

**Научно-практический
рецензируемый журнал
«Здравоохранение
Дальнего Востока»**

Издается с 2002 года
выходит 1 раз в три месяца

№ 4 (42) декабрь 2009 г.

Главный редактор:

С.Ш. Сулейманов

Заместитель главного редактора:

Г.В. Чижова

Редакционная коллегия:

В.Е. Воловик (ответственный секретарь)

В.В. Егоров

В.Л. Коваленко

А.Б. Островский

В.М. Савкова

С.К. Сухотин

Редакционный совет:

С.А. Алексеенко (Хабаровск)

С.А. Булгаков (Москва)

Х.А. Кутуев (Санкт-Петербург)

П.П. Кузьмичёв (Хабаровск)

Л.Б. Лазебник (Москва)

Г.А. Пальшин (Якутск)

А.П. Тяжелков (Комсомольск-на-Амуре)

В.М. Салашник (Хабаровск)

Редактор:

Е.Г. Вожжова

Корректор:

Т.В. Плаксина

Художественный редактор:

Е.В. Бадяева

Учредители:

Министерство здравоохранения

Хабаровского края;

ГОУ ДПО

«Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

Издатель:

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения».

Отпечатано в редакционно-издательском
центре ИПКСЗ,

г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Тираж 1000 экз. В розницу цена свободная

Регистрационное свидетельство

№ ПИ 15-0345 от 29 апреля 2002 г. выдано

Дальневосточным окружным межрегиональным тер-
риториальным управлением Министерства РФ
по делам печати, телерадиовещания и средств
массовых коммуникаций, г. Хабаровск

Адрес редакции:

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9,
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

Тел./факс: (4212) 72-87-15

E-mail: rec@ipksz.khv.ru

СОДЕРЖАНИЕ

I. КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

II. ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Оттева Э.Н., Витько А.В., Кораблев В.Н. Организация
ревматологической помощи населению Хабаровского края.....3

**Ткаченко И.В., Рогачева Е.Р., Лаврухин Д.Б., Тесленко Б.В.,
Румянцев А.Г.** Анализ состояния здоровья детей и подростков,
излеченных от острого лимфобластного лейкоза.....8

III. ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Витько А.В., Гандурова Е.Г., Топалов К.П., Волкова Е.И.,
Омельчук Н.И.** О состоянии здоровья населения и деятельности
системы здравоохранения Хабаровского края в 2008 году
(продолжение).....15

Ступак В.С., Свередюк М.Г., Дрозд Д.Б. Реализация
права пациента на выбор врача в ГУЗ «Перинатальный центр»
министерства здравоохранения Хабаровского края.....36

Молчанова О.В., Сулейманов С.Ш. Стандартизация
при ведении больных внебольничной пневмонией
в Хабаровском крае.....39

IV. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Силютина В.В. Определение методом ПЦР инфицированности
HPV 16/18 – онкогенными вирусами женщин различных возрастных
групп в Хабаровском крае.....42

Кошевая Е.Г. Сложившаяся практика применения
нестероидных противовоспалительных препаратов
в муниципальных учреждениях здравоохранения.....44

Колесникова Г.Ю. Изучение перцептивной сферы как
составляющей образа мира лиц с двигательной патологией.....48

V. ОБМЕН ОПЫТОМ

Хрустова Н.П., Покрыщенко Н.Н. Особенности показателей
системы гемостаза у беременных женщин.....53

Некипелова А.В., Бендерская А.З., Власов В.Г. Эффективность
бальнеолечения больных кожными заболеваниями
в ГУЗ «Специализированная больница восстановительного
лечения “Анненские воды”».....56

Онуприенко Е.В., Данилюк Л.П., Козут И.Д. Применение
интерферона тилорона в лечении аденовирусных
заболеваний глаз.....59

Колесникова С.М., Левкова Е.А. Оценка состояния здоровья
детей раннего возраста, рожденных от матерей с патологией
гестационного процесса.....61

Толмачева С.Г., Брайченко Е.В., Ступак В.С., Сорвина Т.А.
Последствия перинатальных повреждений позвоночника у детей.....66

VI. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Володченко Н.П., Шукан С.А. Неклостридиальная анаэробная
инфекция мягких тканей.....69

Кочерова Т.Ю., Оттева Э.Н. Дифференцированный подход
к оценке индекса активности ревматической полимиалгии.....71

VII. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

**Малай Л.Н., Мирошниченко А.Н., Шарыкин Б.В.,
Конуровский В.В.** Бета-адреноблокаторы: прошлое, настоящее
и будущее.....75

VIII. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Памяти ученого.....81

IX. ПРИЛОЖЕНИЕ

Материалы XVI итоговой научно-практической конференции
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева»
МЗ ХК за 2008 год.....84

Указатель статей журнала «ЗДВ» За 2009 год.....108

Под знаком качества112

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас, читателей нашего журнала, всех медицинских работников Дальнего Востока с Новым 2010 годом!

В преддверии нового года принято подводить итоги года уходящего и говорить о том, что год грядущий нам готовит.

Мы не будем нарушать традицию и отметим некоторые знаковые события 2009 года.

В здравоохранении Хабаровского края, несмотря на кризисные явления в экономике, продолжилось укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. При этом для решения вопросов развития краевого здравоохранения активно используются федеральные средства путем включения Хабаровского края в федеральные целевые программы.

Такой подход позволяет снизить финансовую нагрузку на краевой бюджет, но он же требует и повышения эффективности работы на местах, так как участие в федеральных программах предполагает соблюдение ряда требований региональными участниками программ.

Это относится и к долевному финансовому вкладу территории, а также определенному уровню развития инфраструктуры и кадрового обеспечения. Соблюдение именно этих условий позволило краевому здравоохранению стать участниками программ по онкологии, безопасности дорожного движения и ряда других.

В связи с реализацией программы по формированию здорового образа жизни в крае открыты центры здоровья.

Изменение подходов федерального центра к проблеме сохранения здоровья россиян и усиление профилактической направленности в деятельности Министерства здравоохранения и социального развития позволяет надеяться на то, что начнет меняться менталитет всего нашего населения, и ответственность за сохранение здоровья перестанет перекладываться только на медицинских работников.

Однако не надо думать, что это произойдет быстро.

Эпидемия гриппа осенью этого года убедительно показала неспособность общества в целом и разных его слоев, в том числе чиновников, журналистов, да и врачебного сословия, к спокойной и взвешенной повседневной работе в быстро меняющихся условиях.

Невероятные слухи, непрофессиональные рекомендации, зачастую плохо мотивированные управленческие решения позволили возобладать паническим настроением во многих регионах России, чем не преминули воспользоваться недобросовестные бизнесмены от фармации. Вопросами фармацевтического рынка вынуждена была заниматься верховная власть страны.

Почему же это происходит?

Я думаю, что ответ был дан премьер-министром РФ В.В. Путиным, который прозвучал во время его телеэфира 3 декабря. Отвечая на один из заданных ему вопросов: «Что, по Вашему мнению, мешает больше

всего развитию России?», Владимир Владимирович сказал: «В ментальной сфере – это, конечно, социализированное сознание. Это ожидание того, что государство должно решить все и вся. Это, конечно, очень ограничивает личную инициативу внутри человека... Это до сих пор, мне кажется, ментально, в нашем сознании сидит, все ожидают решений со стороны государства. Это важно, это нужно, но нужно все-таки способствовать тому, чтобы раскрывался потенциал каждого человека как личности».

Формирование свободного человека, умеющего принимать правильное решение в различных обстоятельствах, принимающего и ответственность за свои действия, – это основная задача нашего общества.

Для российской медицины основной задачей остается обеспечение доступности и качества медицинской помощи нашему населению. Эту задачу можно решить только усилиями ответственных, профессионально подготовленных специалистов.

Для повышения профессионального уровня работников здравоохранения в Хабаровском крае созданы все условия.

Деятельность нашего института направлена на безусловное выполнение потребностей лечебно-профилактических учреждений в деле повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Мы надеемся, что отзывы слушателей по итогам обучения объективно отражают качество нашей работы, а официальным признанием успешной работы коллектива института является выдача вузу сертификата соответствия системы менеджмента качества в области услуг дополнительного профессионального образования ГОСТ Р ИСО 9001-2001 (ИСО 9001:2000), присуждение ИПКСЗ звания лауреата X краевого конкурса в области качества товаров и услуг и лауреата Всероссийского конкурса лучших товаров и услуг «100 лучших товаров России».

Но самой лучшей оценкой вклада коллектива института в развитие здравоохранения края может быть только качественная медицинская помощь, которую должны получать жители Дальнего Востока.

Дорогие коллеги, поздравляя вас с наступающим 2010 годом, хочу пожелать вам крепкого здоровья, новых успехов в вашем нелегком труде, любви и понимания близких, уважения и благодарности пациентов.

Коллектив Института повышения квалификации специалистов здравоохранения, редакция журнала «Здравоохранение Дальнего Востока» всегда готовы помочь вам.

Вместе мы сможем сделать еще много добрых дел.

С новым годом!

**Главный редактор,
ректор ИПКСЗ
С.Ш. Сулейманов**

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

УДК 616-002.77-082 (571.620)

Организация ревматологической помощи населению Хабаровского края

Э.Н. Оттева, А.В. Витько, В.Н. Кораблев

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК,
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
Министерство здравоохранения Хабаровского края,
ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Росздрава,
г. Хабаровск

E.N. Otteva, A.V. Vitko, V.N. Korablev

Organization of rheumatological care to the population of Khabarovsk Territory

Хабаровский край занимает центральную часть Российского Дальнего Востока, является одним из крупнейших по размерам административно-территориальных образований Российской Федерации (РФ). Его площадь составляет 787,6 тыс. км², или 4,6 % территории России (4-е место в РФ). На долю Хабаровского края приходится 12,7 % всей территории Дальневосточного федерального округа (ДФО) и 21,5 % его численности.

Динамика численности населения Хабаровского края за период с 1992 по 2009 гг. представлена на рис. 1.

Из рис. 1 следует, что в период с 1992 по 2009 гг. численность постоянного населения Хабаровского края снизилась на 13,7 % и по состоянию на 01.01.2009 г. составила 1401,9 тыс. человек (0,99 % от численности населения РФ). По численности населения край занимает 2-е место в ДФО и 35-е – в России.

Ежегодные темпы снижения численности населения в крае составляют около 1 %, что соответствует таковым темпам по РФ. С 2000 г. численность населения сокращалась, главным образом, по причине естественной убыли (превышение смертности над рождаемостью), которая приобрела долговременный характер и по прогнозу сохранится до 2026 г.

Плотность населения в среднем по краю на 1 января 2009 г. составила 1,8 человека на 1 км², что в 1,6 раза выше, чем в Дальневосточном федеральном округе, и в 4,6 раза меньше, чем по России в целом. Специфические особенности расселения населения обусловлены значительной протяженностью территории, отдаленностью населенных пунктов от краевого и районных центров, сложной транспортной связью, что неизбежно отражается на доступности и качестве медицинской помощи жителям края.

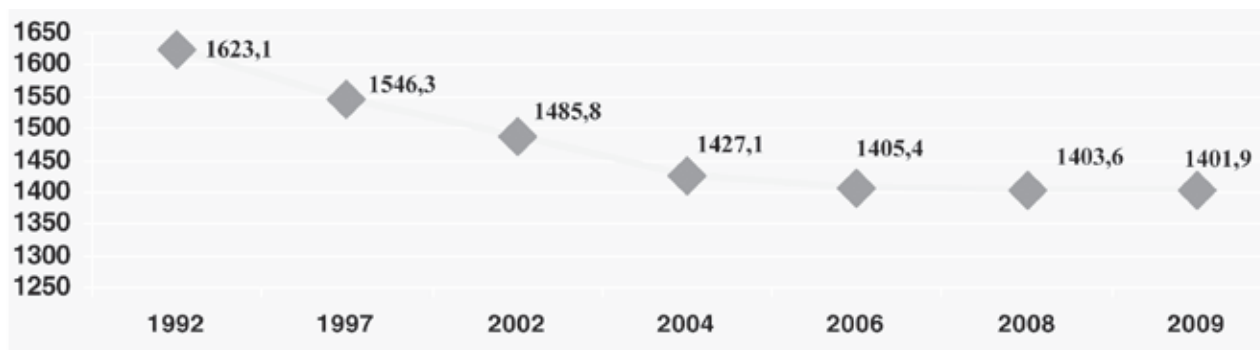


Рис. 1. Динамика численности населения Хабаровского края за период с 1992 по 2009 гг. (тыс. чел.)

В Хабаровском крае остается стабильно высокой заболеваемость костно-мышечной системы (в 2009 г. общая заболеваемость составила 10 312 случаев и первичная – 2563,8 случая на 100 тыс. человек). В 2008 г. в структуре общей заболеваемости взрослого населения болезни костно-мышечной системы составили 9,4 %, в структуре впервые выявленных больных – 5 %. Ревматические заболевания в целом по Хабаровскому краю занимают стойкое 2-е место по временной нетрудоспособности и 4-е – по выходу на инвалидность, что является основанием для разработки комплекса мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности от ревматических заболеваний [5, 6, 7, 15].

По нашему мнению, ревматологическая служба на уровне субъекта федерации является структурно-функциональным элементом общей системы здравоохранения региона.

Порядок функционирования ревматологической службы в РФ (далее – ревматологическая служба) в настоящее время определен следующими приказами Минздравсоцразвития РФ:

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 № 633 «Об организации медицинской помощи». Приказом определено, что на уровне первичной медико-санитарной помощи ревматологическая помощь может быть организована в муниципальном районе (поликлиника, центральная районная больница), в городском округе (городская поликлиника, центр, медсанчасть, городская больница); на уровне специализированной медицинской помощи ревматологическая помощь может быть организована в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации (областная, краевая, республиканская, окружная больница); на уровне высокотехнологичной медицинской помощи ревматологическая помощь может быть организована в федеральных специализированных учреждениях.

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.01.2007 № 29 «О совершенствовании организации ревматологической помощи детям в Российской Федерации».

3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.06.2007 № 444 «О мерах по совершенствованию организации ревматологической медицинской помощи населению Российской Федерации».

К недостаткам указанных приказов следует отнести тот факт, что они не содержат материалов, касающихся системных вопросов организации ревматологической помощи населению на всех уровнях управления (федеральном, региональном, муниципальном), в том числе в части формирования организационной инфраструктуры, ресурсного и технологического обеспечения, оценки эффективности ревматологической помощи населению.

Концепция и научно-методическое обеспечение развития ревматологической службы Хабаровского края созданы нами с учетом исследований В.Н. Кораблева, посвященных формированию специализированных

служб в здравоохранении на уровне региона [3].

Основными приоритетами концепции формирования ревматологической службы в Хабаровском крае являются:

1. Формирование организационной инфраструктуры ревматологической службы края с учетом уровней, видов и этапов специализированной помощи.

2. Разработка стандартов ресурсного и технологического обеспечения ревматологической службы (табеля оснащения медицинским оборудованием, медико-экономические стандарты, квалификационные характеристики специалистов).

3. Разработка показателей оценки эффективности деятельности ревматологической службы, внедрение аудита эффективности.

Генеральной целью предлагаемой концепции является повышение качества оказания ревматологической помощи населению на уровне субъекта федерации при повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения.

В задачи по реализации концепции входят:

1. Анализ влияния ревматических заболеваний на показатели здоровья населения Хабаровского края (спрос населения на услуги).

2. Анализ организации и ресурсной базы ревматологической помощи населению Хабаровского края (предложение услуг). Выявление основных рисков оказания ревматологической помощи жителям Хабаровского края в части нормативного правового, ресурсного и технологического обеспечения.

3. Разработка и внедрение нормативного правового и научно-методического инструментария формирования ревматологической службы Хабаровского края.

Для достижения поставленных задач в Хабаровском крае существует поуровневая организационная структура здравоохранения, включающая первичную медико-санитарную, специализированную и высокотехнологичную помощь (рис. 2).

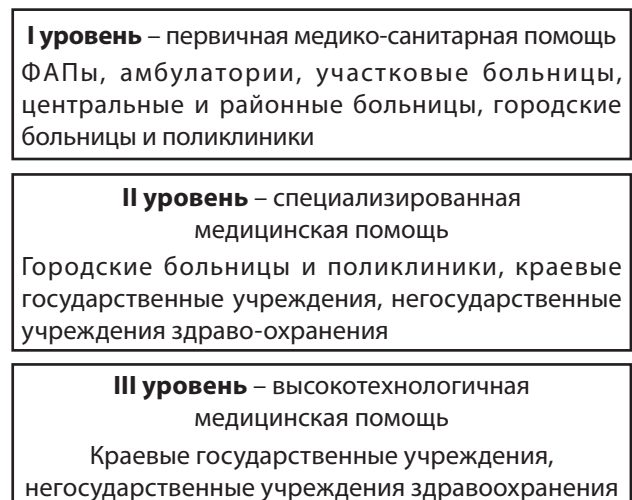


Рис. 2. Поуровневая организационная структура здравоохранения Хабаровского края

Первичная медико-санитарная помощь (**I уровень**) предусматривает обращение пациента к терапевту, семейному врачу или врачу общей практики, которые осуществляют первичный осмотр, оказывают первичную помощь и решают, где будет лечиться больной и куда его направить в случае неясного диагноза.

Согласно принятым упрощенным критериям EULAR (P. Emery, 2002) [9, 10], если больной имеет более трех воспаленных суставов, утреннюю скованность более 30 мин. и положительный тест «сжатия», то пациент немедленно должен быть направлен к ревматологу городского клинко-диагностического центра или в городскую поликлинику к ревматологу при минимально проведенном обследовании: общий анализ крови и рентгенограмма кисти. Диагноз ревматоидного артрита или другого ревматического заболевания должен устанавливаться ревматологом с определением активности болезни. После уточнения диагноза в стандартной ситуации пациент возвращается с рекомендациями к первому звену первичной медико-санитарной помощи [1, 2].

В противном случае больной направляется к ревматологу в те лечебные учреждения, где имеется специалист (**II уровень**). Для этого в поликлиниках № 1, 3, 5, 11, 15 г. Хабаровска работают ревматологические кабинеты. Для Хабаровского муниципального района имеются специалисты поликлиники государственных учреждений здравоохранения «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» (далее – ГУЗ ККБ № 1) либо «Клинко-диагностический центр “Вивея”» министерства здравоохранения Хабаровского края. Для жителей г. Комсомольска-на-Амуре и окружающих муниципальных районов (Комсомольский, Амурский, Солнечный, Ванинский, Советско-Гаванский) создано также государственное учреждение здравоохранения «Клинко-диагностический центр» министерства здравоохранения края, где работают два обученных ревматолога. В этих лечебных учреждениях после осмотра больного проводится дообследование: количественное определение С-реактивного белка, ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). В сложных случаях больной переходит на **III уровень**.

При повторном осмотре ревматолог подсчитывает индексы активности болезни по DAS28 и качество жизни по опроснику HAQ, после чего назначается базисная терапия, проводится обучение по созданной структурированной программе школы больного ревматоидным артритом [8, 11, 16, 17].

Как правило, подобные действия, подбор основной базисной терапии проводятся в ревматологическом отделении (**III уровень**). После выписки из ГУЗ ККБ № 1 пациент вновь возвращается к ревматологу уже с изменившейся активностью болезни по DAS28 и качеством жизни по HAQ.

Далее каждые три месяца ревматолог в интенсивном режиме обязан осматривать больного, подсчиты-

вать параметры активности и качества жизни и проводить коррекцию терапии, и так в течение двух лет до достижения ремиссии ревматоидного артрита [17].

В крае функционируют три этапа оказания медицинской помощи: I – поликлинический, II – стационарный, III – реабилитационный (кабинеты лечебной физкультуры ЛПУ края, государственные учреждения здравоохранения «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» и «Специализированная больница восстановительного лечения “Анненские воды”» министерства здравоохранения Хабаровского края).

Поликлинический этап имеется на всех трех уровнях оказания специализированной помощи. На I уровне врач общей практики только наблюдает пациента согласно рекомендациям ревматолога и своевременно направляет на консультацию к ревматологу для коррекции лечения.

На II уровне, в муниципальных учреждениях здравоохранения, где уже имеются специалисты – ревматологи, амбулаторное ревматологическое отделение, пациенты не только наблюдаются, но на данном этапе проводится мониторинг согласно показателям индексов активности болезни, и ревматолог сам корректирует лечение либо решает вопрос о переводе больного на консультацию к ортопеду или на II этап – стационарный. В случае стабильных показателей пациент направляется на III этап в ГУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» министерства здравоохранения края, где в течение двух недель больной получает возможные реабилитационные услуги (сеансы психотерапии, физиолечение, лечебную физкультуру), для чего центр оснащен современной аппаратурой.

Стационарный этап в крае функционирует на базе краевого клинического ревматологического центра (далее – Центр), созданного в ГУЗ ККБ № 1, где концентрируются наиболее тяжелые ревматические больные (рис. 3).

Как видно из структуры Центра, имеется широкая возможность диагностировать практически все ревматические заболевания, включая остеопороз. Мы считаем очень важным взаимодействие с травматологами-ортопедами, которые проводят по показаниям диагностическую и лечебную артроскопию, переводят больных для проведения эндопротезирования.

Больные РА в ревматологическом отделении в 98 % случаев имеют III степень активности, II степень диагностируется только у экспертных больных, которые направляются МСЭ (медико-санитарной экспертизой). В ревматологическом отделении решается вопрос о смене стратегии ведения больного: перевод на комбинированную терапию или высокотехнологичное лечение. В обязанности ревматологического отделения входит решение вопроса о возможности проведения данной терапии и проведение только I этапа (1–2 инфузии). При хорошей переносимости

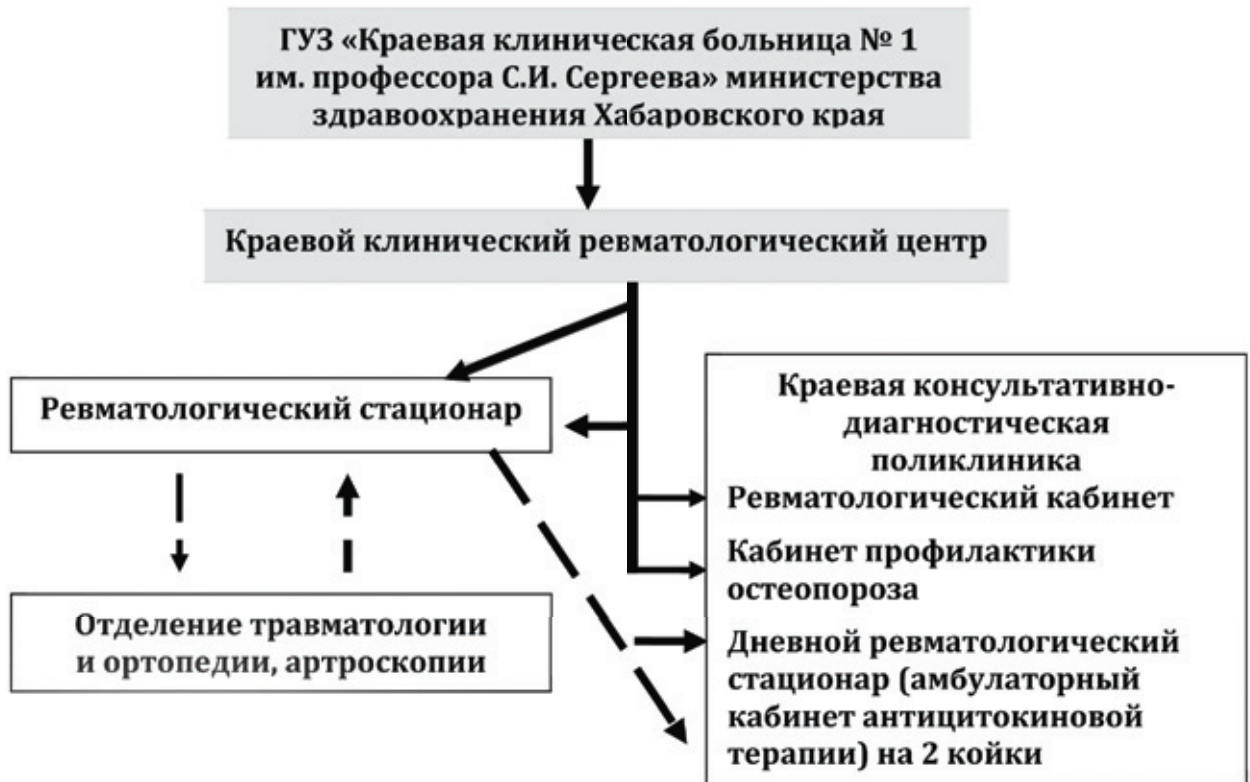


Рис. 3. Организационная структура краевого клинического ревматологического центра

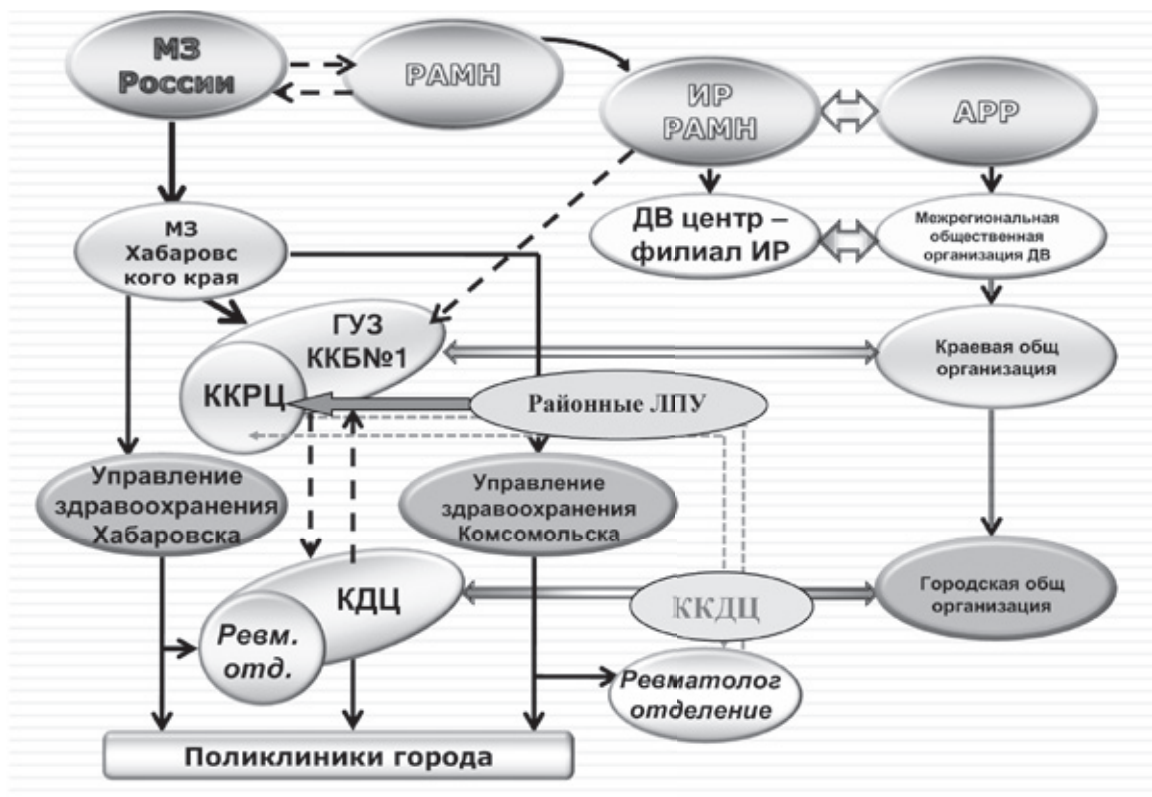


Рис. 4. Структура ревматологической службы Хабаровского края

Сокращения: РАМН – Российская академия медицинских наук, ИР РАМН – Институт ревматологии (г. Москва), АРР – Ассоциация ревматологов России и ее филиалы, ККРЦ – краевой клинический ревматологический центр, КДЦ – клиничко-диагностический центр г. Хабаровска (муниципальное учреждение), ККДЦ – краевой клиничко-диагностический центр (краевое учреждение).

больной переводился для дальнейшего наблюдения в поликлинику (II уровень) по месту жительства, где больной, согласно лекарственной КЭК ГУЗ ККБ № 1, получает генно-инженерный препарат. Для ведения больных, контроля, заполнения регистра на пациентов, находящихся на высокотехнологичном лечении, создан антицитокиновый кабинет с койками дневного стационара [4]. С полученным в аптеке препаратом пациент приходит на III уровень в антицитокиновый кабинет для инфузии препарата и определения дальнейшей тактики ведения.

Реабилитационный этап в крае реализуется, главным образом, в ГУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» министерства здравоохранения Хабаровского края. Данное лечебное учреждение принимает пациентов на реабилитацию как с амбулаторного приема от ревматолога или ортопеда, так из ревматологического или травматологического и ортопедического отделения для дальнейшей разработки функции поврежденных суставов. Реабилитация также проводится в тех муниципальных учреждениях здравоохранения, где созданы условия для проведения ЛФК, физиолечения и пр. (по желанию пациента).

В конечном итоге предлагается следующая структура ревматологической службы Хабаровского края (рис. 4).

Из рисунка 4 следует, что краевой клинический ревматологический центр функционирует во взаимодействии с министерством здравоохранения Хабаровского края, Институтом ревматологии и Ассоциацией ревматологов. Центр осуществляет лечебную, консультативно-диагностическую, научно-методическую работу по организации ревматологической помощи на региональном и муниципальном уровне.

Для достижения целей ревматологической службы одну из главных ролей, по нашему мнению, должен играть главный (внештатный) специалист министерства здравоохранения Хабаровского края, который должен выполнять следующие основные функции:

1. Разрабатывать, предлагать к обсуждению и утверждению на уровне органов управления здравоохранением концепцию развития ревматологической службы в регионе.
2. Формировать организационную структуру ревматологической службы.
3. Определять уровни, этапы и виды медицинской помощи в соответствии с ее утвержденной организационной структурой.
4. Разрабатывать регламенты деятельности ревматологической службы и ее специалистов в соответ-

ствии с утвержденной организационной структурой по уровням оказания медицинской помощи (например: регламент краевого центра ревматологической помощи населению, ревматологического отделения, дневного стационара, кабинета ревматолога).

5. Разрабатывать порядок движения потоков пациентов в соответствии с утвержденной организационной структурой ревматологической службы, уровнями, этапами и видами медицинской помощи.

6. Разрабатывать квалификационные характеристики специалистов ревматологической службы по уровням оказания медицинской помощи.

7. Организовывать разработку и введение таблиц оснащения медицинским оборудованием ревматологической службы в соответствии с организационной структурой ревматологической службы, уровнями, этапами и видами медицинской помощи на основе действующей нормативной правовой базы Российской Федерации и региона.

8. Разрабатывать и организовывать введение региональных медико-экономических стандартов в деятельности учреждений здравоохранения края в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и региона на основе утвержденных федеральных стандартов.

9. Организовывать разработку и внедрение показателей оценки эффективности деятельности ревматологической службы в соответствии с ее организационной структурой и уровнями оказания медицинской помощи.

10. Осуществлять контроль и аудит эффективности деятельности ревматологической службы по целевым показателям с определением результативности медицинской деятельности и рейтинга с предоставлением информации в орган управления здравоохранением (полугодовая, годовая). Разрабатывать предложения по повышению эффективности деятельности ревматологической службы.

Таким образом, ревматологическая служба в Хабаровском крае сформировалась как организационно-функциональная подсистема системы здравоохранения края, охватывающая государственный и муниципальный уровни здравоохранения, нацеленная на достижение запланированных целевых показателей путем использования стандартизованных организационных и медицинских технологий, а также ресурсов здравоохранения; целью службы является организация, нормативное правовое обеспечение и сопровождение оказания населению доступной ревматологической помощи установленного качества при эффективном использовании ресурсов отрасли.

Список литературы

1. Вартамян, К.Ф. Проблемы специализированных служб / К.Ф. Вартамян // *Здравоохранение*. – 2004. – № 8. – С. 41–45.

2. Воробьев, П.А. Концепция создания профессиональных служб в здравоохранении / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.И. Воробьев // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2006. – № 7. – С. 3–5.

3. Кораблев, В.Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона / В.Н. Кораблев. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ, 2009. – 199 с.
4. Лукина, Г.В. Первый антицитокинный центр в России: 2 года успешной клинической практики / Г.В. Лукина // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 4. – С. 29–31.
5. Ревматология: нац. рук. / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 714 с.
6. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев и др. // Клиническая фармакология и терапия. – 2005. – № 14. – С. 1–4.
7. Эрдеc, Ш.Ф. Проблема ревматических заболеваний в России / Ш.Ф. Эрдеc, О.М. Фоломеева // Рус. мед. журн. – 2004. – Т. 12, № 20. – С. 1121–1122.
8. *Advances in the Management of Rheumatoid arthritis // Annals of the Rheum. Dis. Satellites.* – 2009. – № 5. – P. 1–22.
9. *American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. 2002 Update // Arthritis Rheum.* – 2002. – Vol. 46. – P. 328–346.
10. *Breedveld, F. Advances in the Management of Rheumatoid Arthritis / F. Breedveld, R. van Vollenhoven // ed. To Annals of the Rheumatic Diseases.* – 2009. – P. 1–25.
11. *British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis // Rheumatology.* – 2009. – № 1. – P. 1–23.
12. *Development and Validation of a patient – Based Disease Activity Score in Rheumatoid Arthritis That Can Be Used in Clinical Trials and Routine Practice / E. Choy, B. Khoshaba et al. // Arthritis Rheum.* – 2008. – Vol. 59, № 2. – P. 192–199.
13. *Disease Activity Measurement of Rheumatoid Arthritis: Comparison of Simplified Disease Activity Index (SDAI) and Disease Activity Score Including 28 Joints (DAS28) in Daily Routine / B. Leeb, I. Andel et al. // Arthritis & Rheum.* – 2005. – Vol. 53, № 1. – P. 56–60.
14. *Disease Activity Score 28 as an Instrument to Measure Disease Activity in Patients with Early Rheumatoid Arthritis / H. Makinen, H. Kautiainen, T. Hannonen et al. // The Journ. of Rheum. Copyright.* – 2007. – P. 1987–1990.
15. *Pincus, T. Mortality in rheumatoid arthritis / T. Pincus, F. Callahan // Bull. Rheum. Dis.* – 1992. – Vol. 41. – P. 1–7.
16. *Pincus, T. Quantitative measures for assessing rheumatoid arthritis in clinical trials and clinical care / T. Pincus, T. Sokka // Best Pract. Res Clin Rheumatol.* – 2003. – № 17. – P. 753–781.
17. *Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states / D. Aletaha, M.M. Ward, K.P. Machold et al. // Arthritis Rheum.* – 2005. – Vol. 52. – P. 2625–2636.

