

ниже, чем в семьях контрольной группы, что свидетельствует о неадаптивности семейной системы. Таким образом, выявленные нарушения могут служить мишенями психотерапии семей девиантных подростков.

### **ВЕРТЕБРОГЕННЫЙ СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*Т.В. Захматова, В.В. Щедренок,  
К.И. Себелев, О.В. Могучая*

РНИ нейрохирургический институт  
им. проф. А.А. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

Е-mail авторов: tvzakh@mail.ru

Цель исследования: на основе комплексного клинико-лучевого обследования разработать патогенетически обоснованную тактику лечения пациентов с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии (ПА).

Материал и методы.

Проведено обследование 106 пациентов с клиническими проявлениями синдрома ПА, включающее оценку неврологического статуса, выполнение функциональных спондилограмм, МРТ и СКТ позвоночника и спинного мозга, цветное дуплексное сканирование. При лучевом обследовании выполняли спондилометрию с измерением площади поперечного сечения канала ПА, выявляли причины костной (по данным СКТ) и мягкотканной (по данным МРТ) компрессии ПА. Методом дуплексного сканирования оценивали показатели линейной скорости кровотока (Vsist, TAMX), индексы периферического сопротивления (PI, RI) в четырех сегментах ПА (V1-V4) и основной артерии (ОА), а также объемную скорость кровотока в V1-V3 сегментах ПА. Исследование проводили по стандартной методике с применением ротационных проб.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных преобладали женщины – 66,2%, средний возраст составил 50±4,6 лет. У большинства пациентов наблюдался полиморфизм клинических проявлений, связанный с особенностями иннервации ПА: боль в шейно-затылочной области с иррадиацией в лобную, височную области и глазные яблоки, головные боли вегетативно-сосудистого и склеротомного характера, кохлео-вестибулярные, зрительные, вегетативные и координаторные нарушения. Морфологическим субстратом вертеброгенных влияний были унковертебральный артроз, подвывих межпозвоночных суставов по Ковачу и нестабильность ПДС. При цветовом дуплексном сканировании в 73% случаев выявлены деформации хода ПА на протяжении костного канала: угловые деформации, С, S, V-образные извитости (преимущественно на уровне С4-С5-С6-

позвонок), приводившие к локальным гемодинамическим сдвигам в виде ускорения скоростных показателей от 25 до 50% от исходной скорости кровотока при входе в костный канал. Снижение объемной скорости кровотока в V3 сегменте ПА и системный дефицит кровотока (снижение линейной скорости кровотока в V4-сегменте ПА и ОА) наблюдали в единичных случаях (6%). В связи с этим в патогенезе синдрома ПА можно предположить ведущую роль ирритативного механизма, а значение компрессионных механизмов не столько в сдавлении артерии и снижении кровотока, сколько в изменении ее просвета за счет дислокации и ангуляции, в воздействии на иннервирующее ее сплетение. Поэтому в лечении больных с синдромом ПА наряду с традиционной консервативной терапией были применены пункционные методы воздействия (72% случаев): блокады ПА, звездчатого узла, нижней косой мышцы головы, дерещепция межпозвоночных дисков и дугоотростчатых суставов, которые позволили получить более быстрый и стойкий положительный лечебный эффект.

Выводы.

Эффективность комплексного лечения больных с синдромом ПА обусловлена патогенетически обоснованными механизмами лечебного воздействия на иннервирующее ее сплетение, звездчатый узел, миофасциальные структуры и дегенеративно измененный позвоночно-двигательный сегмент. При традиционной консервативной терапии частичный регресс неврологической симптоматики наблюдался в 53% случаев, полный регресс – у 25% пациентов, при применении пункционных методов лечения в 26% и 74% случаев соответственно.

Пункционное лечение синдрома позвоночной артерии должно занять достойное место в арсенале нейрохирурга и невролога.

### **СУИЦИДЫ НА ЮГЕ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2009-2010 гг.**

*П.Б. Зотов, П.В. Кузнецов,  
О.В. Юшкова, И.Е. Десятова*

Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия  
Тюменская ОКПБ, г. Тюмень, Россия  
ОКБВА, г. Тюмень, Россия

Е-mail авторов: sibir@sibtel.ru

В 2009 году на Юге Тюменской области зарегистрировано 508 случаев самоубийств (37,9 на 100000 населения), в 2010 году – 518 (38,7 на 100000 населения). Большинство суицидентов предпочли самоповешение – 86,8% в 2009 г., 83,6% – в 2010 году. На втором месте по частоте оказался самострел – 5,3% в 2009 г., 7,9% – в 2010 году. На третьем – самоотравление – 3,9% в 2009 г., 4,6% – в 2010 году.

Предлагается система регистрации и учёта суицидальных действий – суицидологический регистр.

*Ключевые слова:* суицид, суицидальное поведение, суицидологический регистр, Тюмень, Западная Сибирь.

