

ведомственных организаций здравоохранения клиник, дружественных к молодежи (КДМ), опыт работы которых уже имеется в отдельных регионах России. КДМ – это учреждение, оказывающее комплексную медико-психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста. Реализацией идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.

Следует иметь в виду, что КДМ не являются альтернативой уже имеющимся службам для подростков, например детским поликлиникам, и не должны заменить их. Эти службы будут дополнять друг друга в достижении единой цели – обеспечить здоровье подростков – членов семей сотрудников органов внутренних дел. КДМ могут быть составной частью ведомственной поликлиники в качестве отделений медико-социальной помощи подросткам. Как правило, штат КДМ включает подросткового врача-педиатра, подросткового гинеколога, андролога, медицинского психолога, социального работника, средний медицинский персонал.

Российский и зарубежный опыт работы большинства созданных клиник показывает их социальную эффективность, проявляющуюся в востребованности клиники (положительная динамика количества посещений, высокий удельный вес посещений с профилактической целью, количество повторных добровольных посещений, положительные отзывы посетителей); позитивном изменении отношения молодежи к своему здоровью; комплексности помощи; создании движения волонтеров; достижении межведомственного взаимодействия; упорядочении форм работы с молодежью и выявлении ее потребностей; изменении психологии медицинских работников; изменении отношения детей к традиционной медицине в положительную сторону; тенденции к личностному росту и повышению качества жизни подростков.

Для подростка польза от работы КДМ состоит в том, что он приобретает реальную возможность получить медицинскую и психологическую помощь, информацию о сохранении здоровья, а значит легче пройти период взросления. Сотрудники органов внутренних дел смогут быть спокойными за здоровье своих детей, уверенными, что ребенок получит всю необходимую помощь и информацию от квалифицированных специалистов, которую родители не всегда могут по каким-то причинам сообщать сами. Ведомственная организация здравоохранения сможет организовать действительно эффективную, экономящую силы и средства службу, направленную одновременно как на лечение, так и на профилактику социально значимых заболеваний.

### **ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ, И ОСУЖДЕННЫХ**

Проблемы сердечно-сосудистой патологии согласно литературным данным наиболее актуальны в терапевтической практике. Смертность от кардиологических заболеваний в Республике Беларусь составляет 53,8 %. Не менее значимы они и в пенитенциарной медицине. Но далеко не все инструментальные методы исследования можно использовать в условиях пенитенциарной медицины, так как психология человека, содержащегося под стражей либо отбывающего наказание, отличается от психологии обычного соматического больного: в следственных изоляторах, тюрьмах и исправительных колониях ограничено свободное перемещение заключенных в них лиц; не всегда возможно отдавать на руки пациенту какой-либо диагностический прибор, так как он может целенаправленно его испортить либо использовать не по назначению; возникают сложности в объективизации жалоб из-за симуляции и аггравации (поэтому многие диагностические подходы надо дублировать другими, но с теми же целями); необходим постоянный контроль за выполнением пациентом врачебных назначений и инструкций.

В настоящее время в пенитенциарной медицине используются следующие методы диагностики: рентгенография, электрокардиография (ЭКГ), измерение артериального давления (АД) по Короткову, эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, нагрузочные тесты. Но три последние методики не используются в медицинских частях учреждений уголовно-исполнительной системы (УИС), хотя ЭхоКГ может использоваться во всех медицинских частях и подразделениях УИС при наличии портативных (по возможности) или стационарных аппаратов и подготовленного медицинского персонала. Это во многом позволит достоверно выставить диагноз и предупредить развитие различных патологических состояний пациента, что позволит не отправлять пациента для дообследования в больницу и тем самым сэкономить материальные средства. Кроме того, УЗИ-аппарат можно использовать не только для проведения эхокардиографического исследования, но и для ультразвукового исследования органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы, сосудов, суставов.

Некоторые нагрузочные тесты также можно и нужно использовать во всех медицинских частях и подразделениях УИС (тест 6-минутной ходьбы (ТШХ)), другие же, например, велоэргометрию (ВЭМ), тредмил-тест, спирометрию, только в тех учреждениях здраво-

охранения, где есть реанимационное отделение, так как в случае ухудшения физического состояния пациента ему всегда можно будет помочь. ТШХ лучше проводить в модифицированной форме с использованием шагомера либо устройства для мониторинга физического состояния и местоположения пациента, включающего GPRS-навигатор и ЭКГ-регистратор. В последнем случае доктор не только достоверно определит класс хронической сердечной недостаточности (ХСН), что необходимо указывать в конце почти каждого кардиологического диагноза, но и узнает всю возможную информацию, которую предоставляет ХМ ЭКГ (в основном это обнаружение и документирование аритмий и ишемии сердца и оценка эффективности проводимого лечения).

