

ISSN 1609–1175

# Тихоокеанский Медицинский Журнал

PACIFIC MEDICAL JOURNAL

2006, № 2

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1997 году  
Выходит один раз в три месяца

Тема выпуска:  
**ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА,  
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**



Издательство  
МЕДИЦИНА ДВ

**Главный редактор Ю.В. Каминский**

**Редакционная коллегия:**

*Ф.Ф. Антоненко (ККЦОМД), Н.Н. Беседнова (НИИ ЭМ СО РАМН), С.Н. Бениова, Е.В. Елисеева (зам. главного редактора), В.Н. Лучанинова, П.А. Мотавкин, В.И. Невожай, В.А. Невзорова, В.А. Петров, Л.В. Транковская (отв. секретарь), В.Б. Туркутюков, В.Г. Ушаков (УЗ АПК), В.М. Черток (зам. главного редактора), В.В. Шапкин, А.Д. Юцковский, Yamamoto Masaharu (Япония)*

**Редакционный совет:**

*А.Ф. Беляев, В.А. Воробьев, А.В. Гордеев, С.Е. Гуляева, Н.А. Догадина, Г.А. Заяц, В.А. Иванис, Ю.И. Ишпахтин, В.Я. Мельников, Н.С. Мотавкина, А.Я. Осин, Л.М. Сомова, Г.И. Суханова, Н.Д. Татаркина, Ю.С. Хотимченко, Г.И. Цывкина, С.В. Юдин, Jin Liang Hong (КНР), Moon oh Riin (Республика Корея), Zhao Baoshang (КНР)*

**«Тихоокеанский медицинский журнал», 2006, № 2 (24)**

<p><b>Тихоокеанский медицинский журнал</b>  <b>Учредители:</b>  Владивостокский государственный  медицинский университет,  Департамент здравоохранения  администрации Приморского края,  НИИ эпидемиологии  и микробиологии СО РАМН,  Краевой клинический центр  охраны материнства и детства  <i>Свидетельство о регистрации</i>  <i>Министерства РФ по делам печати,</i>  <i>телерадиовещания и средств массовых</i>  <i>коммуникаций</i>  <i>ПИ № 77–13548 от 20.09.2002 г.</i></p>	<p><b>Адрес редакции:</b>  690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2,  Владивостокский государственный  медицинский университет  Тел./факс (4232) 45-17-19</p> <p>Научный редактор  О.Г. Полушин</p> <p>Зав. редакцией Л.В. Бирилло  Редактор  О.Н. Мишина  Тел. (4232) 45-56-49</p> <p>Корректор О.М. Тучина</p>	<p><b>Издательство</b>  <b>«МЕДИЦИНА ДВ»</b>  690950 г. Владивосток,  пр-т Острякова, 4.  Тел. (4232) 45-56-49</p> <p>Сдано в набор 09.01.2006 г.  Подписано в печать 20.03.2006 г.  Печать офсетная. Формат 60×90/8  Усл. печ. л. 12,25.  Тираж 1000 экз.</p> <p>Отпечатано:  Издательский дом  «ВОСТОК»</p>
--	--	---

Выпуски «Тихоокеанского медицинского журнала» доступны на сайтах <http://elibrary.ru> и <http://www.vgmu.ru>

