

викальной стимуляции без преднапряжения у 95% обследованных выявлен рефлекторный полисиннаптический ответ. Зато при корковой стимуляции обнаружено не только уменьшение латентности ответов по сравнению с нормой ($17,82 \pm 0,44$ и $19,01 \pm 0,32$ мс соответственно; $P < 0,1$), но и ее асимметрия ($1,17 \pm 0,29$ и $0,38 \pm 0,12$ мс; $P < 0,05$). Асимметрия свидетельствует о локальном поражении центральной нервной системы, а небольшое снижение латентностей — о слабости тормозных процессов у этих пациентов.

Многие исследователи отмечают, что при пирамидных нарушениях выявляется склонность к повышению времени центрального проведения. Однако в обследованной группе, несмотря на четко определяемую патологию пирамидной системы у 100% обследованных, время центрального проведения практически не отличалось от нормы ($8,06 \pm 0,22$ и $8,08 \pm 0,16$ мс; $P > 0,1$), в то время как асимметрия времени центрального проведения была значительной ($1,12 \pm 0,24$ мс; в контроле — $0,27 \pm 0,09$; $P < 0,01$). Мы предполагаем, что увеличение времени центрального проведения у больных с сочетанием поражения пирамидной и экстрапирамидной систем нивелируется повышением возбудимости корковых и спинальных мотонейронов к стимуляции и отсутствием тормозных влияний экстрапирамидной системы на спинальные мотонейроны. Значительное увеличение времени центрального проведения характерно для демиелинизации как одного из механизмов поражения пирамидного тракта. Нормальные же величины времени центрального проведения моторного импульса у больных с МП свидетельствуют об отсутствии демиелинизации как причины пирамидных нарушений у больных этой группы.

УДК 616.517—06.616.72—002—031.13—085.246.2—085.835.3

В.Н. Коробков, Г.Г. Слепуха, И.Г. Яппаров, А.К. Саетгаров (Казань). Плазмаферез и гипербарическая оксигенация в лечении псориаза, осложненного полиартритом

Лечение псориаза (ПС) до настоящего времени остается одной из сложнейших задач практической медицины. Часто заболевание поражает лиц молодого и трудоспособного возраста, а сам процесс носит упорный и прогрессирующий характер, не поддающийся лечению традиционными методами. В основе ПС как системного заболевания лежат явления хронического неспецифического воспаления кожи с участками внутриклеточного отека, инфильтрации, нарушения микроциркуляторных и метаболических процессов. ПС характеризуется также нарушениями окислительных процессов в клетках кожи и в системе свободно-радикального окисления липидов. При изучении иммунного статуса у больных ПС выявлены нарушения состава циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), в частности иммуноглобулинов А, М, G, на фоне угнетения клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов.

Закономерно, что для достижения эффекта комплексного лечения ПС необходимо, чтобы отдельные компоненты лечебной программы могли положительно воздействовать на различные звенья и механизмы развития патологических процессов при данном заболевании. Известно, что плазмаферез (ПФ) при системных забо-

леваниях позволяет удалить с выводимой плазмой избыток ЦИК и добиться коррекции баланса иммуноглобулинов у больных ПС. При использовании ПФ достигается также удаление части эндогенных токсинов, что положительно влияет, в свою очередь, на обменные процессы в организме.

Лечебные эффекты гипербарооксигенотерапии (ГБО) обуславливают нормализацию окислительных и метаболических процессов, снижение процессов перекисного окисления липидов, улучшение микроциркуляции и иммунных реакций организма.

Мы полагаем, что увеличение лечебного эффекта при ПС возможно при сочетании используемых методов ПФ и ГБО.

На базе 7-й городской больницы г. Казани на лечении находились 18 больных ПС, осложненным псориатическим полиартритом. Возраст больных варьировал от 32 до 56 лет. Длительность заболевания составляла 5—19 лет. Область локализации кожных проявлений распространялась на верхние и нижние конечности, грудь, живот, спину. Явления полиартрита выражались ноющими болями в коленных, голеностопных и тазобедренных суставах и их умеренной отечностью в периоды обострений. Как правило, все больные отмечали повышение активности псориатического процесса в зимний период и ее уменьшение в летний.