ХМ ЭКГ, как и метод суточного мониторирования АД (СМАД), также следует использовать во всех медицинских частях и подразделениях, но после некоторой адаптации для применения в данных условиях. Основным недостатком применения этих методов в условиях УИС является 24-часовое ношение кардиорегистратора и (или) монитора АД без непрерывного контроля со стороны как медицинского персонала, так и сотрудников, обеспечивающих охрану. В связи с этим мы предлагаем проводить мониторирование ЭКГ и (или) АД по адаптированной для данных условий программе. Последняя включает в себя основные моменты жизнедеятельности человека, заключенного под стражу (физическая, умственная активность и покой), но в ограниченный промежуток времени (около 3 ч). Безусловно, информативность по времени данного метода исследования снижается (невозможно отследить дневные и ночные временные интервалы, сильно уменьшается число регистрируемых комплексов). Но обеспечить контроль со стороны без ущерба обычному распорядку дня пациента, режимной деятельности учреждения и работе медицинского персонала по-другому невозможно. Учитывать такие моменты в этих условиях надо обязательно. Цели мониторирования ЭКГ и АД в данных обстоятельствах следующие: обнаружение и документирование аритмий сердца; обнаружение и документирование ST-изменений, включая изменения, связанные с сердечной недостаточностью; выявление критических колебаний АД; выявление дисфункции вегетативной нервной системы; изменение АД при синкопальных состояниях; оценка эффективности проводимого лечения.

При ХМ ЭКГ важно проводить сравнительный анализ регистрируемых изменений сегмента ST с характером деятельности пациента, что является неоспоримым преимуществом адаптированного метода, так как присутствует полная программа активности человека и полноценный контроль ее выполнения со стороны.

При программировании монитора АД частота его измерений устанавливается максимальная – 1 раз в 3 мин. Это необходимо для получения наиболее информативных данных о динамике АД и ЧСС, так как сроки мониторирования сжаты и пациент выполняет ряд тестов, в связи с чем показатели изменяются очень динамично. Если же требуется измерение АД и ЧСС в конкретный момент времени, а аппарат этого не делает, то он запускается через функциональную кнопку. Для повышения информативности данная методика подкрепляется однократными измерениями АД по часам: 9:00, 12:00, 15:00, 18:00, 21:00.

Подготовка к проведению адаптированного мониторирования ЭКГ и (или) АД ничем не отличается от таковой перед проведением ХМ ЭКГ и (или) СМАД. Кроме стандартных показателей ХМ ЭКГ и СМАД с оговоркой на ограниченный временной интервал адаптированная методика включает опросник Роузе (если подозревается либо уже имеется стенокардия), применение жирометра (особенно это актуально для пациентов с метаболическим синдромом, сахарным диабетом 2-го типа), кардиоваскулярные рефлекс-тесты Ивинга (измерение АД между тестами) и вегетативный опросник с вычислением показателей вегетативной реактивности организма человека, включая разные положения тела лежа во время пробы с активным ортостазом (измерение АД во время нахождения тела в каждом положении), экспресс-метод оценки ХСН, применение шкалы оценки клинического состояния, психологические методики для выявления нервно-психической устойчивости к стрессу, ситуативной и личностной тревожности, акцентуаций характера, психологического состояния и настроения, экстраверсии (интроверсии) и оценки эмоциональной стабильности (нестабильности), стрессонаполненности жизни. Кроме того, еще можно проводить лестничную пробу после завтрака, обеда и перед сном, позволяющую определить толерантность к физической нагрузке как альтернативу ВЭМ и тредмил-тесту по вышеуказанным причинам.

Во всех медицинских частях и подразделениях УИС также может быть использована еще одна неинвазивная методика импедансной плетизмографии, позволяющая оценить центральный и региональный кровотоки по колебанию сопротивления живых тканей организма переменному току высокой частоты (главное предназначение реокардиографии – неинвазивное определение величины ударного объема (УО) сердца, изучение гемодинамики в малом круге кровообращения, фазового анализа сердечного цикла).

Успех в решении вышеперечисленных проблем позволит улучшить результаты диагностики и лечения лиц, содержащихся под стражей, и осужденных и предотвратить многие осложнения состояния здоровья у них.