Тюменская область в сравнении со многими регионами России является достаточно благополучной по ряду ведущих экономических и социальных показателей. Тем не менее, стандартизованные показатели суицидальной активности значительно превышают уровень, оцениваемый экспертами ВОЗ, как критический (выше 20 случаев на 100000 населения): 2004 г. – 32,1; 2005 г. – 34,3; 2006 г. – 28,4; 2007 г. – 27,6; 2008 – 38,4; 2009 – 37,9; 2010 г. – 38,7.

Ежегодно в Тюменской области с населением 3,2 млн человек регистрируется около 1100-1200 завершённых случаев самоубийств (в Российской Федерации – более 50 тысяч). При этом распределение между Северными автономными округами (Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий) и Югом Тюменской области примерно одинаков – 50 на 50%.

В 2009 году на Юге области было зарегистрировано 508 случаев завершённых самоубийств (37,9 на 100000 населения), в 2010 году – 518 суицидов (38,7 на 100000 населения). Для сравнения: в предыдущие годы эти показатели были несколько выше. На рис. 1 можно отметить четкий положительный тренд снижения числа суицидов, начиная с 2005 года.

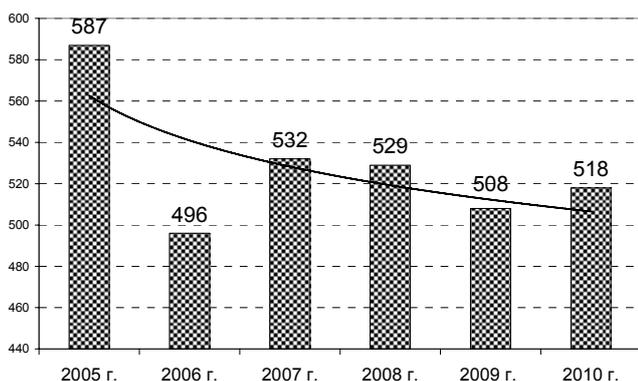


Рис. 1. Число самоубийств на юге Тюменской области в 2005-2010 гг. (абс.).

Гендерные различия среди суицидентов не претерпели значительных изменений. Как и в предыдущие годы на одну погибшую женщину пришлось 4-4,2 мужчины, что в целом отражает общероссийскую и мировую тенденцию.

На городское население (гг. Тюмень, Тобольск, Ишим) пришлось в 2009 году 34,8% случаев завершённых суицидов, в 2010 году – 41,5%.

Важным показателем является способ суицида (табл. 1).

Таблица 1

Способы зарегистрированных самоубийств на Юге Тюменской области в 2009-2010 гг..

| Способ суицида          | 2009 |       | 2010 |       |
|-------------------------|------|-------|------|-------|
| Самоповешение (X70)     | 441  | 86,8  | 433  | 83,6  |
| Самострел (X74)         | 27   | 5,3   | 41   | 7,9   |
| Самоотравление (X60-67) | 20   | 3,9   | 24   | 4,6   |
| Самопорезы (X78)        | 13   | 2,6   | 13   | 2,5   |
| Падение с высоты (X80)  | 5    | 1,0   | 3    | 0,6   |
| Утопления (X71)         | 1    | 0,2   | --   | --    |
| Другие                  | 1    | 0,2   | 4    | 0,8   |
| Итого:                  | 508  | 100,0 | 518  | 100,0 |

Проведенный анализ показал, что среди зарегистрированных случаев самоубийств в Тюменской области подавляющее большинство суицидентов предпочли самоповешение – 86,8% в 2009 г., 83,6% – в 2010 году. На втором месте по частоте оказался самострел – 5,3% в 2009 г., 7,9% – в 2010 году. На третьем – самоотравление – 3,9% в 2009 г., 4,6% – в 2010 году.

Из приведенных данных обращает внимание высокая частота самоповешений при одновременном снижении доли самоотравлений. Эти цифры, надо полагать, не совсем точно отражают реальную ситуацию, а, как показывает практика, могут быть следствием недостаточного учета. Например, отнесение случаев гибели людей к другим категориям: «прочие случаи отравления», «случайные отравления алкоголем, наркотиками» и др. С этих позиций так же интересна для суицидологического анализа и группа учета «повреждения с неопределёнными намерениями». Сравнение числа суицидов с количеством зарегистрированных случаев в этой категории в течение 2005-2010 гг. дает практически стабильное соотношение 1 к 0,8. Практический опыт свидетельствует о том, что нередко в эту группу относят и лиц, совершивших самоубийство. Однако отсутствие должного анализа каждого случая насильственной смерти человека затрудняет статистам отнести его к конкретной категории.

В целом, подводя итог анализу суицидогенной ситуации, можно сделать вывод о том, что уровень самоубийств на Юге Тюменской области последние годы остается достаточно высоким, хотя отмечается положительный тренд снижения. Тем не менее такая ситуация в регионе, безусловно, требует поиска путей снижения смертности, тем более, что гибель от самоубийств – это потенциально регулируемый показатель, поддающийся влиянию не только социально-экономических, но и медицинских, психологических факторов.