ПФ проводили с помощью отечественных плазмафильтров. Процедуру выполняли по однотипной схеме безаппаратным методом, при которой из кубитальной вены кровь самотеком поступала в пластиковый контейнер. В него добавляли раствор гепарина (на сеанс — 10—15 тыс. ед.) и цитрат натрия (на сеанс — 150 мл) для стабилизации эксфузированной крови. За один сеанс ПФ извлекали 1000—1200 мл плазмы больного в течение 2 часов. Разделение крови на плазму и форменные элементы выполняли при помощи полупроницаемых мембран. Вместо удаленной плазмы больному внутривенно капельно вводили 800—1200 мл физиологического раствора. Всего было проведено 4 сеанса ПФ по одному в день. Во время и после ПФ каких-либо нарушений в состоянии больных не наблюдалось. Гемодинамические показатели оставались в пределах нормы.

ГБО проводили курсом по 10 сеансов, ежедневно по одному сеансу в режиме 1,6—1,7 ата до 50 минут в барокамере БЛКС-301. Состояние больных при проведении ГБО оставалось вполне удовлетворительным. Обычно отмечаемое побочное действие в виде заложенности в ушах прекращалось самостоятельно в течение часа после окончания ГБО. Каких-либо осложнений при использовании ГБО не возникало.

По результатам комплексного применения ПФ и ГБО все больные были разделены на три группы. В 1-ю группу вошли 6 пациентов, у которых были получены хорошие результаты, выражавшиеся в полном устранении кожных проявлений ПС и болей в суставах. Продолжительность заболевания у больных этой группы составляла 5—7 лет. Подобный эффект за время болезни был отмечен впервые. Ремиссия длилась 12—18 месяцев. 2-ю группу больных составили 5 пациентов с удовлетворительными результатами лечения: прекращались суставные боли, уменьшались или исчезали отеки мягких тканей в области коленных и голеностопных суставов. Кожные проявления ПС тоже уменьшались, а некоторые псориатические “бляшки” исчезали полностью. Ремиссия продол-

жалась 5—7 месяцев. Длительность же заболевания у больных данной группы варьировала от 8 до 12 лет. В 3-й группе было 7 больных, у которых в результате лечения кожные и суставные проявления ПС оставались без изменений. Продолжительность заболевания составляла 12—16 лет, а процесс носил особенно упорный характер.

Таким образом, лечение ПС остается трудной проблемой. Применение ПФ в комбинации с ГБО позволило получить хорошие результаты у 33,3% больных с ремиссией до 12—18 месяцев, что дает основание надеяться на перспективность данного метода лечения псориаза.

УДК 616—05—073.48:658.386.3

Е.Т. Сагдеева (Казань). Организационные и методические основы повышения качества работы врача ультразвуковой диагностики

Качество оказания медицинской помощи зависит от комплекса факторов, характеризующих многие стороны деятельности врача — медико-биологические, социально-гигиенические, производственные и др. Целью настоящей работы было математическое описание влияния на деятельность врача ультразвуковой диагностики неблагоприятных факторов с построением модели повышения качества его работы.