УДК 616.155.392-036.11-053.2

Анализ состояния здоровья детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза

И.В. Ткаченко, Е.Р. Рогачева, Д.Б. Лаврухин, Б.В. Тесленко, А.Г. Румянцев

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, г. Хабаровск,

ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии» Росздрава,

г. Москва,

ФГУ «Санаторий “Русское поле” для детей с родителями» Росздрава,

Московская область

I.V. Tkachenko, E.R. Rogacheva, D.B. Lavrukhin, B.V. Teslenko, A.G. Rummyantsev
Analysis of the health status of children and adolescents, cured of acute lymphoblastic leukemia

Резюме

Проведен анализ состояния здоровья 1448 детей и подростков из 73 регионов РФ, излеченных от острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), получивших комплекс реабилитационных мероприятий в ФГУ «Санаторий “Русское поле” для детей с родителями» Росздрава за 7-летний период наблюдения. Получены достоверные различия структуры заболеваемости излеченных от ОЛЛ детей и подростков по сравнению с распространенностью и структурой заболеваемости детей в популяции ($p < 0,0001$). На первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения (601,5 случая на 1 тыс. излеченных), на втором – болезни ЖКТ (573,2

случая на 1 тыс. излеченных), на третьем – болезни системы кровообращения (506,9 случая на 1 тыс. излеченных). Полученные в исследовании данные свидетельствуют, что заболеваемость детей и подростков, имеющих в анамнезе ОЛЛ и находящихся в состоянии стойкой ремиссии, кардинальным образом отличаются от уровня заболеваемости детей и подростков по данным популяционного контроля.

Высокий уровень соматической патологии среди детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, ее необычная структура, временная динамика заболеваемости и функциональных расстройств свидетельствуют о том, что практически вся выявленная соматическая патология у диагностической группы детей является отдаленным эффектом противоопухолевого лечения.

Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности проведения мониторинга состояния здоровья детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, для более полного представления о спектре проблем, связанных с нарушением физического, психологического и социального функционирования, и разработки рекомендаций по улучшению качества жизни детей в отдаленном периоде лечения онкогематологических заболеваний.

Ключевые слова: дети и подростки, острый лимфобластный лейкоз, заболеваемость, отдаленные эффекты противоопухолевого лечения.

Summary

The analysis of the health status of 1,448 children and adolescents from 73 regions of Russia, who recovered from acute lymphoblastic leukemia (ALL) and received a set of rehabilitation activities in the Federal State Institution «Sanatorium “Russian Field” for children and parents» for the 7 years observation period, is presented. Significant differences between the structure of illness patterns in children and adolescents recovered from ALL and the incidence and illness patterns in the population ($p < 0.0001$) are obtained. In the first place there are mental and behavioral disorders (601.5 cases per thousand cured), in the second: gastrointestinal diseases (573.2 per thousand), in the third: diseases of the circulatory system (506.9 per thousand cured). These study data indicate that the incidence of children and adolescents with a case history of ALL having a state of stable remission is radically different from the morbidity rate in children and adolescents according to population-based control.

High levels of somatic pathology in children and adolescents recovered from ALL, its unusual structure, temporal dynamics of disease and functional disorders indicate that almost all the identified somatic pathology in the diagnostic group of children was a distant effect of anticancer treatment.

Our results indicate the advisability of monitoring the health of children and adolescents recovered from ALL for formulating a comprehensive idea of the spectrum of problems associated with the violation of physical, psychological and social functioning, and develop recommendations to improve the quality of life of children in the long term treatment of hematologic diseases.

Key words: children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia, incidence, long-term effects of anticancer treatment.

Введение

Лейкемии – гетерогенная группа наиболее распространенных у детей и относительно легко диагностируемых новообразований с первичной локализацией патологического процесса в костном мозге. Заболеваемость детей лейкемиями в странах с развитой системой учета онкологических заболеваний стабильно выше – 4,0 случая на 100 тыс. в год [1] и не имела тенденций к изменению в течение последних 10–15 лет [7]. У детей наиболее часто встречаются следующие типы лейкемии: острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) и острый миелобластный лейкоз (ОМЛ). Крайне редко – хронический миелолейкоз (ХМЛ), а также бифенотипические и билинейные лейкемии [4, 5].

Острый лимфобластный лейкоз – наиболее частый тип лейкемии у детей, имеет возрастной пик в 3–4 года. Заболеваемость ОЛЛ составляет 3,3 случая на 100 тыс. детского населения [4]. В соответствии с линейной принадлежностью ОЛЛ подразделяется на две иммунологические группы: Т-ОЛЛ и В-ОЛЛ.

Принципиальная возможность излечения пода-

вляющего большинства пациентов с ОЛЛ и их возвращение к полноценной жизни стали, безусловно, главным результатом серии клинических исследований, выполненных на протяжении четырех десятилетий в США и Европе. Применение программного лечения у российских детей позволило увеличить долгосрочную выживаемость до 70 % [5, 8].

Параллельно с успехами детской онкологии увеличивается количество проблем, связанных с поздними осложнениями после лечения, обозначаемыми в онкологической практике как поздние эффекты противоопухолевого лечения, своевременная диагностика и коррекция которых является актуальной проблемой в системе реабилитации этих пациентов [2, 3, 6].

Представляется целесообразным и своевременным определение приоритетных направлений комплексной реабилитации онкогематологических больных на основе анализа структуры и содержания совокупности медицинских, психологических и социальных проблем у детей, прошедших обследование в

состоянии длительной ремиссии заболевания в условиях специализированного учреждения или центра санаторного типа [6].

Методические подходы к изучению всего комплекса проблем пациентов и содержание программ реабилитации детей в ремиссии ОЛЛ отличаются фрагментарностью проводимых исследований, смещением акцентов на решение базисных или частных аспектов многогранной и по существу целостной проблемы [3, 9].

Цель исследования

Изучение состояния здоровья детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза.

Материалы и методы

Изучаемая группа детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, включила в себя 1448 пациентов в возрасте от 6 до 19,1 года, медиана возраста – 11,1 года. В возрастной группе до 14 лет было 1196 (82,6 %) детей, в возрастной группе от 15 лет и старше – 252 (17,4 %) подростка. Продолжительность ремиссии ОЛЛ составила от 2,0 до 16 лет, медиана ремиссии – 4 года. Среди обследуемых детей и подростков – 742 мальчика и 687 девочек, соотношение между мальчиками и девочками – 1,1:1.

В процессе исследования изучались все доступные материалы о детях и подростках, излеченных от ОГЗ: медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у-87), медицинская карта (форма 003/у), выписка из медицинской карты стационарного больного (форма 027-1/у), анкета для детей с онкогематологическими заболеваниями для санаторно-курортного лечения, разработанная сотрудниками ФГУ «ФНКЦ ДГОИ» Росздрави [8].

На основании данных медицинской документации дети, излеченные от ОЛЛ, разделены на три терапевтические группы в зависимости от объема проведенной терапии следующим образом: пациенты первой терапевтической группы – дети, получившие полихимиотерапию (ПХТ) в рамках стандартных групп риска в наиболее щадящем режиме и не получившие краниальное/краниоспинальное облучение; пациенты второй терапевтической группы – дети, стратифицированные в промежуточную или высокую группу риска первичного ОЛЛ и получившие краниальное/краниоспинальное облучение; ПХТ у этой группы детей была более «жесткой»; в третью терапевтическую группу включены дети и подростки после рецидива ОЛЛ, получившие высокодозную ПХТ в рамках противорецидивного лечения и краниальное/краниоспинальное облучение в части случаев более чем по одному разу.

Период наблюдения составил 7 лет: с 20.07.2001 по 01.08.2008 гг., причем с 01.11.06 г. сбор данных осуществлялся ретро- и проспективно. На протяжении 7 лет исследования учитывалось состояние здоровья детей и подростков, впервые поступивших в санаторий «Русское поле».

Анализ заболеваемости. Нами учитывались

заболеваемость и функциональные расстройства, наблюдаемые у каждого пациента, излеченного от ОЛЛ, классифицируя заболеваемость в соответствии с МКБ-10. Вся соматическая патология, выявленная у пациентов, излеченных от ОЛЛ, относилась к следующим классам МКБ-10: I. Инфекционные заболевания; II. Новообразования; III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; V. Психические расстройства и расстройства поведения; VI. Болезни нервной системы; VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата; VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка; IX. Болезни системы кровообращения; X. Болезни органов дыхания; XI. Болезни ЖКТ; XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки; XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; XIV. Болезни мочеполовой системы; XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках.

Проведен анализ структуры заболеваемости среди излеченных от ОЛЛ из расчета на 1 тыс. пациентов соответствующего возраста. Сравнительный анализ полученных данных с показателями популяционного контроля был произведен на основании данных, предоставленных Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы. При проведении сравнительного анализа пациенты были разделены на две возрастные группы: до 14 лет и 15 лет и старше.

На рис. 1 и 2 представлены популяционные данные для детей и подростков с учетом возраста.

Для оценки сочетания соматической патологии в группе обследованных детей с ОГЗ в состоянии ремиссии нами введен коэффициент сочетанной патологии (КСП), который показал, сколько единиц соматической патологии приходится на каждого пациента в среднем. Данный коэффициент рассчитывался по формуле:

$$\text{КСП} = \frac{\sum \text{всех случаев соматической патологии в конкретной диагностической группе}}{n}$$
 где n – число детей и подростков в данной диагностической группе.

В план стандартного обследования детей, излеченных от ОЛЛ, входили клинический осмотр педиатра, гематолога, кардиолога, психоневролога, эндокринолога, окулиста, оториноларинголога, стоматолога, врача ЛФК, антропометрические и физиометрические исследования, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы, клинические анализы крови и мочи. В соответствии со структурой выявленных отклонений в состоянии здоровья детей проводились дополнительные обследования.

Статистический анализ данных исследования.

В работе исследована оригинальная база данных, разработанная автором с участием доктора медицинских наук Е.Р. Рогачевой и специалиста по компьютерным технологиям Д.Б. Лаврухиным.

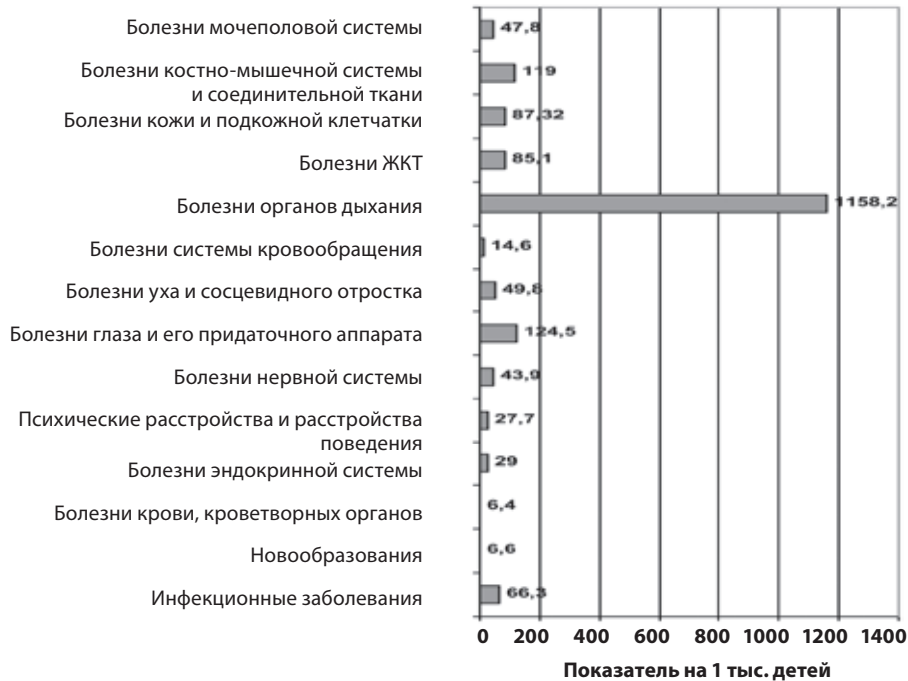


Рис. 1. Структура заболеваемости по данным популяционного контроля у детей до 14 лет (показатель на 1 тыс. детей)

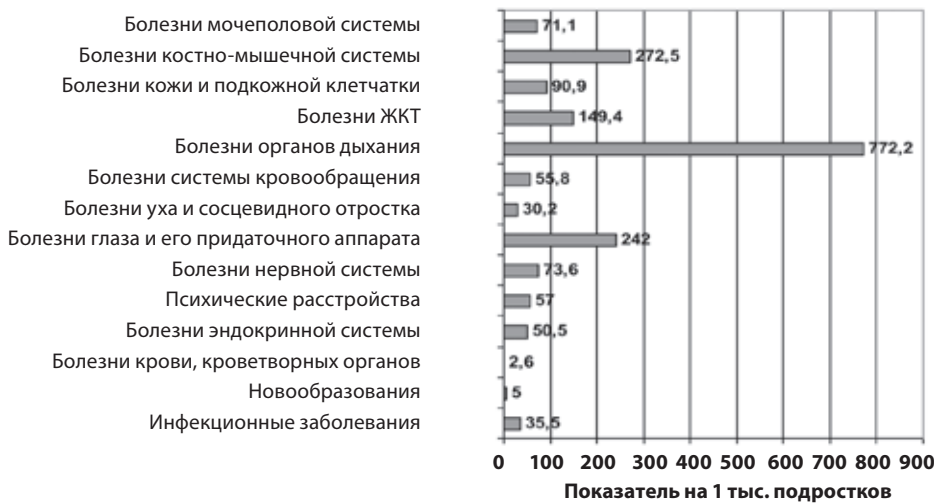


Рис. 2. Структура заболеваемости по данным популяционного контроля у детей 15 лет и старше (показатель на 1 тыс. подростков)

При сравнении групп детей и подростков основной группы по качественным признакам использовался критерий χ^2 -квадрат для таблиц сопряженности и критерий Фишера. Оценивался уровень достоверности p , различия считались достоверными при $p \leq 0,05$. Анализ результатов проводился с использованием программ для статистической обработки данных STATISTICA for Windows 6.0 и Prism 3.0. Все расчеты произведены на 01.08.2008 г.

Результаты и обсуждение

Мы наблюдали 1448 пациентов в возрасте от 6 до 19,1 года, медиана возраста – 11,1 года. В возрастной группе до 14 лет было 1196 (82,6 %) детей, в возрастной группе от 15 лет и старше – 252 (17,4 %)

подростка. Продолжительность ремиссии ОЛЛ составила от 2,0 до 16 лет, медиана ремиссии – 4 года. Среди обследуемых детей и подростков – 742 мальчика и 687 девочек, соотношение между мальчиками и девочками – 1,1:1.

Структура заболеваемости среди 1448 детей, излеченных от ОЛЛ, представлена на рис. 3. На 1-м месте в структуре заболеваемости находятся психические расстройства и расстройства поведения (601,5 случая на 1 тыс. детей), на 2-м – болезни ЖКТ (573,2 случая), на 3-м – болезни системы кровообращения (506,9 случая), далее следуют болезни нервной системы, эндокринной системы, органов дыхания, костно-мышечной системы, инфекционные заболевания (рис. 4).



Рис. 3. Структура заболеваемости детей, излеченных от ОЛЛ, по классам МКБ-10 (показатель на 1 тыс. детей и подростков)

В структуре заболеваемости, выявленной при исследовании детей с ОЛЛ по окончании программного лечения, в состоянии стойкой ремиссии наблюдались следующие нарушения функционального и органического характера: психические расстройства и расстройства поведения – у 648 (69,8 %) ребенка, болезни желудочно-кишечного тракта – у 588 (57,9 %), болезни системы кровообращения – у 522 (52,0 %) детей и подростков, болезни нервной системы – у 296 (29,1 %) детей, заболевания эндокринной системы – у 275 (27,0 %).

Среди болезней желудочно-кишечного тракта у детей, излеченных от ОЛЛ, преобладали изменения гепатобилиарной системы: хронический вирусный гепатит – у 69 (6,8 %) детей, цирроз печени – у 2 (0,2 %), хронический холецистит – у 11 (1,1 %) детей и подростков, желчекаменная болезнь (ЖКБ) – у 17 (1,7 %) детей, дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) – у 189 (18,6 %); у 6 (0,6 %) детей отмечался хронический колит, дискинезия толстого кишечника преимущественно по гипомоторному типу – у 28 (2,8 %) детей и подростков, по гиперкинетическому типу – у 15 (1,45 %) детей.

Среди болезней системы кровообращения были отмечены кардиомиопатии у 434 (42,7 %) детей, у 97 (9,5 %) – пролапс митрального клапана неревматического генеза.

Среди болезней костно-мышечной системы доминировали деформирующие дорсопатии (нарушение осанки – у 150 детей и сколиоз – у 68 детей и подростков, что составило соответственно 14,8 и 6,7 %); остеопороз – у 8 (0,8 %) детей, патологические переломы – у 7 (0,7 %).

Среди психических расстройств и расстройств поведения преобладали невротические, связанные

со стрессом, и соматоформные расстройства – у 659 (64,8 %) детей и подростков (более чем в половине случаев), в том числе неврастения – у 607 (59,7 %) детей, фобические тревожные расстройства – у 19 (1,9 %), невроз навязчивых движений – у 20 (2,0 %), посттравматическая психопатия – у 1 (0,1 %) ребенка. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения: энурез неорганической природы – у 10 (1,0 %) детей, гиперкинетический синдром – у 2 (0,2 %), дефицит внимания – у 1 (0,1 %) ребенка – составили 0,3 % (n = 3) случаев. На третьем месте – расстройства психологического развития, в том числе расстройство развития учебных навыков – у 5 (0,5 %) детей и подростков. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами – расстройствами сна, питания, – отмечались у 17 (1,7 %) обследуемых детей.

Неврологические нарушения у детей, излеченных от ОЛЛ, были представлены синдромом вегетососудистой дистонии (ВСД) – у 161 (16,0 %) ребенка, неврозоподобными нарушениями (тики) – у 15 (1,5 %) детей. Симптоматическая парциальная эпилепсия отмечена у 10 (1,0 %) детей, паралитический синдром – у 6 (0,6 %), периферическая полинейропатия – у 5 (0,5 %), энцефалопатия неуточненного генеза – у 40 (3,9 %) детей и подростков.

У детей, излеченных от ОЛЛ, в структуре заболеваемости со стороны органов дыхания отмечался высокий уровень хронического тонзиллита – у 144 (12,0 %) детей.

Сочетание соматических нарушений у обследуемых детей и подростков на основании коэффициента сочетанной соматической патологии представлено в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительный коэффициент сочетанной соматической патологии у детей, излеченных от ОГЗ, и детей, излеченных от ОЛЛ

Диагностическая группа	Количество детей, n	Коэффициент сочетанной патологии
Все пациенты исследования, излеченные от ОГЗ	2722	3,6*
ОЛЛ	1448	3,8*

* p < 0,0001

Среди обследуемых детей и подростков нами выявлен статистически значимый рост сочетания соматических заболеваний с учетом группы риска ОЛЛ: коэффициент сочетанной патологии возрастал от 3,6 в группе стандартного риска до 3,8 в группе высокого риска. Выявленные различия статистически достоверны: p < 0,0001. Следовательно, с увеличением химиотерапевтической и лучевой нагрузки на пациентов с ОЛЛ растет число сочетанной соматической патологии после проведенного противоопухолевого лечения (табл. 2).

Таблица 2

Зависимость коэффициента сочетанной патологии у детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, от химической/лучевой терапии

Терапевтическая группа ОЛЛ	Количество детей, n	Коэффициент сочетанной патологии
Первая	314	3,6
Вторая	389	3,8
Третья	60	3,9

* p < 0,00001

С возрастом имелись различия в структуре заболеваемости у обследуемых детей (рис. 4).

У детей до 14 лет преобладали психические расстройства и расстройства поведения, болезни системы кровообращения, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, нервной и эндокринной системы. По сравнению с детьми до 14 лет, у подростков в структуре заболеваемости на первое место выходят болезни ЖКТ, происходит значительный рост эндокринной патологии, болезней нервной и костно-мышечной системы.



Рис. 4. Распространенность и структура заболеваемости детей, излеченных от ОЛЛ, в возрастном аспекте по классам МКБ-10 (показатель на 1 тыс. детей)

Выводы

Таким образом, проведенное исследование состояния здоровья детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, показало, что:

1. Уровень заболеваемости у детей и подростков, излеченных от данной формы лейкемии, чрезвычайно высок; достоверно выше, чем в популяционном контроле, и структура заболеваемости кардинально от-

личается от показателей популяционного контроля.

2. У детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, во всех возрастных группах в структуре соматической патологии 3 первых ранговых места занимают психические расстройства и расстройства поведения, болезни системы кровообращения и болезни ЖКТ, на что и должны быть направлены основные усилия в ходе реабилитации.

3. При формировании объема реабилитационных мероприятий, во вторую очередь, необходимо учесть, что в структуре заболеваемости детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, ранговые места с 4-го по 6-е занимают болезни нервной, эндокринной системы и органов дыхания; последние – только в отношении пациентов до 14 лет. Причем среди болезней органов дыхания основное место занимает хронический тонзиллит, что обуславливает необходимость в ходе реабилитационных мероприятий привлечение оториноларинголога

с целью санации носоглотки, а в объем обследования перед санаторно-курортным лечением всем детям до 14 лет, излеченным от лейкемии, ввести анализ крови на С-реактивный белок и антистрептолизин О. Кроме того, у подростков 15 лет и старше приобретают значение болезни костно-мышечной системы за счет, в основном, остеопороза, сколиоза и поражений суставов, что диктует необходимость своевременного проведения остеоденситометрии и участия врача-ортопеда в реабилитационных мероприятиях.

Список литературы

1. Генце, Г. *Диагностические и терапевтические стандарты в педиатрической онкологии: пер. с нем.* / Г. Генце, У. Кройцинг, С. Донская. – Львов: Медицина світу, 2000. – 132 с.
2. Досимов, А.Ж. *Психологический статус детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии* / А.Ж. Досимов, И.Г. Киян // *Детская онкология*. – 2008. – № 1. – С. 54–58.
3. Зенюкова, Т.В. *Состояние соматического здоровья детей с онкопатологией, находящихся в длительной ремиссии* / Т.В. Зенюкова, С.Н. Чумаков // *Клинические и фундаментальные аспекты состояния здоровья коренного и пришлого населения в Дальневосточном федеральном округе: материалы науч.-практ. конф. с международным участием*. – Хабаровск, 2007. – С. 62–66.
4. Масчан, М.А. *Острый лимфобластный лейкоз у детей* / М.А. Масчан, Н.В. Мякова // *Вместе против рака*. – 2006. – № 1–2. – С. 50–63.
5. Маякова, С.А. *Острый лимфобластный лейкоз у детей* / С.А. Маякова // *Вместе против рака*. – 2006. – № 1. – С. 60–63.
6. Цейтлин, Г.Я. *Комплексная программа реабилитации в онкогематологии* / Г.Я. Цейтлин // *Материалы I Всерос. конф. по детской нейрохирургии*. – М., 2003. – С. 200–201.
7. *Acute Lymphoblastic leukemia* / D. Hoelzer, N. Gokbuget, O. Ottman et al. // *Hematology*. – 2002. – № 1. – P. 162–192.
8. Felix, C.A. *Pediatric acute lymphoblastic leukemia: challenges and controversies in 2007* / C.A. Felix, B.J. Lange, J.M. Chessels // *Hematology*. – 2000. – P. 285–302.
9. Friedman, D.L. *Late effects of childhood cancer therapy* / D.L. Friedman, A.T. Meadows // *Pediatr Clin North Am*. – 2002. – № 49 (5). – P. 1083–1106.

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2 (571.620) "2008"

О состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Хабаровского края в 2008 году (продолжение)

А.В. Витько, Е.Г. Гандурова, К.П. Топалов, Е.И. Волкова, Н.И. Омельчук

Министерство здравоохранения Хабаровского края,

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
г. Хабаровск

A.V. Vitko, E.G. Gandurova, K.P. Topalov, E.I. Volkova, N.I. Omelchuk

The health status of population and the activities of the health system of Khabarovsk Territory in 2008

Резюме

Проведен анализ состояния инфекционной заболеваемости, охраны здоровья матери и ребенка, оказания специализированной помощи в Хабаровском крае в 2008 г. Дана оценка эффективности мероприятий, проводимых министерством здравоохранения в отношении рассматриваемых вопросов практического здравоохранения.

Ключевые слова: Хабаровский край, организация специализированной медицинской помощи, инфекционная заболеваемость, охрана здоровья матери и ребенка.

Summary

The analysis of infectious disease data, mother and child health care, specialized assistance in the Khabarovsk Territory rendered in 2008 is performed. An assessment of the activities undertaken by the Ministry of Public Health pertaining to the mentioned problems of practical health care is presented.

Key words: the Khabarovsk Territory, the organization of specialized medical care, infectious diseases, mother and child health care.

Инфекционная заболеваемость

По итогам 2008 года, эпидемиологическая обстановка по инфекционной заболеваемости населения Хабаровского края остается стабильной. Уровень инфекционной и паразитарной заболеваемости по сравнению с 2007 годом снизился на 6,3 %. Зарегистрировано свыше 328 тысяч случаев инфекционных заболеваний по 63 нозологическим формам. По сравнению с 2007 годом снижение заболеваемости отмечается по 33 нозологическим формам, в т. ч. дизентерией – на 5,6 %, энтеровирусными инфекциями – на 25,8 %, острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии – на 7 %, вирусным гепатитом А – в 2,4 раза,

острым гепатитом В – на 32,9 %, острым гепатитом С – на 47,4 %, коклюшем – в 2,7 раза, краснухой – в 2 раза, менингококковой инфекцией – на 26,7 %, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом – в 3,7 раза, псевдотуберкулезом – на 48 %, сифилисом – на 11,9 %, гонококковой инфекцией – на 5,1 %, гнойно-септическими инфекциями родильниц – на 25 %, энтеробиозом – на 7,7 %.

В то же время отмечается ухудшение эпидемиологической обстановки: отмечен рост заболеваемости сальмонеллезом на 27,1 %, острыми кишечными инфекциями установленной этиологии – на 25,2 %, хроническими вирусными гепатитами – на 10,1 %, вирусным

клещевым энцефалитом – на 75,4 %, лептоспирозом – на 53,6 %, ВИЧ-инфекцией – на 12,5 %, педикулезом – на 7,0 %, гнойно-септическими инфекциями новорожденных – на 22,5 %, поствакцинальными осложнениями – на 16,3 %.

В течение года в крае не регистрировалась заболеваемость брюшным тифом, дифтерией, корью, полиомиелитом, малярией.

Показатели общей инфекционной заболеваемости, превышающие краевые, зарегистрированы в городах Хабаровске, Комсомольске-на-Амуре, Николаевском районе.

В структуре инфекционной заболеваемости, без учета респираторных инфекций, на которые приходится 86 %, преобладают капельные и кишечные инфекции.

Существенное влияние на стабилизацию санитарно-эпидемиологической обстановки по вакциноуправляемым инфекциям оказала реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» по дополнительной иммунизации населения.

За последние десять лет (1999–2008 гг.) в крае отмечалась спорадическая заболеваемость дифтерией. В отчетном году случаев дифтерии не зарегистрировано (2007 г. – 1 случай носительства). Охвачено вакцинацией против дифтерии детей в возрасте 1–2 лет – 98,9 %, ревакцинацией в 7 лет – 98,2 %, ревакцинацией в 14 лет – 98,3 %, взрослых от 18 до 65 лет – 97 %.

В 2008 г. в крае зарегистрировано 13 случаев заболевания коклюшем. Заболеваемость в 2,7 раза ниже уровня прошлого года. Все заболевшие были дети до 15 лет, из них в 53,8 % случаев не было прививок против коклюша. Охват профилактическими прививками против коклюша по краю составил 95,9 %. Значительно снизилась заболеваемость детей в возрасте от 6 месяцев до года, привитых без коклюшного компонента. Случаи заболеваемости коклюшем были зарегистрированы в городах Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре, Комсомольском районе.

В целях совершенствования работы по профилактике кори в 2008 г. на территории края осуществлялась реализация «Национального плана мероприятий по программе ликвидации кори в РФ к 2010 году». За истекший год случаев кори не было зарегистрировано. Охват вакцинацией против кори детей в возрасте одного года составил 97,7 %, ревакцинацией в возрасте 6 лет – 99,4 %. В рамках реализации национального проекта «Здоровье» в 2008 г. дополнительной иммунизацией против кори взрослых до 35 лет было охвачено 10 тыс. человек, что составило 100 % подлежащих вакцинации.

В рамках реализации национального проекта «Здоровье» в части дополнительной иммунизации вакцинация против краснухи детей и женщин до 25 лет была завершена в 2008 г. Охват профилактическими прививками составил 98,4 %, что позволило снизить заболеваемость краснухой в 2 раза по сравнению с 2007 годом. Показатель заболеваемости краснухой

составил 10,5 случая на 100 тыс. населения (РФ – 6,8 случая).

Случаев заболеваний эпидемическим паротитом в 2008 г. не зарегистрировано. Охват профилактическими прививками против эпидемического паротита составил 98,6 %.

Охват детей профилактическими прививками против гепатита В, по итогам 2008 года, составил 98,4 %. Охват иммунизацией взрослых против гепатита В от 18 до 35 лет составил 64,7 %. Проведенная работа позволила добиться в целом по краю снижения заболеваемости вирусным гепатитом В на 32,9 %. Показатель заболеваемости составил 4,1 случая на 100 тыс. населения, что на уровне российского показателя (4,0 случая).

В 2008 г., благодаря федеральным средствам в рамках проекта «Здоровье», привлечению средств из краевого бюджета, охват населения иммунизацией против гриппа составил 28 %; детей из групп риска – более 60 %. Эпидемия гриппа носила вялотекущий характер, уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ в целом по краю не превысил эпидемический порог. По итогам года, заболеваемость гриппом снизилась в 9,7 раза по сравнению с 2007 годом, а среди детей – в 11 раз. Вместе с тем в г. Хабаровске, Ванинском, Вяземском, Аяно-Майском, Верхнебуреинском, Тугуро-Чумиканском, Охотском районах регистрировался повышенный уровень заболеваемости гриппом.

Среди заболеваний острыми кишечными инфекциями (ОКИ) отмечается рост на 25,2 %. Этот рост обусловлен увеличением заболеваемости ОКИ вирусной этиологии (ротавирусы, норовирусы, астровирусы). ОКИ установленной этиологии в сумме прочих кишечных инфекций составили 24,3 %, что на 5,1 % выше уровня прошлого года (19,2). Заболеваемость гастроэнтеритами ротавирусной этиологии выросла на 35,5 %, из них 99,4 % составляет детская заболеваемость (512,3 случая на 100 тыс. населения). Основной удельный вес заболеваний – среди детей в возрасте от одного до двух лет (51,2 %), что связано с активным действием контактно-бытового пути передачи, особенно в детских дошкольных образовательных учреждениях.

Вместе с тем доля ОКИ неустановленной этиологии в сумме прочих кишечных инфекций остается высокой и составляет 75,7 % от общей суммы этих инфекций. Это свидетельствует о недостатках в организации и проведении лабораторной диагностики этой группы заболеваний. Амбулаторно-поликлинические учреждения края не проводят вирусологические обследования больных ОКИ, в т. ч. неясной этиологии, находящихся на амбулаторном лечении.

В 2008 г. на 27,1 % выросла заболеваемость сальмонеллезом, достигнув показателя в 49,9 случая на 100 тыс. населения. Всего зарегистрирован 701 случай, в т. ч. у детей до 17 лет – 315 (45 % общей заболеваемости). Заболеваемость сальмонеллезом увеличилась в 9 территориях края, но наиболее высокий темп прироста по сравнению с 2007 годом отмечался в г. Хабаровске

(43,6 %) и Комсомольском районе (70,3 %).

Уровень заболеваемости вирусным гепатитом А ниже уровня 2007 года в 2,4 раза (2,6 случая на 100 тыс. населения). В ряде территорий края заболеваемость превышает средний краевой показатель и составляет от 4,32 до 8,36 случая в Вяземском, Солнечном, Ванинском, Хабаровском районах.

В течение последних трех лет на территории края отмечается сезонный подъем заболеваемости энтеровирусной инфекцией. Интенсивность эпидемического процесса в крае в 2008 г. была на 25,8 % ниже, чем в 2007 г. по энтеровирусной инфекции (55,8 случая на 100 тыс. населения), и на уровне прошлого года по энтеровирусному менингиту (40,9 случая на 100 тыс. населения). Подъем заболеваемости энтеровирусным менингитом, превышающий средние, многолетние показатели, отмечался в городах Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре, Хабаровском и Комсомольском районах. В возрастной структуре заболевших энтеровирусным менингитом в крае преобладают дети до 14 лет (более 97 %).

В 2008 г. выросла заболеваемость природно-очаговыми инфекциями, в т. ч. заболеваемость весенне-летним клещевым энцефалитом – на 75,4 %, лептоспирозом – на 53,6 %, боррелиозом – на 25,6 %. Наблюдается снижение заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в 3,7 раза, псевдотуберкулезом – на 48 %.

Из группы социально обусловленных заболеваний отмечено снижение заболеваемости населения гонореей на 5 %, сифилисом – на 12 %. В крае продолжает оставаться напряженной ситуация по заболеваемости туберкулезом, отмечен рост на 8 %, заболеваемость туберкулезом у детей до 17 лет уменьшилась на 17,2 %. Сохранилась тенденция к увеличению темпов прироста числа новых случаев ВИЧ-инфекции – зарегистрировано 155 первично выявленных случаев у российских граждан (прирост к показателю 2007 года составил 11,5 %).

Остается актуальной проблема профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ) в лечебно-профилактических учреждениях края. В 2008 г. в лечебно-профилактических учреждениях края было зарегистрировано 258 случаев инфекционных заболеваний при 271 случае в 2007 г., что говорит о неполном учете и регистрации ВБИ.

