

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ
ТАТАРСТАН НА ОСНОВЕ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ РАЙОННЫМИ
И РЕСПУБЛИКАНСКИМИ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ
УЧРЕЖДЕНИЯМИ**

Вахитов Ш.М., Соловьёва Э.И.
*Казанский государственный
медицинский университет*

Поликлиника республиканской клинической больницы (РКБ) это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), оказывающее квалифицированную медицинскую помощь жителям районов Республики Татарстан (РТ). В поликлинике РКБ оказывают консультативные, лечебные и диагностические услуги.

В работе данного ЛПУ можно наблюдать ряд недостатков, которые приводят к снижению эффективности обслуживания больных, к дублированию РКБ многих функций центральных районных больниц (ЦРБ), что приводит к значительным экономическим потерям, а именно: недостаток окон, что приводит к чрезмерной скученности больных, наличию очередей за «Талоном» на первичный приём к врачу; неправильное оформление врачами ЦРБ документов, необходимых при поступлении в РКБ, наличие направлений без печати направившего ЛПУ, документов без записи данных проведённых в ЦРБ исследований.

Всё это приводит не только к значительным финансовым затратам больного и поликлиники, но и во многих случаях к ухудшению состояния здоровья пациента и усугублению течения его заболевания.

Для решения данных проблем нами были предложены и внедрены в деятельность поликлиники РКБ следующие мероприятия:

- увеличено количество окон регистратуры организацией приёма в них определённых контингентов больных;
- организован стол справок для регистрации больных, поступающих на консультацию и госпитализацию;
- внедрена запись больных на приём по телефону;
- увеличено время работы лаборатории;
- введены в действие два процедурных кабинета;
- организована двухсменная работа специалистов, имеющих наибольшее число посещений.

Проведение этих мероприятий позволило систематизировать и организовать потоки больных, а также снизить их очерёдность.

ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Винокурова Е.А.

*ГОУ ВПО Тюменская медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии,
Тюмень*

Миома матки – доброкачественная гормонозависимая опухоль миометрия. В структуре гинекологической заболеваемости занимает второе место после

воспалительных заболеваний женских половых органов. Частота ее составляет 15-17% среди женщин старше 30 лет (Полякова В.А., 2001). Особая предрасположенность онкологических больных к спонтанному развитию тромбоэмболических и геморрагических осложнений впервые была отмечена А. Труссо в 1865 году. В настоящее время, несмотря на то, что связь между опухолевым процессом и нарушениями гемостаза не вызывает сомнений, полной ясности в понимании механизмов нет (Макацария А.Д. и др., 2002)

Цель работы – изучить коагуляционный и тромبوцитарный гемостаз у больных миомой матки. Материалы и методы: обследовано 49 женщин, из них 20 здоровых (средний возраст $26 \pm 0,5$ лет) и 29 женщин, страдающих миомой матки (основная группа), в возрасте от 38 до 56 лет. Диагноз миомы был поставлен на основании клинко-анамнестических, инструментальных, лабораторных и дополнительных методов обследования. Размеры матки у женщин основной группы, в среднем, соответствовали 10-12 недельному сроку беременности. Признаков нарушения питания узлов не было ни у одной пациентки. При обследовании женщин, обращала на себя внимание высокая гинекологическая заболеваемость. Чаще всего встречались воспалительные заболевания матки и придатков, эндометриоз, кистозные изменения яичников, патология шейки матки, гиперменструальный синдром, хроническая постгеморрагическая анемия, реже – гиперпластические процессы. Следует также отметить, что у большинства женщин основной группы (возраст старше 38 лет) выявлена высокая частота хронических экстрагенитальных заболеваний. У всех пациенток оценивали параметры общей свертывающей активности (описание З.С. Баркаган, А.П. Момот, 1999), количество, морфологию тромбоцитов (методика А.С. Шитиковой и др., 1996). Определения осуществляли во второй фазе менструального цикла.

Результаты. У женщин с миомой матки заметны признаки активации внутрисосудистого свертывания крови – ДВС I – II стадий: диссоциация показателей общей свертывающей активности (увеличение уровня тромбинового времени, международного нормализованного отношения, удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), снижение индекса резерва плазминогена, антитромбина III). Наблюдается увеличение в 1,5 раза продуктов деградации фибрина (ПДФ) и растворимых фибриномономерных комплексов (РФМК), концентрация тромбоцитарного фактора 3, по сравнению с контрольной группой. Изменения не так велики, чтобы говорить о коагулопатии потребления. По сравнению со здоровыми женщинами, у больных миомой число дискоцитов увеличено в 2 раза, число активированных форм тромбоцитов: сфероцитов и сфероэхиноцитов уменьшено в 2 и 3 раза соответственно. Активация тромбоцитов у женщин с миомой матки выявлялась в увеличении тромбоцитарных агрегатов, состоящих из 4-х клеток и более, - в 7 раз, уменьшении в 2 раза числа малых тромбоцитарных агрегатов.

