1. Наличие ожирения у мужчин с артериальной гипертензией повышает вероятность возникновения одиночных и парных наджелудочковых экстрасистол, пробежек наджелудочковой тахикардии, желудочковых экстрасистол.

2. Вероятность нарушений ритма у мужчин с артериальной гипертензией и ожирением усиливается при их сочетании с гипертрофией левого желудочка, ИБС, стенокардией, курением, антропометрическими данными (индекс массы тела, окружность талии).

Список литературы:

1. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Целиковская А.Л. Ожирение и сердечно–сосудистые заболевания // Тер. Архив. – 2001. – № 8. – С. 69–72.

2. Глуховский М.Л. Метаболический синдром и аритмии сердца: автореферат диссертации доктора мед. наук. Воронеж. – 2012. – 48с.

3. Дедов И.И., Александров А.А., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Русский медицинский журнал. - 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935

4. Джанашия П.Х., Шлык С. В., Шевченко Н. М. Экстрасистолия: клиническое значение, диагностика и лечение // Лечащий врач. – 2007. - №3. - С. 8-11.

5. Потешкина Н.Г. Структурно-функциональное ремоделирование миокарда и прогнозирование аритмий у больных артериальной гипертонией / Н.Г. Потешкина, П.Х. Джанашия // Артериальная гипертензия. – 2005. – Т. 11. – № 4.

6. Calle E.E.,Thun M.J., Petrelli J.M. et al. Body–mass index and mortality in prospective cohort of US adults // N. Engl. J. Med. – 1999. – V. 341. – P. 1097–1110.

7. De Divitiis O., Fazio S., Petitto M. et al. Obesity and cardiac function // Circulation. – 1981. – V. 64. – P. 477–489.

8. Garrison R.J., Higgins M.W, Kannel W.B. Obesity and coronary heart disease // Curr. Opin. Lipidol. – 1996. – V. 7. – P. 199–202.

9. Gottdiener J.S., Reda D.J., Materson B.J. et al. Importance of obesity, race and age to the cardiac structural and functional effects of hypertension // J. Am. Coll. Card. – 1994. – V. 24. – P. 1492–1498.

10. Hubert H.B., Feinleib M., McNamara P.T., Castell W.P. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26–year follow–up of participants of the Framingham Heart Study // Circulation. – 1983. – V. 67. – P. 968–977.

11. Manson J.E., Willet W.C., Stampfer M.J. et al. Body weight and mortality among women // N. Engl. J. Med. – 1995. – V. 333. – P. 677–685.

12. Poirier P., Eckel RH. The heart and obesity. In: Fuster V. Alexander RW, King S., et al // The Heart. New York, NY: McGraw–Hill. – 2000. – P. 2289–2303.

13. Ribero A.B., Zanella M.T. Ожирение как фактор риска развития сердечно–сосудистых осложнений // Международные направления в исследовании артериальной гипертензии. – 1999. – №. 9. – С. 7–9.

14. Umetani K., Kodama Y., Nakamura T. et al. High prevalence of paroxysmal atrial fibrillation and/or atrial flutter in metabolic syndrome // Circ J. – 2007. –V. 71. – P. 252-255.

15. Watanabe H., Tanabe N., Watanabe T. et al. Metabolic syndrome and risk of development of atrial fibrillation. The Niigata Preventive Medicine Study. // Circulation. – 2008. – V. 117. – P. 1255-1260.

16. Kokubo Y., Shimizu W., Kamakura S. et al. Obesity index and the risk of atrial fibrillation in an urban Japanese cohort: The Suita Study Epidemiology and Prevention of CV Disease: Physiology, Pharmacology and Lifestyle. Session Title: Epidemiology of Atrial Fibrillation // Circulation. – 2011. – 124

038. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Каленов В.А., Шильникова Н.Ф., Шабалина Л.Н., Макаров В.Ю.

