

В 2004 году число случаев временной нетрудоспособности составило 639, из них: пенсионеры МО – 438; члены семей офицеров ВС РФ – 160; гражданский персонал ВС РФ – 41. Среди причин временной нетрудоспособности оказались на первом месте болезни органов дыхания – 188 случаев, на втором – болезни органов кровообращения (165 случаев), на третьем – болезни нервной системы (97 случаев). На долю этих заболеваний приходится 70% всех причин временной нетрудоспособности.

Среди болезней органов дыхания преобладают острые респираторные заболевания и бронхиты, составляющие 43% от всех заболеваний органов дыхания. Среди мужчин наибольшее число заболеваний приходится на возраст 45-55, у женщин 40-50 лет.

Среди болезней органов кровообращения основную массу составляют: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни. По числу дней временной нетрудоспособности эти болезни находятся на первом месте. На их долю приходится 26% от всех дней нетрудоспособности. Среднее число дней временной нетрудоспособности по болезням органов кровообращения составило 18 дней. Пик этих заболеваний у мужчин приходится на возраст от 50 до 60 лет, у женщин – 60 лет и более. Среди болезней нервной системы преобладают болезни периферической нервной системы. Среднее число дней нетрудоспособности по болезням периферической нервной системы составило 19 дней у мужчин и 15 дней у женщин. Половина случаев нетрудоспособности у мужчин приходится на возраст 45-50 лет, у женщин – 35-45 лет. Болезни органов пищеварения составили 9% от всех случаев временной нетрудоспособности, среднее число дней временной нетрудоспособности у мужчин 16, у женщин – 24 дня. 55% случаев временной нетрудоспособности приходится на мужчин в возрасте 50-60 лет и старше. Среди заболеваний органов пищеварения 26% составили заболевания печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, в основном у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. Число случаев временной нетрудоспособности по болезням костно-мышечной системы и травмам составляют соответственно 5 и 6% от общего числа случаев. Среди травм преобладают травмы костей верхних и нижних конечностей. Типичными ошибками при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, являются превышение ее сроков и несвоевременное представление с задержкой на 1-2 дня на клинико-экспертную комиссию для продления сроков лечения.

Проведенный анализ организационно-управляющего обеспечения деятельности 1029 ЦВГ ВДВ свидетельствует об осуществлении его персоналом оказания современной лечебно-реабилитационной помощи различным контингентам военнослужащих, проходящих службу в регионе, а также членам их семей и пенсионерам Министерства обороны РФ.

УДК 641.1

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В СТАЦИОНАРЕ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

В.И. ДАИЛЬНЕВ, Р.В. СОШНИКОВ*

Цель работы – изучение работы кардиологического отделения Центрального военного госпиталя Воздушно-десантных войск (ЦВГ ВДВ), расположенного на территории города Тулы. При анализе работы отделения использованы основные показатели, отраженные в статистической отчетности за 2002-2004 гг. В первую очередь было рассмотрено распределение выбывших больных с определенным исходом (табл. 1). Число законченных случаев в абсолютных показателях за 2004 г. составило 360, уменьшившись в 1,08 раза по сравнению с 2003 г. (389).

Анализируя структуру больных, отметим рост доли членов семей военнослужащих до 9,17% (в 2003 г. 4,88%). Произошло некоторое увеличение (в 1,15 раза) доли пенсионеров МО до 38,89% (в 2003 г. – 33,93%), хотя они и остаются основным контингентом лечившихся в отделении больных. С 22,11% в 2003 г. до 25,55% в 2004 г. увеличилась доля военнослужащих МО по

контракту, а по призыву уменьшилась – с 18,77 до 17,22%. Удельный вес лечившихся в отделении военнослужащих МО других министерств (МВД, МЧС, ФСО) по договорам, заключенным с МО, составила 6,67%. В структуре нозологических форм преобладают заболевания, сопровождающиеся ростом артериального давления, и ишемическая болезнь сердца (табл. 2).

Таблица 1

Показатели численности различных контингентов больных, выбывших с определенным исходом за 2002 – 2004 гг. (в абс. числах и %)

Обслуживаемый контингент	2004		2003		2002	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Военнослужащие РА по призыву	62	17,22	73	18,77	47	13,90
Военнослужащие РА по контракту	92	25,55	86	22,11	82	24,26
Военнослужащие других ведомств	24	6,67	79	20,31	30	8,87
Пенсионеры МО	140	38,89	132	33,93	151	44,67
Члены семей в/служащих	33	9,17	19	4,88	28	8,28

Таблица 2

Динамика основных заболеваний органов кровообращения в 2002 – 2004 гг. (в %)

Название болезней органов кровообращения	2002	2003	2004
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	19,1	15,5	28,3
Ишемическая болезнь сердца	44,1	41,3	44,2