ВБИ регистрировались в родильных домах (отделениях) – 31 %, прочих стационарах (психоневрологического и терапевтического профиля) – 29 %, детских стационарах (отделениях) – 14 %, амбулаторно-поликлинических учреждениях – 7,7 %.

В структуре ВБИ доминировали острые кишечные инфекции – 23,3 %, другие инфекционные заболевания (ОРВИ, ветряная оспа и пр.) – 21,3 %, гнойно-септические инфекции новорожденных – 19 %, постинъекционные инфекции – 12,4 %, гнойно-септические заболевания родильниц – 9,3 %, послеоперационные инфекции – 8,9 %, больничные пневмонии – 2,7 %, острые па-

рентеральные гепатиты В и С – 2,3 %, инфекции мочевыводящих путей – 0,8 %.

В сравнении с 2007 годом сократилось соотношение гнойно-септических заболеваний новорожденных к внутриутробным до 1:2,6 (соответственно в 2007 г. – 1:3,3; РФ – 1:5). Заболеваемость гнойно-септическими инфекциями (ГСИ) новорожденных в 2008 г. составила 2,9 случая на 1 тыс. родившихся живыми (49 случаев) и регистрировались в 5 из 19 территорий края: г. Хабаровске (4,2 случая на 1 тыс. родившихся живыми), г. Комсомольске-на-Амуре (0,5), Верхнебуреинском (11,4), Николаевском (9,2), Ванинском (2,3) районах. ГСИ новорожденных регистрировались преимущественно в виде конъюнктивитов (51 %), поражений кожи и подкожной клетчатки (30,1 %), пневмоний (12,2 %).

В учреждениях родовспоможения края было зарегистрировано 24 случая послеродовых заболеваний. Показатель на 1000 родов составил 1,41 случая (2007 г. – 1,49 ‰ при 24 случаях послеродовых осложнений, что связано с увеличением числа родов на 5 %).

В сравнении с 2007 годом резко ухудшились выявление и учет послеоперационных осложнений, которые регистрируются только в г. Хабаровске. Всего в 2008 г. было зарегистрировано 23 случая послеоперационных инфекций, показатель на 1000 операций составил 0,26 случая (2007 г. – 39 случаев, показатель составил 0,47 случая на 1000 операций). В крае более 90 % послеоперационных осложнений приходится на локализованные формы гнойно-септических инфекций в виде нагноения послеоперационной раны.

Основными причинами эпидемиологического неблагополучия в лечебно-профилактических учреждениях является нарушение санитарных требований по их содержанию, несоблюдение противоэпидемического и дезинфекционного режимов, режима стерилизации. В 2008 г. более чем в 2 раза увеличился процент неудовлетворительных результатов качества дезинфекции и составил 3 % (2007 г. – 1,25 %; РФ – 1,4 %). Наиболее неблагополучная ситуация в ЛПУ г. Хабаровска, г. Комсомольска-на-Амуре, Амурском, Солнечном, Николаевском, Комсомольском и Ульчском районах. В 6 раз возросло число неудовлетворительных проб на качество стерилизации изделий медицинского назначения.

Доля лечебно-профилактических учреждений края, относящихся к первой группе санитарно-эпидемиологического благополучия, т. е. полностью соответствующих санитарным требованиям, составила 13 %; ко второй или имеющих некоторые отклонения от санитарных правил – 75 %; к третьей, не соответствующей требованиям, относится 12 % учреждений.

В 2008 г. в лечебно-профилактических учреждениях края была зарегистрирована крупная вспышка пищевой токсикоинфекции, вызванная условно-патогенной флорой, с числом пострадавших в 42 человека, в т. ч. 19 детей. Распространение заболевания произошло пищевым путем.

Заболееваемость с временной и стойкой утратой трудоспособности

Показателем здоровья работающего населения является заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ).

Среднегодовая численность работающего населения Хабаровского края в 2006 г. составила 554 240 человек, в 2007 г. – 549 700, в 2008 г. – 551 800.

Число дней временной нетрудоспособности (ВН) на 100 работающих уменьшилось по краю на 2,5 %. Сократилось на 1,22 % число случаев ВН на 100 работающих, именно с 60,05 случая в 2007 г. до 59,32 в 2008 г. Среди всех случаев ВН 61,91 % составили женщины. Средняя продолжительность одного случая ВН в 2008 г. была 14 дней и практически не изменилась по сравнению с 2007 годом.

Таким образом, основные показатели ВН за последние три года, несмотря на рост заболеваемости среди взрослого населения, оставались стабильными (табл. 11).

По сравнению с 2007 годом в 2008 г. отмечен значительный рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности при освобождении от работы в связи с карантином в 2 раза, при отпусках в связи с санаторно-курортным лечением – на 41,8 %, при новообразованиях – на 22,4 %, при врожденных аномалиях и хромосомных нарушениях – на 22,0 %.

Снижение длительности одного случая ВН отмечено при беременности, родах и заболеваниях послеродового периода на 25,6 %, при гастритах – на 17,7 %, при цереброваскулярных болезнях – на 10,9 %, при воспалительных заболеваниях женских тазовых органов – на 10,3 %.

Таблица 11

Динамика основных показателей временной нетрудоспособности

Показатели	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Число случаев временной нетрудоспособности	323 177	317 885	330 076	327 318
Число дней ВН	4 566 116	4 527 258	4 600 975	4 497 056
Средняя продолжительность одного случая ВН	14,13	14,24	13,94	13,74
Число случаев ВН на 100 работающих (рассчитана на среднегодовую численность работающего населения)	58,5	57,36	60,052	59,32
Число календарных дней ВН на 100 работающих (рассчитана на среднегодовую численность работающего населения)	827,49	816,84	837,00	814,98

В 2008 г. структура заболеваемости с ВУТ в днях на 100 работающих была представлена следующим образом. На первом месте – травмы, отравления и другие последствия внешних причин, на втором – заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (в 2007 г. – заболевания органов дыхания), на третьем – болезни органов дыхания (в 2007 г. – заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани), на четвертом – уход за больными (11,74 %), на пятом – болезни системы кровообращения (10,25 %).

В 2008 г. отмечено увеличение показателя заболеваемости с ВУТ на предприятиях и организациях, являющихся страхователями ГУ «Хабаровское региональное отделение Фонда социального страхования РФ».

В 2006 г. этот показатель составил по краю 492,1 оплаченного дня на 100 работающих (при общем числе работающих, зарегистрированных в ГУ ХРО ФСС РФ в 2006 г., 653 470 человек). В 2008 г. заболеваемость с ВУТ составила 740,4 оплаченного дня (при общем числе работающих, зарегистрированных в ГУ ХРО ФСС РФ в 2008 г., 656 799 человек); рост этого показателя составил 50,4 %. По данным ГУ ХРО ФСС РФ, за последние три года отмечен рост заболеваемости с ВН в днях более чем на 50 %.

Показатель заболеваемости в днях на 100 работающих в районах края снижен в 2008 г. по сравнению с 2007 годом в 9 районах края. В остальных районах края отмечен рост данного показателя, причем более значимый он был в Охотском районе (31,9 %), районе им. П. Осипенко (31,8 %), г. Комсомольске-на-Амуре (21,2 %).

В 2008 г. процент нетрудоспособности (лица, условно не работавшие в данном году) по краю составил 2,0 % (2007 г. – 1,91 %; 2006 г. – 1,73 %; 2005 г. – 1,88 %).

В 2008 г. каждый работник, который работал в народном хозяйстве, условно отсутствовал на рабочем месте 7,4 дня в году из-за ВН. Затраты на оплату листка нетрудоспособности составили 2815,7 руб. (2007 г. – соответственно 6,97 дня, затраты – 2372,59 руб.; 2006 г. – 6,3 дня, затраты – 2400,3 руб.; в 2005 г. – 5,1 дня, затраты – 1040,65 руб.).

В 2008 г. прямые затраты на социальное страхование работников составили 1850,3 млн руб.; сумма среднего дневного пособия в связи с заболеваниями с ВН равнялась 380,5 руб. (2007 г. – 1541,9 млн руб., сумма среднего дневного пособия по временной нетрудоспособности – 340,4 руб.; 2006 г. – 1704,5 млн

руб., сумма среднего дневного пособия – 381,80 руб., 2005 г. – 1040,6 млн руб., сумма среднего дневного пособия – 323,2 руб.).

Увеличение заболеваемости с ВУТ (в оплаченных днях) в крае (данные ГУ ХРО ФСС РФ) обусловлено изменениями, связанными с формированием новой нормативной правовой базы, действием Федерального закона от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию», проведением диспансеризации работающих. Новая нормативно-правовая база позволила диагностировать различные заболевания, в т. ч. требующие временного освобождения от работы.

Инвалидизация населения

В 2008 г. общее количество инвалидов в крае составило 90 914 человек и снизилось по сравнению с 2007 годом на 1,4 % (2007 г. – 92 172 человека), таким образом, 6,48 % жителей Хабаровского края являются инвалидами (2007 г. – 6,56 %).

Показатель общей инвалидности по краю в

2008 г. составил 648,1 случая на 10 тыс. населения (2007 г. – 655,8 на 10 тыс. населения, 2006 г. – 665,96 на 10 тыс. населения). Численность лиц, впервые признанных инвалидами среди взрослого населения, в 2008 г. составила 7945 человек (2007 г. – 8216 человек, 2006 г. – 10 822 человека). С 2005 года в крае снизился первичный выход на инвалидность среди взрослого населения на 27 % и составил в 2008 г. 69,6 на 10 тыс. населения (табл. 12).

Среди лиц трудоспособного возраста в 2008 г. продолжалась тенденция к снижению первичного выхода на инвалидность на 5 % по сравнению с 2007 годом.

Выше краевого (69,6 случая на 10 тыс. взрослого населения) показатель первичного выхода на инвалидность был отмечен в 9 районах края. Наиболее существенное его превышение наблюдалось в Николаевском (на 48 %), Ульчском, им. П. Осипенко (на 40,7 %), Нанайском (на 29,3 %) и Аяно-Майском (на 23,3 %) районах.

Структура инвалидности в течение последних трех лет оставалась стабильной (табл. 13).

Таблица 12

Показатели первичной инвалидности (на 10 тыс. населения)

Показатели первичной инвалидности	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
В Хабаровском крае (на взрослое население)	120,1	95,3	72,2	69,6
В Российской Федерации	157,0	128,3	96,2	–
В трудоспособном возрасте в Хабаровском крае	49,4	47,4	39,9	38,2
В трудоспособном возрасте в Российской Федерации	66,3	63,6	52,9	–

Таблица 13

Распределение лиц, впервые признанных инвалидами, по группам инвалидности в динамике за 2005–2008 годы

Годы	2005		2006		2007		2008	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Всего признано инвалидами	13 599	100	10 822	13 599	100	10 822	7945	100
из них:								
Первая группа	1717	12,6	1185	10,9	940	11,5	926	11,6
Вторая группа	8349	61,4	5898	54,5	4480	54,5	4329	54,5
Третья группа	3534	26,0	3739	34,6	2796	34,0	2690	33,9

Основными заболеваниями, послужившими причиной первичного выхода на инвалидность у взрослого населения, в течение ряда лет остаются болезни системы кровообращения, на втором – злокачественные образования, на третьем с 2005 года

находятся заболевания костно-мышечной системы, на четвертом – травмы, на пятом – психические расстройства и туберкулез. На эти группы заболеваний приходится более 80,0 % всех причин первичного выхода на инвалидность.

В 2008 г. отмечен рост показателя первичного выхода на инвалидность по следующим классам болезней: ВИЧ – в 2 раза, болезни органов дыхания – на 25,4 %, туберкулез – на 12,8 %, болезни костно-мышечной системы – на 10,8 %.

Снижение показателя первичного выхода на инвалидность отмечено в группе профессиональных болезней на 73,3 %, болезней органов пищеварения – на 25,6 %, при производственных травмах – на 22,7 %.

Повторно освидетельствованы в 2008 г. 26 156 инвалидов (среди лиц взрослого населения). Практически каждый третий инвалид при повторном освидетельствовании получил инвалидность бессрочно. Количество лиц, которым группа инвалидности установлена бессрочно, возросло более чем в 1,5 раза (2006 г. – 2091 человек; 2008 г. – 7758 человек).

Среди лиц, повторно признанных инвалидами, последние три года первое место занимают болезни системы кровообращения, на втором месте – психи-

ческие расстройства, на третьем с 2007 года – болезни костно-мышечной системы.

В 2008 г. по сравнению с 2007 годом в крае отмечен рост числа повторно освидетельствованных инвалидов: с ВИЧ-инфекцией (в 1,5 раза), злокачественными новообразованиями (на 32,7 %), болезнями органов зрения (на 24,4 %), болезнями костно-мышечной системы (на 16,9 %).

Показатели полной и частичной медицинской и профессиональной реабилитации (табл. 14) отражают преимущественно положительные изменения во второй и третьей группах инвалидности, а суммарный показатель характеризует интенсивность положительных изменений во всех группах инвалидности в целом. Все показатели реабилитации инвалидов с 2006 года имеют четкую тенденцию к снижению, а показатель полной реабилитации за три года снизился на одну треть. Таким образом, проводимые мероприятия по медицинской реабилитации инвалидов в крае нельзя считать эффективными.

Таблица 14

Показатели медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов (в %)

Показатели	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Полная реабилитация	5,9	5,7	5,7	7,1	6,2	4,9
Частичная реабилитация	10,8	10,7	10,9	13,4	12,8	11,1
Суммарный показатель мед. и проф. реабилитации	13,0	12,3	12,4	15,9	13,7	11,4

Здоровье матери и ребенка

За последние три года на 2,3 % снизилась численность женского населения края, в т. ч. и количество женщин репродуктивного возраста.

На состояние репродуктивного здоровья существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье населения. Несмотря на то, что уровень общей заболеваемости населения Хабаровского края в последние годы в целом не изменился, увеличилась доля заболеваний среди женщин с хроническим и рецидивирующим течением (табл. 15). Среди девочек 10–14 лет за последние 9 лет (2000–2008 гг.) увеличились расстройства менструального цикла; в подростковом периоде к расстройствам менструального цикла добавляются воспалительные процессы в виде сальпингитов, оофорита. Женское население в возрасте старше 18 лет больше страдает гинекологической патологией по сравнению с 2000 годом (табл. 15). Снижение заболеваемости коснулось только двух гинекологических болезней: сальпингитов и оофоритов (соответственно с 587,9 до 372,5 случая на 100 тыс. женского населения в возрас-

те старше 18 лет), эрозии шейки матки и эктропиона (соответственно с 1029,4 до 842,1 случая на 100 тыс. соответствующего женского населения).

В крае на протяжении последних трех лет сохраняется высокий уровень общего числа и распространенности абортных на 1 тыс. женщин фертильного возраста. В 2008 г. наметилась положительная динамика: данный показатель в 2008 г. составил 51,2 случая на 1 тыс. женского населения, что на 11,6 % меньше, чем в 2006 г. (57,9 случая). Однако в структуре абортов увеличилась доля криминальных вмешательств с 0,39 до 0,5 % от общего числа абортов. Значительно снизилось число абортов у первобеременных женщин. Сохраняется достаточно высокая распространенность абортов у девочек до 14 лет (2008 г. – 20 случаев; 2007 г. – 11).

Сохраняется высокая частота развития у беременных женщин (табл. 16) анемии (37,2 %), болезней мочеполовой системы (14,5 %), позднего токсикоза (27,5 %), болезней системы кровообращения (12 %). В структуре исходов беременности уменьшилась доля преждевременных родов.

Таблица 15

**Частота первичной гинекологической патологии у женщин в зависимости от возраста
(на 100 тыс. соответствующего женского возраста)**

Наименование патологии	2000 год		2008 год		2008/2000
	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.	
Девочки 10–14 лет					
Расстройства менструаций	138	261	289	887,8	>3,4
Девушки 15–17 лет					
Сальпингит, оофорит	216	555,3	292	1075,4	>1,94
Расстройства менструаций	953	2449,9	1302	4975,1	>1,96
Женщины старше 18 лет					
Дисплазия молочной железы	1597	434,1	2830	787,4	>1,81
Сальпингит, оофорит	3426	587,9	2253	372,5	<0,63
Эндометриоз	310	53,2	461	76,1	>1,43
Эрозия шейки матки, эктропион	5999	1029,4	5093	842,1	<0,82
Расстройства менструаций	3546	963,8	4302	1196,9	>1,24
Нарушение менопаузы	1670	286,6	2934	485,1	>1,69
Женское бесплодие	383	104,1	649	180,6	>1,73

Таблица 16

Показатели здоровья беременных

Из числа женщин, закончивших беременность (в процентах)	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Осмотрены терапевтом, имели:	96,8	96,3	97,3	94,7	95,6
Поздний токсикоз	29	27,9	26,4	25,3	27,5
Анимию	40,4	38,5	37,5	35,3	37,2
Болезни мочеполовой системы	14,7	17,5	14,4	15,9	14,5
Болезни системы кровообращения	6,7	8,1	10,1	9,5	12,0

Изменилась структура заболеваний, осложняющих течение родов и послеродового периода (табл. 17). Увеличилась частота анемий и болезней системы кровообращения.

Таблица 17

Заболевания, осложнившие роды и послеродовой период (на 1000 родов)

Заболевания	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Анемия	253,6	222,6	246,7	230,0	271,8
Болезни системы кровообращения	24,0	30,7	38,2	37,7	46,9
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	244,6	261,8	217,8	212,5	212,8
Болезни мочеполовой системы	117,6	100,1	98,4	61,4	99,9

В крае сложилась тревожная ситуация по материнской смертности, уровень которой превысил показатель прошлого года на 43 % и составил 58,5 случая на 100 тыс. родившихся живыми детей. Значительное влияние на него оказывают социальные факторы: безответственное отношение к материнству, низкий уровень санитарно-гигиенической культуры жителей отдаленных районов края, отсутствие мотивации к ведению здорового образа жизни, а также рост алкоголизма среди женщин.

В рамках формирования межведомственной краевой целевой программы «Основные направления развития семейной политики в Хабаровском крае на период 2010–2012 гг.» специалистами отдела подготовлен комплексный план мероприятий по совершенствованию медицинской помощи новорожденным, подросткам, детям-инвалидам, женщинам репродуктивного возраста, в т. ч. группы социального риска.

Совершенствуются технологии лечения бесплодия с помощью операции экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – это позволило увеличить частоту наступления беременности до 32 %, что соответствует общероссийским параметрам. В 2008 г. проведена 281 процедура ЭКО, число наступивших беременностей составило 85, родилось 69 детей.

Внедрение новых медицинских технологий, в т. ч. развитие хирургии новорожденных, медико-генетического консультирования семей позволило в 2008 г. в 135 случаях беременности из 218 с пренатальной патологией плода принять решение по пролонгированию беременности с последующей коррекцией порока развития у плода. В структуре прерванных беременностей частота поздно диагностированных, несовместимых с жизнью врожденных пороков развития (ВПР) снизилась по сравнению с 2007 годом почти в 6 раз (с 18,5 до 3,6 %).

Почти в 2 раза сократилось число родившихся детей с экстремально низкой массой. В 2 раза увеличилось количество детей с массой менее 1,5 кг, успешно завершивших лечение, удалось предотвратить развитие анемии у 70 % недоношенных детей.

Доля детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании, в течение трех последних лет не имеет существенной динамики и сохраняется на уровне 53,4 и 27,1 %.

Заболеваемость детского населения

В целом, показатели здоровья детского населения края отражают общероссийские тенденции и характеризуются высоким уровнем заболеваемости, детской инвалидности, ранней хронизацией имеющейся патологии.

Заболеваемость новорожденных в 2008 г. соответствует показателям прошлого года с четкой тенденцией к росту частоты респираторных расстройств (в 1,6 раза) и врожденных аномалий развития (в 1,2 раза). Это обусловлено увеличением доли недоношенных детей и новорожденных от многоплодной беремен-

ности, а также совершенствованием диагностических технологий. Пренатальный мониторинг за состоянием здоровья беременной и плода, наряду с внедрением методов экстракорпоральной детоксикации, позволил снизить частоту развития гемолитической болезни плода и новорожденного в 1,2 раза.

Структура заболеваемости детей первого года жизни по обращаемости остается прежней: преобладают заболевания органов дыхания, затем – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (20,6 %), заболевания органов пищеварения (5,22 %), инфекционные и паразитарные болезни (4,46 %). Около половины (46,2 %) детей из числа достигших в 2008 г. возраста одного года были переведены на искусственное и смешанное вскармливание в раннем возрасте.

В 2008 г. наблюдался рост общей заболеваемости по обращаемости среди детей в возрасте 0–14 лет на 4,7 %, уровень которой составляет 241066,1 случая на 100 тыс. детского населения (2005 г. – 230051,2; 2006 г. – 230051,2). Среди детей 15–17 лет отмечалось некоторое снижение заболеваемости; показатель заболеваемости составил 172425,9 случая на 100 тыс. подростков (2005 г. – 172875,6; 2006 г. – 173683,2 случая на 100 тыс. подростков соответствующего возраста), в т. ч. за счет впервые выявленных заболеваний. Снижение общей заболеваемости подростков произошло за счет инфекционных заболеваний, болезней крови и кроветворных органов, болезней эндокринной системы, психических расстройств, заболеваний нервной системы и болезней органов пищеварения.

Структура заболеваемости детского населения по обращаемости на протяжении последних лет остается практически неизменной. По-прежнему поводом для обращения в учреждения здравоохранения чаще всего являются заболевания органов дыхания (49,9 %), на втором месте – заболевания органов пищеварения (7,5 %), на третьем – травмы и отравления (6,8 %), на четвертом – болезни глаза (4,7 %).

Мониторинг состояния здоровья детского населения свидетельствует о том, что наибольший рост заболеваемости приходится на период, совпадающий с периодом обучения в школе. Среди школьников по итогам профилактических осмотров наиболее распространенной патологией являются заболевания органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы, глаз, невротические расстройства, склонность к простудным заболеваниям.

В прямой зависимости от возраста детей, длительности их обучения в школе, интенсивности нагрузок находится частота выявленной патологии. Показатели состояния здоровья детей и подростков в процессе обучения в школе от младших классов к старшим, и особенно, в так называемые критические периоды (1,5 и 10–11-е классы) ухудшаются. В целом, за период школьного обучения число детей, имеющих хронические заболевания, увеличилось на 20 %. Количество детей со сколиозом возросло в 6,3 раза, с

нарушением осанки – в 1,3 раза, с понижением зрения – в 1,9 раза.

По данным диспансеризации декретированных возрастных групп, 22,5 % осмотренных детей являются здоровыми (2007 г. – 20,7 %); 66,7 % детей относятся ко 2-й группе здоровья (в 2007 г. – 66,8 %); 10,9 % детей имеют хронические заболевания (2007 г. – 12,5 %). Нормальное физическое развитие выявлено у 84,6 % детей; 7,9 % имеют дефицит массы тела, 4,2 % – низкий рост.

Гинекологические заболевания у девочек-подростков в 2008 г. встречались в 1,7 раза чаще по сравнению с 2006 годом, в структуре патологии преобладают расстройства менструаций.

За последние три года отмечается рост заболеваемости алкоголизмом и токсикоманией, в т. ч. впервые в жизни выявленных случаев, среди подростков 15–17 лет в 1,5 и 2 раза соответственно. В возрастной категории детей 15–17 лет случаи заболеваемости наркоманией в последние годы стали регистрироваться в 3,8 раза реже.

В возрастной группе 0–14 лет случаи наркомании не регистрировались, частота употребления наркотиков в этой возрастной группе в сравнении с 2006 годом снизилась в 4,6 раза, в 1,9 раза уменьшилась заболеваемость токсикоманией. Наблюдается тенденция к росту числа случаев употребления наркотиков и ненаркотических препаратов с вредными последствиями для здоровья в 1,1–1,3 раза подростками и в 1,8 раза детьми 0–14 лет.

На протяжении последних трех лет отмечается устойчивое снижение заболеваемости детей всех возрастных групп сифилисом, в т. ч. врожденным сифилисом с 20 случаев в 2006 г. до 2-х случаев в 2008 г.

В течение последних трех лет отмечается высокий охват населения прививками против гриппа, который в 2008 г. составил 28,7 % от общей численности населения, в т. ч. детей – 56,1 % (2007 г. – 29,7 %, из них детей – 52,2 %).

Проводимые мероприятия по иммунизации населения позволили уже в течение ряда лет удерживать заболеваемость гриппом в крае на уровне, не превышающем эпидемического порога, отсутствуют случаи тяжелого течения, летальных исходов. Охват детей профилактическими прививками в рамках Национального календаря составляет 95–98 %.

В 2008 г. было отмечено снижение заболеваемости управляемыми инфекциями посредством своевременной вакцинальной профилактики. Заболеваемость в 2008 г. острым гепатитом В уменьшилась в 1,5 раза (с 7,7 случая на 100 тыс. населения в 2006 г. до 4,06 случая в 2008 г.), краснухой – более чем в 10 раз с 155,3 случая в 2006 г. до 10,0 случая на 100 тыс. населения в 2008 г.), гриппом – в 10 раз (частота гриппа в 2006 г. составила 36,0 случая; 2007 г. – 1421,4 и 2008 г. – 147,0 случая на

100 тыс. населения). В 2008 г. не были зарегистрированы случаи заболевания корью (2007 г. – 2 случая), полиомиелитом.

С 2007 г. реализуется краевая целевая программа «Здоровое поколение» на 2007–2010 годы, которая является продолжением краевой целевой программы «Здоровый ребенок» на 2001–2005 годы.

Общее финансирование программы «Здоровое поколение» составило 375,1 млн руб., из них в 2008 г. было израсходовано 25,8 млн руб. из краевого бюджета, в т. ч. по разделу 1 «Организация медицинской службы охраны здоровья женщин и детей» – 20,6 млн руб., что составило 100 % от плана.

Реализация мероприятий программы «Здоровое поколение» способствовала улучшению материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения, обеспечению дорогостоящими лекарственными препаратами для выхаживания маловесных и недоношенных детей, гематологических больных, повышению качества медицинской помощи женщинам и детям, совершенствованию молодежной политики в области охраны здоровья молодой семьи, организации спортивно-оздоровительных мероприятий среди детей и подростков края.

Инвалидизация детского населения

Общее число детей инвалидов в крае на конец 2008 г. составило 4752 человека (показатель детской инвалидности – 181,85 случая на 10 тыс. детского населения). За последние три года отмечено снижение детской инвалидности на 1,4 %.

Показатель первичного выхода на инвалидность среди детей от 0 до 17 лет составил в 2008 г. 27,9 случая на 10 тыс. детского населения (2005 г. – 27,3, 2006 г. – 27,9; в РФ – 29,0, 2007 г. – 26,5). По сравнению с 2007 годом отмечен рост показателя первичного выхода на инвалидность на 5,3 %.

В 2008 г. структура детской инвалидности по сравнению с 2007 годом не изменилась (табл. 18). На первом месте – психические расстройства и расстройства поведения (28,7 %), на втором – врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (23,9 %), на третьем – остаются болезни нервной системы (17,8 %), на четвертом – эндокринные заболевания (5,3 %), на пятом – болезни костно-мышечной системы (4,9 %). В общей структуре первичной детской инвалидности на долю этих заболеваний приходится более 80 % инвалидизирующей патологии.

В 2008 г. дети от 0 до 3-х лет составляют 41,6 % от всех детей, признанных инвалидами. Данная группа в течение трех последних лет является самой многочисленной. В 76 % причинами инвалидности в этой возрастной группе являются врожденные аномалии (41,3 %) и болезни нервной системы (34,7 %).

**Показатели первичного выхода на инвалидность детей по нозологическим формам
(на 10 тыс. детского населения)**

Нозологии	2006 г.		2007 г.		2008 г.
	Хабаровский край	РФ	Хабаровский край	РФ	Хабаровский край
Психические расстройства и расстройства поведения	6,2	5,8	7,5	5,1	8,0
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	6,6	6,1	6,6	5,9	6,7
Болезни нервной системы	4,5	4,8	4,1	4,2	5,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,8	1,8	1,3	1,3	1,4
Травмы и отравления	2,1	1,2	1,2	0,9	0,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ	1,3	1,6	1,5	1,6	1,5
Болезни органов дыхания	0,1	0,8	0,2	0,7	0,2
Болезни глаз	1,1	1,3	0,8	2,1	1,3
Болезни слуха	0,8	1,1	0,6	1,2	0,9
Болезни органов пищеварения	0,3	0,4	0,3	0,4	0,1
Новообразования	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0
Болезни мочеполовой системы	0,3	0,6	0,2	0,6	0,3
Болезни органов кровообращения	0,2	0,5	0,1	1,0	0,3
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,5	0,3	0,3	0,3	0,1
Туберкулез	0,5	0,5	0,3	0,4	0,04
Прочие болезни	0,9	1,2	0,6	1,0	0,5
Всего	27,9	29,0	26,5	26,0	27,9

В 2008 г. повторно было освидетельствовано 3571 человек, что на 6,5 % выше, чем в 2007 г. (2007 г. – 3352 ребенка-инвалида). Из них признано инвалидами 3205 человек, что составляет 94,5 % от всех повторно направленных детей-инвалидов (в 2007 г. признано инвалидами 2942 человека).

За последние три года в структуре заболеваний, являющихся причиной повторного освидетельствования, изменений нет. На первом месте в 2008 г. остаются психические расстройства (35,9 %), на втором – врожденные аномалии (19,4 %), на третьем – болезни нервной системы (14,8 %). Показатель полной реабилитации детей-инвалидов в 2002 г. составил 15,7 %, в 2003 г. – 15,1 %, в 2004 г. – 11,1 %, в 2005 г. – 9,4 %, в 2006 г. – 7,9 %, в 2007 г. – 6,6 %, в 2008 г. – 5,5 %. Стойкая тенденция к снижению данного показателя свидетельствует о существенных проблемах в комплексной реабилитации детей-инвалидов.

Реализация мер государственной поддержки развития первичной медико-санитарной помощи населению, в частности амбулаторно-поликлинической,

позволила улучшить оснащение диагностическим оборудованием детских поликлиник, в том числе, в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. Увеличилось количество проведенных функциональных исследований у детей в 1,5 раза, в т. ч. в 2,5 раза ультразвуковых, в 1,1 раза – лабораторных, в 6 раз – электрокардиографических, в 5 раз – эндоскопических исследований, что позволило проводить диагностику отклонений в состоянии здоровья детей в ранние сроки.

Актуальной остается проблема создания в школах здоровой и безопасной образовательной среды (условия пребывания, обучения). Поэтому большое значение придается работе по повышению знаний медицинских работников по особенностям организации работы с детьми в образовательных учреждениях. Ежегодно проводятся краевые семинары «Охрана здоровья детей в образовательных учреждениях», «Организация медицинского обеспечения детей в летних оздоровительных учреждениях», краевые семинары для педагогических работников по здоровье-

сбережению в образовательных учреждениях.

Одним из оценочных критериев деятельности педиатрической службы края является призыв на военную службу. Всего в 2008 г. освидетельствовано 22 525 граждан, что на 3500 больше, чем в 2007 г., при этом наблюдается положительная динамика показателя годности граждан к военной службе.

Среднегодовой показатель годности за последние пять лет составил 71,8 % (2004 г. – 68,6 %). Показатель годности граждан к военной службе («А» + «Б») за последние четыре года стабилизировался и превышает 71 %. Это связано, в первую очередь, с повышением качества обследования в учреждениях здравоохранения и улучшением качества медицинского освидетельствования граждан при призыве на военную службу. Вместе с тем остаются низкими показателями годности к военной службе в военкоматах Ульчского (44,4 %), Николаевского (61,2 %), Ванинского (63,5 %) муниципальных районов.

В 2008 г. в крае стали больше дополнительно обследовать юношей во время их призыва (на 2 % по сравнению с предыдущим годом). Показатель возраста призывников по сравнению с 2007 годом с КСП по состоянию здоровья увеличился на 0,6 %. Такие показатели свидетельствуют о формально проводимой диспансеризации юношей, низком качестве лечебно-оздоровительных мероприятий при подготовке граждан к военной службе, дефектах подготовки граждан к призыву.

Первые за три года при медицинском осмотре на сборном пункте военного комиссариата Хабаровского края были выявлены лица с заболеваниями органов дыхания, туберкулезом легких и новообразованиями. Отмечено динамическое увеличение числа случаев болезней кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы, органов кровообращения.

Все случаи возврата призывников с краевого сборного пункта связаны с недооценкой степени имеющегося патологического процесса (36,5 %), недостаточно внимательным изучением медицинской документации (28,6 %), игнорированием жалоб, явным пропуском имеющейся патологии, нарушением методик и мониторинга медицинского освидетельствования граждан врачами специалистами (19 %).

Учреждения здравоохранения края осуществляют круглосуточный прием и содержание заблудившихся, подкинутых и других детей в возрасте до 4-х лет, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей. В течение 2008 г. в учреждениях здравоохранения края для оказания медицинской помощи были доставлены 1120 детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, из них 24,2 % в возрасте до одного года.

Из общего числа госпитализированных детей при обследовании в 5,5 % случаев выявлены инфекционные заболевания, в 8,0 % – психические, в 75,1 % – соматические, в 11,4 % – другие заболевания. После проведенного обследования и лечения 26 % детей

переведено в учреждения системы социальной защиты населения, 20,7 % – в учреждения системы образования, 42,8 % – в учреждения здравоохранения, в т. ч. дома ребенка, передано родителям 7,3 % детей, умерло 0,2 %, выбыло 3,0 %.

Реализация «Плана совместных мероприятий министерства социальной защиты населения и министерства здравоохранения края по организации работы по оказанию социально-медицинской помощи семьям, страдающим от алкогольной зависимости», учет семей, в которых родители страдают алкоголизмом, и лиц, получивших лечение, позволили выявить более 7500 социально неблагополучных семей, в которых насчитывается около 14 000 детей. В 2008 г. смогли обеспечить специализированной наркологической помощью 344 родителя.

Наряду с этим, в 2008 г. медицинская наркологическая и психиатрическая помощь была оказана 61 несовершеннолетнему, в т. ч. по поводу алкогольного опьянения 34 детям, по поводу наркотического – 27 детям.

Продолжалась работа по медико-социальному обеспечению детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в 5 муниципальных учреждениях здравоохранения – домах ребенка с общей численностью воспитанников 360 детей.

Значительно улучшилось финансирование домов ребенка.