САНАТОРИЙ «СИНЕГОРСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ»: ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА .....	5	Белоглазова С.И., Хасина М.А., Двинская С.А., Максименко Н.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЛОДКИ УРАЛЬСКОЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ .....	48
Передовые статьи		Ковалева Л.И. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ .....	51
Каминский Ю.В., Кривилевич Е.Б. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	7	Невзорова В.А., Пазыч С.А., Бархатова Д.А., Кудрявцева В.А. РОЛЬ ПРОЦЕССОВ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ .....	54
Обзоры		Самсонов К.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛИМИНАЦИИ СТАФИЛОКОККОВОГО $\alpha$ -ТОКСИНА ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ОЧАГОВ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ .....	59
Елисеєва Е.В., Лозинский Е.Ю., Каминский Ю.В. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ .....	10	Кулаков Ю.В., Бондарь Г.Н. БРОНХОФОНОГРАФИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ .....	61
Лекции		Каминский Ю.В., Матвеев А.Г., Перезва М.В. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ В КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЕ ГУФСИН РОССИИ ПО ПРИМОРСКОМУ КРАЮ .....	64
Беляев А.Ф., Шляхов В.В. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – СОЦИАЛЬНЫЙ ЗАКАЗ ОБЩЕСТВА .....	12	Дмитриева О.А., Аверьянова Ю.А., Соловьев В.П., Иваненко Л.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН ПРИМОРСКОГО КРАЯ .....	67
Оригинальные исследования		Петракова М.Ю., Ламаш Н.Е., Хотимченко Ю.С. ОЦЕНКА БЕЛКОВОСВЯЗЫВАЮЩИХ СВОЙСТВ АЛЬГИНАТА КАЛЬЦИЯ .....	70
Кучеренко Н.В., Невзорова В.А., Настредин О.В., Потапова Е.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ-ПРОФИЛАКТОРИЯ .....	16	Лозовик Л.А., Федорова Т.В., Фиденко Е.А. ТИПОЛОГИЯ КРИМИНАЛЬНОГО АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ .....	73
Хасина М.Ю., Киселев В.И. СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В ЛЕГКИХ ПРИ ПНЕВМОНИИ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА .....	19	Резникова Т.Н., Хоменко Ю.Г., Святогор И.А. ВЛИЯНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НА ЦВЕТОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ РИТМИЧЕСКИХ ФОТОСТИМУЛЯЦИЙ .....	78
Транковская Л.В., Лучанинова В.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСА У ДЕТЕЙ .....	22	Организация здравоохранения	
Туркутоков В.Б., Невзорова В.А., Мартыненко И.М., Мартынова А.В. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ ПНЕВМОКОККОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ .....	25	Приходько В.Н., Борисенко Н.В., Пирогова В.И. ПРОГРАММА ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН ВЛАДИВОСТОКА .....	81
Киняйкин М.Ф., Суханова Г.И., Удовиченко И.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ .....	29	Педагогика	
Малаева В.В., Шумарова Е.Ю., Почечутова И.А. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРАХЕАЛЬНОГО ШУМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА У ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СПИРОГРАФИИ .....	33	Ковальчук В.К., Каредина В.С., Чарыкова Н.Ф. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ .....	83
Маркелова Е.В., Турмова Е.П., Силаев А.А., Андреев Д.Б., Волков В.В. РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ПНЕВМОНИИ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА .....	35	Кравцова Н.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ .....	86
Дружин А.С., Суханова Г.И., Шабанов Г.А., Киняйкин М.Ф. ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДЕРМОГРАФИИ .....	38	Сидоренко М.А., Дубкова Л.В., Белова О.П. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В САХАЛИНСКОМ БАЗОВОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ .....	90
Лучанинов Э.В., Акименко В.Б., Половов С.Ф. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ .....	41	Тезисы	
Татаркина Н.Д., Конорева Н.А., Коваль В.Т. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ .....	44	ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» .....	92
		Юбилей	
		КАМИНСКИЙ Юрий Валентинович .....	96

## History

SANATORIUM "SINEGORSKIE MINERALNYYE VODY (SINEGORSK MINERAL WATERS)": THE HISTORY .....	5
---	---

## Editorials

<i>Kaminsky Yu.V., Krivilevich E.B.</i> REHABILITATION MEDICINE – NEW APPROACHES TO THE POLITICS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH .....	7
--	---

## Review

<i>Eliseeva E.V., Lozinsky Eu. Yu., Kaminsky Yu.V.</i> EVIDENCE BASED MEDICINE AND PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT TECHNIQUES .....	10
---	----

## Lectures

<i>Belyaev A.F., Shlyahov V.V.</i> REHABILITATION MEDICINE – THE SOCIAL ORDER OF THE SOCIETY .....	12
--	----

## Original Investigation

<i>Kucherenko N.V., Nevzorova V.A., Nastradin O.V., Potapova E.S.</i> THE EXPERIENCE OF OZONE USE IN THE TREATMENT OF HYPERTONIA ON THE BASE OF SANATORIUM .....	16
<i>Hasina M.Yu., Kiselev V.I.</i> STATE OF THE MINERAL EXCHANGE IN LUNGS AT THE PNEUMONIA ACCORDING TO THE ANALYSIS OF THE CONDENSATE OF EXHALED AIR .....	19
<i>Trankovskaya L.V., Luchaninova V.N.</i> PREVALENCE, RISK FACTORS AND FORECASTING OF THE MINERAL DYSBALANCE IN CHILDREN .....	22
<i>Turkutuykov V.B., Nevzorova V.A., Martynenko I.M., Martynova A.V.</i> THE ANTIBIOTIC RESISTANCE OF PNEUMOCOCCI STAINS FROM THE PATIENTS WITH HOME PNEUMONIA .....	25
<i>Kinaykin M.F., Suhanova G.I., Udovichenko I.A.</i> EFFICIENCY OF COMPUTER ELECTROCARDIOPOGRAPHY REVEALS CHRONIC PULMONARY HEART IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE .....	29
<i>Malayeva V.V., Shumarova E.Yu., Pohekutova I.A.</i> THE DURATION OF THE TRACHEAL NOISE OF THE FORCED EXHALATION AT HEALTHY TEENAGERS AND ITS CORRELATION WITH SPIROGRAPHY PARAMETERS .....	33
<i>Markelova E.V., Turmova E.P., Silaev A.A., Andreev D.B., Volkov V.V.</i> THE ROLE OF CYTOKINES IN THE DEVELOPMENT OF THE PNEUMONIA AFTER AORTO-CORONARY BYPASS AT PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE .....	35
<i>Druzhin A.S., Sukchanova G.I., Shabanov G.A., Kiniaykin M.F.</i> THE ESTIMATION OF THE ACTIVITY OF THE CHOLINERGIC RECEPTORS OF THE PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE BY THE COMPUTED DERMOGRAPHY METHOD .....	38
<i>Luchaninov E.V., Akimenko V.B., Polovov S.F.</i> THE FEATURES OF CLINICAL PICTURE OF THE ACQUIRED PNEUMONIA AT SOLDIERS .....	41
<i>Tatarkina N.D., Konoreva N.A., Koval V.T.</i> THE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE PATIENTS WITH INDIFFERENTIAL CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA SYNDROME .....	44

