

вопросы, выясняя важные для понимания состояния пациента детали, формирует собственное мнение. В этой фазе врач аргументировано излагает больному свое понимание его болезненного состояния, дает необходимые пояснения. В конце беседы врач и пациент убеждаются в том, что оба правильно поняли друг друга. Обратная связь, по возможности не должна быть оценочной, не должна содержать в себе черно-белых категорий «плохого – хорошего»; желательно, чтобы она носила скорее повествовательный и описательный характер.

В гомеопатии большое значение имеет внутренняя картина болезни, то есть все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни и ее причинах. Пациент должен как можно точнее охарактеризовать особенности болезненных ощущений. Сила ощущений для оценки симптома особенно важна. Распространенное высказывание «мне плохо» – совершенно недостаточно для суждения о болезни. При наличии боли пациент должен попытаться охарактеризовать ее как можно детальнее. Часто больные сами дают очень интересные и точные сравнения – «жжет как огнем», «колет как иголкой», «нога будто перевязана», «боль стреляет как молния» и т.п. В гомеопатии принято рассматривать ощущения на двух уровнях – психическом, в том числе и интеллектуальном (восприятие, мышление, память, наблюдательность, свободные волевые действия) и соматическом. Некоторые авторы психические и интеллектуальные уровни рассматривают раздельно. Психические симптомы имеют наибольшее значение при условии их четкой и правильной оценки. При развитии болезненного процесса, как правило, психические симптомы опережают соматические, кроме того часто они могут являться причиной заболевания и здесь нужно воздействовать не на соматическую, а именно на психическую сферу. Именно на этапе опроса можно получить верное представление о сложившейся у данного пациента внутренней картине болезни и оценить влияние психогенных факторов на развитие заболевания. Часто после беседы о перенесенных болезнях пациент начинает по-новому оценивать все, что с ним произошло, и перестает удивляться тому, что заболел, то есть меняет свое отношение к заболеванию.

Известен постулат, что гомеопатия лечит больного, а не болезнь, рассматривает организм как неразрывное целое со всеми его медицинскими, психологическими и социальными особенностями. Терапевтический принцип индивидуализации, известный в России благодаря трудам выдающегося терапевта М.Я. Мудрова, в последнее время позиционируется как «новый» персонифицированный подход, в то время как в гомеопатии, свободной от готовых прописей лекарство никогда не назначается только исходя из названия болезни. Лекарство подбирается на основе симптомов, их усиливающих или ослабляющих факторов, конституции и статуса больного. При этом конституция рассматривается как совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе его наследственных и приобретённых свойств и определяющих его реактивность. То есть особое внимание уделяется

особенностям адаптации организма человека к условиям воздействия внешних и внутренних факторов, которая обусловлена как фенотипическими, так и генотипическими особенностями организма.

002. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У СОТРУДНИКОВ ОВД

Бунакова Л.К.,* Файзуллина Е.В.,**
Нигаметзянова Г.З. *

*ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», г. Казань

**ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет МЗ СР РФ, г. Казань

Цель данного исследования: оценить влияние течения хронических дерматозов (ХД) на прогноз дальнейшей службы у сотрудников органов внутренних дел (ОВД).

Методы: Объектом исследования послужили 283 амбулаторных карты сотрудников МВД по РТ с ХД. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета STATISTICA 6.0. Применялись критерии χ^2 , критерий Стьюдента для долей.

В ходе исследования были выведены показатели, характеризующие состояние здоровья пациентов-сотрудников МВД: диагноз, сроки диспансеризации, качество наблюдения терапевтом, качество наблюдения прочими специалистами, качество диспансерного наблюдения дерматологом, длительность ремиссии, связь экстремальных ситуаций с количеством рецидивов, связь с хроническими заболеваниями, распространенность кожного процесса, длительность временной утраты трудоспособности, влияние ХД на срок службы в МВД.

Пациенты были разделены на 2 группы – в группу I были включены лица, для которых заболевание ХД послужило основанием для увольнения из органов внутренних дел (16,6%), в группу II – те пациенты, которые продолжили службу, несмотря на наличие ХД (83,4%). Данные, полученные в результате анализа, были обработаны методами математической статистики с целью выявления показателей, которые статистически достоверно повлияли на срок службы пациентов в МВД. Примененные непараметрические табличные методы вычислительной диагностики с использованием неоднородной последовательной процедуры распознавания (Гублер Е.В., 1978), позволили составить таблицу прогнозирования, включающую прогностические коэффициенты. Величины пороговых значений сумм прогностических коэффициентов взяты из соответствующих статистических таблиц и при уровне ошибки в 5% величина пороговой суммы составляют ± 13 . Прогностическая таблица построена по данным основной группы (273 анкеты) и контрольной (проверочной) группы (10 анкет). Результаты проверки таблицы дали 7 правильных ответов (70%) и 3 неопределенных (30%), неправильных ответов не было.

Полученная прогностическая таблица позволяет оценить (спрогнозировать) течение ХД, предположить не благоприятный трудовой прогноз.