На основании Закона Хабаровского края от 31.10.2007 г. № 149 «О наделении органов местного самоуправления Хабаровского края государственными полномочиями Хабаровского края по организации и осуществлению деятельности по опеке и попечительству» МЗ выделяло субвенции краевого бюджета муниципальным образованиям для осуществления государственных полномочий, связанных с содержанием и воспитанием детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в т. ч. в учреждениях здравоохранения (расходы по оплате труда персонала, питание, одежда, обувь, мягкий инвентарь, средства гигиены, медикаменты, коммунальные расходы).

В домах ребенка ведется динамичное диспансерное наблюдение за детьми в соответствии с индивидуальными планами, проводится комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация и социальная адаптация с использованием современных технологий, что позволило снизить заболеваемость органов дыхания среди воспитанников в 1,1 раза, в т. ч. острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, гриппом, пневмонией – в 1,3 раза, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, – в 1,5 раза, болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ – в 1,1 раза, рахитом – в 1,6 раза. Удалось снизить количество детей с отставанием в психическом развитии.

Несмотря на проводимые оздоровительные мероприятия, общая заболеваемость воспитанников

домов ребенка остается на высоком уровне. В течение последних лет наблюдается рост частоты заболеваний нервной системы почти в 2 раза.

При сохраняющемся коечном фонде домов ребенка численность воспитанников первого года жизни увеличилась в 1,2 раза (с 83 в 2006 г. до 103 в 2008 г.). Наблюдается рост числа детей из категории «брошенных» в 1,3 раза. Наряду с этим наметилась неблагоприятная тенденция к ежегодному увеличению социальных сирот, поступивших в дома ребенка от родителей (с 34 в 2006 г. до 46 детей в 2008 г.).

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.12.2007 г. № 945 в редакции Постановления Правительства РФ от 01.11.2008 г. № 735 и Приказами Минздравсоцразвития РФ от 11.11.2008 г. № 618-н и от 21.04.2008 г. № 183-н в течение 2008 г. подлежало диспансеризации 4774 ребенка, осмотрен 4901 ребенок.

Из числа осмотренных 21,54 % детей являлись инвалидами, в т. ч. 13,6 % инвалидами с рождения. 1-ю группу здоровья имели 1,08 %, 2-ю – 24,63 %, 3-ю – 52,25 %, 4-ю – 11,58 %, 5-ю – 10,46 % детей.

Министерством здравоохранения края был сформирован план мероприятий по разделу «Здравоохранение» к проекту краевой целевой программы «Основные направления семейной политики Хабаровского края на 2010–2012 годы». В рамках этой программы были определены отдельными блоками «Профилактика детской инвалидности, охрана здоровья и реабилитация детей-инвалидов», «Охрана репродуктивного здоровья населения Хабаровского края», «Здоровье школьников Хабаровского края, формирование здорового образа жизни».

Дальнейшее развитие службы охраны материнства и детства связано с реализацией приоритетных направлений, в т. ч. повышением уровня знаний специалистов здравоохранения, укреплением материально-технической базы учреждений родовспоможения и детства, совершенствованием нормативно-правового обеспечения.

Прогноз состояния здоровья населения

Защита семьи, материнства и детства остается важнейшей задачей социальной политики. В крае, как и в Российской Федерации, касательно здоровья женщин и детей сохраняется ряд негативных тенденций. Растут показатели заболеваемости и детской инвалидности, ухудшается репродуктивное здоровье населения, остаются стабильно высоким уровень смертности детей в возрасте от одного года до 17 лет.

Остается напряженным санитарно-эпидемиологическое состояние региона, особенно острыми проблемами является обеспечение населения качественной водой и продуктами питания.

Организация медицинской помощи населению

Амбулаторно-поликлиническую помощь населению края оказывают 219 учреждений. Плановая мощность (без учета ведомств) в 2008 г. осталась на

уровне 2007 г. и составила 256,8 посещения в смену на 10,0 тыс. жителей.

На территории края сложилось две модели амбулаторно-поликлинической помощи: городская и районная. Для городской модели амбулаторно-поликлинической помощи характерно чрезмерная специализация (в настоящее время от 60 до 75 % от общего числа посещений приходится на врачей-специалистов). Частота направлений больных на консультации к узким специалистам достигает 40–45 % (оптимальный уровень 10–12 %). Наибольшее количество посещений приходится на невролога (43 %), кардиолога (47 %), гастроэнтеролога (28 %), эндокринолога (39 %), пульмонолога (23 %).

В районном здравоохранении оказание амбулаторно-поликлинической помощи начинается фельдшером на фельдшерско-акушерском пункте, участковыми терапевтами врачебных амбулаторий, участковыми терапевтами, педиатрами и гинекологами-акушерами участковых больниц и поликлиник центральных районных больниц. Специализированные виды амбулаторно-поликлинической помощи в большей степени остаются недоступными для жителей районов. Если говорить о специализированной помощи на базе центральной районной больницы, то она обеспечивается амбулаторно по следующим специальностям: дерматовенерология, офтальмология, оториноларингология, фтизиатрия, стоматология, неврология, психиатрия.

В некоторых районах края специализированная помощь для населения была организована по отдельным специальностям: травматология (Вяземский, Солнечный, Советско-Гаванский, Ульчский и Николаевский районы), урология (Амурский, Ванинский, Николаевский, Охотский и Советско-Гаванский районы), кардиология (Амурский, Николаевский, Солнечный и Хабаровский районы), эндокринология (Амурский, им. Лазо, Николаевский, Вяземский, Хабаровский и Советско-Гаванский районы).

Низкая доступность специализированной помощи в сельских районах связана частично с неуклопкованностью штатных должностей и частично с их отсутствием в штатном расписании. Вопрос оказания консультативной помощи населению районов решается выездными бригадами специалистов краевых лечебно-профилактических учреждений. Сохраняется консультативная работа в сельских населенных пунктах, проводимая специалистами центральных районных больниц. Для оказания консультативной амбулаторно-поликлинической помощи в центральных районных больницах привлекаются специалисты стационарного этапа оказания медицинской помощи. Следует отметить, что в течение последних трех лет количество выездов специалистами центральной районной больницы удается поддерживать необходимый уровень выездной работы.

В крае развитие общей врачебной практики как новой организационной технологии началось с

2000 года в районе им. Лазо и Амурском районе. В настоящее время врачи общей практики работают в г. Хабаровске, Амурском, Бикинском, им. Лазо, Найском, Хабаровском муниципальных районах. Число врачей составляет 41 человек. В 2008 г. ими было обеспечено 147 291 посещение. Врачами общей практики выявляется до 25 % первичной патологии. Получили заметное развитие патронаж, организация стационаров на дому, дневных стационаров.

Анализ работы амбулатории подчеркнул роль врача общей практики в первичном звене оказания медицинской помощи, взявшего на себя определенную долю объемов помощи по смежным дисциплинам. Частота направлений больных на консультации к узким специалистам составила всего 12 %. Сокращение числа посещений к врачам-специалистам произошло за счет осуществления видов деятельности, не требующих высокой квалификационной подготовки: 36 % посещений офтальмолога, 41 % посещений оториноларинголога и 46 % посещений невролога.

Приоритетными направлениями работы амбулаторно-поликлинических учреждений края являются медико-социальные и санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечивающие оздоровление, профилактику неинфекционных и инфекционных заболеваний. Основными направлениями в профилактике на территории края стали:

- внедрение скрининговых программ;
- профилактические осмотры;
- диспансеризация;
- вакцинопрофилактика;
- обучение в школах для больных с неинфекционной патологией.

Доля посещений по поводу профилактических осмотров составила 15,2 % от общего числа посещений по программе обязательного медицинского страхования. Но эффективность данной организационной формы достаточно низкая, что обусловлено, главным образом, отсутствием влияния на конечный результат. Одним из факторов, способствующих снижению охвата периодическими медицинскими осмотрами, является незаинтересованность работодателя в охране здоровья работающих.

В рамках дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2008 г. осмотрено около 80 тыс. человек.

По итогам диспансеризации населения, в 2008 г. практически здоровыми (группа 1) были 20,6 % обследованных; высокий риск развития заболевания (группа 2) имели 7 % лиц, прошедших диспансеризацию. Нуждались в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторных условиях (группа 3) 70,6 % осмотренных; нуждались в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях только 1,7 % обследованных. Потребность в высокотехнологичных видах медицинской помощи (группа 5) составила 0,03 % (или 21 человек); нуждались в санаторном лечении 2281 человек (3,4 %). При проведении диспан-

серизации населения в 2008 г. было выявлено 127 228 заболеваний, из них 49 % впервые (62 400). В среднем на одного человека, прошедшего диспансеризацию, пришлось около двух заболеваний.

В 2008 г. в Хабаровском крае охвачено углубленными медицинскими осмотрами 38,9 тыс. человек, что на 1,8 % меньше по сравнению с 2007 годом (39,6 тыс. человек).

По итогам медицинских осмотров работников, занятых на работах во вредных и (или) опасных условиях труда в 2008 г., практически здоровыми оказались 31 % обследуемых; высокий риск развития заболевания (группа 2) имели 26 % осмотренных. Нуждались в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторных условиях (группа 3) 41 % прошедших диспансеризацию; нуждались в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях 2 % обследованных. Потребность в высокотехнологичных видах медицинской помощи (группа 5) составила 0,05 % (или 20 человек).

В 2008 г. за проведенную диспансеризацию в учреждения здравоохранения края перечислено 24136,6 тыс. руб. Выполнение плана ассигнований составило 100 %, и это не случайно, так как в отличие от дополнительной диспансеризации работающих граждан периодические медицинские осмотры работников, занятых во вредных и (или) опасных производствах, закреплены в трудовом законодательстве.

В 2008 г. продолжалось выполнение мероприятий дополнительной иммунизации национального проекта 2007 года против гепатита В, краснухи, полиомиелита, гриппа, кори по смещенному графику вакцинации из-за несоблюдения сроков поставок вакцин федеральными службами.

Охват трехкратной иммунизацией против гепатита В позволил добиться снижения заболеваемости острым вирусным гепатитом В в 2008 г. в 1,9 раза в сравнении с 2006 годом, а среди детей до 17 лет – в 9 раз. Заболеваемость краснухой в крае снизилась в 15 раз, случаев заболевания полиомиелитом не зарегистрировано. Охват населения профилактическими прививками против гриппа составил 28,4 % от численности населения края и превысил средний российский показатель.

Основой развития амбулаторно-поликлинической помощи должны стать:

1. Модернизация амбулаторно-поликлинической службы.
2. Разработка целевых программ, направленных на:
 - воспроизводство основных производственных фондов учреждений здравоохранения;
 - улучшение показателей здоровья населения, особенно по социально значимым заболеваниям.

Скорая медицинская помощь и служба медицины катастроф

В крае функционирует система оказания скорой медицинской помощи, инфраструктура которой вклю-

чает в себя 3 станции и 42 отделения и пункта скорой медицинской помощи.

Недостатки в работе амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, в частности отсутствие системы патронажа и неэффективное наблюдение за больными с хронической патологией, привели к тому, что скорая медицинская помощь сегодня в крае является самым распространенным видом оказания внегоспитальной медицинской помощи населению края, взяв на себя часть функций амбулаторно-поликлинического звена. В 2008 г. было обслужено 610,5 тыс. вызовов (2007 г. – 617,5) и 588,2 тыс. граждан, или 420 вызовов на 1 тыс. населения.

Одной из главных тенденций в развитии догоспитального звена стало постепенное замещение объемов врачебной помощи фельдшерской. Задачи экстренной и консультативной медицинской помощи (ЭиКМП) на территории края выполняет Хабаровский территориальный центр медицины катастроф. В 2008 г. ЭиКМП была оказана 1196 больным и пострадавшим (2007 г. – 1166), в т. ч. 300 детям (2007 г. – 287). Эвакуировано больных – 1046 (2007 г. – 1017), в т. ч. детей – 279 (2007 г. – 256). Для оказания ЭиКМП было привлечено 1391 врача-специалиста (2007 г. – 1165).

В течение 2008 года на территории края произошло 49 чрезвычайных ситуаций (ЧС), в ликвидации которых участвовали силы и средства службы медицины катастроф края. В 2007 г. их было 45. ЧС техногенного характера – 48 (2007 г. – 44), из них аварии на автодорогах – 17 (2007 г. – 20), пожары – 31 (2007 г. – 24), ЧС биолого-социального характера – 1 (поражение токсическими веществами немедицинского назначения). Число поражений при ЧС уменьшилось на 12,6 % (2008 г. – 160 человек, в т. ч. детей – 14; 2007 г. – 183 человека, в т. ч. детей – 22). Число пострадавших при ДТП в сравнении с 2007 годом уменьшилось на 39 % (2008 г. – 70 человек, 2007 г. – 115).

В ликвидации медико-санитарных последствий ЧС были задействованы силы и средства ХТЦМК, органы управления и формирования СМК, в т. ч. бригады специализированной медицинской помощи центра медицины катастроф и бригады скорой медицинской помощи.

За 2008 год произведено 516 вылетов санитарной авиации, что на 6,8 % больше по сравнению с 2007 годом. Финансовые расходы на санитарную авиацию в 2008 г. возросли на 16,5 % (2008 г. – 67994,53 тыс. руб., 2007 г. – 70461,19 тыс. руб.), что обусловлено увеличением тарифа на полеты, а также ростом налета часов.

Стационарная помощь

В 2008 г. стационарную медицинскую помощь населению оказывали 105 лечебно-профилактических учреждений, из них подведомственные министерству здравоохранения – 93, министерству социальной защиты – 1, дальневосточные окружные медицинские центры – 4, филиалы, ОАО «Российские железные дороги» – 4, филиал ДВНЦ физиологии и патологии

дыхания – 1, ФГУП «Дальавиа» – 1, УВД Хабаровского края – 1.

Общее количество стационарных коек в учреждениях здравоохранения края составило 13 682 койки (2007 г. – 13 664), на 10,0 тыс. населения – 97,6, что выше инфраструктурного стандарта (87,7).

Специализированная медицинская помощь

В настоящее время в крае государственные полномочия по оказанию специализированной медицинской помощи (противотуберкулезной, дерматовенерологической, психиатрической и наркологической, онкологической) населению городских округов и муниципальных районов осуществляют как структурные подразделения (отделения, кабинеты) муниципальных учреждений здравоохранения, так и юридические лица (муниципальные больницы). Сложившаяся ситуация не позволяет выстроить единую технологическую цепь по организации качественной и безопасной специализированной медицинской помощи, исключает возможность применения правовых рычагов воздействия, ограничивает участие в кадровом подборе ответственных лиц.

В целях реализации Федерального закона № 122-ФЗ, оптимизации расходов средств из краевого бюджета, надлежащего исполнения субъектом государственных полномочий по организации оказания на территории края специализированной медицинской помощи министерством здравоохранения в настоящее время проводятся мероприятия по реорганизации специализированных видов медицинской помощи, рассматриваются возможные варианты реорганизации и реструктуризации. Как один из наиболее целесообразных рассматривается вариант принятия в краевую государственную собственность муниципальных учреждений здравоохранения (юридических лиц), оказывающих населению муниципальных образований специализированную медицинскую помощь.

Дерматовенерологическая служба края представлена 5 диспансерами (города Хабаровск, Комсомольске-на-Амуре, Амурск, Николаевск-на-Амуре, Советская Гавань) на 216 коек, из них 62 детские койки, и 14 районными кабинетами. Обеспеченность специализированными койками составляет 1,5 на 10 тыс. населения (табл. 19). Коек в сельской местности нет. В крае были открыты и функционируют 16 серологических лабораторий.

Количество коек круглосуточного пребывания уменьшилась в целом по краю на 3 за счет сокращения коек в Верхнебурейском районе. Реструктуризация коечного фонда положительно повлияла на увеличение показателей выполнения плана койко-дней и оборота койки. При этом среднее пребывание больного на койке несколько снизилось.

Структура использования коечного фонда: дерматозы – 67 %, микозы – 18 %, сифилис – 11 %, другие инфекции, передающиеся половым путем, (ИППП) – 4 %.

В течение года проводились работы по поддержа-

Таблица 19

Организация специализированной помощи

Кочная сеть*			
Показатели	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Общее количество специализированных круглосуточных коек в территории	239	219	216
Обеспеченность специализированными койками на 10 тыс. населения.	1,7	1,5	1,5
Использование коечного фонда			
Показатели	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Выполнение плана койко-дней	99,1	100	102
Оборот койки	21,0	22	22
Количество дней работы койки в году	310,0	327	320
Среднее пребывание больного на койке	14,7	14,5	14,2
Количество коек стационара дневного пребывания	30	21	21

Примечание: * – коек в сельской местности нет.

нию основных фондов: ведется капитальный ремонт в поликлиническом отделении № 2 и дерматовенерологическом отделении № 1 для взрослых в ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»; ремонт произведен в поликлиническом отделении МУЗ «Кожно-венерологический диспансер», г. Комсомольск-на-Амуре. Проведен текущий ремонт в кабинетах поликлиники МУЗ «Кожно-венерологический диспансер», г. Амурск.

Охват населения Хабаровского края скрининговым исследованием на сифилис составляет 62,2 %. Показатель числа выполненных исследований составил 62 117 на 100,0 тыс. населения (РФ – 57 161). Увеличился с 95 до 97 процент обследования больных соматических стационаров.

В крае работает 89 врачей дерматовенерологов (2007 г. – 83 врача), укомплектованность кадрами составляет 98 %, коэффициент совместительства – 1,4. Обеспеченность кадрами составляет 0,64 человека на 10 тыс. населения (РФ – 0,7). Не решена проблема с кадрами в Бикинском, Аяно-Майском и Тугуро-Чумиканском районах.

В 2008 г. принята краевая целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009–2011 гг.)», включающая в себя подпрограмму «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем».

С 1992 г. вся дерматовенерологическая служба края работает на бюджетных средствах. Удельный вес средств, расходуемых в 2008 г. на амбулаторно-поликлиническую помощь, составил 70 %, стационар-

ную помощь – 28 %, профилактические мероприятия – 2 %. Специализированная помощь оказывается в соответствии с федеральными и региональными медико-экономическими стандартами.

Кабинеты анонимного обследования и лечения находятся на хозрасчетной деятельности.

Противотуберкулезная служба

Госпитальная помощь больным туберкулезом в крае в 2008 г. осуществлялась 7 противотуберкулезными диспансерами и 2 туберкулезными отделениями. Для лечения взрослых больных туберкулезом в крае развернуто 955 коек, для детей – 226 коек. Согласно расчетам потребность в туберкулезных койках в Хабаровском крае в настоящее время составляет 1358, следовательно, дефицит коечного фонда равен 177 койкам, или 13,0 %.

Для лечения больных туберкулезом с психосоматическими заболеваниями в крае функционирует отделение на 40 коек при ГУЗ «Психиатрическая больница им. проф. И.Б. Галанта». Отделение на 25 коек при ГУЗ «Краевая психиатрическая больница» закрыто с 01.01.2008 г.

Для оказания противотуберкулезной помощи специальному контингенту в учреждениях УФСИН России по Хабаровскому краю функционирует 3 туберкулезных отделения на 170 коек. В рамках реализации федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» в г. Комсомольске-на-Амуре продолжается строительство лечебного корпуса для лечения осужденных больных из края.

В 2008 г. в ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер» был закончен капитальный ремонт во взрослой поликлинике, продолжен капитальный ремонт в лечебном корпусе № 2. Текущий ремонт проведен в здании пищеблока, в детской поликлинике, выполнен аварийно-восстановительный ремонт наружных сетей водоснабжения и теплоснабжения к лечебному корпусу № 2.

Сохраняется напряженная ситуация с кадровым составом фтизиатрической службы. В противотуберкулезных учреждениях края работает 89 фтизиатров. Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения – 0,63. Укомплектованность штатных должностей в противотуберкулезных учреждениях, в т. ч. и в амбулаторно-поликлинических, составляет 97,03 % с учетом совместительства. Укомплектованность занятых штатных должностей физическими лицами (без совместительства) – 67,93 %. До настоящего времени остается нерешенным вопрос кадрового обеспечения врачом-фтизиатром Вяземского, Комсомольского и им. П. Осипенко районов. Работают на 0,5 ставки совместители.

Срок эксплуатации медицинского, лабораторного и технологического оборудования учреждений противотуберкулезной службы края составляет более 20 лет и нуждается в обновлении. На 01.01.2009 г. всего в крае насчитывается 55 работающих флюорографических установок (48 стационарных и 7 передвижных).

В течение последних трех лет было заменено морально устаревшее и изношенное флюорографическое оборудование в городах Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре. В 2007 г. приобретены и получены в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения 3 стационарных флюорографа (Тугуро-Чумиканский (в ЦРБ), Солнечный (в ЦРБ), Аяно-Майский (в ЦРБ) районы).

В рамках проекта МБРР «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» по компоненту «Туберкулез» в 2005–2008 гг. поступало лабораторное оборудование в гражданский сектор и учреждения ФСИН, получен флюорографический аппарат (ГУЗ «Краевая психиатрическая больница»), автотранспорт (ГУЗ ПТД).

Обеспеченность противотуберкулезными препаратами I ряда в крае в отчетном периоде была удовлетворительной. Пополнение запасов туберкулостатиков осуществлялось за счет поставок препаратов в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 гг.» подпрограммы «Туберкулез» и приобретения указанных лекарственных средств за счет федерального, краевого и муниципальных бюджетов территорий. Распределение противотуберкулезных препаратов, выделенных МЗ РФ, осуществлялось ГУЗ «Краевой противотуберкулезный диспансер» согласно заявкам районных фтизиатров и с учетом количества препаратов, поступивших в край.

Для приведения в соответствии нормы площадей

на 1 туберкулезную койку в ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер» (на 1 туберкулезную койку приходится 3,7 м² при нормативе 7,5 м²) требуется строительство дополнительного корпуса на 210 коек. Учреждения противотуберкулезной службы края нуждаются в выделении достаточного финансирования на проведение капитальных и текущих ремонтов.

Недостаточное количество и износ имеющегося автотранспорта в противотуберкулезных учреждениях края затрудняет проведение контролируемого лечения и создание «стационаров на дому».

В 2009–2010 гг. запланировано лечение больных с МЛУ-туберкулезом, для чего требуется развертывание специализированных коек, вероятнее всего, за счет перепрофилирования имеющихся в ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер» и МУЗ «Противотуберкулезный диспансер» г. Комсомольска-на-Амуре.

Психиатрическая и наркологическая помощь представлена трехуровневой системой оказания специализированной медицинской помощи:

I уровень – кабинеты психического здоровья районных психиатров и психиатров-наркологов в районных центрах организации специализированных видов медицинской помощи и центральных районных больниц;

II уровень – отделения и лечебно-профилактические учреждения, оказывающие специализированную помощь населению муниципальных образований и городских округов;

III уровень – краевые, специализированные лечебно-профилактические учреждения.

Стационарную психиатрическую и наркологическую помощь населению края обеспечивали 6 стационарных учреждений здравоохранения и одно отделение стационара ЦРБ общей мощностью 1578 коек с дефицитом 496 коек.

Амбулаторно-поликлиническую специализированную помощь населению оказывают все стационарные учреждения службы и 15 специализированных кабинетов в составе других учреждений здравоохранения административных территорий края.

Кочный фонд психиатрической службы в 2008 г., как и в течение ряда последних лет, использовался эффективно:

– при нормативном показателе занятости койки 340 дней в году в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница» он составил 333,2 дня, в ГУЗ «Психиатрическая больница им. проф. И.Б. Галанта» – 363 дня (РФ – 331 день);

– в муниципальных образованиях при нормативе 320 дней в году занятость койки составила: в психиатрической больнице г. Комсомольска-на-Амуре – 346,8 дня; в Комсомольском наркологическом диспансере – 348,6 дня; в Николаевской психоневрологической больнице – 379 дней, в Советско-Гаванском психоневрологическом диспансере – 317,5 дня, в психиатрическом отделении Охотской ЦРБ – 223,2 дня (отделение работало нерегулярно из-за длительного отсутствия врача).

Оборот койки составил в среднем 13,5 раза. Показатель повторной госпитализации психиатрических больных составил 15,2 %, что существенно ниже целевого федерального показателя – 19,0 %.

Обеспеченность населения края койками для оказания стационарной психиатрической и наркологической помощи в сравнении с предыдущим годом не изменилась и составила 11,2 койки на 10 тыс. населения (РФ – 13,1). Дефицит психиатрических и наркологических коек в целом по краю составляет 496 коек, в т. ч. по г. Хабаровску – 320 коек, по г. Комсомольску-на-Амуре – 130 коек, по г. Советская Гавань – 26 коек и по г. Николаевску-на-Амуре – 20 коек.

За период 2004–2008 гг. обеспеченность населения врачами психиатрической службы несколько увеличилась – в 1,1 раза: с 2,4 до 2,61 врача на 10 тыс. населения. В целом по Хабаровскому краю в 2008 г. обеспеченность населения врачами психиатрами составила 2,49 врача на 10 тыс. населения (без учета должностей судебно-психиатрических экспертов), что в 1,66 раза выше показателя по Российской Федерации (1,5 врача на 10 тыс. населения в 2007 г.).

Укомплектованность учреждений здравоохранения врачами-психиатрами с учетом совместительства по краю составила в 2008 г. 95,9 %, что несколько выше показателя 2007 г. – 89,1 %. Укомплектованность кадрами врачей без учета совместительства – 55,6 % (2007 г. – 63 %).

Объем финансирования медицинской помощи, оказываемой в психонркологических учреждениях края в 2008 г., составил за счет субвенций 123533,7 тыс. руб., местного бюджета – 31431,1 тыс. руб., краевого бюджета – 376164,0 тыс. руб. и средств ФОМСа – 3853,0 тыс. руб.

Проводимые мероприятия по организации и совершенствованию психиатрической и наркологической помощи в крае позволили добиться улучшения целевых показателей, предусмотренных федеральной целевой программой «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»: снизилась доля повторных госпитализаций в психиатрический стационар в течение года до 11,12 % (по ФЦП в 2008 г. – 19,0 %); средняя продолжительность лечения больного составила 53,09 дня, что ниже уровня 2007 г. на 35,5 % (по ФЦП в 2008 г. – 75,3 дня).

Вместе с тем остается ряд вопросов, требующих планомерного решения в 2009 г. Необходимо продолжать работу по реорганизации психиатрической службы Хабаровского края, рассмотреть вопрос о строительстве типового лечебного корпуса Краевой психиатрической больницы мощностью 600 коек, открыть стационарное отделение реабилитации наркозависимых больных на 25 коек на базе наркологического диспансера в г. Комсомольске-на-Амуре. Изменение структуры психиатрической службы позволит максимально приблизить специализированную психиатрическую помощь к пациенту, достичь целевых показателей, организовать оказание узкоспе-

циализированных видов психиатрической помощи: геронтопсихиатрическую, детскую психиатрическую, отделения для лечения больных I психотического эпизода, военной экспертизы и принудительного лечения.

Онкологическая служба в районах Хабаровского края представлена недостаточно в плане организационно-методической работы, за исключением городов Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре, где имеются онкологические диспансеры. Часть районных больниц имеют укомплектованные врачами-совместителями онкологические кабинеты. В ряде районных больниц онкологические кабинеты не имеют врачебного персонала.

Специализированная помощь онкологическим больным оказывалась на онкологических койках, в т. ч. в краевом онкологическом диспансере – 300 коек (из них 90 радиологических), в онкологическом диспансере г. Комсомольска-на-Амуре – 91 койки (из них 19 коек дневного стационара).

С апреля 2001 г. на базе городской больницы № 2 г. Хабаровска выделено 10 коек для лечения больных с опухолями ЛОР-органов.

Кроме того, функционирует гематологическое отделение на 43 койки в составе ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. С.И. Сергеева». Больные с опухолями опорно-двигательного аппарата, нервной системы получают лечение на койках ортопедического и нейрохирургического отделений ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2». 25 детских онкологических коек развернуты в ГУЗ «Детская краевая клиническая больница».

Лучевую терапию осуществляют 17 радиологов в ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии».

Укомплектованность кадрами с учетом совместительства составляет 100 %, без учета совместительства варьирует от 28,6 до 62,5 % в зависимости от специальности.

Основные проблемы, существующие в настоящее время в системе организации данного вида медицинской помощи: недостаточная укомплектованность врачебными кадрами, отсутствие «смотровых» кабинетов, отсутствие или недостаточная укомплектованность современным оборудованием первичного звена здравоохранения, отсутствие высокоэффективного оборудования в ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии», позволяющего проводить высокотехнологические методы лечения опухолей различной локализации.

С целью выполнения Приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 11.03.2009 г. № 105-н «О мерах по реализации Постановления Правительства РФ от 3 марта 2009 г. № 189 «О финансовом обеспечении в 2009 г. за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению» были утверждены: план мероприятий по реализации приказа, перечень обо-

рудования, закупаемого за счет субсидий из федерального бюджета для ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии», перечень оборудования, закупаемого за счет средств консолидированного бюджета для первичных онкологических кабинетов. Составлен план-график подготовки специалистов онкологов, радиологов, инженеров-физиков в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению края. Подготовлен проект приказа министерства здравоохранения края по организации и совершенствованию онкологической службы населению Хабаровского края с учетом взаимодействия министерства здравоохранения края и муниципальных образований в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению края.

ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» определен координационным краевым центром, задачей которого является организация консультативной, практической и методической помощи первичным

онкологическим кабинетам и врачам «первичного контакта», организация непрерывного обучения кадров, контроля за проведением и результатами скрининга, контроля за выполнением стандартов лечения в первичном звене, контроля диспансерного наблюдения больных. Осуществляет проведение уточняющей диагностики, формирование национального регистра, эпидемиологический мониторинг онкологической патологии. Краевой клинический центр онкологии оказывает специализированную, высокотехнологичную медицинскую помощь. Осуществляет отбор и направление пациентов в федеральные центры.

Профилактика и борьба с ВИЧ-инфекцией

В 2008 г. в крае продолжена работа по иммунологическому скринингу на антитела к ВИЧ. Всего обследовано 292 789 человек, из них в рамках приоритетного национального проекта – 264 132 человека (255 000 по краю и 9132 – лаборатория УФСИН), что составило 100,0 % плана (табл. 20).

Таблица 20

**Выполнение плановых показателей работы
ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными
заболеваниями» министерства здравоохранения края в 2008 г.**

Раздел работы	План	Факт	% выполнения
Амбулаторно-поликлиническая помощь	35 189	35 193	100,0
Сестринская помощь	37 600	37 604	100,0
Лечебная помощь в условиях дневного стационара	400	400	100,0
Лабораторные исследования	252 600	259 234	102,6
Диагностические исследования	14 852	14 912	100,4
Профилактическая	12 802	12 628	100,6
Организационно-методическая	18 981	18 223	100,1
Школы для больных ВИЧ-инфекцией	50	58	116,0
Вирусными гепатитами	50	50	100,0

Показатель охвата диспансеризацией лиц, подлежащих наблюдению, составил за весь период 93,2 % (2007 г. – 93 %). Доля «симптомной» ВИЧ-инфекции в общей структуре пациентов составила 38,8 % (2006 г. – около 36,7 %). В 2008 г. в ЛПУ г. Хабаровска и края по различным показаниям было осуществлено 74 госпитализации ВИЧ-инфицированных, в т. ч. у 35 человек диагноз ВИЧ-инфекции был впервые установлен в стационаре.

В течение года у ВИЧ-позитивных матерей родилось 25 детей; у 18 детей, родившихся в 2006–2007 гг.

(в т. ч. отказных), диагноз перинатального контакта по ВИЧ-инфекции снят.

В течение 2008 г. различные схемы антиретровирусной терапии/профилактики были назначены 54 ВИЧ-инфицированным пациентам, при этом: непрерывно лечение получали 148 человек; был снят с терапии по разным причинам 31 пациент; профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции проводилась 23 беременным женщинам (92 % от подлежащих) и 25 новорожденным (100 %). Профилактика профессионального заражения проведена двум медицинским работникам.

Лечебно-диагностическую и консультативную помощь населению специалисты Центра по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями оказывают в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и другой инфекционной патологии. Удельный вес амбулаторной лечебно-диагностической помощи составил 88,1 %, а консультативно-профилактической работы – 11,9 % и достоверно не отличился от показателя 2006–2007 гг. Акцент на оказание лечебно-диагностической помощи связан как с повышением охвата ВИЧ-инфицированных антиретровирусной терапией в рамках реализации приоритетного национального проекта, так и с изменениями кратности диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов.

При планировании и организации амбулаторно-поликлинической помощи существенное внимание было уделено работе с подростками и молодежью – целевой группе населения, наиболее подверженной риску заражения ВИЧ, ИППП и другими инфекционными заболеваниями.

Продолжена работа по ведению регистра больных с вирусными гепатитами. В банке данных регистра содержится информация о 2137 пациентах с вирусными гепатитами, в т. ч. 330 ВИЧ-позитивных пациентов, ведется лист ожидания лиц нуждающихся в противовирусной терапии – 551 человек.

В 2008 г. в базу краевого регистра больных с кровоконтактными вирусными гепатитами включены данные 1044 человек, в т. ч. 470 – состоящих на диспансерном учете в ЦПБСИЗ (57 ВИЧ-инфицированных) и 574 – в учреждениях здравоохранения края.

В 2008 г. 254 пациента (в т. ч. 53 ВИЧ-инфицированных) получали специфическую этиопатогенетическую терапию вирусных гепатитов: за счет федерального бюджета – 234 человека, в рамках краевого бюджета пролечено 20 человек. По состоянию на 31.12.2008 г. лечение закончили 72 человека.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» активную антиретровирусную терапию получили 148 человек, противовирусную терапию ХВГС – 233 человека (из них 55 ВИЧ-инфицированных, или 23,6 %), 178 остро нуждающихся и имеющих высокую приверженность к терапии пациентов (76,4 %), в т. ч. медицинских работников – 54 человека (30,3 %).

В 2008 г. продолжил работу дневной стационар мощностью 8 коек, в т. ч. 7 инфекционных и 1 дерматовенерологическая, при двухсменном режиме работы. Пролечено 400 больных (100 % от плана).

Основной патологией больных стационара дневного пребывания являются инфекционные и паразитарные болезни – 84,3 % (2007 г. – 70,0 %), в т. ч. ВИЧ-инфекция – 35,9 % (121 человек и 1119 койко-дней), в 2007 г. – 30,2 %, что соответствует профилю отдела и учреждения.