<i>Beloglazova S.I., Hasina M.A., Dvinskaya S.A., Maksimenko N.N.</i> THE EFFICIENCY OF GLYCYRRHIZA URALENSIS IN THE PROPHYLAXIS OF THE PULMONARY PATHOLOGY AT PATIENTS WITH DRUG DEPENDENCE .....	48
<i>Kovaleva L.I.</i> CLINICAL-MORPHOLOGICAL FEATURES OF SECONDARY PNEUMONIAS AT PATIENTS HAVING ALCOHOLIC AND DRUG ADDICTION .....	51
<i>Nevzorova V.A., Pazykh S.A., Barkhatova D.A., Kudryavtseva V.A.</i> THE ROLE OF PROCESS CELL DEATH IN COURSE OF INFLAMMATION UNDER BRONCHIAL ASTHMA .....	54
<i>Samsonov K.V.</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF STAPHYLOCOCCUS $\alpha$ -TOXIN ELIMINATION FROM DIFFERENT PURULENT-NECROTIC FOCUSES OF INFLAMMATION IN LUNGS AND PLEURA IN ANIMAL MODEL .....	59
<i>Kulakov Yu.V., Bondar G.N.</i> BRONCHOGRAPHY IN THE COMPLEX DIAGNOSTICS OF THE PNEUMONIA AT CHILDREN .....	61
<i>Kaminsky Yu.V., Matveev A.G., Perezva M.V.</i> STRUCTURE OF MORBIDITY AND MORTALITY IN REGIONAL HOSPITAL OF THE STATE FEDERAL PRISON SERVICE IN PRIMORSKY REGION OF RUSSIA .....	64
<i>Dmitrieva O.A., Averyanov Yu.A., Solov'yov V.P., Ivanenko L.N.</i> CONTEMPORARY TENDANCIES OF CHANGES IN SPERMATOGENIC ACTIVITY IN THE MALE POPULATION OF PRIMORYE REGION .....	67
<i>Petrakova M.Yu., Lamash N.E., Hotimchenko Yu.S.</i> ESTIMATION OF THE PROTEIN-BINDING PROPERTIES OF CALCIUM ALGINATE .....	70
<i>Lozovik L.A., Fedorova T.V., Fidenko E.A.</i> CLASSIFICATION OF TEENAGERS' CRIMINAL AGGRESSIVE BEHAVIOR .....	73
<i>Reznikova T.N., Khomenko Y.G., Svyatogor I.A.</i> THE INFLUENCE OF PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATE ON COLOR PERCEPTION OF THE RHYTHMIC PHOTIC STIMULATIONS .....	78

## Public Health Organization

<i>Prihodko V.N., Borisenko N.V., Pirogova V.I.</i> THE PROGRAM OF SCHEDULED HOSPITALIZATION IN HOSPITAL FOR VETERANS OF WARS .....	81
---	----

## Pedagogy

<i>Kovalchuk V.K., Karedina V.S., Charykova N.F.</i> METHODICAL APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF CONTINUOUS ECOLOGICAL EDUCATION IN THE MEDICAL UNIVERSITY .....	83
<i>Kravtsova N.A.</i> THE COMPARATIVE ANALYSIS OF METHODOLOGICAL ASPECTS OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY .....	86
<i>Sidorenko M.A., Dubkova L.V., Belova O.P.</i> REALIZATION OF THE HEALTHY WAY OF LIFE PROGRAM IN THE SAKHALIN BASE MEDICAL COLLEGE .....	90

## Abstracts

MODERN TECHNOLOGIES OF REHABILITATION MEDICINE .....	92
---	----

## Anniversary

KAMINSKY Yuri Valentinovich .....	96
-----------------------------------	----

УДК 615.838:725.515](091)(571.64)

## **САНАТОРИЙ «СИНЕГОРСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ»: ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА**

Сахалинская область располагает небольшой сетью санаториев и профилакториев для лечения и оздоровления больных. Одним из них является санаторий «Синегорские минеральные воды». Санаторий рассчитан на 262 места, из них 167 — терапевтическое отделение, 15 — отделение долечивания больных после острого инфаркта миокарда, аортокоронарного шунтирования, резекции аневризмы сердца, баллонной ангиопластики коронарных сосудов, острого нарушения мозгового кровообращения, 10 — отделение долечивания после операций холецистэктомии и резекции желудка, 20 — отделение восстановительного лечения производственного травматизма и профессиональных болезней и 50 — детский оздоровительный лагерь круглогодичного действия.