Таким образом, у женщин с миомой матки наблюдается активация тромбоцитарного и коагуляционного компонентов гемостаза, что свидетельствует о тромбогенном влиянии клеток этой доброкачествен-

ной опухоли, по сравнению со здоровыми женщинами.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

Воеводин В.А., Закирова Э.Н.,
Ахмадеева Л.Р., Кутлубаев М.А.
*Башкирский государственный
медицинский университет,
Уфа*

В настоящее время не существует общепринятого определения качества жизни (КЖ). Всемирной Организацией Здравоохранения была проделана большая исследовательская работа по выработке основополагающих критериев качества жизни. КЖ понимается как уровень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни (своим физическим, психологическим и социальным состоянием), на которые влияют болезни, несчастные случаи или их лечение, а также оценка больным тех негативных изменений, которые произошли или могут произойти в результате этих заболеваний. Также КЖ можно определить как степень комфортности человека внутри себя и в рамках своего общества.

Головные боли напряжения (ГБН) и мигрени (М) являются самыми распространенными формами цефалгий во всех популяциях мира и оказывают значительное негативное влияние как на индивидуум, так и на социум, поскольку сопряжены с весомой потерей рабочих дней по временной нетрудоспособности и в еще большей мере - из-за снижения производительности работы, качества и восприятия жизни в целом.

Целью нашего исследования явилась количественная оценка и сравнение между собой показателей качества жизни и неврологического статуса пациентов с головными болями напряжения и мигренями.

Нами было обследовано 43 пациента, которых мы разделили на 2 группы в зависимости от типа головных болей. Они были отобраны на базе неврологического отделения Башкирской Республиканской клинической больницы им.Г.Г.Куватова (г. Уфа) по обращаемости. В первую группу (пациенты с ГБН)

вошли 24 человека: женщин –87,5%; мужчин – 12,5%. Их средний возраст составил 34,35±10,93 года (стандартная ошибка средней - 2,44). Во вторую группу вошли 19 пациентов с мигренями (женщин - 68,42%; мужчин -31,58%), средний возраст - 30,27±10,14 лет (стандартная ошибка средней - 2,62). При исследовании объективного неврологического статуса у данных пациентов не обнаружено очаговой симптоматики, свидетельствующей о морфологическом повреждении центральной или периферической нервной системы.

Для оценки качества жизни нами использована русская валидизированная компанией «Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования» версия опросника MOS-SF 36, состоящая из 8 шкал – PF (физическое функционирование), RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием), BP (интенсивность боли), GH (общее состояние здоровья), VF (жизненной активность), SF (социальное функционирование), RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), MH (психическое здоровье). Максимальное значение по каждой из шкал – 100 баллов.

Для систематизации информации нами разработана оригинальная карта обследования больных с ГБН и М, на основании которой создана база данных в Microsoft Access. Для каждого обследованного пациента в настоящей базе данных создавалась отдельная запись.

Для уточняющей дифференциальной диагностики с органическими заболеваниями головного мозга проводились нейровизуализационные исследования (компьютерная томография или магнитно - резонансная томография головного мозга).

В качестве дополнительного теста при ГБН проводилась поверхностная электромиография перикраниальных мышц.

Все расчёты выполнены с помощью программы Statistica 6.0. Распределение было нормальным, поэтому были применены методы параметрического анализа. Полученные нами данные обобщены в следующую таблицу и представлены в виде диаграммы. Числовые значения даны в формате среднее значение ± стандартное отклонение.

Таблица 1. Числовые значения данных полученных с помощью параметрического метода

№	Шкала	Пациенты с ГБН (n=24)	Пациенты с М (n=19)
1	PF	82,50±11,67	81,00±10,63
2	RP	46,25±12,36	38,30±18,8
3	BP	41,90±14,33	42,73±16,29
4	GH	52,10±13,05	59,13±17,23
5	VF	43,00±15,77	47,33±14,74
6	SF	59,38±16,24	63,33±16,0
7	RE	48,30±13,87	46,67±15,08
8	MH	48,60±20,86	59,47±19,18