В 2008 г. подразделениями лаборатории на бюджетной основе были выполнены 259 234 исследования (102,63 % от плана). В 2008 г. стало больше по

сравнению с предыдущим годом количество общих исследований (на 17,1 %). Это коснулось таких исследований, как выявление антител к ВИЧ-инфекции (на 21,4 %), маркеры к вирусным гепатитам (на 18,6 %), выполнение биохимических и клинических исследований (на 17,6 %), исследование лиц на иммунный статус (на 22,7 %), ПЦР (на 21,8 %). Увеличение исследований обусловлено, в первую очередь, ростом объемов диспансерного наблюдения населения и лечения выявленных случаев ВИЧ-инфекции в рамках реализации требований федеральных стандартов по диагностике и мониторингу терапии данной инфекции.

Осуществляется мониторинг профилактических и противоэпидемических мероприятий в ЛПУ края, оценка качества и эффективность выполнения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и ГСИ.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) больным в Хабаровском крае за последние годы стала значительно доступнее. Количество направленных больных в ФСМУ выросло с 534 в 2006 г. до 1762 человек в 2008 г. 70 % объема квот ВМП (1240 квот) в 2008 г. было оказано по профилю «офтальмология» в Хабаровском филиале «МНТК «Микрохирургия глаза»».

Традиционно наиболее востребованными профилями высокотехнологичной медицинской помощи за пределами Хабаровского края являются «сердечно-сосудистая хирургия» – 39 %, «травматология и ортопедия» – 15,3 %, «онкология» – 7,3 %.

Финансовые затраты из федерального бюджета за последние три года на оказание ВМП населению края в ФСМУ выросли более чем в 3 раза: с 32730,9 тыс. руб. в 2006 г. до 100475,9 тыс. руб. в 2008 г.; средства краевого бюджета на оказание данного вида медицинской помощи также выросли с 3979,8 тыс. руб. в 2006 г. до 10700,0 тыс. руб. в 2008 г.

Рост затрат краевого бюджета связан с ограничениями оплаты проезда инвалидам. Согласно Постановлению Правительства РФ от 29.12.2004 г. № 864 проезд осуществляется только железнодорожным транспортом. Однако географическая отдаленность Хабаровского края от центра России диктует необходимость транспортировки около $\frac{2}{3}$ больных, в обязательном порядке, самолетом, причем 80–87 % данной категории больных составляют дети. Министерством здравоохранения Хабаровского края вопрос проезда больных авиатранспортом поднимался на уровне Правительства РФ неоднократно, но до настоящего времени не решен. В крае созданы и успешно функционируют центры высокотехнологичной медицинской помощи. Доля высокотехнологичных видов оперативных вмешательств составляет до 35 %.

В структуре ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. С.И. Сергеева» министерства здравоохранения Хабаровского края на базе кардиохирургического отделения был организован краевой клинический

кардиологический центр. Оснащение центра современным оборудованием позволило увеличить число сложных оперативных вмешательств на сердце и магистральных сосудах на 37–40 %, в т. ч. операций по аортокоронарному шунтированию – более чем в 3 раза, операций на проводящих путях сердца – в 10 раз, открытых операций на сердце в условиях искусственного кровообращения – в 3 раза.

В Краевом клиническом центре онкологии с 2005 года были освоены и внедрены в практику такие современные высокотехнологичные виды медицинской помощи, как видеолапароскопические операции при злокачественных урогинекологических новообразованиях, видеолапароскопическая диагностика и операции при опухолях кишечника, легких и плевры; абляция одиночных метастазов опухолей в печени, в предстательной железе, реконструктивно-пластические операции. Внедрение новых медицинских технологий позволило снизить показатели годичной летальности и первичного выхода на инвалидность.

В Краевой клинической больнице № 2 новейшие технологии медицинской помощи в травматологии, ортопедии, нейрохирургии составили 30 % от всех видов медицинской помощи, что позволило снизить летальность с 11,4 до 8,6 %.

Применение высоких технологий в травматологии и ортопедии, абдоминальной, торакальной и урологической хирургии специалистами Детской краевой клинической больницы позволило снизить послеоперационную летальность с 1,6 до 0,5 %.

В краевом Перинатальном центре внедрены и эффективно работают инновационные технологии в хирургии новорожденных, по выхаживанию маловесных новорожденных, значительно снижена младенческая смертность.

Применение технологии «экстракорпоральное оплодотворение» за три года позволило обрести родительское счастье 141 супружеской паре.

Работа в муниципальных образованиях по отбору и направлению больных на оказание ВМП недостаточно организована. Остается низким качество диспансерных осмотров, проводимых в муниципальных учреждениях здравоохранения, качество заполнения медицинских документов, отсутствуют заключения специалистов, результаты обязательных обследований.

По данным статистических опросов, удовлетворенность населения края в ВМП составляет от 18,8 до 74,6 % случаев по разным видам ВМП. Высокой остается потребность жителей края в оказании ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», в особенности в оперативных пособиях на открытом сердце и магистральных сосудах, эндопротезировании суставов, трансплантации органов.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в г. Хабаровске возводится Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии. Центр предназначен для оказания высокотехнологичной кардиохи-

рургической помощи жителям Хабаровского края и Дальневосточного федерального округа.

В соответствии с Соглашением 2008 года высокотехнологичная медицинская помощь в рамках государственного задания оказана в краевых государственных учреждениях здравоохранения 42 больным из других регионов Дальневосточного федерального округа.

Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в г. Хабаровске предназначен для оказания высококвалифицированной кардиохирургической помощи жителям края. Плановая мощность учреждения – 4,5–5,0 тыс. операций в год. В т. ч. операций на сухом сердце в условиях аппарата искусственного кровообращения – 1300–1500; эндоваскулярных операций на крупных коронарных сосудах – 1700; 1200–1400 операций при нарушениях ритма, 300–500 операций на периферических артериях.

С целью увеличения доступности и улучшения качества оказания ВМП населению края здравоохранению Хабаровского края необходимо:

- увеличить перечень профилей и объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного задания за счет средств федерального бюджета в краевых государственных учреждениях здравоохранения;

- увеличить количество выделяемых квот в ФСМУ на 2010 год по приоритетным для жителей края видам ВМП (эндопротезирование суставов, сердечно-сосудистая хирургия, трансплантология);

- решить вопрос о строительстве в Дальневосточном регионе многопрофильного реабилитационного центра для пациентов, получивших различные виды ВМП.

Служба материнства и детства

В настоящее время медицинскую помощь детям предоставляют 92 учреждения здравоохранения педиатрического профиля, в т. ч. специализированные стационары – ГУЗ «Перинатальный центр», ГУЗ «Детская краевая клиническая больница», 87 муниципальных учреждений здравоохранения, из них 5 городских детских больниц, 7 детских поликлиник. В составе 9 центральных районных больниц развернуты детские отделения или выделены педиатрические койки.

Акушерско-гинекологическая помощь осуществляется в 2-х краевых лечебных учреждениях здравоохранения – ГУЗ «Перинатальный центр», ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева», 29 муниципальных учреждений родовспоможения, 25 из которых входят в состав многопрофильных больниц.

Общее количество коек для стационарного лечения детей в период 2006–2008 гг. существенно не изменилось. Показатель обеспеченности больничными койками для детей имеет тенденцию к нарастанию с 106,2 до 110,1 койки на 10 тыс. детей.

Вместе с тем отмечается незначительное сокращение педиатрических коек в 1,04 раза при увеличении числа специализированных в 1,03 раза. Показатель числа специализированных коек без существенной динамики. В структуре специализированных коек произошел рост количества кардиоревматологических, неврологических, психиатрических и социальных коек в 1,3; 4; 1,2 и 1,8 раза соответственно.

Количество детей, пролеченных в круглосуточных стационарах в период 2006–2008 гг., имеет тенденцию к снижению с 79 546 до 71 745 детей.

В структуре госпитализированных 32 % детей, страдающих заболеваниями органов дыхания, 17 % – с заболеваниями пищеварительной системы, 11 % – с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями.

Произошли позитивные изменения в работе коечной сети педиатрического профиля: снижение средней длительности лечения больных на педиатрических, инфекционных и большей части специализированных койках в среднем до 11,2.

На фоне снижения средней длительности пребывания остается занятость коек по ряду профильных хирургических коек: «хирургия» – 268, «ортопедия» – 298, «торакальная хирургия» – 231. При этом достаточно высокой остается занятость койки по профилям «неврология» (422), «эндокринология» (347), «офтальмология» (336).

Акушерская помощь на территории края предоставляется в 30 стационарных учреждениях. Общее количество коек для оказания акушерской помощи составляет 761, в т. ч. для беременных и рожениц развернуто 440 коек, для лечения патологии беременности – 321 койка. Показатель численности коек на 10 тыс. женщин фертильного возраста составляет по койкам для беременных и рожениц 11,1; для патологии беременности – 8,1. Удельный вес коек при патологии беременности в структуре акушерских составляет 42,2 %.

Число коек для беременных и рожениц в течение трех лет уменьшается наряду со снижением числа женщин репродуктивного возраста. Вместе с тем с ростом патологии беременных наблюдается некоторый рост числа коек для лечения патологии беременности.

Таким образом, структура и обеспеченность акушерско-гинекологическими койками женского населения края в целом сопоставимы с рекомендуемыми нормативами по Российской Федерации и сохраняют доступность данного вида медицинской помощи женщинам Хабаровского края.

Организация контроля за экспертизой временной нетрудоспособности, качеством оказания медицинской помощи

В 2008 г. были проведены совместно со специалистами ГУ-ХРО ФСС РФ проверки учреждений здраво-

охранения г. Хабаровска, Ванинского, Вяземского, Нанайского, Солнечного муниципальных районов и ГУЗ «Вяземский центр организации специализированных видов медицинской помощи». Итоги проверок рассматривались на заседаниях краевой клинико-экспертной комиссии, в т. ч. при выездах в муниципальных районах края (Ванинский, Вяземский, Нанайский, Солнечный), на которых были рассмотрены вопросы о замене бланков листов нетрудоспособности на бланки установленного в Российской Федерации образца, организации клинико-экспертной работы в муниципальных и краевых учреждениях здравоохранения – 33 % (2007 г. – 19 %), обоснованности выдачи и продления листов нетрудоспособности.

В 2008 г. снизилось число случаев и количества похищенных бланков листов нетрудоспособности с 3-х случаев (11 бланков) в 2007 г. до 2-х (2 бланка) в 2008 г. В ходе проверок выявлены нарушения требований нормативных правовых документов, регламентирующих порядок учета и хранения бланков листов нетрудоспособности, по ведению учетно-отчетной документации.

В течение 2008 г. специалистами сектора экспертной работы проведена экспертная оценка 364 медицинских карт стационарного больного (2007 г. – 717) и 734 медицинских карт амбулаторного больного (2007 г. – 313). Замечания выявлены во всех проверенных учреждениях здравоохранения (табл. 21).

В структуре решений врачебных комиссий учреждений здравоохранения края, как и прежде, первое место занимает утверждение льготных рецептов, на втором месте – продление листов нетрудоспособности, на третьем – утверждение направлений на медико-социальную экспертизу.

Одним из показателей, характеризующих удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи, является количество жалоб и обращений пациентов.

По территориям края в абсолютном выражении наибольшее количество обращений поступает от жителей г. Хабаровска, хотя на 1 тыс. населения город имеет средний показатель (1,58). По характеру письменных обращений наибольшее количество по-прежнему поступает по вопросам содействия в получении льгот (в основном, в обеспечении лекарственными средствами – 37 % от общего количества писем), а также по вопросам организации эффективной медицинской помощи (34 %). Заявления граждан по вопросам качества оказания медицинской помощи и обоснованности взимания платы за оказанные медицинские услуги в обязательном порядке рассматриваются комиссионно с представлением заключения работы комиссии, принятием необходимых административных и организационных мер по результатам рассмотрения жалобы.

Структура выявленных дефектов

	Стационарные учреждения			Амбулаторно-поликл. учр.		
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего проверено медицинских карт	598	717	364	634	313	734
Всего выявлено дефектов абс. число / % (от общего числа проверенных карт)	245 41 %	326 45,5 %	189 52 %	330 52 %	185 59 %	397 54 %
Структура дефектов, %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
– обследование	11	4,6	5,3	8,0	4,3	13,6
– лечение	6,0	–	1,0	3,0	1,0	1,7
– ЭВН	13,0	15,0	16,4	30,0	23,7	15,3
– диагноз	5,0	1,0	4,2	4,0	3,2	5,3
– ведение медицинской документации	65,0	79,4	73,1	55,0	67,8	64,1

УДК 61 : 34 (571 . 620)

Реализация права пациента на выбор врача в ГУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края

В.С. Ступак, М.Г. Свередюк, Д.Б. ДроздГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,
г. Хабаровск**V.S. Stupak, M.G. Sveredyuk, D.B. Drozd****Implementation of the patient's right to choose a doctor in a public health institution
«Perinatal Center» (Khabarovsk Territory)****Резюме**

Декларируемое отечественным законодательством право пациента на выбор врача в рамках одного лечебного учреждения по настоящее время лишено конкретных механизмов его осуществления. Особая сложность реализации этого права возникает в многопрофильных специализированных учреждениях здравоохранения, структура которых предусматривает этапное оказание медицинской помощи одному пациенту в нескольких структурных подразделениях, а правоотношения с врачом регулируются трудовым договором в рамках конкретного отделения. Подчеркивается необходимость определения возможных механизмов реализации права пациента на выбор врача с обязательным учетом норм трудового законодательства и сформированной технологии оказания медицинской помощи применительно к каждому лечебному учреждению.

Ключевые слова:

Основы законодательства об охране здоровья граждан, право на выбор врача, трудовое законодательство.

Summary

The declared domestic legislation of the patient's right to choose a physician within the same facility is still devoid of specific mechanisms for its implementation. The special complexity of the implementation of this right arises in the multi-specialized health service institutions, as their structure provides a patient with phased provision of medical care at a number of structural units. Relationships with the doctor are governed by an employment agreement within a specific department. The need to identify possible mechanisms for implementing the patient's

right to choose a physician with due consideration for the regulations of labor legislation and formed technology of medical care provision with respect to every hospital is emphasized.

Key words:

Fundamentals of health legislation, the right to choose a physician, labor legislation.

В соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 30 «Основы законодательства об охране здоровья граждан» каждый пациент имеет право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также на выбор лечебно-профилактического учреждения.

Реализация права на выбор лечебного учреждения в действующем законодательстве в определенном объеме регламентирована. Сюда можно отнести систему родового сертификата, заключение договора на предоставление платной медицинской помощи и договор добровольного медицинского страхования. Вместе с тем право на выбор врача в рамках одного лечебного учреждения только декларируется, и механизм его осуществления законодателем не определен.

Сложность выбора пациентом врача возникает в учреждениях, структура которых предусматривает оказание медицинской помощи в нескольких отделениях, а правоотношения с сотрудником регулируются трудовым договором в рамках конкретного подразделения (ст. 57 Трудового кодекса РФ).

Так, например, ГУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края имеет организационную структуру, сформированную с учетом комплексной технологии оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. В соответствии с данной структурой в учреждении осуществляют деятельность: центр планирования семьи и репродукции человека; отделение репродуктивного здоровья (гинекологическое); отделение патологии беременных и плода; родовое отделение; акушерское наблюдательное отделение; акушерское физиологическое отделение с палатами совместного пребывания матери и ребенка; отделение анестезиологии-реанимации для женщин и др. Отделения являются самостоятельными структурными подразделениями с закрепленными функциями и задачами, штатом сотрудников и заведующим отделением.

Зачастую пациент, обращаясь к врачам отделения консультативно-диагностической службы, выбирает врача специалиста центра планирования семьи и репродукции человека и выражает свое желание, чтобы он принимал роды и наблюдал в послеродовом периоде. Однако в Перинатальном центре имеется госпитальная служба, где и осуществляется родоразрешение сотрудниками родового отделения, а в послеродовый период женщина и новорожденный переводятся в акушерское физиологическое отделение с палатами совместного пребывания матери и ребенка. Как видно, это разные структуры, и выбранный специалист одновременно не может быть в них

трудоустроен по основному трудовому договору.

Возникает вопрос: как реализовать право пациента на выбор врача в соответствии с действующим трудовым законодательством. Врач, принятый на работу в конкретное структурное подразделение, не вправе выполнять работу в другом структурном подразделении без распорядительного акта руководителя учреждения. При этом можно издать распорядительный акт с согласия врача и разрешить совмещение либо привлечь выбранного специалиста для работы в ночное время, в случае если роды начались именно в это время суток. Однако, учитывая специфику работы бюджетных учреждений, строгое целевое финансирование, ограниченный фонд оплаты труда, обеспечение работы в строгом соответствии с нормами трудового законодательства, возникает ряд проблем и вопросов:

- решение о совмещении может привести к уменьшению прав других пациентов, поскольку в случае если роды произойдут во время исполнения врачом трудовых обязанностей по основному месту работы, он будет вынужден прервать прием пациентов, пришедших по предварительной записи в центр планирования семьи;

- что в это время делать врачам родового отделения, когда в их отделение пребывает выбранный пациентом врач; как законодательно оформить время простоя в данном случае;

- если роды начнутся в период, когда специалист будет находиться на отдыхе (время отдыха после работы, выходной день и т. п.), на каком основании работодатель вправе привлечь врача для работы за пределами его нормального рабочего времени; каким образом в рамках закона производить оплату труда как врачу, вызванному на роды в данном случае, так и врачам, которые находятся на своем рабочем месте.

Более того, подобные действия могут вызвать вопросы у фискальных органов при проверке финансово-хозяйственной деятельности учреждения в связи с необоснованной тратой финансовых средств (оплата сверхурочной работы, оплата времени простоя и т. п.). Ведь в соответствии с трудовым законодательством работа за пределами нормальной продолжительности рабочего времени может выполняться при соблюдении ряда условий, установленных законом, и работодатель не вправе ими пренебрегать. В данном случае будут нарушены нормы Трудового кодекса РФ, что приведет к замечаниям со стороны Государственной инспекции труда.

Не решает проблему и заключение трудового договора о работе по совместительству в другом структурном подразделении. Исходя из положения статьи

60.1 Трудового кодекса РФ, под совместительством понимается выполнение в свободное от основной работы время другой регулярной оплачиваемой работы у того же работодателя (внутреннее совместительство) и (или) у другого работодателя (внешнее совместительство).

Руководство ГУЗ «Перинатальный центр» локальным нормативным актом определило порядок выбора врача в рамках учреждения, согласно которому выбор врача стал возможен исключительно в рамках отделения, в котором оказывается медицинская помощь пациенту и трудоустроен врач.

Необходимо сказать, что такое решение привело к недовольству ряда пациентов и их обращению в судебные органы с целью его отмены и вынесения решения, обязывающего работодателя предоставить выбранного пациентом врача в любое время в зависимости от начала родовой деятельности пациента.

Так, Кировским районным судом г. Хабаровска было рассмотрено исковое заявление гражданки С. к ГУЗ «Перинатальный центр» о реализации права на выбор врача. Суть дела: гражданка С. требовала суд обязать главного врача Перинатального центра разрешить определенному врачу (условно назовем его Б.) принимать у нее роды в любое время, когда начнется родовая деятельность, то есть независимо от того, будет ли работать в данное время врач Б. либо будет отдыхать, будет ли он работать по своему основному месту работы, что приведет к остановке приема пациентов и т. п. Необходимо отметить, что сама врач Б. не возражала против этого. В суде представителями ответчика были приведены все вышеизложенные в данной статье нерешенные на законодательном уровне вопросы по реализации данного права. По результатам рассмотрения дела было вынесено решение о необходимости предоставить право выбора врача Б. гражданке С. непосредственно при поступлении в родовое отделение и при условии, что этот врач будет находиться при исполнении должностных обязанностей в родовом отделении. Отдельные положения решения суда считаем возможным процитировать: «Исходя из правовых норм, право на выбор врача имеет гражданин, будучи пациентом конкретного структурного подразделения. Выбор врача предполагает выбор сотрудника медицинского учреждения, в которое обратился (поступил) пациент для оказания медицинской помощи, исполняющего в этом учреждении должностные обязанности врача по соответствующей медицинской специальности и имеющего соответствующую квалификацию, которая предоставляет этому врачу право оказывать пациенту необходимую медицинскую помощь в этом медицинском учреждении или его структурном подразделении. Суд находит обоснованными доводы представителей ответчика о сложности в реализации желания С. рожать именно у врача Б., если последний в момент родов истца не будет исполнять обязанности врача акушера-гинеколога родового отделения, и воз-

можном нарушении при этом прав других пациентов. В силу положения статьи 17 части 3 Конституции РФ «осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц».

Суд первой инстанции принял доводы ответчика и в удовлетворении иска отказал. Суд кассационной инстанции оставил решение районного суда без изменения, а жалобу истца без удовлетворения.

Учитывая судебную практику, нами было доработано и в настоящий момент внедрено в деятельность учреждения Положение «О реализации права пациента на выбор врача в ГУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края». Основные принципы положения представлены ниже:

1. Право пациента (законного представителя) на выбор лечащего врача может быть реализовано, если при этом не ущемляются права других пациентов и врача. В соответствии с данным принципом право на выбор лечащего врача по Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи реализуется в рамках структурного подразделения, в котором работает данный врач, как по основному месту работы, так и по совместительству, в соответствии с графиком работы.

2. Индивидуальный выбор пациентом врача возможен при заключении договора на оказание платных услуг с физическим либо юридическим лицом, а также при заключении договора добровольного медицинского страхования со страховой организацией по одной из программ добровольного медицинского страхования (далее по тексту Программа), предусматривающей право выбора врача, сверх объемов бесплатной медицинской помощи. При этом страховая медицинская организация должна состоять с центром в договорных отношениях.

3. Ввиду того что при индивидуальном выборе врач обязан оказывать медицинскую помощь пациенту также и в ночное время, в выходные и праздничные дни, во время нахождения в отпуске, предусматривается компенсация врачу затраченных им усилий и времени за счет средств, поступивших за оказание данных платных услуг.

4. В случае когда выбранный пациентом врач при необходимости оказания пациенту планово-консультативной медицинской помощи в рамках платных услуг осуществляет трудовую функцию по основному месту работы, данный врач обязан письменно уведомить заведующего отделением о необходимости оказания срочной медицинской помощи пациенту в рамках договорных правоотношений, предусматривающих выбор врача.

Заведующий отделением обязан организовать работу вверенного структурного подразделения не в ущерб Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи,

с внесением изменений в таблицу учета рабочего времени и график работы для недопущения двойной оплаты.

5. В случае если не представляется возможным оказание медицинской помощи пациенту выбранным им врачом по различным объективным причинам (выбранный врач находится на больничном, в командировке и т. п.), пациенту предлагается либо выбрать иного специалиста, либо производится возврат суммы от уплаченной стоимости за фактически не оказанные выбранным врачом услуги.

Необходимо отметить, что нормы, регламентирующие правоотношения работодателя и работника при реализации пациентом права на

выбор врача, были закреплены в коллективном договоре учреждения и прошли регистрацию в Управлении оплаты труда и социального партнерства министерства социальной защиты населения Хабаровского края.

Таким образом, необходимо на законодательном уровне определить механизм реализации права пациента на выбор врача с учетом норм трудового законодательства. В настоящее же время целесообразно закрепить порядок реализации по выбору врача внутри каждого лечебного учреждения локальными нормативными актами с учетом сформированной технологии оказания медицинской помощи и организационной структуры.

Список литературы

1. Гулиева, С. Совместительство и совмещение в медицинском учреждении / С. Гулиева // Бюджетные учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2008. – № 12. – С. 8–10.

2. Иванова, Н.А. Работа медицинских работников за пределами установленной продолжительности рабочего времени / Н.А. Иванова // Трудовое право. – 2006. – № 2. – С. 14–16.

3. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: закон РФ от 28.06.1991 № 1499-1 (в ред. от 18.07.2009 № 185-ФЗ).

4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (в ред. от 30.12.2008 г. № 309-ФЗ).

5. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (в ред. 17.07.2009 № 167-ФЗ).

УДК 616.24-002-085.33:006(571.620)

Стандартизация при ведении больных внебольничной пневмонией в Хабаровском крае

О.В. Молчанова, С.Ш. Сулейманов

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, г. Хабаровск

O.V. Molchanova, S.S. Suleymanov

Standardization in management of community-acquired pneumonia. Implementation practice in the Khabarovsk Territory

Резюме

Инновационные технологии в практическом здравоохранении должны шире использоваться. Применение клинико-экономического анализа при разработке и внедрении стандартов ведения больных с внебольничной пневмонией в Хабаровском крае позволило улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, стандарты.

Summary

Innovative technologies in practical public health should be used more widely. The application of clinical and economic analysis in the development and implementation of standards for the treatment of patients with community-acquired pneumonia in the Khabarovsk region has improved the treatment results.

Key words: community-acquired pneumonia, standards.

Картина заболеваемости внебольничной пневмонией (ВП) в Хабаровском крае за последнее десятилетие не была подвержена существенным изменениям.

Однако летальность по нозологии в регионе выросла с 27,8 случая на 100 тыс. населения в 1998 г. до 59,3 соответственно в 2005 г. Сложившуюся ситуацию может

предопределять ряд факторов.

Инфицирование *Enterobacteriaceae spp.* (*Kl. pneumoniae*) является независимым фактором риска летального исхода при ВП (Ia) [12]. Международные эксперты [1] [10] указывают факторы риска (ФР) инфицирования грамотрицательными энтеробактериями: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, почечная недостаточность, цирроз печени, иммунодепрессия, тяжелые ЦВЗ, алкоголизм. В странах мира частота выявления *Enterobacteriaceae spp.* при ВП колеблется от 2 до 34 % [10], очевидно, за счет эпидемиологических особенностей населения.

Смертность при ВП связана с наличием у пациентов ФР антибиотикорезистентности (АБР) возбудителей [Ia] [15]. Согласно рекомендациям Российского респираторного общества, необходимо проводить локальные исследования уровня АБР возбудителей ВП для коррекции схем АБТ. При АБР препарата $\geq 20\%$ его использование нерационально [1]. Факторами риска пенициллинорезистентности пневмококка являются: возраст 65 лет и старше, ХОБЛ, алкоголизм, множественные сопутствующие заболевания, иммунодепрессия, повторные курсы АБТ в анамнезе [14]. Согласно публикациям [3, 6], не только уровни, но и механизмы АБР возбудителей ВП в регионах РФ различны и изменяемы в динамике, что важно с клинической точки зрения.

Согласно данным литературы (уровень доказательности I, II), рост смертности при внебольничной пневмонии независимо связан с рядом сопутствующих заболеваний (факторов риска неблагоприятного прогноза ВП) [1, 10]. Многофакторный анализ [11] показал, что самостоятельное значение имеют: возраст (отношение шансов (ОШ) 1,7); тяжесть заболевания, оцененная по шкале APACHE II (ОШ 4,1); иммуносупрессия (ОШ 1,9).

Собственный анализ 1027 историй болезни пациентов с ВП в регионе показал, что: 22,59 % больных были с тяжелым течением ВП (все с ФР); 25,12 % пациентов – с нетяжелой ВП без ФР. Основная же группа (52,29 %) – это больные с нетяжелой формой заболевания в возрасте 60 лет и старше и/или с сопутствующими заболеваниями, являющимися факторами риска АБР, грамотрицательной флоры, неблагоприятного прогноза. В крае у такой группы пациентов из мокроты наряду с пенициллинорезистентными пневмококками (18,2 %) выделяют *Kl. pneumoniae* в 9,4 % случаев [8, 9].

Однако, согласно современным рекомендациям Российского респираторного общества и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии [1] по ведению взрослых с внебольничной пневмонией, при выборе эмпирической антибиотикотерапии у госпитализированных больных не выделяются отдельно подгруппы нетяжелой пневмонии с или без факторов риска, что с

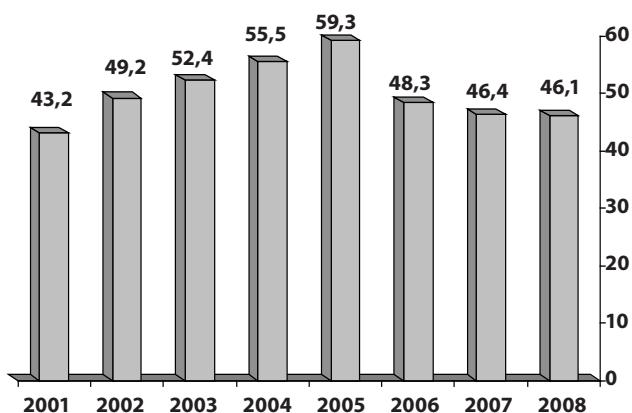
клинической точки зрения весьма важно. Для лечения предлагаются схемы « β -лактамы (бензилпенициллин, ампициллин, амоксициллин/клавуланат, цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон) \pm макролид» внутрь. Однако пенициллин, ампициллин, цефуроксим, а тем более макролиды не обладают природной активностью в отношении *Kl. pneumoniae* и, соответственно, не могут быть использованы в качестве эмпирической антибиотикотерапии указанной категории больных. Возможно, необходимо уточнение в рекомендациях по выбору антибиотикотерапии при госпитализации взрослых с внебольничной пневмонией, по крайней мере, для Хабаровского края с учетом эпидемиологических, этиологических и прочих особенностей.

Авторами статьи проведен клинико-экономический анализ различных схем антибиотикотерапии ВП в 2005–2006 гг. [4, 5]. Согласно результатам исследования в стационаре при внебольничной пневмонии:

- 1) нетяжелого течения у больных моложе 60 лет без факторов риска наиболее рациональна монотерапия β -лактамом антибиотиком (ампициллином);
- 2) нетяжелого течения у больных с ФР в качестве стартовой терапии наиболее приемлема АБТ: цефтриаксон (цефотаксим) в/м в сочетании с перорально вводимым макролидом (азитромицином);
- 3) тяжелого течения в качестве эмпирической наиболее целесообразна АБТ: цефалоспорины III–IV поколения + макролид (азитромицин/эритромицин) в/в.

Данные исследований были основой региональных клинико-экономических стандартов отдельно для всех трех выше отмеченных групп пациентов с ВП, утвержденных министерством здравоохранения Хабаровского края и внедренных в клиническую практику в 2006 г. [2, 7].

Диаграмма 1
Смертность населения от внебольничной пневмонии в Хабаровском крае (на 100 тыс. населения)



Последние три года отмечается четкая тенденция снижения смертности по ВП в Хабаровском крае (диаграмма 1).

Как показывает мировой опыт медицины, приверженность к стандартам оказания медицинской помощи при внебольничной пневмонии позволяет сократить не только длительность антибиотикотерапии и госпитализации, но и снизить расходы, связанные с ведением больных [12–15]. Многофакторный анализ показывает, что независимое значение для снижения смертности имеет приверженность стандартам (ОШ 1,6) [11].

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что возраст, тяжелые сопутствующие заболевания пациентов – это неуправляемые факторы, предопределяющие в

каждом отдельно взятом регионе этиологию, уровни и механизмы АБР возбудителей ВП у различной категории больных, что напрямую может влиять на течение и исход ВП. Однозначно и то, что к управляемым компонентам относятся разработка и внедрение стандартов ведения больных в стационаре. Клинико-экономические стандарты должны формироваться с учетом данных по эпидемиологии, этиологии ВП, антибиотикорезистентности основных возбудителей заболевания, а также результатов клинико-экономического анализа антибиотикотерапии у различной категории больных в отдельно представленном регионе.

Список литературы

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Страчунский и др. // *Клин. микробиология и антимикроб. химиотерапия*. – 2006. – № 1. – С. 54–86.
2. Клинико-экономический стандарт медицинской помощи больным внебольничной пневмонией // Об утверждении клинико-экономических стандартов медицинской помощи: приказ № 82 от 20.03.2006 г. / М-во здравоохранения Хабаров. края. – Хабаровск, 2006. – С. 10–27.
3. Козлов, Р.С. Пути оптимизации мониторинга, профилактики и фармакотерапии пневмококковых инфекций: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. – Смоленск, 2004.
4. Молчанова, О.В. Клинико-экономические аспекты нетяжелой внебольничной пневмонии в стационаре / О.В. Молчанова, С.Ш. Сулейманов, Г.Д. Репина // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2008. – № 12. – С. 8–13.
5. Молчанова, О.В. Тяжелая внебольничная пневмония. Фармакоэкономические аспекты / О.В. Молчанова, С.Ш. Сулейманов, Г.Д. Репина // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2008. – № 11. – С. 15–20.
6. Сидоренко, С.В. Тенденции в распространении антибиотикорезистентности среди возбудителей внебольничных инфекций на территории Российской Федерации / С.В. Сидоренко // *Consilium medicum*. – 2007. – № 1.
7. Стандарт медицинской помощи больным внебольничной пневмонией // Об утверждении клинико-экономических стандартов медицинской помощи: приказ № 316 от 12.10.2006 г. / М-во здравоохранения Хабаров. края. – 2006. – С. 21–52.
8. Чувствительность к антибиотикам пневмококков, выделенных от больных с заболеваниями легких в Хабаровском крае / О.В. Молчанова, А.И. Хамидулина, Э.Л. Щенников, О.А. Иванова // *Дальневост. журн. инфекц. патологии*. – 2008. – № 12. – С. 59–62.
9. Этиологическая структура внебольничной пневмонии у больных с факторами риска неблагоприятного течения заболевания / О.В. Молчанова, А.И. Хамидулина, Э.Л. Щенников, О.А. Иванова // *Дальневост. журн. инфекц. патологии*. – 2008. – № 12. – С. 62–65.
9. BTS. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults // *Thorax*. – 2001. – Vol. 56. – P. 1–64.
10. Community-Acquired Pneumonia Intensive Care Units. – NCAUCI. Study Investigators. Antibiotic prescription for community-acquired pneumonia in the intensive care unit: impact of adherence to Infectious Diseases Society of America guidelines on survival / M. Bodi, A. Rodriguez, J. Sole-Violan et al. // *Clin Infect Dis*. – 2005. – Vol. 41. – № 12. – P. 1709–1716.
11. Implementation of an evidence-based guideline to reduce duration of intravenous antibiotic therapy and length of stay for patients hospitalized with community-acquired pneumonia: a randomized controlled trial / M.J. Fine, R.A. Stone, J.R. Lave et al. // *Am J Med*. – 2003. – Vol. 115. – P. 343–351.
12. Improvement of process-of-care and outcomes after implementing a guideline for the management of community-acquired pneumonia: a controlled before-and-after design study / A. Capelastegui, P.P. Espana, J.M. Quintana et al. // *Clin Infect Dis*. – 2004. – Vol. 39. – P. 955–963.
13. Infectious Diseases Society of America. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults / L.A. Mandell, J.G. Bartlett, S.F. Dowell, T.M. Jr. File, D.M. Musher, C. Whitney // *Clin Infect Dis*. – 2003. – Vol. 37. – P. 1405–1433.
14. Weiss, K. The Controversy of Combination vs Monotherapy in the Treatment of Hospitalized Community-Acquired Pneumonia / K. Weiss, G.S. Tillotson // *Chest*. – 2005. – Vol. 128. – P. 940–946.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

удк 618.15-002.192.52 (571.620)

Определение методом ПЦР инфицированности HPV 16/18 – онкогенными вирусами женщин различных возрастных групп в Хабаровском крае

В.В. Силютин

*ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» МЗ ХК,
г. Хабаровск*

V.V. Silyutina

Determination of HPV16/18 – oncogenic virus infection in women of different age groups in Khabarovsk Territory with the PCR method

Резюме

За последние два года (2007–2008 гг.) методом ПЦР обследовано 2237 соскобов женщин, проживающих в Хабаровском крае, на высокоонкогенные ВПЧ генотипов 16 и 18. Инфекция HPV обнаруживалась в 6,7 % случаев, из них HPV 16 типа составляла 4,6 %, HPV 18 типа определялась в 2 % случаев, двойная инфекция HPV 16, 18 типов выявлялась в 0,3 % случаев.