Санаторий «Синегорские минеральные воды» — это комплекс из четырех корпусов, отличающихся современностью архитектурных форм, органически вписанных в живописную местность курорта. За годы существования здесь прошли оздоровление более 95 тысяч человек. Пациенты проживают в комфортабельных одно- и двухместных номерах и номерах «Люкс».

Первая очередь (спальный корпус и столовая) санатория «Синегорские минеральные воды» была введена в строй 22 июня 1981 г., а процедуры выполнялись на лечебной базе санатория «Сахалин». В 1983 г. введена в строй вторая очередь — лечебный корпус.

Хотя из всех здравниц Сахалинской области санаторий «Синегорские минеральные воды» был самым молодым, он сразу же стал центром передовых методов по улучшению организации и качества лечебного процесса. Поэтому с 1985 г. санаторий стал базовым

по оказанию методической и практической помощи здравницам Сахалинской области. В это же время здесь были открыты общекурортные диагностические центры (рентгенологический, ультразвуковой и функциональной диагностики) и клиническая и биохимическая лаборатории. В 1986 г. для улучшения качества обслуживания пациентов была введена бригадная форма организации и оплаты труда. В 1998 г. в санатории открыто отделение по долечиванию больных после операций по поводу холецистита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в 2001 г. — круглогодичный детский оздоровительный лагерь. С 2002 г. действует отделение реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и лиц, страдающих профессиональными заболеваниями. В сентябре 2003 г. открыто отделение реабилитации больных после инфаркта миокарда, инсульта и операций на сердце.

Основными лечебными факторами санатория «Синегорские минеральные воды» являются минеральная вода и иловая грязь. Ванны с минеральной водой расслабляют, омолаживают, снимают боль, усталость и нервное напряжение, понижают артериальное давление, повышают работоспособность. Лечебная иловая грязь озера Изменчивое относится к морским сульфидным грязям. Она используется при всех воспалительных заболеваниях и последствиях травм. К общим лечебным факторам относятся режим, лечебное питание, электросветотерапия, мануальная терапия, лечебная физкультура, ингаляции, кислородотерапия и др.

Санаторий располагает современной диагностической базой: клинической и биохимической лабораториями, кабинетами функциональной и ультразвуковой диагностики. С целью разработки и внедрения современных методов восстановительного лечения в санатории постоянно ведется научно-исследовательская работа. Врачами санатория опубликовано



Санаторий «Синегорские минеральные воды».





Генеральный директор санатория «Синегорские минеральные воды» врач высшей категории, заслуженный врач Российской Федерации, кавалер ордена «За заслуги перед Отечеством» II ст., к.м.н. В.М. Шляхов.

более 70 работ в периодической научной печати и сборниках тезисов научно-практических конференций. Среди передовых медицинских технологий можно назвать индивидуальную галотерапию на аппарате «Галонерб», фитоароматерапию, интегральную терапию, магнитоинфракрасносветолазерную терапию, мониторинговую очистку кишечника на аппарате «Амок», гирудотерапию, аэроионотерапию и др.

С 1995 г. санаторий «Синегорские минеральные воды» имеет лицензии на все необходимые виды медицинской и хозяйственной деятельности. Лицензия А 552055 № 126-В от 2 июля 2000 г. выдана на следующие виды медицинской деятельности:

- лабораторная диагностика,
- лучевая диагностика,
- функциональная диагностика,

- диетология,
- стоматология терапевтическая,
- физиотерапия,
- лечебная физкультура и лечебный бассейн,
- массаж,
- мануальная терапия,
- интегральная терапия,
- аэрофитотерапия,
- лазеротерапия,
- терапия,
- кардиология,
- гастроэнтерология,
- педиатрия,
- профессиональные заболевания и производственный травматизм,
- неврология,
- травматология и ортопедия.

Для адаптации к новым социально-экономическим условиям в санатории «Синегорские минеральные воды» в дополнение к основным постоянно внедряются новые методы лечения, пользующиеся спросом у населения области, повышается уровень комфортности среды обитания. Ведется большая работа по социальной защите персонала. Так, несмотря на тяжелое экономическое положение при переходе на новые методы хозяйствования был сохранен весь коллектив санатория, и ежемесячно выплачивалась заработная плата. Работники диагностических служб, врачи и сотрудники бухгалтерии трудятся по схеме пятидневной рабочей недели, один раз в два года им оплачиваются транспортные расходы для поездки на материк.

