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 бальной 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 аппаратурное 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. Оборот койки по стационару увеличился 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 иммунологической реактивности печени является морфофункциональное состояние регионарных печеночных лимфатических узлов, непосредственно принимающих лимфу от печени. В связи с этим нами изучена перестройка микротопографии и цитоархитектоники печеночных лимфатических узлов крыс при моделировании хронического гепатита. Исследование проводили через 1 и 4 недели после окончания введения крысам четыреххлористого углерода (CCl/4) 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 мякотных 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 лимфоцитопоэза и иммуноцитопоэза в лимфатических узлах крыс.

Введение CCl/4 в организм животных, по сравнению с контрольными группами, приводит к подавлению функциональной активности лимфоидных узелков в печеночных лимфатических узлах. Через 1 неделю в органе выявлены, в основном, лимфоидные узелки без центров размножения и только спустя 4 недели - появляются единичные лимфоидные узелки с центрами размножения. В структурных зонах органа на 1 и 4 неделях после действия CCl/4 исчезают бласты и пролиферирующие клетки. Только в центрах размножения лимфоидных узелков эти клетки появляются на 4-й неделе, число которых в 2 раза меньше, чем в контроле. К 4 неделе опыта в корковом веществе исчезают плазматические клетки, при этом они накапливаются в мозговом веществе органа. Однако в мякотных тяжах плазматических клеток на 11,1% меньше, чем в контроле. После действия CCl/4 в органе к 4-й неделе опыта процессы деструкции клеток в 1,3-1,9 раза превышают их значения на 1-й неделе опыта. В мякотных тяжах, подкапсулярном и мозговом синусах через 1 и 4 недели появляется от 2,7% до 8,3% зернистых лейкоцитов, что связано с проявлением воспалительной реакции в органе.

Таким образом, в результате исследования установлено, что спустя 4 недели после введения животным CCl/4 в регионарных печеночных лимфатических узлах резко снижен лимфоцитопоэз, подавлены процессы бласттрансформации клеток и созревания плазматических клеток. Резко усиливаются процессы деструкции клеток. Подобные перестройки в микроструктуре органа свидетельствуют о токсическом воздействии препарата, приводящем к подавлению функциональной активности печеночных лимфатических узлов и предпосылках развития иммунодефицитных состояний в отдаленный период после воздействия CCl/4.

## НОРМАЛЬНАЯ МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА У РАБОЧИХ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Хуснаризанова Р.Ф., Григорьева Л.М.
*ФГУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека Роспотребнадзора», Уфа*

Микроэкологическая система организма человека является первичным неспецифическим барьером защиты от неблагоприятного воздействия многих эндо- и экзогенных факторов среды, в том числе профессионально-производственных. В нефтяной промышленности ведущее место занимают физические (вибрация, шум, тяжесть труда, микроклимат) и химические (содержание различных химических соединений в воздушной среде) факторы, воздействие которых способствует развитию многих патологических состояний организма работающих. С целью выявления нарушений микроэкологического статуса у рабочих, занятых добычей нефти, проведены исследования нормального микробиоценоза различных биотопов организма. Оценка характера и глубины дисбиотических нарушений кишечника проводилась в зависимости от наличия или отсутствия какого-либо заболевания у 442 нефтяников, обследованных при медицинском осмотре или в условиях стационара. Были сформированы две группы нефтяников: 1 группа – практически здоровые и 2 «группа риска» - рабочие, имевшие те или иные заболевания. В зависимости от длительности воздействия неблагоприятных производственных факторов рабочие были подразделены на подгруппы по стажу работы в отрасли. В качестве двух групп сравнения были взяты соответственно практически здоровые лица и больные с аналогичными заболеваниями, но не подвергавшиеся в процессе труда воздействию вредных производственных факторов.

Установлено, что даже у практически здоровых нефтяников формируются признаки нарушения состава нормальной микрофлоры. При наличии у них какой-либо соматической патологии отмечаются более глубокие дисбиотические изменения, характеризующиеся снижением облигатных представителей нормальной микрофлоры кишечника на 2-3 порядка по сравнению с нормой, повышением популяционного уровня условно-патогенных микроорганизмов. Дефицит бифидобактерий в обеих группах нефтяников составил в среднем 50,5 и 67,6 % случаев, лактобацилл – 59,4 и 55,0 % случаев соответственно. В группах сравнения состояние эубиоза регистрировалось в среднем в 4 раза чаще, чем у нефтяников. Было отмечено, что в большей степени качественные и количественные нарушения микробиоценоза кишечника у рабочих нефтедобывающей отрасли проявляются при стаже работы 5-9 лет и более 15 лет.

Результаты исследования позволяют заключить, что комплекс вредных производственных факторов, действующих на рабочих, занятых добычей нефти, обуславливает снижение общей резистентности организма, которое проявляется формированием микроэкологических нарушений.

## КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ И ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Цапок П.И., Еликова Е.П.
*Кировская государственная медицинская академия, Киров*

Продолжающееся старение населения планеты и рост депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста требуют дальнейшего изучения патогенеза, особенностей клинического течения и соответствующих подходов к лечению. При этом включение психотерапии в комплекс лечебных мероприятий является общепризнанным, однако на практике реализуется не всегда, а в ряде случаев затруднительно, поскольку частота соматических осложнений и повышенная предрасположенность к побочным реакциям ограничивают ее возможности.

Целью работы было изучить клинические особенности и терапевтическую динамику депрессивных расстройств на фоне исследования показателей обме-