Таким образом, анализ результатов показал, что инфицированность HPV 16 типа среди женского населения Хабаровского края обнаруживается в 2 раза чаще, чем HPV 18 типа.

Ключевые слова: вирусы папилломы человека, метод ПЦР.

Summary

2237 scrapings for oncogenic HPV genotypes 16 and 18 in women living in the Khabarovsk territory taken over the past two years (2007–2008) were examined using PCR. HPV infection was detected in 6.7 % of the samples, in which 4.6 % corresponds to HPV16 type, HPV18 type was determined in 2 % of the cases, dual infection of both HPV 16 and 18 was detected in 0.3 % of the cases.

Thus, the analysis of the results showed that infection by HPV16 among the female population of the Khabarovsk territory occurs twice more frequently than by HPV18 type.

Key words: Human papilloma virus, PCR.

Вирусы папилломы человека (HPV или ВПЧ) – широко распространенная и очень вариабельная группа вирусов, обладающих онкогенным потенциалом. ВПЧ передаются только при тесном контакте с инфицированным или пораженным эпителием. Клетками-мишенями для ВПЧ являются эпителиальные клетки кожи и слизистых оболочек. Вирусы могут оказывать на эпителий продуктивное или трансформирующее воздействие. При продуктивном воздействии возникают доброкачественные новообразования – папилломы и кондиломы кожи и слизистых оболочек. Результатом трансформирующего воздействия являются дисплазии тяжелой степени, прогрессирующее воздействие которых приводит к раку [3].

В настоящее время идентифицировано более 100

типов ВПЧ, подробно описано более 70 типов; твердо установлен факт, что определенные типы ВПЧ могут инфицировать строго определенный вид эпителия и вызывать характерные изменения [1].

Инфицирующие и поражающие слизистые оболочки ВПЧ образуют группу онкогенитальных типов вируса, которые передаются при половом контакте или новорожденному от инфицируемой матери, при прохождении через родовые пути. Генитальные вирусы, ответственные за такие заболевания, как рецидивирующий папилломатоз гортани у новорожденных, кондиломатоз половых органов, относят к группе низкого канцерогенного риска (6, 11, 30, 42, 43, 44 и другие типы). Вирусы, ответственные за раковые заболевания слизистой шейки матки, вульвы, полового

члена, заднего прохода, составляют группу высокого канцерогенного риска (ВКР) (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 типы) [5]. Так, ВПЧ 6, 11 типов являются причиной остроконечных кондилом, часто идентифицируются при дисплазиях легкой и средней степени тяжести и редко связаны с опухолями шейки матки. ВПЧ 16, 18 типов превалируют над другими типами папилломавирусов при раке шейки матки. ВПЧ 16 типа выявляется в 50–70 % случаев, в 10–20 % [1] выявляется ВПЧ 18 типа, остальные типы ВПЧ высокого риска выявляются значительно реже. С инфекцией вирусами 16, 18 типов ассоциировано 67–93 % случаев рака шейки матки, вирус 18 типа обнаруживается примерно в 2 раза реже вируса 16 типа [1, 4]. Вирус папилломы 18 типа ассоциирован с развитием аденокарцином, имеет более высокий онкогенный потенциал, с ним связывают быстрый темп опухолевой прогрессии, низкий уровень дифференцировки инфицированного эпителия, неблагоприятный прогноз.

Поскольку вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска, к которому относятся ВПЧ 16, 18 типов, передается половым путем, основной пик инфицирования приходится на женщин молодого сексуально активного возраста. Частота инфицирования ВПЧ ВКР в возрастной группе 16–29 лет в 2 раза превышает частоту инфицирования в возрастной группе 30–59 лет [4, 5]. Однако следует отметить, что у молодых женщин ВПЧ-инфекция часто имеет транзиторный характер и вирус спонтанно элиминируется в течение 6–12 месяцев, не вызывая серьезных поражений эпителия. У женщин старшей возрастной группы ВПЧ-инфекция чаще бывает персистирующей. Длительная персистенция ВПЧ наблюдается при стойком угнетении местного иммунитета и приводит к появлению и разрастанию участков пораженного эпителия по типу тяжелой дисплазии. Считается, что в среднем от момента инфицирования до появления тяжелой дисплазии проходит 20 лет. Но в последние годы при более пристальном динамическом изучении ВПЧ-инфекции отмечается увеличение случаев стремительного развития тяжелой дисплазии после момента инфицирования в течение двух лет.

Распространенность различных типов ВПЧ высокого канцерогенного риска не одинакова в разных странах и регионах. Согласно имеющимся эпидемиологическим сведениям, встречаемость ВПЧ-инфекции среди женщин различных этнико-географических регионов варьирует от 5 до 40 % [4]. Минимальная зарегистрированная частота инфицированности ВПЧ (5 %) наблюдается в Испании – стране с «низким риском» рака шейки матки. В Аргентине и Гондурасе зараженность генитальными папилломавирусами достигает рекордных цифр и приближается к 40 %. Несмотря на высокий социально-экономический и образовательный уровень, частота выявления ВПЧ у здоровых женщин США составляет 26 %, а у жительниц Канады – 21,8 %. Эти показатели в 1,5–2 раза превышают уровень ВПЧ-инфицированности, отмечаемый

в развитых европейских и азиатских странах, таких как Швеция (12,8 %), Дания (15,4 %) или Япония (10,7 %) [4]. Встречаемость ВПЧ у здоровых женщин России на примере популяции г. Санкт-Петербурга – 29 % [2, 4], что указывает на высокую актуальность данной проблемы в отечественных условиях.

Длительное время единственным методом ранней диагностики папилломавирусов являлось цитологическое исследование, основанное на поиске характерных для ВПЧ-инфекций цитологических изменений эпителия. Однако подобный подход зачастую дает ошибочные результаты, отличается высоким субъективизмом и не выявляет латентные формы ВПЧ-инфекции. Однако выявление ВПЧ и генотипирование с целью определения прогноза заболевания возможно только молекулярно-биологическими методами. Одним из них является метод цепной полимеразной реакции (ПЦР), который активно используется в клинической и лабораторной практике для выявления и генотипирования вируса. Определение генотипа ВПЧ позволяет с высокой степенью вероятности прогнозировать течение процесса. Так, в случае выявления ВПЧ 6, 11 или родственных типов можно ожидать доброкачественного процесса, если же выявляются ВПЧ 16, 18, 31, 33 или родственных типов, то вероятность озлокачествления достаточно высока.

Цель исследования

Выявление распространенности высокоонкогенных ВПЧ генотипов 16, 18 в популяции людей в Хабаровском крае.

Материалы и методы

Материалами исследования служили соскобы, взятые у 2237 женщин различных возрастных групп, с симптомами и без, с нормальной цитологией либо эрозией шейки матки.

ДНК из образцов экстрагировали реагентом «ДНК-экспресс», производитель НПФ «Литех», г. Москва. Смесь реагентов для амплификации готовилась с использованием наборов реагентов «Випапол 16, 18» из расчета на 1 пробу 17,5 мкл разбавителя, 2,5 мкл реакционной смеси и 0,2 мкл Tag-полимеразы. Амплификация проводилась в амплификационных пробирках в общем объеме 50 мкл (20 мкл амплификационной смеси + 25 мкл минерального масла + 0,5 мкл образца из обработанной анализируемой пробы) в программируемом амплификаторе «Терцик» с использованием горячего старта по программе:

95° – 2 мин.	} 2 цикла	
95° – 1 мин.		
62° – 1 мин.		
72° – 1 мин.		
95° – 40 сек.	} 48 циклов	74° – 2 мин.
60° – 30 сек.		10° – Storage
74° – 30 сек.		

Разделение продуктов амплификации проводилось методом горизонтального электрофореза в 2 % агарозном геле с 50 × TAE буфером при постоянном токе

160V, окрашивание проводилось 1 % раствором бромистого этидия с последующей визуализацией на ультрафиолетовом трансиллюминаторе. С целью снижения риска контаминации тестируемых образцов продуктами амплификации предыдущих ПЦР-исследований в них после амплификации добавляли 5 мкл УДГ (урацил-ДНК-гликозилаза) и после 10-минутной инкубации проводили электрофорез. УДГ не влияет на подвижность ампликонов в геле. В то же время в случае попадания таких ампликонов в новую ПЦР-смесь происходит их деградация при температуре 95°.

Результаты и обсуждение

Из обследованных за 2007–2008 гг. 2237 соскобов женщин, направленных на рутинное обследование, а также с воспалениями различной этиологии инфекция HPV обнаруживалась в 6,7 % случаев (151 положительная проба), из них HPV 16 типа – 4,6 % (104 положительных), HPV 18 типа – 2 % (47 положительных), двойная инфекция HPV 16, 18 типов выявлена в 0,3 случая (7 положительных проб).

Таким образом, анализ результатов показал, что инфицированность ВПЧ 16 типа обнаруживается чаще, чем ВПЧ 18 типа, что соответствует данным литературы [1, 4].

Метод ПЦР особо эффективен для диагностики бессимптомных вариантов HPV-инфекции, когда папилломавирус находится в латентной форме и морфологические изменения ткани не наблюдаются, а также для контроля эффективности лечения. Особого внимания заслуживает выявление HPV и возможная профилактика опухолевых заболеваний аногенитальной области. Поэтому мужчины и женщины, у которых выявлена инфекция HPV, должны следовать определенным правилам, тем же, что и носители вируса иммунодефицита человека. Известно, что процесс малигнизации может продолжаться достаточно долгий период, и в некоторых случаях возможна полная ремиссия, однако профилактические осмотры женщин, инфицированных вирусами папилломы человека HPV 16, 18 типов, следует проводить регулярно.

Список литературы

1. Масюкова, С.А. Инфекции, передающиеся половым путем // *Фармацевт. вестн.* – 2006. – № 5. – С. 12–15.
2. Папилломавирусная инфекция у здоровых женщин Санкт-Петербурга / Ю.Н. Александрова, А.А. Лыщев, Н.Р. Сафронникова и др. // *Вопр. онкологии.* – 2000. – Т. 46, № 2. – С. 175–179.
3. Роговская, С.И. Папилломавирусная инфекция гениталий. Клиника. Диагностика и лечение. Заболевания шейки матки: клин. лекции. – М., 1997. – С. 46–51.
4. Хансон, К.П. Современные представления о канцерогенезе рака шейки матки / К.П. Хансон, Е.Н. Имянитов // *Практ. онкология.* – 2002. – Т. 3, № 3. – С. 148–150.
5. Шипулин, Г.А. Разработка и апробация ПЦР-тестов для проведения скрининговых исследований на наличие папилломавирусной инфекции и предраковых заболеваний шейки матки. Информационное письмо. Москва. 2006.

удк 615.276

Сложившаяся практика применения нестероидных противовоспалительных препаратов в муниципальных учреждениях здравоохранения

Е.Г. Кошечая

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, г. Хабаровск

E.G. Koshevaya

Prevailing practice of non-steroidal anti-inflammatory medicaments in municipal health care institutions

Резюме

В XX веке средняя продолжительность жизни человека значительно возросла. Учитывая это, изучение применения группы нестероидных противовоспалительных препаратов у лиц пожилого возраста представляется актуальным. Анализ лечения лекарственными препаратами из группы НПВП в муниципальных

органах здравоохранения г. Хабаровска показал, что препараты этой группы назначаются лицам пожилого возраста часто неоправданно, не учитываются возраст пациента и наличие сопутствующей патологии, а также базисная терапия заболеваний опорно-двигательного аппарата зачастую не назначается.

Ключевые слова: пожилые люди, нестероидные противовоспалительные препараты, осложнения, гипотензивная терапия.

Summary

In the twentieth century, the average life expectancy of a person has significantly increased. Considering it, an application of nonsteroidal anti-inflammatory drugs to elderly patients proves to be rather an important issue.

The analysis of treatment by medical products of nonsteroidal anti-inflammatory drugs group in municipal authorities of public health services of Khabarovsk has shown that nonsteroidal anti-inflammatory drugs are appointed to elderly people often unreasonably, the age of patients and presence of an accompanying pathology is not considered, and also basic therapy for diseases of the musculoskeletal system is not often appointed.

Key words: elderly people, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, complications, hypotensive therapy.

Благодаря существенным достижениям в борьбе с инфекционными и сердечно-сосудистыми заболеваниями в двадцатом столетии значительно увеличилась средняя продолжительность жизни человека. Старение населения – увеличение доли лиц пенсионного возраста в общей численности населения – является характерным демографическим показателем всех экономически развитых стран.

По данным статистики, к 2020 году в Российской Федерации численность лиц пожилого и старческого возраста возрастет в 2 раза. В этой связи особую актуальность приобретает поиск, развитие и совершенствование форм оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста.

У людей пожилого возраста возникает немало проблем, связанных с наличием большого количества различных болезней и, соответственно, необходимостью приема значительного числа лекарств, а также рядом психологических особенностей. Среди последних – склонность скрывать жалобы, в том числе на плохую переносимость лекарств и наличие когнитивных расстройств [8]. Поэтому лечащим врачом нередко недооцениваются побочные реакции на принимаемые лекарственные средства, а недостаточное знание врачами фармакокинетики приводит либо к усугублению их побочных эффектов, либо к взаимному ослаблению действия лекарств [4].

Следует учитывать, что у людей пожилого возраста пороговая чувствительность к лекарственным препаратам снижена, и симптом, воспринимаемый врачом как проявление заболевания или «старческого недуга», является на самом деле результатом побочного действия лекарства [2, 4].

В комплексе фармакотерапии, проводимой пожилым людям, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) имеют значительный удельный вес. НПВП – группа лекарственных препаратов, обладающих способностью подавлять синтез простагландинов, активность которых обуславливает появление воспалительного процесса и болевого синдрома различной локализации со

стороны любых систем, и в первую очередь, со стороны костно-мышечной. Необходимость приема НПВП связана с частым и длительным болевым синдромом различной локализации, обусловленным развитием дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата, неврологическими и метаболическими расстройствами, наличием сосудистой патологии [7].

В настоящее время на фармацевтическом рынке присутствует большое количество НПВП, различающихся фармакокинетическими и фармакодинамическими параметрами, и соответственно, степенью выраженности подавления боли и способностью вызывать побочные реакции.

Учитывая это, представляется актуальным изучение применения группы НПВП у лиц пожилого возраста.

В 2008 г. был проведен анализ лечения лекарственными препаратами из группы НПВП в амбулаторно-поликлинических условиях муниципальных учреждений здравоохранения г. Хабаровска. Всего было изучено 328 амбулаторных карт, все респонденты – лица старше 60 лет, средний возраст – 71,2 года, женщины в обследуемой группе составили 52,2 %. Все пациенты страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы: у 100 % установлен диагноз артериальной гипертонии, 88 % страдали ИБС, у 84,7 % артериальная гипертония и ИБС осложнилась хронической сердечной недостаточностью I–III функционального класса по NYHA.

Из анализа следует, что наиболее часто назначаются лицам пожилого возраста следующие препараты: мелоксикам – 30,7 %, кетопрофен – 29,1 %, нимесулид – 15,8 %, диклофенак – 10,3 %, кеторолак – 6,3 %.

Самым частым показанием к назначению данной группы являлся болевой синдром различной локализации. Наиболее типичными жалобами, предъявляемыми пожилыми людьми, были жалобы на боли со стороны костно-мышечной системы, с разной степенью выраженности и длительности и различной степенью функциональных нарушений.

Болевые ощущения сами по себе ухудшают качество жизни и часто сопровождаются снижением двигательной активности со всеми неблагоприятными для данного возрастного контингента последствиями [1]. В результате это приводит к ухудшению течения заболеваний со стороны практически всех органов и систем и способствует атрофии мышечной ткани, что усугубляет прогрессирование болевого синдрома со стороны опорно-двигательного аппарата.

Уменьшение болевого синдрома дает возможность облегчить физические страдания пациентов, снять психологическое напряжение [3].

Самыми частыми причинами болей со стороны костно-мышечного аппарата у пожилых людей, обращающихся за медицинской помощью в муниципальные учреждения здравоохранения г. Хабаровска, являются остеоартроз (73 %) и остеопороз (27 %). Максимальное число случаев остеоартроза наблюдается в возрасте 55–64 лет, у женщин болезнь начинается на 5–10 лет раньше, чем у мужчин [9]. Данный анализ амбулаторных карт показал, что наиболее часто данным заболеванием страдают женщины (69 %).

Известно, что остеоартроз – полиэтиологическое заболевание хронического течения, характеризующееся дегенерацией хрящевой ткани. В последние годы доказано, что в основе остеоартроза, как и при других ревматических заболеваниях с поражением суставного аппарата, лежит воспаление, но оно имеет свои особенности [9].

К сожалению, многие пожилые люди обращаются за медицинской помощью на 3–4 стадиях заболевания, сопровождающихся стойким и выраженным болевым синдромом. При этом базисная терапия остеоартроза назначалась только в 11 % случаев. Этот факт объясняет ряд причин, и чаще всего – высокая стоимость лечения и отсроченный эффект от проведения базисной терапии. Именно поэтому теряется приверженность к данному виду лечения. Скорее всего, это является причиной того, что в подавляющем большинстве случаев препаратами первой линии для лечения остеоартроза явились НПВП, хотя в настоящее время эта группа рассматривается как лекарственные средства для симптоматического лечения.

Реже НПВП назначались больным с остеопорозом, причем почти всем больным была определена минеральная плотность кости, но также базисные препараты назначались не всегда, хотя существенно чаще, чем при лечении остеоартроза (75 %).

Наиболее часто используемыми препаратами в исследуемой группе являются мелоксикам (30,7 %) и кетопрофен (29,1 %). Чаще оба препарата назначались перорально (74,2 %). В 3-х амбулаторных картах присутствует предписание «постоянный прием мелоксикама», хотя в настоящее время рекомендовано назначать НПВП в минимально эффективной дозе

минимально возможным коротким курсом [10].

Реже назначаются нимесулид (15,8 %) и диклофенак (10,3 %), в 8 % случаях также без явных показаний к приему.

В 6,3 % применялся кеторолак, причем в одном случае данный препарат был назначен парентерально и перорально одновременно и без учета сопутствующей патологии.

В федеральных стандартах лечения полиартроза для амбулаторно-поликлинической помощи содержатся рекомендации к приему ибупрофена (частота применения – 0,3), кетопрофена (частота применения – 0,3) и диклофенака (частота применения – 0,4). Как показывает анализ применения НПВП в муниципальных учреждениях здравоохранения г. Хабаровска, федеральный стандарт лечения данного заболевания выполняется не в полной мере: во всех исследуемых амбулаторных картах нет указаний на прием метилпреднизолона, входящего в стандарт лечения (частота применения – 1).

В 34 % случаях анализ амбулаторных карт показал отсутствие четких показаний к назначению НПВП.

В целом, в 24 % случаев лечащий врач констатировал отсутствие эффекта от применения НПВП, но это не явилось причиной для отмены лекарственного средства, или назначения препаратов базисной терапии, или же подбора лекарственного средства другой группы для уменьшения хронического болевого синдрома.

Необоснованно длительное применение НПВП отмечается в 22 % случаев, при этом не были учтены сопутствующие заболевания и состояние других органов и систем в момент назначения НПВП.

В подавляющем большинстве случаев (83 %) пожилой возраст больных не принимался во внимание, лечение проводилось высшими терапевтическими дозами НПВП.

Помимо всего, частое и нередко мало контролируемое назначение группы НПВП приводит к развитию побочных эффектов и осложнений со стороны многих органов и систем: анальгетическая и противовоспалительная активность НПВП часто сопровождается способностью подавлять синтез простагландинов [5, 9].

Основным фактором, влияющим на степень болеутоляющего эффекта, является доза НПВП. К сожалению, степень токсического эффекта также в первую очередь зависит от дозы лекарственного препарата. Поэтому увеличение дозы «стандартных» НПВП внутри терапевтического диапазона приводит к нарастанию эффективности, но и одновременно к увеличению побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта.

Известно, что в пожилом возрасте наиболее часто развиваются поражения желудочно-кишечного

тракта и патология почек, которые усугубляются приемом различных лекарственных средств, в первую очередь, НПВП. Так, при назначении или увеличении дозы НПВП нередко у пожилых людей наблюдаются задержка жидкости, повышение артериального давления, эрозивно-язвенные поражения слизистых желудочно-кишечного тракта.

Влияние НПВП на ухудшение течения артериальной гипертензии отмечается у многих пожилых людей, что объясняется не только задержкой жидкости, но и подавлением синтеза простагландинов, участвующих в регуляции артериального давления. По данным мета-анализа, включавшего данные 54 исследований, прием неселективных НПВП приводит к достоверному увеличению артериального давления (АД) у пациентов, страдающих артериальной гипертензией. По обобщенным данным 50 рандомизированных контролируемых испытаний, прием НПВП приводит к увеличению АД (в среднем на 5 мм. рт. ст.), однако этот эффект более выражен у пациентов, уже получавших гипотензивную терапию, чем у лиц с исходно нормальным АД. При использовании селективных НПВП («коксибов») возникает такое же увеличение систолического и диастолического АД, как при использовании неселективных НПВП.

Анализ амбулаторных карт показал, что в 101 случае (30,8 %) лечащему врачу приходилось проводить коррекцию гипотензивной терапии: в подавляющем большинстве случаев (72 случая, 71,2 %) присоединялся гипотензивный препарат другой

группы. Предпочтение отдавалось диуретикам (28 случаев, 27,7 %), бета-адреноблокаторам (20 случаев, 19,8 %) и антагонистам кальция (19 случаев, 18,8 %).

В 48 случаях (47,5 %) увеличивались и дозы ранее назначенных препаратов: ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (32 случая, 31,6 %), антагонистов кальция (18 случаев, 17,8 %), бета-адреноблокаторов (13 случаев, 12,8 %).

Реже коррекция гипотензивной терапии проводилась антагонистами к рецепторам ангиотензина II, агонистами имидазолиновых рецепторов и препаратами резерпина.

Полностью смена гипотензивной терапии (классов лекарственных препаратов) была произведена в 10 случаях (10 %).

Выводы

1. Препараты из группы НПВП назначаются лицам пожилого возраста часто необоснованно.

2. При подборе дозы НПВП не учитывается возраст больных и наличие сопутствующей патологии.

3. Отмечается неоправданно длительное применение НПВП, при этом базисная терапия заболеваний опорно-двигательного аппарата зачастую не назначается.

4. Многие пожилые больные, страдающие артериальной гипертензией и часто принимающие НПВП, нуждаются в коррекции гипотензивной терапии в виде увеличения доз лекарственных препаратов либо в виде присоединения еще одного гипотензивного препарата.

Список литературы

1. Дворецкий, Л.И. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / Л.И. Дворецкий, Л.Б. Лазебник. – М., 2000.
2. Каратеев, А.Е. Нестероидные противовоспалительные препараты в эпоху биологической терапии / А.Е. Каратеев // Современная ревматология. – 2008. – № 3. – С. 3–6.
3. Кошкарская Г.Б. Ксефокам: паравертебральное лечение болевого корешкового синдрома / Г.Б. Кошкарская // Современная ревматология. – 2008. – № 1. – С. 64–65.
4. Лазебник, Л.Б. Медико-социальная помощь пожилым группы повышенного риска / Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1.
5. Насонов, Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (перспективы применения в медицине) / Е.Л. Насонов. – М.: Анко, 2000. – 144 с.
6. Насонов, Е.Л. Ревматология: нац. рук. / Е.Л. Насонов, В.А. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 192–193.
7. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации / Е.Л. Насонов, Л.Б. Лазебник, В.Ю. Мареев и др. – М., 2006.
8. Цурко, В.В. Остеоартроз: проблема гериатрии / В.В. Цурков. – М.: Ньюдиамед, 2004. – С. 5–86.
9. Шишкин, А.Н. Гериатрия / А.Н. Шишкин, Н.Н. Петрова, Л.А. Слепых. – М., 2008. – С. 4–7.
10. Информация ФГУ НЦЭСМП. – Режим доступа: www.regmed.ru.

Изучение перцептивной сферы как составляющей образа мира лиц с двигательной патологией

Г.Ю. Колесникова

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный гуманитарный университет»,
г. Хабаровск

G.Yu. Kolesnikova

Studying perceptual areas as part of the image of the world of people with motor disorders

Резюме

В статье представлены материалы исследования особенностей зрительно-пространственного синтеза у лиц с двигательной патологией различного генеза: авторская модификация метода оценки различных аспектов сенсорно-перцептивной и сенсорно-моторной организации и сравнительная характеристика его проявлений в случаях врожденного и приобретенного нарушения функций опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: перцептивная сфера, восприятие, образ мира, нарушение функций опорно-двигательного аппарата, стратегия оптико-пространственной деятельности, координаторные представления, структурно-типологические представления, проекционные представления, целостность перцептивного поля.

Summary

The article is devoted to a research of visual-spatial synthesis' features that persons with motive pathology of various origin have. It presents the author's modification of the method of assessing various aspects of sensory-perceptual and sensory-motor organization and the comparative characteristics of its manifestations in case of congenital and acquired musculoskeletal dysfunctions.

Key words: perceptual sphere, perception, world image, disruption of the locomotor system, strategy of optical spatial activities, coordinator receipt, structural typological receipt, metric receipt, projection receipt, integrity of the perceptual field.

Актуальность

Леонтьев А.Н. (1945 г.) подчеркивал зависимость психического развития от состояния моторики и считал, что психика не просто «проявляется» в движении – в известном смысле движение формирует психику. Именно движение осуществляет непосредственно ту практическую связь человека с окружающим миром, которая лежит в основе развития его психических процессов.

В подтверждение мысли о том, что движение является необходимым условием жизни и деятельности человека, Сеченов И.М. (1953 г.) пишет: «Смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к родине, дрожит ли девушка при первой мысли о любви, создает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге – везде окончательным фактом является мышечное движение».

Принципиальная методологическая позиция современной психологии также может быть сформулирована положением: вся совокупность психических явлений представляет собой систему различных форм и уровней субъективного отражения человеком объективной действительности [5]. При этом сознательное отражение действительности предполагает познание

и осмысление окружающего мира и себя в мире, проникновение в сущность вещей [5]. Образ мира определяет характер поведения человека, в то же время особенности активности человека (в том числе и физической) приводят к изменению содержания образа мира и личности в целом.

Взаимосвязь моторного и психического развития подчеркивает ряд исследователей: Анохин П.К. (1962 г.), Бернштейн Н.А. (1966 г.), Безруких М.М. (2001 г.), Вайзман Н.П. (1976 г.), Выготский Л.С. (1956 г.), Запорожец А.В. (1960 г.), Лубовский В.И. (1978 г.), Лурия А.Р. (1969 г.), Сеченов И.М. (1953 г.), Леонтьев А.Н. (1981 г.), Кольцова М.М. (1973 г.) и др. Но и по сей день проблема сенсорно-перцептивного и сенсорно-моторного единства волнует отечественных и зарубежных психологов и физиологов, так как по-прежнему недостаточно исследовано то, каким образом целостное впечатление о мире (образ мира) человека детерминирует его представления о самом себе и своем месте в мире. Опыт взаимодействия с молодежью, имеющей двигательную патологию врожденного и приобретенного генеза, указывает на наличие специфических особенностей личности носителей дефекта.

Цель исследования

Изучить влияние физического дефекта (стойкое

ограничение двигательной активности) врожденного и приобретенного генеза на формирование перцептивной сферы как базового уровня образа мира.

Материалы и методы

Исследованием охвачено 60 человек в возрасте 22–38 лет. Участники были разделены следующим образом:

- группа 1 – испытуемые с врожденным нарушением функций опорно-двигательного аппарата (ОДА);
- группа 2 – испытуемые с приобретенным нарушением функций ОДА;
- группа 3 (контрольная) – нормально развивающиеся сверстники.

Группы респондентов уравниваются по полу, возрасту, социальному статусу, социальной ситуации развития, они получили общее среднее образование, являются абитуриентами или студентами вуза, работающими, временно не работающими. Участники исследования не имеют отклонений в интеллектуальном развитии.

Для изучения специфики перцептивной сферы испытуемых нами использована методика «Срисо-

вывание сложных фигур» Рея-Остеррица и Тейлора [4]. Данная методика представляет собой эффективный инструмент для исследования зрительно-пространственных синтезов и особенностей построения целостного образа.

Испытуемому предлагается скопировать две фигуры попеременно обеими руками (рис. 1, 2).

Лист бумаги, предлагаемый для выполнения задания, должен превосходить образец по размеру, чтобы не ограничить возможность выбора размера и расположения рисунка. Это позволяет обнаружить замаскированную тенденцию к игнорированию какой-либо части перцептивного поля, отследить стратегию сканирования.

Обработка и анализ полученных данных осуществлялся на основе подхода Семенович А.В. [7]. Для более детального анализа и с целью объективизации выявленных различий процедура нами была доработана и структурирована. Разработанные нами дополнения (перевод описаний качественных отличий в баллы) к системе балльной оценки характеристик рисунков испытуемых представлены в таблице 1.

Таблица 1

Критерии анализа зрительно-пространственного синтеза Рея-Остеррица и Тейлора

Критерий	Оценка (баллы)	Описание
1. Стратегия оптико-пространственной деятельности (стратегия воспроизведения фигур)	1	Хаотичная стратегия, практически без ясной последовательности действий. Поэлементная и хаотичная стратегии могут быть связаны с профессиональными или индивидуально-типологическими чертами индивида, но тогда они не влекут никаких ошибок и утрат деталей, а также мало сказываются при необходимости отсроченного воспроизведения по памяти
	2	Пофрагментарная стратегия, с поэлементным воспроизведением одного фрагмента за другим, с относительно выраженным вектором продвижения от одного края перцептивного поля к другому
	3	Дедуктивная (нормативная) стратегия – с последовательным переходом от целого к частям, фрагментам фигуры
2. Критерий оценки координаторных представлений (дефекты расположения деталей объекта в пространстве: верхнее-нижнее, левое-правое, зеркальное изображение)	0	Присутствие нескольких нарушений одновременно (неправильное пространственное (лево-право, верхнее-нижнее, реверсия – зеркальное копирование объекта) расположение)
	1	Неправильное верхнее-нижнее расположение объекта (т. е. перенос нижних деталей объекта или самого объекта вниз, или наоборот (наверх))
	2	Неправильное левое и правое расположение объекта (перенос левых деталей объекта или рисунка вправо, или наоборот)
	3	Явление реверсии (зеркальное переворачивание стимула при рисовании или копировании; закономерный этап онтогенеза, пик количества реверсии допускается в возрасте 6–7 лет)
	4	Отсутствие нарушений (т. е. не допускается неправильное расположение деталей объекта, не наблюдается пространственный перенос (лево-право, верх-низ), реверсии)
	Примечание	Нарушение координаторных представлений наблюдается при поражении и левого, и правого полушария. Реверсия наблюдается при обращении к образам памяти или мысленным вращениям объекта
3. Структурно-типологический критерий (нарушение расположения частей рисунка относительно друг друга)	0	Изменение общей принципиальной схемы пространственного строения предмета, разрушение целостности его образа, часть и целое данного рисунка имеют сильное смещение относительно друг друга, нарушена оптико-пространственная и психическая деятельность (т. е. не корректирует допущенные ошибки) и психическая деятельность в целом
	1	Рисунок изображен специфично (части целого рисунка имеют небольшое смещение относительно друг друга), оптико-пространственная и психическая деятельность не нарушена (т. е. использует помощь психолога, ошибки корректирует)
	2	Правильное изображение рисунка (т. е. все линии и части рисунка соотнесены верно, принципиальная схема пространственного строения предмета не нарушена, не разрушен целостный образ рисунка)

4. Критерий оценки метрических представлений (изменение расстояния между частями объекта, размера объекта)	1	Недостаточность проекционных представлений (испытывает сложности при копировании рисунка на плоскость, а именно: не дорисовывает детали, рисунок содержит ошибки, смещение линий на плоскости, добавление линий, привнесение нового в рисунок, несоответствие размеров (увеличение, уменьшение)
	2	Структурно-топологический дефицит (расфокусировка эталонов образца – увеличение или уменьшение размеров рисунка)
	3	Дизметрия (недостаточность деятельности правого полушария, проявляется в ошибках при оценке расстояний между деталями рисунка и его линиями, углов рисунка (изменение угла градуса, т. е. было 90 изменений, преобразовано до 180, 360, и так же в обратную сторону)
	Примечание	3 балла – максимальное приближение к норме развития; 2 балла – среднее приближение к норме развития, не ярко выраженное нарушение метрических представлений, поддающиеся коррекции; 1 балл – выраженное отклонение в передаче рисунка на плоскости
5. Критерий оценки нарушения осознанного восприятия целостного перцептивного поля (целостное восприятие фигуры Рея-Остеррица)	1	Испытывает значительные затруднения при копировании (допускает грубые ошибки при копировании фигур) объекта (а именно – изображение только контура, изображение разных частей рисунка одновременно)
	2	Испытывает трудности при восприятии целостной фигуры, наблюдается недорисовывание частей фигуры, т. е. изображение содержит только левую или только правую часть объекта (левостороннее игнорирование возникает при поражении правого полушария и нарушении межполушарных связей; правостороннее игнорирование свидетельствует об изменении межгемисферных взаимодействий при наличии фактора левшества)
	3	Не испытывает трудности при восприятии целостной фигуры (при копировании изображения рисунок воспроизводится полностью)
6. Критерий оценки проекционных представлений	1	Ярко выраженный дефицит (невозможность) проекционных представлений (затруднено копирование объекта в трехмерном пространстве – воспроизведение отдельных сторон (граней) в развернутом виде, как бы «распластывая объект на плоскости»)
	2	Несущественные отклонения в воспроизведении рисунка (затруднено копирование отдельных частей рисунка в трехмерном пространстве)
	3	Правильно копирует изображенный объект в трехмерном пространстве

Результаты и обсуждение

Детальный анализ результатов методики «Срисовывание сложных фигур Рея-Остеррица и Тейлора» по ряду параметров позволил нам увидеть яркие различия между респондентами изучаемых нами групп: испытуемые 1-й группы демонстрируют низкие результаты по всем изучаемым критериям в отличие от респондентов 2-й и 3-й групп (количественные показатели представлены в таблице 2).