Для предупреждения развития состояний дезадаптации и профилактики неблагоприятных отклонений в состоянии здоровья сотрудников внутренних дел, направленных для выполнения оперативно-служебных и служебно-боевых задач на территории Северокавказского региона Российской Федерации, в ведомственном здравоохранении применяется комплексный подход к охране здоровья. Этот подход включает организацию и проведение внеплановых медицинских осмотров (обследований) личного состава до и после направления в Северокавказский регион Российской Федерации, осуществление медико-психологической реабилитации нуждающихся сотрудников и военнослужащих по индивидуальным программам, что позволяет выявлять имеющиеся расстройства здоровья, а также оценить состояние адаптационных механизмов. В связи с этим актуальными являются исследования по оценке эффективности мероприятий медико-психологической профилактики и реабилитации в регионах. На территории Забайкальского края за период 2007-2011гг. из 726 обследованных по результатам внеплановых осмотров рекомендованы к участию в служебных командировках в Северо-кавказский регион 577 сотрудников, что составило 79,4% от общего числа обследованных. Распределение исследуемого контингента по годам наблюдений представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Нами в качестве объекта исследования определен контингент сотрудников органов внутренних дел Забайкальского края (437 человек) принимавших участие в выполнении служебно-боевых задач по обеспечению правопорядка и общественной безопасности на территории СКР. Исследование проводилось путем выкопировки данных из индивидуальных программ медико-психологической реабилитации за период с 2007 по 2011 год. По возрастному составу обследуемых преобладала возрастная группа от 25-30 лет, что составило 40,6% (182 человека); 20-25 лет - 19,3% (87 человек), 35-40 лет – 18,6% (84 человека); 30-35 лет - 14% (64 человека) 40 лет и старше – 4% (20 человек).

Результаты многочисленных исследований, включающие анализ показателей заболеваемости и функциональных нарушений среди личного состава органов внутренних дел, выполнявших служебно-боевые задачи в Северо-кавказском регионе выявили закономерности, обусловленные частотой (кратностью) продолжительностью пребывания в СКР. Динамика нарастания негативных тенденций среди личного состава от командирования к командированию указывает на неспособность многих участников самостоятельно справиться с последствиями боевого стресса и недостаточность принимаемых мер по медико-психологической реабилитации между выездами. В нашем исследовании распределение сотрудников по кратности командировок представлено следующим образом: 170 человек или 39% от общего контингента выезжали в командировки от 2 до 5 раз; следующая по частоте группа менее 2 командировок – 38% (166 человек); группа из 53 человек, составляющая 12,3% имели от 5 до 7 командировок; затем группа из 42 человек или 10,3% с частотой командировок от 7 до 10 и более 10 раз выезжали 6 человек - 1,3%. Таким образом, среди исследуемого контингента, преобладали лица в возрасте 20-30 лет с частотой командирования от 0 до 5.

Эффективность мероприятий по медико-психологической профилактике и реабилитации во многом зависит от качества и своевременности диагностики различных состояний сотрудников.

С целью раннего выявления предболезненных изменений в состоянии здоровья и нарушений адаптации перед направлением в командировку проведены внеплановые осмотры в центрах психофизиологической диагностики МСЧ. Программа внеплановых осмотров включала комплексные психодиагностические обследования, основная цель которых заключалась в выявлении лиц со сниженными функциональными резервами, нарушениями психической деятельности, имеющих факторы повышенного риска развития заболеваний, находящихся в состоянии психической дезадаптации. Кроме этого программа предусматривала формирование групп риска; выявление соматических заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями к осуществлению служебной деятельности, связанной с повышенным психическим и психоэмоциональным напряжением.

Внеплановый осмотр сотрудника считался законченным только после того, как завершены психодиагностическое обследование в ЦПД и медицинский осмотр в поликлинике, по результатам которых специалистами МСЧ установлены и внесены в амбулаторную карту диагноз, уровень здоровья, группа диспансерного наблюдения, оценена потребность в лечении, медико-психологической реабилитации, сделаны соответствующие назначения и даны рекомендации.