Выводы: Полученная прогностическая таблица позволяет оценить риски развития ХД у пациентов из числа сотрудников ОВД. Исходя из причин влияния течения ХД на сроки службы, необходимо выстроить систему динамического наблюдения с целью сохранения трудового потенциала сотрудников ОВД в масштабе республики и региона.

003. ФУНКЦИОНАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ТРЕДМИЛ-ТЕСТОМ.

Галяви Р.А., Михопарова О.Ю., Фролова Э.Б., 2012

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, г. Казань, Россия

Цель исследования: сравнить инструментальные показатели у лиц с положительным и отрицательным тредмил-тестом.

Материалы и методы: В исследование было включено 33 пациентов с подозрением на ИБС. Из них у 25 человек были выявлены эпизоды горизонтальной депрессии сегмента ST более 1 мм во время проведения пробы с дозированной физической нагрузкой. У 8 пациентов депрессии сегмента ST выявлено не было. Всем больным регистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определяли уровень общего холестерина, проводили тредмил-тест, суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также ультразвуковое исследование сердца с определением фракции выброса (ФВ), конечно-диастолического (КДР) и конечно-систолического размеров (КСР) левого желудочка, размеров полостей сердца и аорты, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛ).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Excel 7.0 с использованием пакета программ GraphPadInStat (v.3.06). Межгрупповое сравнение проводили по методу Манн-Уитни с применением критерия Фишера. Для выявления взаимосвязи между показателями применяли метод корреляционного анализа по Пирсону. Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M – выборочное среднее, SD – выборочное стандартное отклонение. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: группы между собой были сопоставимы по возрасту, уровню общего холестерина, ФВ. В группе с положительной пробой были зарегистрированы достоверно более высокие значения КДР левого желудочка ($5,1 \pm 0,4$ см и $4,6 \pm 0,5$ см, при $p = 0,02$), ТЗСЛЖ ($1,1 \pm 0,1$ см и $0,9 \pm 0,1$ см, при $p = 0,05$), аорты ($3,5 \pm 0,2$ см и $3,2 \pm 0,1$ см, при $p = 0,01$), а также уровню среднего значения ДАД в дневные часы ($90,5 \pm 18$ мм рт.ст. и $79,1 \pm 11$ мм рт.ст., при $p = 0,05$). В ходе проведения корреляционного анализа были выявлены следующие закономерности. Так, степень депрессии сегмента ST достоверно взаимосвязана с размером аорты ($r = 0,49$, $p = 0,003$) и КДР левого желудочка ($r = 0,45$, $p = 0,008$). По отношению к уровню среднего ДАД в дневные часы имелась лишь тенденция к

установлению прямой зависимости с степенью депрессии ($r = 0,33$, $p = 0,06$), а между ТЗСЛЖ и уровнем депрессии достоверных взаимосвязей выявлено не было. **Выводы:**

В ходе дифференциальной диагностики ИБС на результаты пробы с дозированной физической активностью могут оказывать влияние некоторые показатели Эхо-КГ и суточного мониторирования АД, что может потребовать проведение дополнительных, более информативных методов диагностики с целью правильной верификации диагноза.

004. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Данилов В.А., Федоров М.Е.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», г. Нижний Новгород, РФ.

Сахарный диабет - одна из серьезнейших проблем, масштабы которой продолжают увеличиваться.

Цель исследования: сравнить влияние различных видов анестезий у больных с сахарным диабетом на уровень сахара в крови и гемодинамику во время оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования: В отделении гнойной хирургии было проведено хирургическое лечение 37 пациентов, в возрасте 45-74 лет, с сахарным диабетом преимущественно типа 2 (32 больных). Сахарный диабет сопровождался специфическими осложнениями: ретинопатией - у 23 больных, катарактой - у 9 больных, нефропатией - у 20 больных, что свидетельствовало о тяжелой степени течения заболевания. У большинства больных имелась сопутствующая патология: ИБС (у 27), гипертоническая болезнь (у 28), ожирение (у 7), нарушения сердечного ритма (у 4), остаточные явления нарушений мозгового кровообращения (у 3). Тяжесть общего состояния усугублялась местным активно текущим гнойно-некротическим процессом на стопе, интоксикацией. Физический статус по ASA у 2 пациентов соответствовал II классу, у 32 – III классу, у 3 человек - IV классу.

Тридцати семи пациентам проведено 83 обезболивания, из них 21 - проведено две и более анестезии. Операции (ампутации пальцев стоп, голени, бедра, обработка гнойно-некротических очагов, пластические операции и др.) выполнены под различными видами обезболивания: диприван+фентаниловая анестезия (36 операций), проводниковая с внутривенной седацией (10), центральные блокады с внутривенной седацией седуксеном, пропофолом или тиопенталом натрия (16), тиопентал натрия+оксибутират натрия+фентанил (14), реланиум+кетамин (2), тиопентал натрия+фентанил (5). *Продолжительность анестезий составляла от 36 до 129 минут ($73,19 \pm 20,62$ мин).*

Все больные до операции были переведены на инсулинотерапию, сахар в крови поддерживался не ниже 5,5-6 ммоль/л (в среднем $8,4 \pm 0,36$ ммоль/л), так как опасность гипогликемии во время анестезии выше, чем опасность высокой гипергликемии. Премедикация у больных ограничивалась умеренными дозами