

комплекс активирует определенный участок ДНК (Ah-локус). В результате индуцируются микросомальные оксидазы – гидроксилазы ароматических углеводов и определенной формы цитохрома P-450 (P-448). Накопление в организме таких гемопротеидов, как цитохром P-448 и P-450 считается особенно опасным. Он катализирует окисление различных ароматических углеводов, арилалкиловых эфиров, ариламинов различных непредельных соединений – терпенов, микотоксинов и т.п. В сотрудничестве с Институтом Биофизики клетки РАН и сотрудниками Института Теоретической и Экспериментальной Биофизики РАН планируется проведение исследований, направленных на изучение схемы внутриклеточной передачи сигналов от Ah-рецептора и возможности блокировки распространения этого сигнала на определенном этапе. В системах *in vivo* и *in vitro* будут изучены биологические эффекты и механизмы воздействия экологически опасных токсических веществ. Основная задача данного исследования является – изучение действия супертоксикантов на: а) - индукцию апоптоза в Т-лимфоцитах. Действие токсикантов на индукцию апоптоза будет оцениваться по образованию фрагментов ДНК высокого молекулярного веса при гель электрофорезе и по морфологическим характеристикам апоптотических клеток после окрашивания флуоресцентным зондом. При исследовании механизма и путей апоптоза в клетках, будет обращено особое внимание на регуляцию митохондриального и цитозольного кальция, генерацию свободных радикалов и других активных форм типа синглетного кислорода; б) – транспорт ионов через плазматическую мембрану клеток. Будут исследованы индуцированные токсикантами функциональные модификации плазматической мембраны. При этом будут регистрироваться мембранный потенциал клетки и митохондрий. Предполагается, что супертоксиканты могут привести к падению мембранной проводимости вызванной инактивации ионных каналов и увеличению проводимости утечки и деполяризации; в) – структуру водных растворов молекул ДНК и коллагена, плазматических мембран клеток кожи. С использованием микрокалориметрических методов намечается исследование нарушений в структурах молекул ДНК, коллагена и в мембранах клеток.

#### **ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

Хетагурова З.В., Медоева А.А.  
*Северо-Осетинская государственная  
медицинская академия,  
Владикавказ*

Ревматоидный артрит (РА) – заболевание, протекающее с поражением суставов, систем организма, иммунной перестройкой, в регуляции которой принимают участие гормоны желез внутренней секреции.

Актуальность проблемы обусловлена поражением людей трудоспособного возраста, тяжестью течения заболевания и ранней инвалидизацией. С этих позиций одним из перспективных направлений является совершенствование терапии РА.

Обследовано 130 больных достоверным РА с длительностью от 3 до 10 и более лет (мужчин-30, женщин-100). Возраст больных составил от 23 до 65 лет. Минимальная степень активности была у 62 (47,7%), средняя – у 50 (38,5%), высокая – у 18 (13,8%) больных. Стадия I отмечается у 35 (26,9%), II – у 54 (41,5%), III – у 31 (23,9%), IV – у 10 (7,7%) больных РА.

Цель исследования – повысить эффективность патогенетического лечения, используя лазеротерапию в комплексном лечении больных РА.

Больные были распределены на группы: I группа – 100 больных, получавших комплексное лечение с включением низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛТ) по надсуставной методике и II группа – 30 больных, не получавших лазерную терапию. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц, идентичных по полу и возрасту больным РА. Обследованные не получали кортикостероидную терапию не менее 3-х месяцев до момента проведения обследования.

Исследования показали, что НИЛТ в комплексном лечении оказывает нормализующее влияние на клинико-лабораторные показатели активности процесса при минимальной, средней и высокой степени активности процесса, I и II стадиях и продолжительности заболевания до 3-х лет.

Во II группе больных отмечается лишь тенденция к некоторому улучшению показателей активности.

Таким образом, НИЛТ в комплексной терапии больных РА способствует улучшению клинико-лабораторных показателей активности процесса.

#### **СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОПЫТЕ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МУЗ ГКБ № 10 «ЭЛЕКТРОНИКА»**

Ходыкина Л.А.  
*Воронежская государственная  
медицинская академия им Н.Н.Бурденко,  
Воронеж*

В настоящее время проблема совершенствования медицинской помощи больным сахарным диабетом (СД) продолжает сохранять свою актуальность. По данным официальной статистики на конец 2000 года заболеваемость СД в городе Воронеже составила 1986,8 случаев на 100000 населения (всего - 17576 человек). В структуре общей заболеваемости г. Воронежа эти больные составляют 2 %.

Целью проведенной работы был анализ качества медицинской помощи больным в городском эндокринологическом центре МУЗ ГКБ №10, где больным оказывается специализированная врачебная помощь, состоящая из систематического наблюдения за пациентами и строгого соблюдения стандартов лечения.