По данным комплексного психодиагностического обследования сотрудников, рекомендованных к участию в служебных командировках в Северо-кавказский регион определены уровни здоровья: I уровень - 70%, II уровень - 26,2%, III уровень - 3%. С учетом уровней здоровья сотрудники распределены по группам диспансерного наблюдения.

I группа – практически здоровые лица, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, что составило 32,7% от общего количества рекомендованных к участию в служебной командировке. С сотрудниками I группы проведены профилактические беседы о здоровом образе жизни, рекомендованы общеоздоровительные восстановительные мероприятия.

II группа – 35,5%, лица с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. По данным комплексного психодиагностического обследования в эту группу включены лица, имеющие второй («неспецифические пограничные отклонения в состоянии здоровья») и третий («предболезненные изменения в состоянии здоровья») уровни здоровья.

III группа – 25% лица, нуждающиеся в дополнительном обследовании, лечении в амбулаторных условиях.

IV группа – 6,8% лица, нуждающиеся в дополнительном обследовании, лечении в стационарных условиях, состоящие на диспансерном учете по хроническому заболеванию.

V группа – лица с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи не определены по данным внеплановых осмотров.

Результаты осмотров сотрудников, возвратившихся из служебных командировок в СКР за анализируемый период представлены на Рис.1: не выявлены отклонения в состоянии здоровья у 257 обследуемых, что составило59% от общего числа, расстройство адаптации, астеновегетативный синдром, нервно-психическое напряжение выявлены у 16% (69 исследуемых), нервно-психическое напряжение 10% (43 исследуемых), признаки алкогольной интоксикации 7% (32 исследуемых), снижение резервных функций организма 5% (22 исследуемых), астеновегетативный синдром и иное 3% (13 человек).

Рисунок 1.

Комиссией по организации медико-психологической реабилитации сотрудников ОВД МСЧ составлена индивидуальная программа медико-психологической реабилитации сотрудников, включающая необходимый объем диагностических обследований, направление на лечение (амбулаторное, стационарное, восстановительное), мероприятия по медицинской и медико-психологической реабилитации.

Медико-психологическая реабилитация проводилась не позднее 10 суток, ориентирована на своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности сотрудников. Результаты реализации реабилитационных программ представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Медико-психологическая реабилитация включала следующие этапы:

Первый этап предусматривал медико-психологическую помощь, направленную на восстановление работоспособности непосредственно

после выхода из экстремальной ситуации в условиях ЦПД;

На втором этап предоставлена медико-психологическая помощь после купирования эмоциональных проявлений при выходе из экстремальной ситуации, а также медико-психологический контроль за динамикой нарушений в условиях поликлиники ГКУЗ МСЧ МВД России по Забайкальскому краю или стационара в госпитале ГКУЗ МСЧ МВД России по Забайкальскому краю. На этом этапе за анализируемый период оказана помощь 152 сотрудникам – 34,8% от общего количества исследуемого контингента.

3-й этап – медико-психологическая помощь и восстановление трудоспособности у сотрудников в отдаленном периоде после работы в особых условиях – реабилитация в санаторно-курортных условиях. На третий этап реабилитации направлены 74 сотрудника или 17%.

В результате проведенного анализа выявлено, что 48,2% сотрудников (211человек) не воспользовались возможностью получения реабилитационной помощи по индивидуальным программам, что несомненно затрудняет проведение мониторинга за состоянием здоровья данного контингента сотрудников и снижает эффективность реабилитационной помощи в сфере ведомственного здравоохранения.