В ходе исследования нами не было установлено сходности между результатами респондентов 1-й и 3-й групп.

Анализ стратегии оптико-пространственной деятельности позволил установить, что: у испытуемых 1-й группы выявлена хаотичная стратегия оптико-пространственной деятельности, копирование фигур осуществляется без ясной последовательности действий. Результаты 2-й группы позво-

Таблица 2

Сравнительная характеристика результатов методики «Копирование фигур Рея-Остеррица и Тейлора»

№	Критерий	1-я группа	2-я группа	3-я группа
1	Стратегия оптико-пространственной (конструктивной) деятельности	1,2	2,2	2,8
2	Координаторные представления	0,4	3,2	3,8
3	Структурно-типологические представления	0	1,4	1,8
4	Метрические представления	0,8	2	3
5	Целостность перцептивного поля	1,2	2,4	2,8
6	Проекционные представления	1,6	2,2	2,6

лили установить явление дискордантности, одни испытуемые склонны использовать дедуктивную стратегию копирования изображения с последовательным переходом от целого к частям, фрагментам фигуры. Другая часть испытуемых использует преимущественно пофрагментарную стратегию копирования, проявляющуюся в поэлементном воспроизведении одного фрагмента изображения за другим, с относительно выраженным вектором продвижения от одного края перцептивного поля к другому. Испытуемые 3-й группы при копировании фигур склонны использовать дедуктивную стратегию оптико-пространственной деятельности.

В ходе анализа координаторных представлений у испытуемых 1-й группы выявлены нарушения пространственного копирования фигур, а именно: неправильные верхнее-нижнее расположение объекта (т. е. перенос нижних деталей объекта или самого объекта вниз, или наоборот (наверх), левое и правое расположение объекта (перенос левых деталей объекта или рисунка вправо, или наоборот). Также отмечено явление реверсии (зеркальное переворачивание стимула при рисовании или копировании). Испытуемых 2-й группы характеризует недостаточность координаторных представлений (неправильное расположение объекта при его копировании, в некоторых случаях отмечено явление реверсии).

При анализе «структурно-типологических представлений» нами было выявлено: у испытуемых 1-й группы при копировании фигуры отмечены изменения общей принципиальной схемы пространствен-

ного строения предмета, разрушение целостности его образа, части рисунка имеют сильное смещение относительно друг друга, что свидетельствует о нарушениях оптико-пространственной и психической деятельности в целом.

Во 2-й группе преобладают тенденции к правильному изображению рисунка, но в некоторых случаях встречаются специфично изображенные рисунки (части целого рисунка имеют небольшое смещение относительно друг друга).

В ходе анализа метрических представлений у испытуемых 1-й группы преобладает выраженное отклонение в передаче рисунка на плоскости. При копировании выявлена недостаточность проекционных представлений, испытуемые не дорисовывают детали, рисунки содержат ошибки, наблюдается смещение линий на плоскости, добавление линий, привнесение нового в рисунок, несоответствие размеров фигуры (увеличение, уменьшение размера фигур). У испытуемых 2-й группы отмечено явление дискордантности, проявляющейся у одних респондентов в дизметрии – ошибках при оценке расстояний между деталями рисунка и его линиями, углов рисунка, у других – в структурно-топологическом дефиците – расфокусировке эталонов образца, увеличении или уменьшении размеров фигур.

Детальный анализ результатов, полученных в рамках изучения критерия восприятия целостного перцептивного поля, позволил нам отметить значительные затруднения при копировании фигур испытуемыми 1-й группы. Респонденты допускают грубые

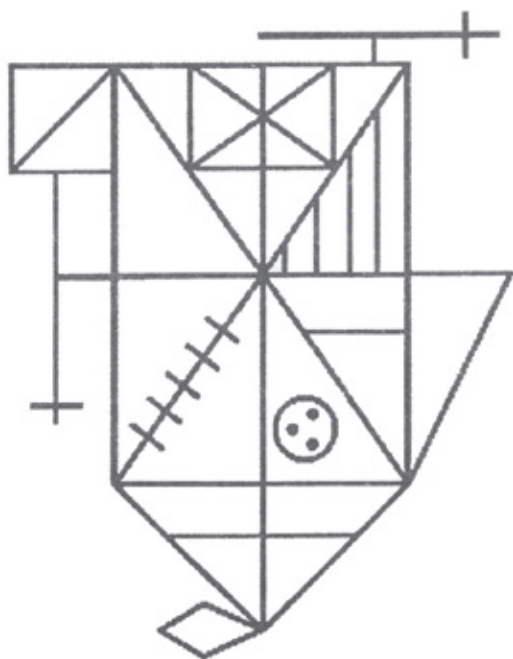


Рис. 1. Фигура Рея-Остеррица

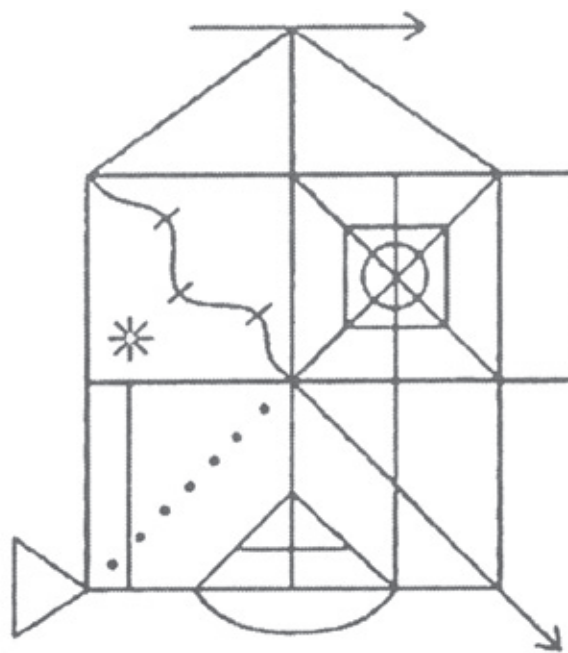


Рис. 2. Фигура Тейлора

ошибки, при копировании объекта проявляющиеся в виде изображения только контура или разных частей рисунка одновременно. Испытуемые 2-й группы вновь продемонстрировали дискордантность – одни респонденты склонны не дорисовывать части фигур, их рисунки содержат только левую или только правую часть объекта, другие в ряде случаев не испытывают трудности, копируют рисунок безошибочно.

В ходе анализа проекционных представлений нами было обнаружено, что у испытуемых 1-й группы ярко выраженный дефицит проекционных представлений. Испытуемые с врожденным нарушением двигательного аппарата испытывали затруднения при копировании объекта в трехмерном пространстве, они воспроизводили отдельные стороны (границы) в развернутом виде, как бы «распластывая» объект на плоскости». Испытуемые 2-й группы продемонстрировали несущественные отклонения при воспроизведении рисунка. Затруднения вызывало копирование отдельных частей рисунка в пространстве.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить нарушение перцептивной деятельности у испытуемых 1-й и 2-й групп, их результаты, несомненно, разнятся с показателями испытуемых 3-й группы. Для испытуемых с нарушением функций опорно-двигательного аппарата (врожденного и приобретенного генеза) характерны затруднения при восприятии целостности фигур, их пространственного копирования (в трехмерном пространстве). Структура выявленных нарушений оптико-пространственных синтезов у испытуемых 1-й группы определяется сложным патогенезом заболевания и обусловлена дисфункцией кинестетического, зрительного и в целом всего анализаторного аппарата (Бадалян Л.О. (1984 г.), Брейтман М.Я., Данилова Л.А.,

Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М. (1972 г.), Никитина М.Н. (1973 г.), Семенова К.А. (1979 г.), Щипицына Л.М. (1988 г.), Abercoma M. (1974 г.), Hielsen H. (1980 г.).

Следует отметить, что испытуемые 2-й группы демонстрируют дискордантность результатов по критериям, координаторные, метрические представления, целостность перцептивного поля. Указанные противоречия можно объяснить наличием расстройства полимодального синтеза при диффузных поражениях теменно-затылочных, лобно-теменных отделов коры и межполушарных связей у некоторых испытуемых, составивших изучаемую нами выборку (Лурия А.Р., 1969 г.). Кроме того, в отличие от респондентов 1-й группы испытуемые 2-й группы демонстрировали склонность к обнаружению ошибок, адекватность эмоционального реагирования на них, стремление к исправлению недостатков изображения в процессе деятельности.

У испытуемых 3-й группы нами не было выявлено нарушений координаторных, структурно-типологических, метрических, проекционных представлений. Респонденты не испытывали затруднений при копировании рисунка, все линии и части фигуры правильно изображены, принципиальная схема пространственного строения предмета не имеет искажений, в ходе копирования рисунки воспроизводили полностью.

Полученные результаты несут в себе практическую направленность и позволяют утверждать правомерность нашего предположения о том, что двигательное нарушение, несомненно, имеет негативное влияние на построение в сознании индивида многомерного образа мира, образа реальности, а также подтвердили значимость продолжения исследовательской деятельности в этом направлении.

Список литературы

1. Ананьев, Б.Г. Сенсорно-перцептивная организация человека // *О проблемах современного человекознания* / Б.Г. Ананьев. – М.: Наука, 1977. – С. 49–148.
2. Безруких, М.М. Сенсомоторное развитие дошкольников / М.М. Безруких. – М.: Владос, 2001. – 232 с.
3. Бернштейн, Н.А. Физиология движений и активность / Н.А. Бернштейн. – М.: «Наука», 1990. – С. 373–392.
4. Бизюк, А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования: метод. пособие / А.П. Бизюк. – СПб., 2005. – 116 с.
5. Леонтьев, А.Н. Образ мира // *Избранные психологические произведения* / А.Н. Леонтьев. – М.: Педагогика, 1979. – С. 251–261.
6. Петухов, В.В. Образ мира и психология изучения мышления / В.В. Петухов // *Вестн. Московского университета. Сер. 14. Психология*. – 1984. – № 4. – С. 13–20.
7. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие для высш. учеб. заведений / А.В. Семенович. – М.: Академия, 2002. – 43 с.
8. Сеченов, И.М. Рефлексы головного мозга // *Избранные произведения* / И.М. Сеченов. – М., 1953. – 215 с.
9. Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.
10. Ясперс, К. Общая психопатология: пер. с нем. / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – С. 123–125.

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 618.2-005.1-08

Особенности показателей системы гемостаза у беременных женщин

Н.П. Хрустова, Н.Н. Покрыщенко

МУЗ «Клинико-диагностический центр» управления здравоохранения администрации

г. Хабаровска,

г. Хабаровск

N.P. Khrustova, N.N. Pokryshchenko

Features of hemostasis characteristics in pregnant women

Резюме

В настоящей статье приводятся данные показателей периферической крови и гемостаза при физиологической беременности. При физиологически протекающей беременности изменения в системе гемостаза идут пропорционально сроку гестации. Это выражается в повышении общего коагулянтного потенциала (суммарная активность факторов свертывания), повышении функциональной активности тромбоцитов при некотором снижении их количества, снижении активности АТ III. Все эти особенности носят компенсаторно-приспособительный характер и необходимы для ограничения кровопотери в родах.

Ключевые слова: беременность, гемостаз.

Summary

The article provides data rates of peripheral blood and hemostasis in physiological pregnancy. The changes of the hemostasis system during pregnancy are proportional to gestational age. They manifest themselves in an activation of the coagulation system (total activity of clotting factors), the increase in the functional activity of platelets with some reduction in their numbers, decrease in the activity of AT III. All these features are of compensatory-adaptive character and are necessary to minimize blood loss at birth.

Key words: pregnancy, hemostasis.

Введение

При неосложненной беременности в организме женщины происходит целый ряд адаптационно-приспособительных процессов, направленных на обеспечение адекватного течения гестационного периода, роста и развития плода [1, 3, 5]. Значительная перестройка жизнедеятельности организма беременной сопряжена с изменениями в системах крови, гемостаза, эндокринной, иммунной, биохимического состояния организма. Следовательно, лабораторные показатели беременных и небеременных женщин различны.

В настоящее время среди существующих справочников по лабораторным тестам нет таких,

в которых можно найти нормативы физиологического состояния беременных женщин. Хотя есть разрозненные данные по отдельным параметрам в различных статьях, журналах и монографиях, но незрела необходимость иметь обобщенные сведения. Тем более, как показывает опыт работы, для оценки состояния здоровья и диагностики различных заболеваний беременных врачи используют нормы, характерные для небеременных женщин, что может привести к неверной интерпретации результатов. В настоящей статье приводятся данные изменения основных показателей гемостаза при физиологической беременности.

Цель исследования

Изучить закономерности изменения основных показателей гемостаза у беременных женщин.

Материалы и методы

Были обследованы 137 пациенток. Средний возраст составил 20–29 лет. Мониторинг важнейших показателей гемостаза и периферической крови проводился в разные сроки беременности (I, II и III триместры).

При клиническом наблюдении была выделена группа женщин с нормальным физиологическим течением беременности, родов и послеродового периода ($n = 63$). Все женщины не нуждались в проведении лечебных мероприятий. Показатели периферической крови соответствовали сроку гестации и данным литературы, в частности ранее выполненным исследованиям [9]. У остальных пациенток беременность протекала с различными видами патологии ($n = 74$), которые были представлены, в основном, урогенитальными инфекциями, угрозой самопроизвольного выкидыша, анемиями различной степени тяжести и др. Показатели гемостаза этой группы женщин в данной работе не учитывались. Коагуляционный потенциал оценивали при помощи базисных показателей свертывания крови на автоматическом коагулометре «Systemex – CA 500» (Япония) наборами фирмы «Dade Bechrig»: фиксировали протромбиновое время с расчетом процента активности по Квику, тромбиновое время (ТВ),

активированное парциальное тромбoplastинное время (АПТВ), содержание фибриногена, активность антифибрина III (АТ III). Определение растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) проводили наборами фирмы «Технология – Стандарт» (г. Барнаул). Взятие образцов крови осуществлялось из компрессированной не более 60 секунд вены при использовании вакуумной системы, содержащей 3,8 % раствор цитрата натрия (соотношение 9:1). Стабилизированную кровь центрифугировали при 1000 об/мин в течение 7 мин. Богатую тромбоцитами плазму переносили в другую пробирку и повторно центрифугировали при 3000 об/мин в течение 15 мин. Полученную бедную тромбоцитами плазму (БТП) исследовали не позже двух часов после взятия крови в условиях хранения при комнатной температуре (18–25 °С). Показатели периферической крови и количество тромбоцитов определяли на гематологическом анализаторе «Micros 60». За диапазоны нормальных значений для небеременных женщин брались данные, указанные в приложениях к наборам.

Полученные результаты обработаны статистически с использованием показателей общей ошибки в оценке результатов и по критерию значимости различий Стьюдента (p). Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Изменения в системе гемостаза у женщины с неосложненным течением беременности представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели системы гемостаза при физиологической беременности по данным лаборатории МУЗ «Клинико-диагностический центр»

Показатели системы гемостаза	Небеременные женщины (референтные значения)	Здоровые беременные, 12–14 недель, $X \pm m$ ($n = 63$)	Здоровые беременные, 24–26 недель, $X \pm m$ ($n = 63$)	Здоровые беременные, 37–38 недель, $X \pm m$ ($n = 63$)	Достоверность различий
Фибриноген, г/л	2,0–4,0	$3,25 \pm 0,11$	$3,89 \pm 0,26$	$4,88 \pm 0,14$	$p < 0,02$
Протромбиновый тест по Квику, %	80–120	$92,3 \pm 1,83$	$96,2 \pm 4,1$	$107,4 \pm 2,23$	$p < 0,05$
АПТВ, сек.	26,4–37,5	$33,0 \pm 1,37$	$30,5 \pm 1,4$	$27,5 \pm 2,6$	$p < 0,05$
ТВ, сек.	14–21	$17,6 \pm 0,65$	$17,1 \pm 0,33$	$15,3 \pm 0,12$	$p < 0,04$
РФМК, мг/100мл	до 4,0	$3,5 \pm 1,64$	$6,0 \pm 1,5$	$11,6 \pm 0,83$	$p < 0,04$
АТ III, %	75–125	$96,9 \pm 2,3$	$95,5 \pm 0,33$	$90,1 \pm 2,51$	$p < 0,05$
Количество тромбоцитов, 10^9 /л	180–400	$252 \pm 8,9$	$246,0 \pm 7,1$	$228,0 \pm 6,3$	$p < 0,05$

Результаты и обсуждение

По мере развития беременности во всех звеньях свертывающей системы крови происходят

изменения, направленные на поддержание равновесия в системе гемостаза (табл. 1).

Результаты проведенного исследования пока-

зали, что при физиологическом течении беременности повышается активность прокоагулянтного звена. Наиболее важным следует считать увеличение концентрации фибриногена – основного субстрата свертывания крови. Его концентрация в плазме крови повышается уже с 3-го месяца беременности и увеличивается не менее, чем в 2 раза по сравнению с небеременным состоянием и достигает максимальных значений накануне родов от 4,0 до 6,5 г/л [4, 7].

В наших исследованиях к концу III триместра произошло увеличение фибриногена в 1,5 раза по сравнению с началом беременности. Согласно полученным данным, протромбиновый тест в начале беременности не претерпевает выраженных изменений. В конце III триместра беременности отмечается значительное повышение активности протромбина, что свидетельствует об активации внешнего пути свертывания крови. Некоторые авторы отмечают повышение протромбинового индекса в конце III триместра до 108,8 % [9], с этим хорошо согласуются результаты настоящей работы. Параллельно повышению концентрации фибриногена и активности внешнего пути коагуляции повышается и активность внутреннего механизма свертывания крови, что находит отражение в укорочении активированного парциального тромбопластинового времени. Особенно в III триместре повышается активность факторов, составляющих внутренний путь свертывания, – в основном VIII, IX, XII [4, 5]. При нормально протекающей беременности накануне

родов повышается концентрация растворимых фибрин-мономерных комплексов, что указывает на интенсификацию процессов внутрисосудистого свертывания крови. Следует отметить, что показатели РФМК у беременных женщин, полученные в нашей лаборатории, согласуются с данными академического центра СО РАМН по диагностике и лечению нарушений гемостаза, г. Барнаул [8].

Нами также отмечено, что происходят изменения и в звене ингибиторов свертывания. Наибольшей активностью обладает антитромбин III. По мере развития беременности происходит постепенное снижение активности антитромбина III.

Количество тромбоцитов во время беременности меняется неоднозначно, что, по-видимому, зависит от индивидуальных особенностей женщин во время беременности. Уменьшение числа тромбоцитов может быть связано со снижением продолжительности их жизни и повышенным потреблением в периферическом кровообращении.

Выводы

1. Изменения в системе гемостаза беременной являются физиологическими и связаны с появлением маточно-плацентарного круга кровообращения.

2. Данный процесс обусловлен различными факторами и представляет собой приспособительную реакцию организма беременной женщины на компенсацию затрат в связи с развитием плода и возможной кровопотерей в родах.

Список литературы

1. Баркаган, З.С. Геморрагические заболевания и синдромы / З.С. Баркаган. – М.: Медицина, 1988.
2. Баркаган, З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, А.П. Момот. – М., 2001. – 285 с.
3. Долгов, В.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза / В.В. Долгов, П.В. Свиринов. – М., 2005. – 227 с.
4. Зворыгин, И.А. Статистический анализ лабораторных данных / И.А. Зворыгин // *Новости «Вектор-Бест»*. – 2006. – № 1. – С. 5–13.
5. Макацария, А.Д. Вопросы циркуляторной адаптации системы гемостаза при физиологической беременности с синдромом внутрисосудистого свертывания / А.Д. Макацария, А.Л. Мищенко // *Акушерство и гинекология*. – 1997. – № 1.
6. Момот, А.П. Принципы, методы и средства лабораторной диагностики патологии гемостаза на современном этапе: сб. ст. / А.П. Момот. – Барнаул, 2001.
7. Нарушение системы гемостаза при беременности: клинико-диагностические аспекты / А.В. Иванов, Е.Е. Яцун, Н.И. Стуклов и др. // *Справочник заведующего КДЛ*. – 2008. – № 1. – С. 23–28.
8. Серов, В.Н. Практическое акушерство / В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. – М.: Медицина, 1989.
9. Сидельникова, В.М. Гемостаз и беременность / В.М. Сидельникова, П.А. Кирыженков. – М., 2004. – 208 с.

Эффективность бальнеолечения больных кожными заболеваниями в ГУЗ «Специализированная больница восстановительного лечения “Анненские воды”»

А.В. Некипелова, А.З. Бендерская, В.Г. Власов

*ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
г. Хабаровск,*

*ГУЗ «Специализированная больница восстановительного лечения “Анненские воды”» МЗ ХК,
Хабаровский край, Ульчский район, с. Аннинские Минеральные Воды*

A.V. Nekipelova, A.Z. Benderskaya, V.G. Vlasov

The effectiveness of balneotherapy of patients with skin diseases in a specialized rehabilitation hospital «Annenskiye Vody»

Резюме

Представлены результаты клинического наблюдения за 12 500 пациентами. 904 пациента из них страдали ограниченными или распространенными кожными заболеваниями. Ежегодно специализированная больница восстановительного лечения «Анненские воды» принимает более 3 тысяч больных. Подавляющее большинство (более 90 %), пройдя полный курс комплексного лечения, отмечает значительное улучшение здоровья. Авторами проведен тщательный анализ клинической эффективности пациентов, получавших лечение в специализированной больнице «Анненские воды». Представлены результаты клинического наблюдения за пациентами в период с 2006 по 2009 годы.

Ключевые слова: кожные болезни, минеральная вода, специализированная больница восстановительного лечения «Анненские воды».

Summary

The paper gives the results of a clinical observation of 12, 500 patients. 904 of them suffered from restrictive and disseminated forms of skin disease. Specialized Hospital of Rehabilitation «Annenskiye Waters» takes more than three thousand patients annually. The vast majority of patients (over 90 %), having a full course of complex treatment, note a significant improvement of their health. The authors conducted a thorough analysis of clinical efficacy in patients receiving treatment in the Specialized Hospital of Rehabilitation «Annenskiye Waters». The paper gives the results of a clinical observation from 2006 to 2009 years.

Key words: skin disease, mineral water, Specialized Hospital of Rehabilitation «Annenskiye Waters».

Специализированная больница «Анненские воды» уже более 140 лет восстанавливает здоровье жителей Хабаровского края. Она расположена в живописной таежной долине, окруженной сопками в низовье реки Амур, на ее правом берегу, в 850 км к северо-востоку от г. Хабаровска.

В настоящее время специализированная больница восстановительного лечения «Анненские воды» рассчитана на одновременный прием 200 человек и более 3500 пациентов в год. Она принимает на лечение людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, нервной системы и кожи. Показанием для лечения кожных больных являются такие заболевания, как псориаз, алергодерматозы, нейродерматозы, некоторые косметические дефекты (снижение

эластичности, тургора кожи и др.) (Пономаренко Г.Н., 2008 г.).

Лечебные дерматологические учреждения Хабаровского края направляют своих пациентов на бальнеолечение в эту знаменитую дальневосточную здравницу по путевкам, выданным ГУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» согласно запросам практического здравоохранения.

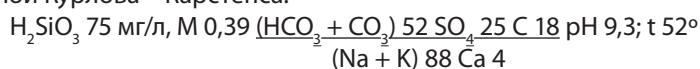
Основным лечебным фактором в специализированной больнице восстановительного лечения «Анненские воды» является минеральная вода. Вода источника термальная (t +52 °С), слабоминерализованная (0,2–0,3 г/л), гидрокарбонатно-сульфатно-натриевая, щелочная, с высоким содержанием кремниевой кислоты (табл. 1).

Таблица 1

Химический состав воды (мг/дм³)

Основные компоненты			Дополнительные компоненты		
Гидрокарбонат ионы	(HCO ₃)	20–120	Серебро	(Ag)	0,0009
Натрий, калий	(Na ⁺ K ⁺)	50–100	Литий	(Li)	0,04
Сульфат ионы	(SO ₄)	3,5–5	Никель	(Ni)	0,0029
Кремний	(H ₂ SiO ₃)	70–100	Кобальт	(Co)	0,0013
Фтор	(F)	2–4,5	Селен	(Se)	0,0001
Хлорид ионы	(Cl)	4,5	Медь	(Cu)	0,005
Цинк	(Zn)	0,024	Марганец	(Mn)	0,006
Алюминий	(Al)	0,025	Хром	(Cr)	0,001

Химический состав минеральной воды Анненского источника скважин № 2 и 21 (Сидоренко С.В., 2009 г.) можно выразить формулой Курлова – Карстенса:



Именно повышенным содержанием азота и кремниевой кислоты объясняются ее высокие оздоровительные показатели. Кремниевая кислота обладает селективно-адсорбирующими свойствами. Воды, содержащие кремниевый коллоид, связывают и выводят токсические вещества из тканей, активизируют обменные процессы. Щелочная реакция АКТВ обеспечивает лизирующее действие, омыление кожного сала, что способствует увеличению проницаемости кожи. Азот активно проникает в кровь, участвует в процессе обмена веществ, вызывает изменение гемодинамики, состояния эндокринной системы и мышечного тонуса, оказывает гипотензивное, обезболивающее, десенсибилизирующее, седативное и нейротропное действие. АКТВ оказывают противовоспалительное действие, влияя на продукцию антител, изменяя реакцию иммунокомпетентных органов, предупреждают развитие аллергических реакций немедленного и замедленного типа, стимулируют деятельность ретикулоэндотелиальной системы. АКТВ стимулируют тучные клетки, которые начинают усиленно продуцировать гепарин, кислые гликозаминогликаны, гистамин, серотонин и другие биологически активные вещества, оказывающие гипосенсибилизирующий эффект (Иванов Е.М., Кнышова В.В., 2008 г.). По химическому составу и физико-химическим свойствам анненская вода близка к термальным источникам Кульдура, Паратунки, Амгу, Нальчика.

Азотно-кремнистые термальные воды (АКТВ) широко распространены по всему земному шару. На Дальнем Востоке их около 50. Они сосредоточены в зонах молодого горообразования и повышенной тектонической активности. АКТВ благоприятно действуют на кожу, биологические активные точки, реактивность организма, иммунный статус, процессы адаптации.

Общими закономерностями в механизме реализации АКТВ являются сложнорефлекторный и нейрогуморальный путь. Механизм действия минеральных вод многогранен. АКТВ соприкасаются с обширными рецепторными полями кожи посредством трех компонентов: механического (гидростатического), термического и химического (газы, макро- и микроэлементы). Ванны вызывают сложные рефлекторные реакции организма через двухфазный нейрогуморальный путь. Механизм действия минеральных вод также связан с процессами адаптации, иммунологическими изменениями, происходящими в организме больного во время лечения, поступлением биологически активных веществ в процессе бальнеолечения, которые присутствуют в минеральной воде (Завгорудько Т.И., Завгорудько В.Н., 1999 г.).

За 3,5 года (2006–2009 годы) в специализированной больнице восстановительного лечения «Анненские воды» пролечено 12 500 больных. Из них 904 дерматологических пациента, что составило 7,23 % от общего числа больных (из них 606 взрослых (67,04 %) и 298 детей (32,96 %)). Среди взрослых преобладали больные псориазом (в том числе артропатическим), ксерозом кожи, а среди детей – пациенты с атопическим дерматитом.

Больные получали (по показаниям):

- общие ванны с минеральной водой № 8–12;
- души (циркулярный № 6, нисходящий № 6);
- гидромассаж № 6;
- физиолечение (УФО; лазеротерапию; электролечение – электросон, Д'Арсонваль, амплипульс; аэрофитотерапию);
- массаж;
- грязелечение – больным артропатическим псориазом.

Таблица 2

Эффективность терапии больных в специализированной больнице восстановительного лечения «Анненские воды» за период с 2006–2009 гг.

Результат	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г. (6 мес.)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
С улучшением	2924	90,5	3493	90,96	3432	91,13	1486	89,79
Без перемен	307	9,5	355	9,23	334	8,87	166	10,21
Всего	3231	100	3848	100	3766	100	1655	100

Из таблиц 2, 3 видно, что эффективность терапии дерматологических больных повышалась (с 87,26 % в 2006 г. до 92,6 % в 2008 г.). В 2008 г. и 2009 г. (6 месяцев) эффективность терапии дерматологических больных даже несколько превышает общую эффективность терапии по больнице: 92,61 против 91,13 % и 90,1 против 89,79 % соответственно.

В 2007 г. эффективность терапии как среди дерматологических больных, так и в целом по больнице превысила 90 %, но была практически одинаковой (90,59 против 90,96 %). Чаще всего результат «без перемен» был констатирован у тех пациентов, которые находились на лечении менее недели и по различным обстоятельствам вынуждены были уехать.

Таблица 3

Эффективность терапии дерматологических больных в специализированной больнице восстановительного лечения «Анненские воды» за период с 2006–2009 гг.

Результат	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г. (6 мес.)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
С улучшением	226	87,26	260	90,59	238	92,61	91	90,1
Без перемен	33	12,74	27	9,41	19	7,39	10	9,9
Всего	259	100	287	100	257	100	101	100

Клиническая эффективность у больных псориазом оценивалась по индексу PASI, а у больных атопическим дерматитом – по индексу SCORAD. При этом индекс PASI снижался более чем на 75 %, а индекс SCORAD – почти в 4 раза, что показывает достаточно высокую эффективность лечения АКТВ в бальнеолечебнице.

Специализированная больница восстановительного лечения «Анненские воды» может принимать больше дерматологических больных по заявкам практического здравоохранения. Лечебные учреждения Хабаровского края (ККВД г. Хабаровска, КВД г. Комсомольска-на-Амуре, КВД г. Николаевска-на-

Амуре, КВД г. Амурска, КВД г. Советская Гавань, кожно-венерологические кабинеты с. Богородского, п. Ванино, г. Вяземского, г. Бикин и др.) имеют возможность более активно заказывать путевки диспансерным больным с патологией кожи для восстановительного лечения. Дальневосточная здравница на Нижнем Амуре готова помочь гораздо большему числу пациентов.

Водолечение, горный воздух, красота природы позволяют в достаточно короткие сроки (16–18 дней) достичь положительных результатов от бальнеолечения более чем у 90 % больных.

Список литературы

1. Завгорудько, Т.И. Санаторно-курортное применение азотно-кремнистых термальных вод Дальнего Востока / Т.И. Завгорудько, В.Н. Завгорудько. – Хабаровск: изд-во ДВГМУ, 1998. – 156 с.
2. Иванов, Е.М. Наружное применение минеральных вод / Е.М. Иванов, В.В. Кышева // Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2008. – Кн. 1. – С. 70–84.
3. Пономаренко, Г.Н. Физиотерапия при заболеваниях кожи / Г.Н. Пономаренко // Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2008. – Кн. 2. – С. 312 с.
4. Сидоренко, С.В. Природные лечебные факторы Дальнего Востока в терапии дизметаболической нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией у детей: автореф. дис. д-ра мед. наук. – Хабаровск, 2009. – 44 с.
5. Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2008. – Кн. 1. – С. 70–120.
6. Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2008. – Кн. 2. – С. 32–120.
7. Физиотерапия: нац. рук. / под ред. Г.Н. Пономаренко. – М., 2009. – С. 302–333. – (Серия «Национальные руководства»).
8. Частная физиотерапия: учеб. пособие / под ред. Г.Н. Пономаренко. – М., 2005. – С. 387–416. (Учебная литература для слушателей системы последипломного образования).

удк 617.7-002-085.281

Применение интерферогена тилорона в лечении аденовирусных заболеваний глаз

Е.В. Онуприенко, Л.П. Данилюк, И.Д. Козут

ГУЗ «Консультативно-диагностический центр "Вивея"» МЗ ХК,
г. Хабаровск

E.V. Onupriyenko, L.P. Danilyuk, I.D. Kogut

Applications interferonogena Tilorone in the treatment of adenovirus eye diseases

Резюме

Воспалительные заболевания глаз являются значимой медико-социальной проблемой практической офтальмологии. Среди них одно из ведущих мест занимают аденовирусные поражения конъюнктивы и роговицы. Их лечение сопряжено с трудностями, поскольку не существует лекарственных средств селективного воздействия на аденовирусы. Основное место в лечении занимают препараты широкого спектра – интерфероны и интерферогены. Современный интерфероген тилорон ингибирует трансляцию вирусспецифических белков в инфицированных клетках, подавляя репродукцию вирусов. Дополнение основного лечения препаратом «Тилорон» позволяет значительно сократить сроки лечения больных аденовирусными заболеваниями глаз.

Ключевые слова: аденовирусный конъюнктивит, кератоконъюнктивит, препараты противовирусного действия, интерфероген тилорон, механизм противовирусного действия, ингибирование трансляции вирусспецифических белков.

Summary

The inflammatory diseases of eyes are important medical and social problem in practical ophthalmology. Among them, adenoviral lesions of the conjunctiva and cornea occupy one of the leading positions. Their treatment is difficult, because there is no drug to exert selective effect on adenoviruses. The main products, which are used for treatment, are broad-spectrum drugs – interferons and interferonogenes. Modern interferonogene tilorone inhibits translation of virus-specific proteins in infected cells inhibiting the reproduction of viruses. The primary treatment supplemented with drug «Tilorone» can significantly reduce the duration of treatment of adenoviral eye diseases.