В ходе работы нами изучены исходы и средняя длительность лечения больных. У военнослужащих по призыву довольно часто обнаруживались: нейроциркуляторная астенция – 26 случаев (41,9%), средний койко-день составил 19,1 (в 2003 г. – 26 (38,6%), средний койко-день – 16,9); первичный пролапс митрального клапана – 26 случаев (41,9%), ср. койко-день – 17,8 (в 2003 г. – 33 (70,2%), ср. койко-день 20,2); миокардит – 1 случай (1,6%), ср. койко-день – 73,0 (в 2003 г. – 2 (2,6%), ср. койко-день – 25,0). Военнослужащие по контракту более всего страдали гипертонической болезнью – 54 случаев (58,3%), ср. койко-день – 14,8 (в 2003 г. – 48 случаев (60,3%), ср. койко-день – 15,1), ишемической болезнью сердца – 17 случаев (18,5%), ср. койко-день – 18,8 (в 2003 г. – 16 случаев (19,8%), ср. койко-день – 14,5), миокардитами – 3 случая (3,3%), ср. койко-день – 33,3 (в 2003 г. – 1 случай (1,2%), средний койко-день – 27,0).

Пенсионеры Министерства обороны поступали в госпиталь с диагнозами: ишемическая болезнь сердца – 97 случаев. (66,9%), средний койко-день – 14,4 (в 2003 г. – 105 случаев. (72,9%), средний койко-день – 9,4); инфаркты миокарда – 10 случаев (6,9%), средний койко-день – 24,1 (в 2003 г. – 12 случаев (12,7%), средний койко-день – 12,4); гипертоническая болезнь – 28 случаев (19,3%), средний койко-день – 14,2 (в 2003 г. – 26 случаев (18,1%), средний койко-день – 18,3). Члены семей военнослужащих поступали на лечение с диагнозами: ишемическая болезнь сердца – 19 случаев. (57,6%), средний койко-день – 15,8 (в 2003 г. – 19 случаев. (76,3%), средний койко-день – 15,9); гипертоническая болезнь – 12 случаев (36,4%), средний койко-день – 16,2 (в 2003 г. – 5 случаев (26,3%), средний койко-день – 12,3).

Среди военнослужащих федеральных органов иных ведомств, в которых предусмотрена военная служба, регистрировались следующие заболевания: нейроциркуляторная астенция – 7 случаев (25,9%), средний койко-день – 16,4 (в 2003 г. – 18 случаев (26,9%), средний койко-день – 17,5); первичный пролапс митрального клапана – 11 случаев (40,7%), средний койко-день – 12,6 (в 2003 году – 26 случаев (38,8%), средний койко-день – 16,8); гипертоническая болезнь – 6 случаев (26,0%), средний койко-день – 11,2 (в 2003 году – 6 случаев (9,0%), средний койко-день – 15,5). Показатели сроков госпитализации пациентов в зависимости от нозологической формы заболевания см. в табл. 3.

Средние строки лечения по номенклатуре класса «Болезни системы кровообращения» во всех категориях больных не превышают ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10), рекомендованные фондом социального страхования РФ (письмо от 01.09.2000 г № 02-18/10-6766), и в целом по ВС РФ. Что касается сроков госпитализации и установления окончательного кардиологического диагноза у больных военнослужащих, то в 78% случаев они по поводу инфаркта

* ЦВГ ВДВ, г. Тула

миокарда поступали в стационар в первые сутки, в 22% случаев – на 2-е сутки. По комплексу клинико-лабораторных признаков в эти же сроки устанавливался диагноз инфаркта миокарда.

Сопоставим диагнозы направления и диагнозы, установленные в ЛПУ. Анализ этих показателей позволяет говорить о том, что в 20% случаев допускаются ошибки в диагностике гипертонической болезни за счет маскировки болевого синдрома при росте артериального давления. Подобного вида диагностические ошибки отмечены и при ишемической болезни.

Таблица 3

Сравнительные показатели средних сроков лечения пациентов кардиологического отделения по отдельным нозологиям за 2002–2004 гг. (в днях)

Нозологические формы	2002	2003	2004	ВС РФ 2002 г.		ЦВГ видов ВС РФ и родов войск 2002 г.	
				по призы- ву	по кон- трак- ту	по призыву	по кон- тракту
Ревматизм активный	15	-	40	38,8	22,8	43,0	30,3
Гипертоническая болезнь	15,4	15,4	14,2	17,2	17,9	22,7	17,9
Инфаркт миокарда	19,7	22,4	24,6	-	28,6	-	36,1
Другие формы ИБС	14,8	10,5	14,5	17,5	18,4	33,0	18,7
ИПД	15,1	10	10,4	-	-	-	-
Другие болезни ССС (миокардиты, пролапс, миокардиодистрофии, кардиомиопатии).	19,8	18,7	22,1	-	-	-	-
Артриты, б-нь Бехтере- ва	19	21,7	16,8	-	-	-	-
В среднем по отде- лению	16,5	16,9	16,3	19,0	17,6	21,0	17,7-

Достоверно диагноз устанавливался после электрокардиографического и биохимического обследования пациента, проведения нагрузочных тестов, что невозможно осуществить в воинских частях на догоспитальном этапе. Основным дефектом догоспитального периода является поздняя госпитализация (67,6% случаев) вследствие неполноценного обследования и объективных трудностей диагностики на данном этапе. Пациенты кардиологического отделения проходили в обязательном порядке медицинскую реабилитацию. Реабилитационное лечение больных, перенесших инфаркт миокарда, шло на базе реабилитационных центров больницы № 2 и МСЧ № 4 города Тулы, в ряде случаев – на базе санатория «Слободка». Лицам, находящимся на лечении по поводу обострения хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, реабилитация велась на фоне базовой терапии с привлечением специалистов отделения с использованием лечебной физкультуры и физиотерапевтических методик.