По результатам медико-психологической реабилитации проведена оценка уровней здоровья и распределение по группам диспансерного наблюдения. Нами проведен анализ достоверности разницы в двух сравниваемых группах сотрудников до направления в служебные командировки и после прохождения медико-социальной реабилитации, позволяющий определить наличие связи, в нашем случае влияния программ медико-психологической реабилитации на уровни здоровья сотрудников и распределения их по группам диспансерного наблюдения. В таблице 3 представлены результаты сравнения распределения по уровням здоровья обследуемых до направления в служебные командировки и после проведения медико-психологической реабилитации по возвращению из командировок.

Таблица3.

В таблице 4 представлены результаты сравнения распределения по группам диспансерного наблюдения обследуемых до направления в служебные командировки и после проведения медико-психологической реабилитации по возвращению из командировок.

Таблица 4.

Таким образом, результаты статистического анализа по оценке достоверности разницы позволяют сделать выводы, что проведение программ медико-психологической реабилитации не повлияло существенным образом на состояние здоровья сотрудников ($p < 0,05$). Кроме этого результаты исследования определили недостаточный уровень охвата сотрудников, вернувшихся из командировок в СКР индивидуальными программами медико-психологической реабилитации. Следовательно, совершенствование медико-психологической реабилитации сотрудников внутренних дел Забайкальского края, выполнявших оперативно-служебные и служебно-боевые задачи на территории Северокавказского региона Российской Федерации требует разработки новых подходов в её организации, что является основанием для проведения дальнейших исследований.

Таблица 1.

Количество сотрудников из числа обследованных, рекомендованных к участию в служебных командировках за период 2007-2011гг.

Года наблюдений	2007	2008	2009	2010	2011
Обследовано до направления в зону с особыми условиями службы (ЗОУС)	155	156	162	118	135
Рекомендовано направление в зону с особыми условиями службы (ЗОУС)	126	152	118	79	102
В % от общего числа обследуемых	81,3%	97,4%	72,8%	67%	75%

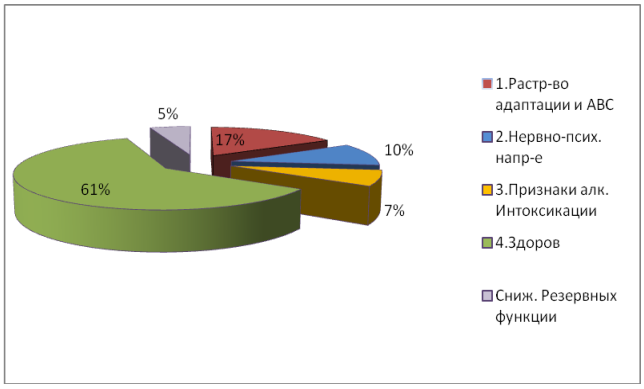

Рис. 1. Результаты осмотров сотрудников, вернувшихся из командировки в СКР за период 2007-2011гг.

Таблица 2.

Охват сотрудников, вернувшихся из командировок в СКР реабилитационными программами за период 2007-2011гг.

Года наблюдений	2007	2008	2009	2010	2011
Обследовано после возвращения из командировок с особыми условиями службы (ЗОУС)	155	156	162	118	135
Проведена медицинская реабилитация	61 (39%)	64 (41%)	33 (26%)	47 (32%)	51 (38%)
Проведена медико-психологическая реабилитация	21 (13%)	25 (16%)	18 (14%)	25 (17%)	21 (15%)

Таблица3.

Достоверность разницы распределения по группам здоровья сотрудников до служебных командировок и после прохождения медико-психологической реабилитации

Уровни здоровья	До команди-ровки	После проведения медико-психологической рееабилитации	Коэффициент достоверности
I уровень	70%	89%	3,6
II уровень	26%	10%	2,6
III уровень	3%	1%	2,2
IV уровень	-	-	

Таблица 4.