С целью снижения смертности от самоубийства, а так же повышения качества помощи лицам с суицидальным поведением в Тюменской области нами в 2010-2011 г. нами была разработана и предложена для внедрения в практическое здравоохранение организационная модель Центра суицидальной профилактики. Помимо службы «Телефон доверия», кабинетов социально-психологической помощи и кризисного стационара в структуре данного Центра нами было предложено в качестве инновационного направления создание Суицидологического регистра, позволяющего осуществлять регистрацию и учет суицидоопасного контингента, а так же контроль эффективности проводимых превентивных и лечебных мероприятий.

На наш взгляд, основным принципом работы регистра является учет не просто случаев суицидальных действий, а учет и внесение в электронную базу персонализированных данных, включающих основные социальные категории каждого суицидента, характеристики совершенных суицидальных действий и др. Персонализированные данные при сопоставлении их с существующими сегодня регистрами различных нозологических форм, а так же отдельных режимных контингентов (сотрудники милиции, военные, лица,

содержащиеся под стражей и др.) позволит оценить их суицидальную активность и определить возможные направления профилактики и лечебной помощи.

Для формализации системы регистрации и учета была разработана первичная документация («Талон первичной регистрации суицидальной попытки», «Талон уточненной регистрации суицидальной попытки» и др.), которая помимо получения статистических данных, позволяет определить необходимый объем работы, требуемый от специалистов всех уровней медицинской помощи.

С марта 2012 г. провидится регистрация и учет случаев суицидальных действий на основе разработанной первичной документации. Первые месяцы работы регистра свидетельствуют о том, что предложенная система повысила эффективность выявления лиц с суицидальным поведением. Можно надеяться, что своевременно оказываемая помощь этим людям позволит снизить смертность от самоубийств в регионе.

### **АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

*Т.А. Каурова, О.В. Могучая, В.В. Щедренок*

РНИ нейрохирургический институт  
им. проф. А.А. Поленова, Санкт-Петербург, Россия

E-mail авторов: kaurova.tanya@mail.ru

Неудачные результаты хирургического лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП) с рецидивированием болевого синдрома обусловили появление термина «синдром неудачно оперированного позвоночника», причины возникновения и развития этой нозологической формы многие авторы связывают с дефектами лечебно-диагностического процесса.

Цель исследования: оценить качество медицинской помощи пациентам с ДДЗП в стационарах Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Работа основана на анализе обследования и хирургического лечения 511 пациентов с ДДЗП, находившихся на лечении в стационарах Санкт-Петербурга на протяжении 2008-2011 гг. Оценка качества медицинской помощи (КМП) осуществлялась с использованием Автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи. Согласно рекомендациям экспертного бюро ВОЗ компонентами КМП являются: выполнение медицинских технологий, риск для пациента, оптимальность использования ресурсов, удовлетворенность потребителей медицинской помощи. Врачебная ошибка (ВО) – это неправильное действие врача, которое способствовало или могло способствовать нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению или сохранению риска прогресси-

рования имеющегося у пациента заболевания, возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов медицины и неудовлетворенности потребителей медицинской помощи. ВО классифицируются на классы в зависимости от значимости их негативных последствий для состояния компонентов КМП: I класс – для процесса, оценки процесса оказания помощи, оценки потребности в ресурсах здравоохранения, II класс – для оптимальности использования ресурсов, III и IV класс – для состояния пациентов (при отсутствии и наличии последствий для ресурсов соответственно), V и VI класс – для социальных ресурсов (при отсутствии и наличии последствий для ресурсов здравоохранения соответственно).

Результаты исследования. Анализ результатов исследования КМП пациентам с ДДЗП показал, что только в 14% случаев медицинская помощь была надлежащего качества. ВО I класса составили 13,7%, II класса – 53,8%, III-IV класса – 8,2% и V класса – 3,9%. Преобладали ВО на этапе сбора информации (37%), в основном они заключались в неполном обследовании пациентов перед операцией (невыполнение функциональных спондилограмм, СКТ, МР-миелографии при рубцовых процессах, исследований позвоночной артерии при вертебробазиллярной недостаточности, контрольных исследований после операции). Реже допускались ВО на этапе лечения (29%), они включали замечания по документальному оформлению операции, обоснованию хирургической тактики, проведению хирургического вмешательства (невыполненная стабилизация позвоночника, неполная декомпрессия нервно-сосудистых структур, неполная санация очага ДДЗП). На этапе постановки диагноза ВО (21%) заключались в отсутствии в диагнозе имевших место нестабильности, стеноза позвоночного канала, клинически значимых грыж дисков на соседних уровнях, спондилоартроза. На этапе преемственности ВО составили 13% и, как правило, были связаны с отсутствием рекомендаций дальнейшего послеоперационного обследования.

Заключение. Медицинская помощь пациентам с ДДЗП имеет надлежащее качество только в 14% случаев. Подавляющее большинство ВО связано с неоптимальным использованием ресурсов здравоохранения при диагностике заболеваний, из чего проистекают ошибки на этапе лечения пациентов. Автоматизированная технология экспертизы КМП позволяет выявить и систематизировать основные врачебные ошибки и дефекты на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

### **ДЕЛИКВЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Н.И. Куценко, С.А. Майер*

Тюменская ОКПБ, г. Тюмень, Россия