На первом этапе оценивалось влияние социально-гигиенических, медико-биологических, производственных факторов на трудовую деятельность и качество работы врачей ультразвуковой диагностики. По специально разработанной карте была изучена деятельность 220 специалистов, ведущих прием в лечебно-профилактических учреждениях Казани, Набережных Челнов, Альметьевска, Нижнекамска, Йошкар-Олы, Чебоксар. По результатам исследования с помощью многофакторного дисперсионного анализа были выделены ведущие факторы, влияющие на качество оказания диагностической помощи. Из социально-гигиенического комплекса факторов основными являлись низкий материальный уровень врача ($\eta^2=28,9\%$; $P<0,001$), неудовлетворительные жилищно-бытовые условия ($\eta^2=24,9\%$; $P<0,001$). Среди медико-биологических факторов ведущими оказались различные перенесенные заболевания ($\eta^2=54,9\%$; $P<0,001$), а также болезни, связанные с работой на ультразвуковом аппарате ($\eta^2=2,8\%$; $P<0,05$). Из поведенческих факторов значимыми были сочетание отрицательное действие курения и употребления алкоголя ($\eta^2=12,4\%$; $P<0,001$). Из производственных факторов выделены низкий уровень организации диагностического процесса ($\eta^2=24,3\%$; $P<0,001$), превышение нормативов рабочей нагрузки врача ($\eta^2=20,2\%$; $P<0,001$), неудовлетворительная оснащенность диагностической аппаратурой ($\eta^2=16,2\%$; $P<0,001$), низкое материально-техническое обеспечение ($\eta^2=14,1\%$; $P<0,001$), отсутствие преемственности между лечебной и диагностической службами ($\eta^2=13,2\%$; $P<0,001$).

На втором этапе было проведено социологическое изучение мнения 1240 пациентов, прошедших ультразвуковое исследование, относительно удовлетворенности качеством оказания специализированной диагностической помощи. Негативными факторами оказались низкая информированность населения о деятельности врача ультразвуковой диагностики, малая доступность проведения данного вида исследования.

На третьем этапе была осуществлена экспертная оценка деятельности врачей ультразвуковой диагностики по разработанным стандартам, результатам хронометража медицинских технологий, анализу медицинской документации. В качестве организационных дефектов в работе специалистов нами выделены отсутствие организационно-правовой документации (3,2%), низкая обеспеченность специализированной литературой (14,1%); в работе не использовались прогрессивные технологии (6,8%).

Оценка ресурсного обеспечения выявила следующие недостатки: 10,5% врачей работали в кабинетах, не соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; обеспеченность диагностической аппаратурой составила 57,7%; 32,8% специалистов не были в достаточной степени обеспечены медицинским имуществом.

Изучение профессионального уровня врачей показало, что 4,6% из них работали без специализированной подготовки, 42,7% не имели квалификационной категории, 15,7% — не были охвачены программами повышения квалификации.

При экспертной оценке качества и результативности деятельности врачей было установлено, что у 26,8% специалистов отсутствовали стандартные протоколы исследований; заключения не соответствовали окончательным диагнозам в 4,1% случаев.

Полученные данные и их многофакторный математический анализ позволили разработать мероприятия по устранению (ослаблению) неблагоприятных факторов, влияющих на качество работы врача ультразвуковой диагностики. Соответствовали ведущим факторам риска и их градациям.

Эффективность проводимых мероприятий изучали в течение двух лет в лечебно-профилактических учреждениях. Под наблюдением находились 83 врача ультразвуковой диагностики (44 чел. — основная группа и 39 чел. — контрольная). При реализации мероприятий в основной группе общее количество неблагоприятных факторов за 24 месяца наблюдений снизилось до 146 (исходное количество — 326), что составило 3,3 фактора на одного обследованного (исходное количество — 7,4). В контрольной группе общее количество негативных факторов за это же время уменьшилось с 285 лишь до 266, что составило 0,5 фактора на одного обследованного.

На основании результатов настоящей работы мы предлагаем алгоритм мероприятий по оптимизации качества работы врачей ультразвуковой диагностики, состоящий из следующих этапов:

- изучение влияния комплекса медико-социальных и производственных факторов на качество работы врача ультразвуковой диагностики;
- опрос мнения населения о качестве оказания специализированной диагностической помощи;
- экспертная оценка деятельности специалистов в соответствии с медицинскими стандартами;
- разработка мероприятий по устранению (ослаблению) неблагоприятных факторов и дефектов в работе врачей ультразвуковой диагностики;

Поэтапная реализация этих мероприятий позволит рационально управлять качеством оказания диагностической помощи населению.