Большое внимание уделяется квалификационной подготовке кадров. Ежегодно на местных и центральных базах обучаются до десяти человек. Все врачи и медицинские сестры сертифицированы, 80% врачей имеют высшую квалификационную категорию, 60% представителей среднего медицинского персонала имеют высшую и первую квалификационные категории. Три сотрудника санатория удостоены звания «Заслуженный врач Российской Федерации».



Коллектив санатория «Синегорские минеральные воды».

УДК 615.838.003(571.63):614.2

Ю.В. Каминский, Е.Б. Кривилевич

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Владивостокский государственный медицинский университет

*Ключевые слова: восстановительная медицина, профилактика, реабилитация, санаторно-курортное дело.*

Определение здоровья как одного из видов ресурса национальной безопасности диктует необходимость формирования новой политики здравоохранения. Ее идеология строится на создании массовой системы оздоровления с выходом на формирование навыков ведения здорового образа жизни, широкое применение здоровьесберегающих технологий и развитие системы центров сохранения и восстановления здоровья [6, 7, 11]. Существенная роль в реализации этой политики отводится восстановительной медицине (ВМ) [3]. В настоящее время ВМ – это не только признанное и оформленное нормативно-правовыми актами новое профилактическое направление в медицинской науке и здравоохранении, но главное – новая философия системы охраны и укрепления здоровья населения [10]. В условиях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», направленного на формирование ресурсов здоровья, развитие ВМ имеет особое значение.

Во-первых, она должна создать условия для определения взаимной ответственности государства, субъекта экономики (предприятия и домохозяйства) и личности за формирование здорового поколения через систему правовых, административных, морально-этических, религиозных и иных механизмов. Объектом воздействия является здесь индивидуальное или групповое сознание, через которое формируются ведущие человеческие ценности: здоровье, красота, престижность, образование, культура, являющиеся составной частью «человеческого капитала».

Во-вторых, ВМ должна стать составной частью государственной и региональной макроэкономической политики, определяющей уровень и качество жизни населения. Ее необходимость хорошо видна при характеристике двух основных составляющих «человеческого капитала»: человекопотребления и человекопроизводства. Результаты наших исследований на примере распределения валового регионального продукта в Приморском крае показали, что в динамике за 5-летний период (1999–2003 гг.) в его структуре составляющая человекопотребления занимала доминирующее положение, хотя и имела некоторую динамику снижения – с 85,3% в 1999 до 79,87% в 2003 г. Соответственно, доля составляющей человекопроиз-

водства – расходы на воспроизводство, медицинское обслуживание, социальные потери, демографический резерв – были незначительны (от 19,29 до 20,13%).

В-третьих, должны быть созданы реальные условия для сохранения и восстановления здоровья населения, которые напрямую связаны со снижением уровня бедности, повышением доходов, улучшением условий труда, качества питания, водоснабжения, отдыха и т.д. Это позволит рассматривать здоровье как категорию ценности при достижении экономических целей, а ВМ как сферу воспроизводства трудового ресурса нации. О необходимости усиления социальной направленности общегосударственной и региональной экономической политики убедительно свидетельствуют данные об уровне жизни и здоровье населения. Несмотря на наличие позитивных моментов в динамике ряда социально-экономических показателей (рост индексов личного потребления и расходов государства на конечное потребление, значительное снижение долгов по заработной плате и др.), остаются неблагоприятными такие важные социальные индикаторы, как индекс бедности населения, коэффициент концентрации доходов (Джини), риски потери доходов, связанных с заболеваниями и старостью, низкая ожидаемая при рождении продолжительность жизни. Показательными в этом плане являются данные, свидетельствующие о потенциальных возможностях значительной части населения заниматься своим здоровьем.

По данным территориального управления статистики Приморского края, превышение расходов над доходами за период с 2000 по 2004 г. выросло с 6,6 до 11,9%, что свидетельствует об усилении экономической зависимости значительной части населения. При этом следует иметь в виду, что соотношение денежных доходов и прожиточного минимума в Приморье было ниже, чем в целом по России: в 2003 г. – в 1,67 раза, в 2004 г. – в 1,56 раза [2]. При анализе данных о расходах населения на покупку продуктов питания по материалам выборочного социологического исследования бюджетов домашних хозяйств (по 10 группам населения) для первых 7 групп их удельный вес составлял от 54,3 до 46,5%. В целом при анализе структуры использования денежных доходов населения их доля, используемая на приобретение путевок в санатории, дома отдыха, туризм и медицинские услуги, составляла всего 0,9–1,2%, а основная часть уходила на покупку товаров и услуг, разнообразные платежи и взносы. Это подтверждается данными о сокращении за 2000–2004 гг. численности лиц, отдохнувших и получивших лечение в санаторно-курортных учреждениях края, на 29,8 тыс., в санаториях-профилакториях – на 19,6 тыс., в домах и пансионатах отдыха – на 9,7 тыс. человек [9].