В кардиологическом отделении ЦВГ ВДВ на современном уровне эффективно и качественно выполняются: оказание квалифицированной и специализированной кардиологической помощи персоналу Тульского гарнизона; стационарное лечение военнослужащих, состоящих на действительной военной службе; военнослужащих, находящихся в запасе или в отставке, а также членов их семей; оказание амбулаторной помощи обеспечиваемому контингенту; медицинское освидетельствование лиц, находящихся на лечении в отделении; оказание методической и практической помощи медицинской службе частей ВДВ и гарнизона в организации и проведении диспансерной, профилактической и лечебно-диагностической работы; проведение мероприятий по повышению профессиональной подготовки войсковых врачей и среднего медицинского персонала на базе отделения.

В отделении внедрены и используются современные методы исследования и лечения, в том числе: холтеровское мониторирование артериального давления; мониторное наблюдение за больными в тяжелом состоянии; эхокардиографическое исследование сердечно-сосудистой системы в динамике; диагностическая ЧПЭКС; радиоизотопные методы исследования при заболеваниях почек, щитовидной железы, печени на базе Тульской областной больницы; в/в дозированное введение нитропрепаратов; применение новых групп лекарственных препаратов: ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов, холестеринснижающих средства) и др.; применение в лечении больных с забо-

леваниями системы кровообращения и системными заболеваниями соединительной ткани лазеротерапии, акупунктуры, фитотерапии, гомеопатии; отбор больных для проведения оперативного лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы: постановка искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование, протезирование клапанов сердца и др. в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко и 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневецкого

В то же время для перспективного развития кардиологического отделения госпиталя необходимо: более расширенно использовать лабораторную диагностику инфарктов миокарда; приобрести систему суточного холтеровского мониторирования.

УДК 614.8

ДИНАМИКА ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА В ЗОНЕ КУРСКОЙ МАГНИТНОЙ АНОМАЛИИ И ДЕЙСТВИЕ КОСМОФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

А.В. ХРАМОВ, В.Ю. СЕРПОВ, О.И. ШУМИЛОВ, А.С. СТЕПАНОВА*

Территория Курской магнитной аномалии (КМА) является прекрасным естественным полигоном для проверки версии о степени влияния разного уровня напряженности магнитного поля на человека [2]. К настоящему времени имеется только одно убедительное сообщение о неблагоприятном влиянии магнитного поля в зоне КМА на здоровье людей [1].

Цель работы – изучение влияния гелиогеофизических факторов на динамику производственного травматизма в зоне КМА.

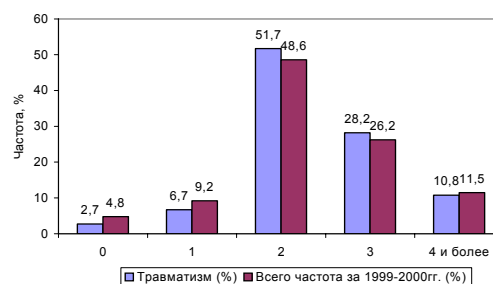


Рис. 1. Частота суточных значений К-индекса при производственных травмах в зоне КМ

Динамика производственного травматизма была исследована в 1995–2000 гг. в Белгородской области, на территории которой находится большинство зон с аномально высоким геомагнитным полем. Статистические данные по производственному травматизму были любезно предоставлены Белгородской областной инспекцией труда. Контроль составили 835 случаев производственного травматизма по Калининградской области. Исследование корреляционной зависимости динамики производственного травматизма от планетарного К-индекса показало отсутствие значимой статистической взаимосвязи ($r=0,113$, $P=0,26$). Данные о производственном травматизме в 1999 и 2000 годы (513 случаев) были сопоставлены также с суточными и 3- часовыми значениями К-индекса геомагнитной активности. За каждый исследуемый год (1999 и 2000) были получены положительные результаты с суточными значениями К-индекса ($r=0,327$, $P=0,002$ и $r=0,256$, $P=0,015$). Уровень выявленной взаимосвязи не высок, но достоверен, а если учесть ограниченное число наблюдений, то результаты представляются вполне удовлетворительными.

Коэффициент корреляции между травматизмом в Калининградской области и К-индексом был менее 0,1.

На рис. 1 отражена частота средних суточных значений К-индекса в дни производственных травм по Белгородской области. Низкие значения К-индекса при травмах (0–1) были обнаружены реже, чем в контроле (частота значений К-индекса за 1999–2000 гг.). Если при травмах эта величина в сумме составляла 9,4%, то в контроле – 14% ($P<0,05$). Однако частота высоких показателей К-индекса (≥ 4) в обоих случаях не различалась (10,8 и 11,5%).

* Балтийский государственный технический университет «Военмех»