Достоверность разницы распределения по группам диспансерного наблюдения сотрудников до служебных командировок и после прохождения медико-психологической реабилитации

Группа диспансерного учёта	До команди-ровки	После проведения медико-психологической реабилитации	Коэф-фициент достовер-ности
I группа	32,7%	39,3%	0,97
II группа	35,5%	36%	0,068
III группа	25%	24,3%	0,13
IV группа	6,8%	0,4%	4,2
V группа	-	-	

039. НАРУШЕНИЯ РАВНОВЕСИЯ И ХОДЬБЫ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Г.Р. Хузина, Д.Р. Закирова

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России» (г.Казань)

ФКУЗ "Клинический госпиталь медико-санитарной части МВД по РТ" (г.Казань)

Патология ходьбы – это одно из наиболее частых и тяжелых проявлений неврологических заболеваний, которое становится причиной инвалидизации и утраты бытовой независимости. Исследования последних лет значительно усложнили представления о феноменологии, структуре и механизмах нарушений ходьбы. Известно, что распространенность нарушений ходьбы в популяции экспоненциально нарастает с возрастом. В частности различными расстройствами ходьбы страдает более 15% лиц в возрастной группе старше 60 лет, около 35% лиц – в возрасте старше 70 лет и более 80% лиц в возрасте свыше 85 лет. Кроме того в 60% случаев от числа всех лиц, получающих стационарное лечение в отделениях неврологического профиля при тщательном неврологическом обследовании выявляются нарушения ходьбы.

Нарушения ходьбы у «нормального» пожилого человека – это наиболее заметный физиологический признак старения, который необходимо дифференцировать с быстро нарастающими и выраженными изменений ходьбы, являющимися проявлением большого числа заболеваний нейрогередитарного круга, при которых нарушения походки являются клинически значимым проявлением патологического процесса различной этиологии.

Нарушения ходьбы и атаксический синдром являются частой причиной падений, что обусловлено и целым рядом физиологичских факторов, таких как возрастное снижение зрения и вестибулярной функции; свойственная старению постуральная неустойчивость, которая способствует падениям при обычной двигательной активности (ходьба, изменение позы, спуск с лестницы и др.), ортостатическая гипотония, часто развивающаяся вследствии приема гипотензивных и седативных препаратов. Падения в пожилом возрасте часто сопровождаются осложнениями, отягощая течение основного неврологического или соматического заболевания. В частности, примерно в 1 из 10 случаев падения сопровождаются тяжелыми повреждениями, включая переломы (наиболее часто – проксимальных отделов бедренной и плечевой и кости, дистальных отделов рук, костей таза, позвонков), субдуральные гематомы, тяжелые повреждения мягких тканей и головы. Частое возникновение переломов у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено остеопорозом, общим похуданием, патологией суставов, особенно нижних конечностей. Риск переломов вследствие падений особенно значителен у пациентов, у которых имеются нарушения двигательных функций (парезы, атаксия) после перенесенного инсульта. Падения, вне зависимости от причины, их вызвавшей, сами по себе могут приводить к тяжелой дезадаптации больных в повседневной жизни. В частности, у более 50% пожилых лиц, перенесших повторные падения, отмечается ограничение физической активности вследствие причин психологического характера: развивается ощущение страха, опасение повторных падений, чувство тревоги, вследствие чего они перестают выходить из дома, что сопровождается возрастанием зависимости от окружающих и, в значительной мере, увеличивает нагрузку на родственников и близких. Коме того, падения относятся к характерным симптомам некоторых неврологических заболеваний пожилого возраста: инсульта, мозжечковых дегенераций, болезни Паркинсона, нормотензивной гидроцефалии, прогрессирующего надъядерного паралича и др.

Классификация нарушений ходьбы базируется на различных подходах в выделении тех или иных типов нарушений ходьбы: анатомическом (например, мозжечковая походка); клиническом, основанном на клинической характеристике ходьбы (например, семенящая походка); нозологическом (например, походка при нормотензивной гидроцефалии). Некоторые описательные термины, применяемые для характеристики нарушений ходьбы (например, апрактическая походка), недостаточно четко определены и трудно применимы для практического использования.