Таким образом, одним из ведущих факторов, определяющих формирование у значительной части населения мотивационных установок на занятие своим здоровьем, участие в проведении профилактических и реабилитационных мероприятий, является

повышение уровня жизни, стирание граней между богатыми и бедными и доступность для каждой группы мер, обеспечивающих снижение потерь человеко-лет активной жизни. В новых экономических условиях меняется роль здравоохранения, ее парадигма. Вместо прежней целевой направленности – борьбы с болезнями и их профилактикой – приходит новая: развитие и укрепление здоровья, улучшение качества жизни. Соответственно меняется позиционирование системы здравоохранения. На место парадигмы «сферы социального обслуживания» приходит осознание здравоохранения как «сферы обеспечения ресурсов социально-экономического развития и безопасности государства» [12].

В четвертых, необходимо развитие инфраструктуры учреждений ВМ, способной предоставить широким слоям населения разнообразные и доступные по стоимости услуги в области профилактики, лечения и реабилитации. В условиях развивающегося рынка охраны здоровья они строятся на основе принципов многоукладности собственности и конкуренции. На примере учреждений (организаций) инфраструктуры ВМ мы можем наблюдать переход от социально-демократической к либеральной макроэкономической модели здравоохранения, для которой характерно снижение государственных расходов, высокий удельный вес предприятий частной системы, адресность использования социальных трансфертов, снижение роли государственного сектора, рост экономической базы.

Многообразие учреждений ВМ определяется широтой решаемых задач и местом в системе мер в области оздоровления населения и реабилитации больных. Каждое из них занимает определенное место в 4-этапной системе организации деятельности [4]. На первом (валеолого-экологическом, или гигиеническом) и на втором (восстановление здоровья в учреждениях первичной медико-санитарной помощи) этапах решаются родственные задачи социальной (первичной) и медицинской (вторичной) профилактики. Центральными фигурами здесь являются участковый врач-терапевт, участковый врач-педиатр и врач общей (семейной) практики, которые работают в тесном контакте с гигиенистами, эпидемиологами, специалистами по медпрофилактике, восстановительной медицине, с экологами, психологами и др. Объектом их наблюдения становится каждый житель на врачебном участке. Особое внимание уделяется группам повышенного риска, а также лицам, страдающим важнейшими неэпидемическими заболеваниями. Оценка их здоровья проводится ежегодно путем профилактических медосмотров с последующей коррекцией, а при необходимости – лечением и реабилитацией. Важными условиями повышения эффективности работы врачей и среднего медицинского персонала участковой службы или общеврачебной практики являются:

- внедрение в здравоохранение современных методов интегральной и посистемной оценки функциональных резервов человека (включая экспресс-методики)

с использованием технологий преморбидной диагностики, как основы для разработки индивидуальных и групповых программ профилактики и оздоровления;

- внедрение индивидуальных паспортов здоровья, опыт использования которых был накоплен еще в 70–80-е годы во время реализации программы всеобщей диспансеризации населения; бесспорно, что их применение должно осуществляться с помощью ИТ-технологий или мобильных носителей информации;
- привитие населению потребности и навыков поддержания здоровья и применения здоровьесберегающих технологий, повышения уровня индивидуальной и общественной культуры здоровья;
- широкое применение медицинских организационных технологий, позволяющих внедрять в практику оздоровительные и медицинские услуги с учетом требований доказательной медицины;
- создание условий для улучшения качества жизни хронических больных и инвалидов на основе применения программ реабилитации и восстановления имеющегося потенциала здоровья;
- информационная поддержка специалистов, повышение их компьютерной грамотности, оснащение офисов (кабинетов) электронной почтой и др. средствами приема и отправки информации;

Учитывая практику доплаты врачам и среднему медицинскому персоналу первичной медико-санитарной помощи, предусмотренной программой «Здоровье», очень важным является разработка и внедрение критериев качества и эффективности работы специалистов. Имеющийся у нас опыт позволяет использовать для этой цели модели конечных результатов, разработанные для специалистов первичной медико-санитарной помощи.

Особенностью этого этапа является самостоятельность человека при выборе методов и средств сохранения и восстановления здоровья, ограничение возможностей участкового врача (врача общей практики) или участковой медицинской сестры (медсестры общей врачебной практики) непосредственно влиять на процесс оздоровления, а также координация усилий отдельных специалистов. Основное средство воздействия – пропаганда, образовательная деятельность, направленные на формирование у человека определенных знаний и умений коррекции здоровья в условиях меняющейся социально-экономической, эколого-гигиенической и психоэмоциональной ситуации.

