранней активации, адекватном двигательном режиме, занятиях с инструктором по лечебной физкультуре. Таким образом, оценка риска развития гериатрических синдромов и применение мероприятий по их профилактике позволит снизить вероятность развития осложнений и сократить длительность пребывания пожилых пациентов в стационаре.

## Актуальные вопросы организационно-методической работы в московской педиатрии

Витковская И.П.  
Организационно-методический отдел по педиатрии,  
Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и  
медицинского менеджмента, Москва

Эффективность, качество и доступность многопрофильной амбулаторной и стационарной медицинской помощи детям и подросткам — приоритетное направление работы Департамента здравоохранения и правительства города Москвы. Оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения самым современным оборудованием, повышение квалификации педиатров сделало персонализированное медицинское наблюдение за всеми пациентами, в том числе с хроническими заболеваниями, «трудным диагнозом», коморбидностью, сочетанной патологией, возможным и в амбулаторно-поликлинических центрах 1-2 уровня здравоохранения, с сокращением показаний к госпитализации, развитием стационаросберегающих технологий. Организационно-методический отдел (ОМО) по педиатрии ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» («НИИОЗММ ДЗМ») совместно с главным внештатным специалистом педиатром ДЗМ занимается методическим, нормативно-правовым и научно-практическим сопровождением всех мероприятий в городе, связанных с оказанием педиатрической помощи в 3-уровневой системе городского здравоохранения. В том числе усилиями специалистов ОМО по педиатрии оптимизируется логистика, маршрутизация пациентов, прорабатываются инновационные подходы к оказанию медицинской помощи детям с учетом передового отечественного и мирового опыта организации здравоохранения. Также с 2015 г. ОМО по педиатрии координирует работу педиатрической аттестационной комиссии. Совместно с ДЗМ внедрена двухуровневая система аттестации — компьютерный тестовый контроль, далее, при успешной сдаче, — собеседование с привлечением главных внештатных детских специалистов ДЗМ. Квалификационные категории присваиваются по профилям педиатрия, неонатология, детская эндокринология, детская кардиология, детская онкология; инфекционные болезни, гастроэнтерология, пульмонология, нефрология, гематология, медицинская генетика — детские врачи. Таких широких возможностей в аттестации врачей у комиссии ранее не было. Были подготовлены проекты многих приказов и изменений к приказам, определяющих порядки оказания медицинской помощи в городе: по первичной медико-санитарной помощи в рамках московского стандарта поликлиники; обеспечению лекарственными препаратами лиц по 7 нозологиям, порядку ведения московского сегмента Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, обследованию новорожденных детей на наследственные заболевания (неонатальный скрининг), внедрению селективного скрининга на наследственные болезни обмена и др.; были подготовлены перечни порядков и стандартов при оказании медицинской помощи и лекарственного обеспечения по редким (орфанным) заболеваниям (24 нозологии) в городских детских центрах специализированной медицинской помощи, алгоритмы оказания медицинской помощи при различных заболеваниях и др. ОМО по педиатрии координируются: составление ежемесячного и итогового годового отчета по неонатальному скринингу; состоянию московского сегмента Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, проводится комплексный

анализ работы коечного фонда и других показателей работы медицинских организаций ДЗМ с учетом эпидемиологических показателей по профилям оказания медицинской помощи. ОМО по педиатрии принимал активное участие в подготовке и проведении I и II Московских городских съездов педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии» и издании четырех профильных сборников клинических случаев, подготовке и проведении XIV и XV Московских ассамблеях «Здоровье столицы» и «Здоровье Москвы», других научно-практических мероприятиях ДЗМ и МЗ РФ, многопрофильных совещаниях в ДЗМ, Комитете Государственной Думы по охране здоровья, Общественной палате, Федеральном собрании РФ по социальной политике, видеоселекторных совещаниях с МЗ РФ и других мероприятиях, определяющих перспективы развития детского здравоохранения не только в Москве, но и в РФ. По приглашению коллег из управлений здравоохранения регионов РФ, делались доклады с обсуждением московского опыта организации многопрофильной педиатрической помощи в Санкт-Петербурге, Казани, Ростове-на-Дону и др. Успешное развитие педиатрии в городе невозможно без мультидисциплинарного врачебного подхода к решению актуальных задач, в том числе с участием квалифицированных специалистов — организаторов здравоохранения.

## Есть ли место варикоцелэктомии при лечении необструктивной азооспермии?

Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Попова А.Ю.  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. акад. В.И. Кулакова, Москва

Целью настоящего исследования стала сравнительная оценка эффективности микрохирургической варикоцелэктомии и микро-TESE у больных с необструктивной азооспермией (НОА) и варикоцеле.

109 мужчин с НОА и варикоцеле в возрасте от 22 до 48 лет (в среднем  $30,2 \pm 6,7$  лет) после комплексного андрологического обследования были разделены на 2 сопоставимые группы. В группу I вошли 63 пациента, которым I этапом проводили микрохирургическую варикоцелэктомию по Мармару. Контрольная спермограмма выполнялась через 3-6 мес после операции. При отсутствии сперматозоидов в эякуляте через 6 мес после оперативного лечения варикоцеле II этапом им выполнялась биопсия яичка (микроTESE). Группу II составили 46 пациентов, которым проводили микро-TESE без предварительной хирургической коррекции варикоцеле. В I группе появление сперматозоидов в эякуляте через 6 мес после микрохирургической варикоцелэктомии отмечено у 28 (44,4%) больных. 35 больным была выполнена микро-TESE при которой пригодные для ВРТ сперматозоиды обнаружены у 20 (57,1%) больных. Общая эффективность лечения в I группе составила 76,2% (48 больных). Гистологически при неэффективности микро-TESE был выявлен синдром «клеток Сертоли» у 12 (80%) больных, субтотальная атрофия семенных канальцев — у 3 (20%) больных. Во II группе сперматозоиды при микро-TESE были обнаружены у 22 (47,8%) больных. У остальных больных при гистологическом исследовании был выявлен гипосперматогенез — у 9 (37,5%), блок сперматогенеза на стадии округлых сперматид — у 7 (29,2%), смешанная тестикулярная атрофия — у 4 (16,7%), синдром «клеток Сертоли» — у 3 (12,5%), субтотальная атрофия семенных канальцев — у 1 (4,1%). Микрохирургическая варикоцелэктомия увеличивает эффективность лечения мужчин с НОА и варикоцеле. При отсутствии тотальных поражений сперматогенного эпителия у 76,2% больных появляется возможность стать генетическим отцом, в ряде случаев избегая биопсии яичка.

## Мужское бесплодие и варикоцеле: есть ли связь?

Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Попова А.Ю., Ижбаев С.Х., Гасанов Н.Г.  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. акад. В.И. Кулакова, Москва

Введение. Распространенность варикоцеле среди мужчин составляет, по разным данным, от 15 до 25%. Около половины этих больных субфертильны или страдают мужским бесплодием.