Клинико-экспертным отделом ГКБ №10 («Электроника») была разработана и внедрена унифицированная карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи в многопрофильном стационаре. В соответствии с этой картой выделены показате-

ли качества ведения медицинской документации и лечебно-диагностического процесса, определены критерии и требования в соответствии с выполнением которых производился анализ. Качество оказания стационарной помощи оценивалось по 20 балльной системе и состоит из 4 основных компонентов:

1) качество ведения медицинской документации (учитывалась правильность оформления медицинской карты стационарного больного, формулировка диагноза, его соответствие современным клиническим классификациям); максимальная оценка – 1,0 балл;

2) своевременность и обоснованность диагноза (полнота сбора анамнестических данных, физикальное обследование больного, обоснованность госпитализации); максимальная оценка – 6,0 баллов;

3) дефекты диагностики (оценивался объем проведенных лабораторно-инструментальных методов обследования профильных больных для отделения, своевременность проведенных консультаций необходимых специалистов и выполнение их рекомендаций); максимальная оценка – 5,0 баллов;

4) эффективность лечения (лечение основного и фонового заболевания, его правильность, адекватность, своевременность); максимальная оценка – 8 баллов.

Сумма величин всех показателей (1-4) характеризует уровень качества медицинской помощи (КМП). Если сумма 18,0-20,0 баллов – уровень КМП необходимый, т.е. соответствует утвержденному стандарту лечения, если 16,0-17,9 – уровень КМП средний, при 14,0-15,9 – низкий, а ниже 13,9 – недопустимый.

Анализ проводился за 9 месяцев 2002 года в сравнении с соответствующим периодом 2000 и 2001 годов. За это время отмечается ежегодное увеличение количества больных, получивших стационарное лечение (1100 человек за 9 месяцев 2000 года, 1103 и 1179 человек в соответствующем периоде 2001 и 2002 годов). Количество проверенных историй болезни составило 51% в 2000 году, 52,5% в 2001 году и 56% в 2002 году. Средний балл качества составил: 18,3 за 9 месяцев 2000 года, 18,5 за 9 месяцев 2001 года и 19,6 в 2002 году. Уменьшилось количество дефектов оформления документации, более полно осуществлялся сбор анамнеза. Объем выполняемых лабораторно-инструментальных методов обследования больных стал более развернутым, но он остается сопряженным с рядом материальных трудностей (недостаточное аппаратное обеспечение, невозможность проведения полного гормонального обследования больных). Дефектов госпитализации и замечаний по выдаче листов временной нетрудоспособности по результатам проведенной проверки не было выявлено. Об эффективности проводимого лечения можно судить по следующим показателям работы центра: уменьшилось число дней временной нетрудоспособности по болезням эндокринной системы на 0,3 (20,52 в 2000 году и 20,15 в 2002 году), по сахарному диабету на 0,4 (20,6 в 2000 году и 19,6 в 2002 году). Так средняя продолжительность пребывания больного на койке снизилась на 1,4 % по стационару (по сравнению с 2000 годом), на 3,5 % по отделению диабетической стопы, соответственно. Оборачиваемость койки по стационару увеличилась на 4,3% по сравнению с 2000 годом. Все это

может быть связано с оптимизацией лечебно - диагностического процесса, применением современных методов лечения, новых медицинских технологий (тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы, магнитное облучение крови, гипербарическая оксигенация, физиолечение, плазмаферез) и эффективных медикаментозных средств.

Результаты проведенной проверки следующие: качество оказания медицинской помощи стационарным больным в городском эндокринологическом центре соответствует лечебным стандартам и находится на высоком уровне. Целенаправленная работа в данном направлении позволяет сконцентрировать усилия и имеющиеся средства на решение актуальных задач, добиться более высоких результатов, что проявляется в специализации коечного фонда, улучшении структуры центра и повышении эффективности его работы.

### **ПЕРЕСТРОЙКА МИКРОСТРУКТУРЫ ПЕЧЕНОЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА**

Хребтовский А.М., Григоренко Д.Е.

*Московская медицинская академия*

*им. И.М.Сеченова, Москва,*

*НИИ морфологии человека РАМН, Москва*

В литературе практически не уделяется внимания состоянию органов иммунной системы при заболеваниях печени различной этиологии. Показателем морфофункционального состояния регионарных печеночных лимфатических узлов, непосредственно принимающих лимфу от печени. В связи с этим нами изучена перестройка микропографии и цитоархитектоники печеночных лимфатических узлов крыс при моделировании хронического гепатита. Исследование проводили через 1 и 4 недели после окончания введения крысам четыреххлористого углерода (CCl<sub>4</sub>) в дозе 0,2 мл/кг (в течение 4-х недель) на фоне приема вместо воды 5% раствора спирта. Контрольная группа животных изучена в те же сроки, что и опытная (через 1 и 4 недели) после употребления 5% раствора спирта.

Выявлено, что в контрольных группах животных, от 1-й к 4-й неделе после прекращения употребления 5% раствора спирта в печеночных лимфатических узлах крыс более, чем вдвое увеличивается число лимфоидных узелков с центрами размножения. Спустя 4 недели, по сравнению с 1-й неделей, в центрах размножения лимфоидных узелков и в паракортикальной зоне повышается содержание бластов (в 1,5 и в 4,6 раза) и число клеток с картинами митозов (в 2,1 раза). Также отмечено увеличение содержания плазматических клеток, особенно антителпродуцирующих клеток, являющихся показателями состояния гуморального иммунитета, в мязотных тяжах и в мозговых синусах - на 9,6% и 7,1%. Установлено, что в контроле в отдаленный период (через 4 недели) после окончания употребления 5% раствора спирта отмечается усиление процессов лимфоцитопоза и иммуноцитопоза в лимфатических узлах крыс.