Восстановительное лечение при наличии у пациентов острых и хронических заболеваний направлено на повышение функциональных возможностей и резервов организма, его резистентности и на этой основе – восстановление потенциала жизнедеятельности и трудоспособности. Последнее осуществляется на базе отделений восстановительного лечения и реабилитации или дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений. Спектр методов и средств ВМ, применяемых при лечении отдельных заболеваний,



регламентируется стандартами (протоколами) лечения. Широкое использование природных и преформированных физических факторов (водо-, грязе-, тепло- и спелеолечение, массаж, механомануальная терапия, лечебная физкультура, аппаратная физиотерапия и др.), а также применение лечебно-оздоровительных рационов питания, фитотерапии, гомеопатических средств, лечебного голодания, психопрофилактики и психотерапии, биоэнергетических возможностей определяет необходимость включения в протоколы лечения таких методов и средств ВМ, которые обоснованы с позиции медицины, основанной на доказательствах.

При характеристике третьего этапа, предусматривающего восстановление здоровья в условиях стационара, необходимо обратить внимание на проведение реструктуризации ЛПУ с учетом этапности лечебно-диагностического процесса и на этой основе выделения больниц долечивания, восстановительного лечения и медико-социальной помощи, а также создание и использование ресурсосберегающих и высокотехнологичных корректирующих технологий [4]. В структуре коечного фонда, планируемого для реализации территориальной программы государственных гарантий, удельный вес этих коек планомерно сокращается. В то же время их число может увеличиваться за счет реализации программ добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг, особенно в местах наличия природных лечебных источников, являющихся естественной базой центров восстановительного лечения и реабилитации.

Четвертое направление — развитие санаторно-курортной помощи — осуществляется в рамках «Концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации», утвержденной решением коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11 от 24 июня 2003 г. [8] и является важнейшей составляющей реформирования здравоохранения как в целом в Российской Федерации, так и в ее отдельных регионах. Реализация данной концепции должна обеспечить восстановление и развитие системы государственного регулирования и координации курортного дела на федеральном и региональном уровнях [1, 4, 9]. В качестве приоритетных целевых установок предусматривается:

- развитие инфраструктуры санаторно-курортного комплекса на основе реализации рыночных механизмов с учетом спроса на санаторно-курортное лечение, оздоровление и реабилитацию в отдельных регионах;
- поддержка и реформирование государственного сектора санаторно-курортного комплекса с целью удовлетворения потребностей детей, малоимущих слоев и льготных категорий граждан в санаторно-курортной помощи;
- создание условий для привлечения отечественных и зарубежных инвесторов, способных обеспечить развитие санаторно-курортного комплекса в регионах Российской Федерации;

- рациональное использование имеющихся природных лечебных ресурсов, реализация программ санитарной охраны территорий, являющихся курортами, мониторинг состояния природной среды, лечебных и оздоравливающих факторов;
- широкое применение инновационных технологий для научного и материально-технического обеспечения санаторно-курортной помощи с учетом научных достижений и передового опыта;
- повышение качества и безопасности санаторно-курортных услуг, предоставляемых в рамках госзаказа или на потребительском рынке на основе использования критериев доказательной медицины;
- обеспечение преемственности в деятельности санаторно-курортных учреждений с медицинскими и другими учреждениями восстановительной медицины.

### Литература

1. Гончаренко В.Л., Шилиев Д.Р. // *Здравоохранение*. — 1999. — № 10. — С. 21–25.
2. *Денежные доходы и расходы населения края за 2000–2004 гг. : официальное издание, 2005.*
3. Иванов Е.М. // *Тихоокеанский мед. журн.* — 1998. — № 1. — С. 31–36.
4. Каминский Ю.В., Шляхов В.М., Кривелевич Е.Б. // *Тихоокеанский мед. журн.* — 2001. — № 1. — С. 4–6.
5. Кобина С.А. // *Фармация*. — 1999. — № 5. — С. 20–23.
6. *Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в стране. Постановление Правительства РФ № 1387 от 5 ноября 1997 г.*
7. *О концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации // Решение коллегии Минздрава России № 12 от 25.06.2002 г. — М., 2002.*
8. *О концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации // Коллегия МЗ РФ : решение. — Протокол № 11 от 24.06.2003 г.*
9. *Приморский край : статистический сборник. — Владивосток, 2005.*
10. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. // [Электронный ресурс] [www.asvomed.ru/php/content.php?id=286](http://www.asvomed.ru/php/content.php?id=286).
11. Разумов А.Н., Лимонов В.И. // *Санаторно-курортное дело*. — 2005. — № 4. — С. 3–7.
12. Филатов В.Б. // *Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения*. — М., 2003. — С. 33–60.

Поступила в редакцию 24.11.05.

### REHABILITATION MEDICINE – NEW APPROACHES TO THE POLITICS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH

Yu. V. Kaminsky, E. B. Krivilevich  
Vladivostok State Medical University

**Summary** — The review is devoted to rehabilitation medicine as a component of a new policy in the field of public health of the Russian Federation. Necessity of development of this direction is emphasized within the priority national project “Zdorov’e (Health)”. Problems of the infrastructure development of rehabilitation medicine are discussed and especially its sanatorium part. The place of the medical rehabilitation centers in structure of pre-hospital and hospital medicine is determined, as well as the role of experts at the valeology-ecological and specialized stages.

*Pacific Medical Journal, 2006, No. 2, p. 7–9.*

УДК 616-08+615.83

*Е.В. Елисеєва, Е.Ю. Лозинский, Ю.В. Каминский*

## **ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Владивостокский государственный медицинский университет

*Ключевые слова: доказательная медицина, физиотерапия, клинические исследования.*

В современных условиях для решения любой клинической задачи врач должен располагать достоверной и объективной информацией о диагностической, терапевтической и профилактической ценности методов, которые он использует. Данное положение актуально не только для методов лечения, применяемых на стационарном и амбулаторном этапах, но и на этапе санаторно-курортного лечения. По медицинской тематике в настоящее время существует более пятидесяти миллионов публикаций, и количество последних продолжает неуклонно возрастать [2]. Значительный поток медицинской литературы, где представлены исследования, результаты которых вызывают сомнения, привел к возникновению концепции доказательной медицины — Evidence Based Medicine. Согласно данной концепции, под доказанной клинической эффективностью понимаются результаты клинических испытаний, уровень доказательности которых различается степенью контроля над факторами помех. Уровень доказательства клинической эффективности убывает в следующем порядке [4]:

- систематизированный обзор метаанализов;
- рандомизированное контролируемое испытание;
- нерандомизированное испытание с одновременным контролем;
- нерандомизированное испытание с историческим контролем;
- когортное исследование;
- исследование типа «случай-контроль»;
- перекрестное испытание;
- данные наблюдений;
- описание отдельных случаев.

В настоящее время в мире зарегистрировано более трех тысяч рандомизированных клинических исследований физических методов лечения [1, 3]. Следует отметить, что, в соответствии с данной классификацией, большинство публикаций в нашей стране, касающихся физиотерапевтических методов лечения, относится к проспективным когортным исследованиям и исследованиям типа «случай-контроль», а многие работы носят просто описательный характер. Вызывает сомнение тот факт, что число положительных заключений, выдаваемых отечественными ис-

следователями об эффективности изучаемых физиотерапевтических методов, фактически составляет 100%, что скорее всего свидетельствует о методологических ошибках при планировании и проведении данных исследований [3,]. Таким образом, для практических врачей и руководителей ЛПУ возникает необходимость в самостоятельной критической оценке структуры клинического анализа и представленных сведений. Современный врач должен не только ориентироваться в базовой структуре клинического исследования, но и владеть основами статистического анализа.

Золотым стандартом всех клинических исследований считается рандомизированное контролируемое исследование, которое позволяет получить наиболее достоверные результаты [2]. Первым его этапом является выборка. Данный термин обозначает процедуру отбора пациентов, в результате которой исследователь получает небольшую репрезентативную группу, являющуюся отражением более широкой популяции. Размер выборки должен быть достаточно большой, чтобы определить различия в конечных результатах. Исследование, проведенное с участием небольшого количества пациентов, имеет весьма спорную ценность. Выборка — чрезвычайно ответственный этап клинических исследований, требующий выработки четких критериев (возраст, пол, состояние здоровья, этническое происхождение, регион проживания, вредные привычки и т.д.), в противном случае неизбежны ошибки в статистическом анализе данных. Для проведения выборки используются два вида критериев — критерии включения в исследование и критерии исключения. К сожалению, в ряде случаев интерпретацию полученных данных затрудняет методологическое качество выборки. Так, составители ежегодного справочника «Доказательная медицина» [1] отмечали, что при представлении рандомизированного исследования и обзоров, посвященных исследованию эффективности восстановительной терапии при болях в плече, под термином «боль в плече» объединялись разные по своей природе заболевания, существенно различались методы лечения, критерии оценки исходов и продолжительность наблюдения [5, 7, 9].

Следующий шаг клинического исследования — рандомизация, или случайное распределение, в ходе которой происходит случайный отбор пациентов для участия в исследовании и случайный отбор пациентов в группы, получающие различные виды терапии. Рандомизация — основной способ обеспечения сравнимости контрольной и экспериментальной групп. Истинная рандомизация достигается тогда, когда из всей популяции случайным методом выбираются пациенты, и у всех этих пациентов есть равный шанс быть включенными в исследование. Случайное формирование групп может быть достигнуто путем использования таблиц случайных чисел, в которых каждая цифра или каждая комбинация цифр имеет