Key words: adenoviral conjunctivitis, keratoconjunctivitis, antiviral action medication, interferonogene tilorone, the mechanism of antiviral action, inhibition of virus-specific translation of proteins.

Воспалительные заболевания глаз являются значимой медицинской и социальной проблемой практической офтальмологии. Пациенты с воспалительными заболеваниями органа зрения занимают первое место в структуре амбулаторного приема. Среди инфекционных заболеваний глаз по научно-практической и медико-социальной значимости одно из ведущих мест занимают широко распространенные аденовирусные заболевания – эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК) и аденофарингоконъюнктивальная лихорадка (АФКЛ). О распространенности аденовирусных заболеваний человека свидетельствует тот факт, что 80 % населения имеет комплемент-связывающие антитела к аденовирусам [2]. В течение года аденовирусная инфекция имеет постоянную частоту и составляет 8 % всех регистрируемых вирусных инфекций. Среди так называемых респираторных вирусов частота аденовирусных инфекций стоит на втором месте только после гриппа А. Источником инфекции является больной человек или носитель. Носительство может продолжаться от 3-х до 9 месяцев. Медико-социальную значимость

аденовирусных заболеваний глаз определяют частые вспышки в офтальмологических стационарах, большие потери по временной нетрудоспособности, временная или стойкая утрата зрения [3], высокая контагиозность и эпидемический характер вспышек заболевания. Эпидемический кератоконъюнктивит характеризуется сравнительно более высокой контагиозностью и тяжестью клинического течения по сравнению с фарингоконъюнктивальной лихорадкой. В России ежегодно страдают эпидемическим кератоконъюнктивитом более 300 тыс. человек, что приводит к материальному ущербу в десятки миллионов рублей.

К настоящему времени идентифицировано более 50 серотипов аденовирусов, из которых 28 выделено у человека [5]. Основой вирусного поражения тканей глаза является цитоидальная реакция (быстрая дегенерация и гибель клеток), которая имеет три фазы течения: проникновение вируса в клетки и синтез специфических ферментов, необходимых для репродукции аденовируса; формирование зрелых вирионов (частиц зрелого инфекционного вируса); выход вирио-

нов из клеток. Воспаление, вызванное инфекционным агентом, сопровождается комплексом системных сдвигов, известных как острофазовый ответ [1].

Лечение аденовирусных заболеваний сопряжено с трудностями, поскольку не существует лекарственных средств селективного воздействия на аденовирусы [4]. Основное место занимают препараты широкого противовирусного действия – интерфероны, а также индукторы выработки интерферонов. Интерфероны – эндогенные низкомолекулярные белки, вырабатываемые различными клетками организма и обладающие противовирусной, иммуномодулирующей и противоопухолевой активностью. Противовирусное действие интерферонов связано с нарушением репродукции нуклеиновых кислот и белка нуклеокапсида. К действию интерферонов чувствительны практически все виды вирусов.

Цель исследования

Изучение влияния интерферогена тилорона на течение аденовирусных заболеваний глаз. Препарат относится к группе противовирусных средств, стимулируя образование в организме альфа-, бета- и гамма-интерферонов. Основными продуцентами интерферона в ответ на введение тилорона являются клетки эпителия кишечника, гепатоциты, Т-лимфоциты и нейтрофилы. После приема внутрь максимум продукции интерферона определяется в последовательности кишечник – печень – кровь через 4–24 часа. Препарат обладает иммуномодулирующим и противовирусным эффектом. Стимулирует стволовые клетки костного мозга, в зависимости от дозы усиливает антителообразование, уменьшает степень иммунодепрессии, восстанавливает соотношение «Т-хелперы / Т-супрессоры». Механизм антивирусного действия связан с ингибированием трансляции вирусспецифических белков в инфицированных клетках, в результате чего подавляется репродукция вирусов. Препарат также обладает антихламидийным действием.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 37 человек (74 глаза), из которых у 18 (49 %) был установлен диагноз аденовирусного конъюнктивита и у 19 (51 %) – эпидемического кератоконъюнктивита. Максимальное число больных (81 %) наблюдалось в возрастной группе от 20 до 30 лет. Всем больным диагноз был подтвержден путем клинического обследования, цитологического исследования соскоба с конъюнктивы, проводимого на базе лаборатории ГУЗ КДЦ «Вивея» и методом флюоресцирующих антител (МФА), проводимым на базе вирусологической лаборатории железнодорожной больницы.

Все пациенты были разделены на основную и контрольную группу. Основную группу составили пациенты, в комплексном лечении которых применяли препарат «Тилорон», а контрольную – пациенты, которых лечили по традиционной схеме. Средний возраст больных основной группы составил 28 ± 1 год, контрольной – 31 ± 1 год. Таким образом, эти группы были сопоставимы.

Распределение групп пациентов выглядело следующим образом: в основной группе (20 человек) пациенты с аденовирусным конъюнктивитом составили 40 % (8 человек), с эпидемическим кератоконъюнктивитом – 60 % (12 человек). В контрольной группе (17 человек) пациенты с аденовирусным конъюнктивитом составили 41 % (7 человек), с эпидемическим кератоконъюнктивитом – 59 % (10 человек). Большая часть пациентов – 23 человека (62 %) – обратились на второй день от начала заболевания, остальные 14 (38 %) – в течение 7–10 дней от начала заболевания. В клинике преобладали жалобы на отек век, покраснение глаз, чувство инородного тела под веками, скудное отделяемое, слезотечение, светобоязнь. Во всех случаях наблюдалось двустороннее аденовирусное поражение глаз. Поражение респираторного тракта с повышением температуры и головной болью было зарегистрировано у 26 пациентов (70 %).

Всем пациентам проводилось стандартное лечение: комбинированные стабильные глазные капли рекомбинантного интерферона, изготовленные на полимерной основе, выполняющей роль искусственной слезы (офтальмоферон), 6–8 раз в день; индукторы интерферона (актипол или полудан) в инстилляциях 6–8 раз в день; при выраженной инфильтрации роговицы – субконъюнктивальные инъекции полудана 0,3 мл с дексаметазоном 0,1 мл. В остром периоде дополнительно назначался один из препаратов – блокаторов H_1 -рецепторов гистамина (опатанол 0,1 %, аллергодил) 2–3 раза в сутки или антигистаминный препарат внутрь в течение 5–10 дней. В случаях подострого течения применялись капли с кромогликатом 2–3 раза в сутки. При тенденции к образованию пленок и в период роговичных высыпаний назначались глюкокортикоиды (дексаметазон или максидекс) 2 раза в сутки. При роговичных поражениях применялся 4 % тауфон, корнерегель 3 раза в сутки. Слезозамещающие препараты применялись длительно (до 6–8 недель).

Всем пациентам основной группы традиционное лечение было дополнено препаратом «Тилорон» (торговое название – «Лавомакс» (Нижфарм) или «Амиксин» (Дальхимфарм). Препарат применялся в дозе 0,125 г внутрь после еды первые двое суток, затем по 0,125 г через 48 часов. Курсовая доза составила 2,5 г (20 таблеток).

Результаты и обсуждение

Средняя продолжительность сроков временной нетрудоспособности среди пациентов основной груп-

Таблица 1
Средняя продолжительность сроков временной нетрудоспособности при аденовирусных заболеваниях глаз

	Эпидемический кератоконъюнктивит	Аденовирусный конъюнктивит
Основная группа	12 ± 1	8 ± 1
Контрольная группа	17 ± 1	13 ± 1

пы, страдающих эпидемическим кератоконъюнктивитом, составила 12 ± 1 день. Период высыпания роговичных инфильтратов был клинически менее выражен и у 58 % (7 человек) проявился только на одном глазу. Регрессия инфильтратов происходила в течение 4–5 дней. Продолжительность пребывания на больничном листе пациентов основной группы с аденовирусным конъюнктивитом составила 8 ± 1 день (табл. 1).

Среди пациентов контрольной группы, страдающих эпидемическим кератоконъюнктивитом, средняя продолжительность сроков временной нетрудоспособности составила 17 ± 1 день, при этом в период роговичных высыпаний у всех пациентов наблюдалось

двустороннее поражение роговицы. При аденовирусном конъюнктивите до момента клинического выздоровления проходило в среднем 13 ± 1 день.

Выводы

Предложенная комплексная терапия аденовирусных заболеваний глаз, дополненная системным назначением противовирусного и иммуностимулирующего препарата «Тилорон», показала высокую эффективность.

Предложенный стандарт лечения сокращает сроки исчезновения основных клинических симптомов и сроки лечения больных при аденовирусных заболеваниях глаз в среднем на 5 дней.

Список литературы

1. Алексеев, В.Н. Патогенетически обоснованная терапия аденовирусных заболеваний глаз / В.Н. Алексеев, Е.А. Жукова, Е.Б. Мартынова // Рус. мед. журн. – 2005. – Т. 6, № 4. – С. 146.
2. Дрейзин, Р.С. Семейство Adenoviridae / Р.С. Дрейзин // Общая и частная вирусология / под ред. В.М. Жданова, С.Я. Гайдамович. – М., 1982. – Т. 2. – С. 413–462.
3. Конева, Е.Б. Клинико-эпидемиологическая диагностика и лечение острозаразных заболеваний глаз: метод. рекомендации / Е.Б. Конева, Ю.Ф. Майчук. – М., 1986. – С. 1–22.
4. Офтальмология: нац. рук. / под ред. С.Э. Аветисова и др. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – С. 413–416.
5. Синдром красного глаза: метод. рекомендации / В.В. Егоров, Г.П. Смолякова, Е.Л. Сорокин, В.В. Лузьянина. – Хабаровск, 2007. – С. 82–83.

УДК 616-053.31-07 (571.620)

Оценка состояния здоровья детей раннего возраста, рожденных от матерей с патологией гестационного процесса

С.М. Колесникова, Е.А. Левкова

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,
г. Хабаровск

S.M. Kolesnikova, E.A. Levkova

Assessment of the health status of infants born from mothers with pathology of gestational process

Резюме

Исследование проведено 115 беременным с различным типом гестации (I группа – физиологическое течение беременности, II группа – ОПГ-гестоз, III группа – угроза прерывания) и 105 детям по идентичным группам их матерей.

Ключевые слова: здоровье детей, гестационный процесс.

Summary

There were 115 pregnant women with different types of gestation under study (I group – physiological pregnancy, II group – EPH-gestosis, III group – the threat of termination) and 105 children corresponding to the group of their mothers.

Key words: children's health, gestational process.

Актуальность

В течение последних лет отмечается тенденция к ухудшению состояния здоровья детей, увеличивается

распространенность хронических соматических заболеваний, выросло число перинатальной патологии. По данным диспансеризации декретированных групп

по Хабаровскому краю, только около 21 % осмотренных детей являются здоровыми. Продолжает расти и показатель первичного выхода на инвалидность среди детей, который в настоящее время достиг 26,5 на 10 тыс. детского населения.

Нельзя не отметить и тот факт, что именно болезни матерей откладывают свой отпечаток на состояние здоровья их новорожденных детей.

Большинство исследователей подчеркивают, что в структуре заболеваний младенцев, а иногда и смерти отмечается преобладание патологических состояний, возникающих именно в перинатальном периоде, что и убеждает о взаимосвязи этих заболеваний со здоровьем матери.

Основной причиной перинатальной заболеваемости становится чаще всего гипоксия плода, которая является следствием различных патологических процессов в системе мать – плацента – плод.

Очевидно, что период внутриутробного развития плода является наиболее перспективной моделью для изучения становления функции органов и систем организма с последующей разработкой клинико-диагностических критериев риска возникновения патологии данной системы.

Цель исследования

Изучение влияния осложненного течения беременности на плод и новорожденного с элементами прогнозирования исходов в здоровье.

Материалы и методы

На I этапе было проведено обследование 115 беременных (по триместрам беременности). Группы исследования были сформированы исходя из особенностей течения гестационного процесса с оценкой состояния внутриутробного плода: 1 группа включала 38 беременных с физиологическим течением беременности, 2 группа – 42 беременных с угрозой прерывания беременности и 3 группа – 35 беременных с ОПГ-гестозом.

В дальнейшем также было проведено проспективное наблюдение за новорожденными детьми до одного месяца по идентичным группам их матерей (1 группа – 38 детей, 2 группа – 35 детей и 3 группа – 32 ребенка соответственно).

На I этапе особенностью обследования являлось проведение КТГ плода при сроке гестации 16 недель, что было сделано впервые с целью ранней диагностики антенатальной гипоксии.

На II этапе проводилось клиническое обследование новорожденных детей и включало в себя оценку:

- антропометрических показателей по таблице Г.М. Дементьевой (1981 г.);
- соматического и неврологического статуса.

Результаты

Анализ исходов беременности в трех исследуемых группах позволил констатировать наличие перинатальных потерь во 2-й и 3-й группах в 7 случаях (20 %) и в 3-х случаях (8,57 %) соответственно.

В группе женщин с физиологическим течением беременности (1-я группа) перинатальные потери не зафиксированы. Таким образом, общее количество умерших во 2-й и 3-й группе составило 10 человек (14,92 %). Среди основных причин смерти регистрировались внутриутробная гипоксия, внутриутробные инфекции, врожденные пороки развития, данные о чем представлены в таблице 1.

Таблица 1
Структура летальности новорожденных в зависимости от типа течения гестационного процесса (%)

Показатели	2-я группа (n=7)	3-я группа (n=3)
Внутриутробная гипоксия	7 (100 %)	1
Внутриутробная инфекция:	1	3
– внутриутробная пневмония	1	3
– энцефалит	–	2
– менингит	–	1
– гепатит	–	1
Врожденные пороки развития:	3	–
– сердца	3	–
– легких	3	–
– ЦНС	1	–
– кишечника	1	–
– тимуса	1	–

Из 35 живорожденных 2-й группы 25 детей были отнесены к категории доношенных (71,5 %), 10 новорожденных родились недоношенными (34–36 недель), что составило 28,5 %. При этом в 97,1 % случаев (34 ребенка) диагностирована задержка внутриутробного развития (ЗВУР).

Из 32 живорожденных 3-й группы 24 ребенка родились недоношенными (75 %), что почти в 3 раза больше, чем во 2-й группе, 8 детей были отнесены к категории доношенных (25 %). ЗВУР диагностирована в 2 раза реже (53,1 %) по сравнению с данным показателем во 2-й группе, но все же отмечалась достаточно часто, почти у каждого второго новорожденного.

Анализируя факторы внутриутробной аalterации в изучаемых группах детей от матерей с осложненным течением беременности, было установлено, что у всех детей 2-й группы доминировал гипоксический фактор (табл. 2).

Отличительной особенностью детей 3-й группы было преобладание инфекционных поражений различной локализации с преимущественным поражением легких, ЦНС, печени. Этиологический спектр был представлен всеми возбудителями, к которым определялись специфические иммуноглобулины класса G в диагностически значимых титрах во время беременности.

Таким образом, факторы внутриутробной аalterации в изучаемых группах детей от матерей с осложненным течением беременности были разными.

Таблица 2

Частота развития асфиксии у новорожденных от матерей с различными типами течения гестационного процесса (%)

Степень тяжести асфиксии	1-я группа (n = 38)	2-я группа (n = 35)	3-я группа (n = 32)
Тяжелая	–	9 (25,7)*, **	2 (6,2)*
Средняя	–	12(34,3)*	7 (21,9)*
Итого	–	21 (60 %)	9 (28,1 %)

Примечание: * – величины достоверно отличимы по сравнению с 1-й группой;

** – величины достоверно отличимы по сравнению с 3-й группой.

У детей 3-й группы доминировал инфекционный фактор, у детей 2-й группы – гипоксический. Проведенный клинический анализ новорожденных по физическому развитию, особенностям течения ранней неонатальной адаптации позволил выявить различия между 1, 2 и 3-й группами новорожденных от матерей с различными типами течения гестационного процесса.

Первый показатель, который достоверно отличался ($p < 0,05$) в исследуемых группах, – масса тела. Так, у детей 1-й группы данный показатель составил $3546,42 \pm 168,13$ г, средние значения массы тела у новорожденных 2-й группы составляли $2794,25 \pm 248,12$ г, а в 3-й группе среднее значение массы тела новорожденных было $3159,12 \pm 98,49$ г.

Как показывают данные таблицы 2, новорожденные из 2-й и 3-й групп достоверно чаще рождались в состоянии асфиксии тяжелой ($p < 0,05$) и средней ($p < 0,05$) степени тяжести по сравнению с детьми из 1-й группы. У новорожденных 10-й группы тяжелая и средняя степень тяжести асфиксии не зарегистрированы. Во 2-й группе доминирующей по частоте была тяжелая асфиксия, зафиксированная у 9 новорожденных (25,7 %), средняя степень тяжести асфиксии диагностирована у 12 детей, что составило 34,3 %. В 3-й группе тяжелая асфиксия зарегистрирована у 2-х детей (6,2 %), средняя – у 7 (21,9 %).

Таким образом, во 2-й группе детей общая частота диагностированных асфиксий составила 60 % против 28,1 % в 3-й группе. Следовательно, внутриутробно диагностированная хроническая гипоксия плода во 2-й группе находит свое клиническое отражение в частоте асфиксий у новорожденных этой группы, которая доминирует (60 %) по сравнению с 1-й и 3-й группами.

При оценке физического развития (табл. 3) только у одного новорожденного из 1-й группы была выявлена ЗВУР по гипотрофическому варианту I степени. В то же время во 2-й группе 34 ребенка имели разной степени выраженности нарушения физического развития, представленные гипотрофическим вариантом ЗВУР в 34,4 % случаев, гипопластическим в 51,4 % и диспластическим в 14,3 % случаев. При оценке

Таблица 3

Характеристика различных вариантов ЗВУР у новорожденных от матерей с различными типами течения гестационного процесса (%)

Варианты ЗВУР	1-я группа (n = 38)	2-я группа (n = 35)	3-я группа (n = 32)
Гипотрофический	1	11 (34,4)*	9 (28,1)*
I степени	1	4 (36,6)*, **	2*
II степени	–	5 (45,4)*	5 (55,5)*
III степени	–	2	2
Гипопластический	–	18 (51,4)*, **	8 (25)*
Диспластический	–	5 (14,3)*, **	–
Итого	1	34 (97,1)*, **	17 (53,1)*

Примечание: * – величины достоверно отличимы по сравнению с 1-й группой, при $p < 0,05$;

** – величины достоверно отличимы по сравнению с 3-й группой, при $p < 0,05$.

степеней тяжести гипотрофического варианта ЗВУР выявлено, что 4 детей имели I степень, 5 – II степень, 2 – III степень. В 3-й группе 17 новорожденных имели отклонения в физическом развитии, представленные в 9 (28,1 %) случаях гипотрофическим вариантом ЗВУР, в 8 (25 %) – гипопластическим. Распределение по степеням тяжести гипотрофического варианта ЗВУР у детей 3-й группы было представлено следующим образом: 2 новорожденных имели I степень, 5 – II степень и 2 – III степень тяжести.

Таким образом, наиболее выраженные изменения физического развития диагностировались у новорожденных 2-й группы по сравнению с 1-й и 3-й группами исследования. При этом необходимо акцентировать внимание на наличии во 2-й группе диспластического варианта ЗВУР, что указывает на крайне неблагоприятные внутриутробные условия развития плода, новорожденного; он ассоциировался у 5 новорожденных из 2-й группы с аномалиями развития (открытое овальное окно, аномально расположенная хорда левого желудочка, врожденная косолапость, дисплазия тазобедренных суставов, пупочная грыжа). В 1-й и 3-й группах малые формы аномалий развития не регистрировались.

Как следует из таблицы 4, у 3-х новорожденных из 1-ой группы было зарегистрировано нарушение функции ЖКТ. Во 2-й группе доминировали нарушения, характерные для перенесенной тяжелой внутриутробной гипоксии и асфиксии в виде СДР (65,7 %), транзиторной ишемии миокарда (68,6 %), ишемической нефропатии (60 %), МУМТ II–III степени (62,8 %) с поздним восстановлением массы тела (60 %). Кроме этого, у новорожденных из 2-й группы диагностировались геморрагический синдром в виде распространенных кожных высыпаний (14,3 %), нару-

Таблица 4

Характеристика заболеваемости и течения ранней неонатальной адаптации у новорожденных от матерей с различными типами течения гестационного процесса (%)

Характеристика заболеваемости	1-я группа (n = 38)	2-я группа (n = 35)	3-я группа (n = 32)
Геморрагический синдром	–	5 (14,3)*, **	2*
СДР	–	23 (65,7)*, **	12 (37,5)*
Транзиторная ишемия миокарда	–	24 (68,6)*, **	9 (28,1)*
Ишемическая нефропатия	–	21 (60)*, **	7 (21,8)*
Нарушение функции ЖКТ	1	6 (17,1)*, **	26 (81,2)*
Кандидоз кожи и слизистых	–	0*, **	12 (37,5)*
Отечный синдром	–	4*, **	10 (31,2)*
Максимальная убыль массы тела (МУМТ) II–III степени	–	22 (62,8)***	9 (28,1)*
Позднее восстановление первоначальной массы тела	–	21 (60)*, **	9 (28,1)*
Транзиторная гипотермия	–	5 (14,3)*, **	–
Транзиторная гипертермия	–	–	7 (21,8)*
Ранняя желтуха	–	4**	13 (40,6)*

Примечание: * – величины достоверно отличимы по сравнению с 1-й группой, при $p < 0,05$;

** – величины достоверно отличимы по сравнению с 3-й группой, при $p < 0,05$.

шения функции ЖКТ (17,1 %), ранняя желтуха (4 случая) и нарушения терморегуляции в виде транзиторной гипотермии (14,3 %).

В 3-й группе нарушения характеризовались нарушениями функции ЖКТ (81,2 %), кандидозом кожи и слизистых оболочек (37,5 %), отеком синдром (31,2 %), ранней желтухой (40,6 %), нарушения терморегуляции по типу транзиторной гипертермии (21,8 %). Кроме этого, у новорожденных из 3-й группы были зафиксированы, но с достоверно меньшей частотой по сравнению со 2-й группой, такие нарушения, как СДР (37,5 %), транзиторная ишемия миокарда (28,1 %), ишемическая нефропатия (21,8 %). Следовательно, нарушения, выявленные у новорожденных 3-й группы, опосредованно указывали на участие инфекционного фактора в нарушении течения ранней неонатальной адаптации.

В таблице 5 представлена характеристика синдромов перинатального поражения ЦНС у новорожденных от матерей с различными типами течения гестационного процесса. Синдромы поражения ЦНС

Таблица 5

Характеристика неврологических синдромов у новорожденных от матерей с различными типами течения гестационного процесса (%)

Неврологические синдромы	1-я группа (n = 38)	2-я группа (n = 35)	3-я группа (n = 32)
Повышенная нервно-рефлекторная возбудимость	–	3*, **	12 (37,5)*
Церебральная депрессия	–	18 (51,4)*, **	5 (15,6)*
Неонатальные судороги	–	1	–
Внутричерепная гипертензия	–	12 (34,3)*	11 (34,4)*
Вегето-висцеральные дисфункции	1	35 (100)*, **	16(50)*

Примечание: * – величины достоверно отличимы по сравнению с 1-й группой, при $p < 0,05$;

** – величины достоверно отличимы по сравнению с 3-й группой, при $p < 0,05$.

в виде вегето-висцеральных дисфункций диагностированы у одного ребенка из 1-й группы.

Во 2-й группе новорожденных детей доминировали синдромы церебральной депрессии (51,4%), внутричерепной гипертензии (34,3 %), вегето-висцеральной дисфункции (100 %). У одного ребенка на третьи сутки жизни были зафиксированы эпизоды неонатальных судорог, а у 3-х новорожденных – синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Таблица 6

Структура заболеваемости у детей первого месяца жизни в исследуемых группах (%)

Группы заболеваний	1-я группа (n = 38)	2-я группа (n = 35)	3-я группа (n = 32)
ОРВИ	2	16,6 %	25 %*
Гнойно-септические процессы	–	3*, **	30 %*
Колонизация патогенной микрофлорой	3	16,6 %**	40 %*
Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки	1	38,8 %*, **	3*

Примечание: * – величины достоверно отличимы по сравнению с 1-й группой, при $p < 0,05$;

** – величины достоверно отличимы по сравнению с 3-й группой, при $p < 0,05$.

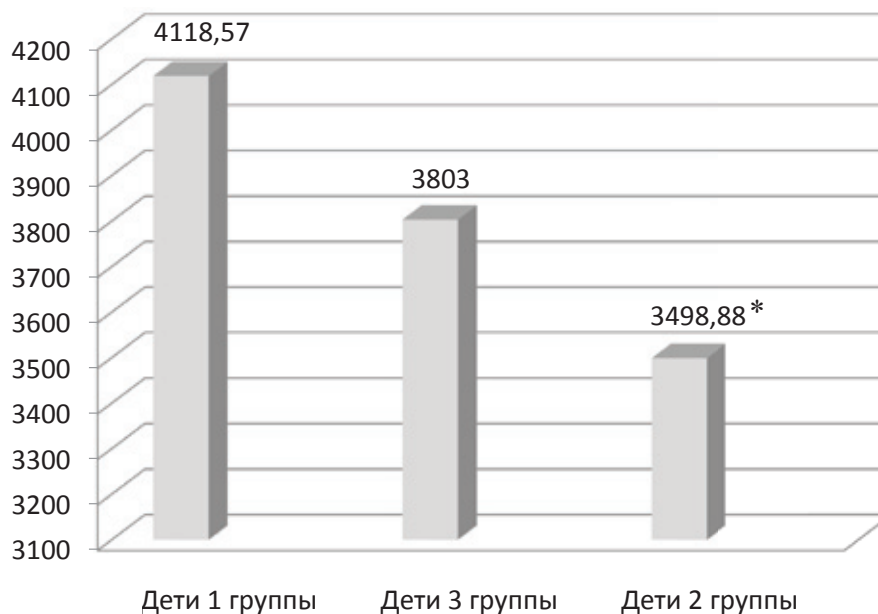


Рис. 1. Характеристика массы тела детей в возрасте одного месяца, родившихся от матерей с различными типами гестационных процессов

Примечание: * – величины достоверно отличимы по сравнению с 1-й группой, при $p < 0,05$.

В 3-й группе нарушения со стороны ЦНС были представлены синдромами повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (37,5 %), церебральной депрессии (15,6 %), внутричерепной гипертензии (34,4 %), вегето-висцеральных дисфункций (50 %).

Таким образом, последствием перенесенной тяжелой внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного является угнетение ЦНС, частота которого в виде синдрома церебральной депрессии является доминирующей у детей из 2-й группы. Несомненно, течение гестационного процесса оказало влияние на период ранней адаптации и заболеваемости у новорожденных этой группы.

По достижении возраста одного месяца дети всех трех групп имели нормальные показатели физического развития, адекватно прибавляли в весе, но минимальные значения массы тела были зафиксированы у детей 2-й группы. При этом установлена достоверность различий по данному показателю между детьми 1-й и 2-й групп.

На рис. 1 представлены различия показателей массы тела по группам.

Ретроспективный анализ структуры заболеваний, реализованных в позднем неонатальном периоде детьми, рожденными от матерей с различными типами гестационного процесса, представлен в таблице 6. Наиболее благополучной, исходя из данных катанестического анализа, является 1-я группа. ОРВИ (клинические проявления в виде ринофарингита) зарегистрирована у 2-х детей, у 3-х детей диагностирована колонизация кишечника условно-патогенной

микрофлорой за счет незначительной диссоциации кишечной палочки, у одного ребенка на 20-й день жизни были зафиксированы высыпания на коже в виде аллергической сыпи, обусловленной алиментарными погрешностями матери.

В 3-й группе детей от матерей с ОПГ-гестозом на первом месяце жизни в 2,7 раза чаще по сравнению со 2-й группой отмечены проявления инфекционной патологии, при этом обращает на себя внимание наличие гнойно-септической патологии (омфалит, конъюнктивит, вульвит у девочек). У 3-х девочек из данной группы был диагностирован вульвит при осмотре детским гинекологом с последующим микробиологическим подтверждением и высевом *E. coli*. При оценке микробного пейзажа у 8 детей 3-й группы (47 %) выявлена колонизация кишечника патогенной микрофлорой – *St. aureus* (10^7 и более), грибов рода *Candida albicans* (10^5 и более), содержание анаэробной флоры было изменено за счет снижения лакто- (10^5) или бифидобактерий (10^7). Изменения со стороны кожного покрова и подкожно-жировой клетчатки регистрировались в 10 % случаев. В то же время, у детей 2-й группы обращала на себя внимание большая встречаемость ранних форм аллергических реакций на коже (37 %).

Вывод

Таким образом, проведенные клинические исследования позволяют констатировать зависимость состояния здоровья детей от течения беременности у их матерей, что требует своевременно выделять группы риска по соответствующей патологии и проводить профилактические мероприятия.

Список литературы

1. Айламазян, Э.К. Роль иммунной системы фетоплацентарного комплекса в механизмах преждевременного прерывания беременности / Э.К. Айламазян, О.В. Павлов, С.А. Сельков // *Акушерство и гинекология*. – 2004. – № 2. – С. 9–11.
2. Базина, М.И. Беременность и роды при внутриутробных инфекциях: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук / М.И. Базина. – Омск, 2000. – 20 с.
3. Бурдули, Г.М. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты) / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 1997. – 188 с.
4. Володин, Н.Н. Иммунология перинатального периода (проблемы и перспективы) / Н.Н. Володин, М.В. Дегтярева // *Педиатрия*. – 2001. – № 4. – С. 4–8.
5. Гадиева, Ф.Г. Взаимосвязь иммунной и эндокринной систем у женщин репродуктивного возраста / Ф.Г. Гадиева // *Акушерство и гинекология*. – 2001. – № 1. – С. 11–13.
6. Киншт, Д.Н. Поздний гестоз как системная воспалительная реакция / Д.Н. Киншт, Е.И. Верещагин, Н.М. Пасман // *Вестн. интенсивной терапии*. – 1999. – № 2. – С. 23–28.
7. *Клиническая иммунология и аллергология: учеб. пособие / под ред. А.В. Караулова*. – М.: Мед. информ. агентство, 2002. – 650 с.
8. Крошкина, Н.В. Особенности иммунного ответа беременных на ранних сроках гестации с впоследствии развившимся гестозом / Н.В. Крошкина, Н.Ю. Сотникова, И.Ю. Скрипкина [и др.] // *Мед. иммунология*. – 2004. – Т. 6, № 3–5. – С. 381.
9. Кулаков, В.И. Преждевременные роды / В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
10. Сидельникова, В.М. Актуальные проблемы невынашивания / В.М. Сидельникова, З.С. Ходжаева, А.А. Агаджанова. – М., 2001. – 167 с.
11. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М.: Триада-Х, 2002. – 304 с.
12. Старостина, Т.А. Современные вопросы патогенеза и терапии невынашивания беременности / Т.А. Старостина, Е.М. Демидова, А.С. Анкировская // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 5. – С. 59–61.
13. Фрейдлин, И.С. Клетки иммунной системы / И.С. Фрейдлин, А.А. Толоян. – СПб, 2001. – Т. 1 (230). – 390 с.

УДК 616.832-001-053.1-053.2**Последствия перинатальных повреждений позвоночника у детей****С.Г. Толмачева, Е.В. Брайченко, В.С. Ступак, Т.А. Сорвина**

ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
г. Хабаровск**S.G. Tolmacheva, E.V. Braychenko, V.S. Stupak, T.A. Sorvina**
Consequences of perinatal spinal cord injuries in children**Резюме**

В статье представлена структура патологии нервной системы у детей различных возрастов. Отмечена доминирующая патология – патология позвоночника. Проведен анализ повреждающих факторов с выделением критических периодов. Оценена эффективность лечения в проспективном и ретроспективном аспектах.

Ключевые слова: патология нервной системы, позвоночник, нейрофизиологические методы исследования.

Summary

The article presents the structure of the pathology of the nervous system in children of different age. It was noted that the dominant pathology was the pathology of spine. The analysis of disturbing factors with an indication of critical periods was carried out. We assessed the efficacy of treatment in terms of prospective and retrospective aspects.

Key words: pathology of the nervous system, spine, neurophysiological methods.

Актуальность

Патология позвоночника является одной из самых распространенных, занимая третье место в общей

структуре заболеваний нервной системы. Исследовательские работы многих авторов, в т. ч. и А.Ю. Ратнера с 1991 г., показали, что удельный вес пациентов с патоло-

гией позвоночника среди детей различных возрастов в большинстве случаев обусловлен последствиями перенесенной перинатальной энцефаломиелопатии [1, 3, 8]. По данным кафедры детской неврологии института усовершенствования врачей г. Казани, у 100 детей с диагнозом сколиоза позвоночника выявлена неврологическая симптоматика и натальная травма в анамнезе, у 58 из 85 ведущим синдромом была периферическая цервикальная недостаточность [2, 4, 8].

Материалы и методы

Проведен катamnестический анализ данных неврологических осмотров детей в консультативно-диагностической поликлинике ГУЗ «Перинатальный центр» по 1520 медицинским картам за период 2006–2008 гг. Соотношение девочек/мальчиков представлено как 45 и 55 % соответственно. Возрастной диапазон детей от 6 до 14 лет включительно. Основной метод исследования – клиничко-статистический. Учитывались динамические данные РЭГ, ЭЭГ, рентгенологических, ультразвуковых и других стандартных неврологических обследований детей.

Результаты и обсуждение

По результатам проведенного исследования, патология позвоночника была представлена следующими патонозологическими формами: нестабильность позвонков двигательных сегментов, ювенильный остеохондроз с вертебробазиллярной недостаточностью, распространенный остеохондроз, сколиотическое изменение осанки у детей. Совокупное представление указанных форм, а также их сочетание составляло 34,5 % в общей структуре заболеваний нервной системы. Совокупное представление указанных форм по половому признаку представлено соотношением 1:1. Манифестация клинических проявлений приходилась на период раннего школьного возраста (7–10 лет), достигая максимально развернутой картины к 14 годам.

Из анамнеза болезни и жизни отмечалось наличие реализованных антенатальных факторов риска, а именно осложненное течение гестационного процесса, сопряженного с фактором кислородного голодания – до 89,5 % случаев, инфекционной нагрузкой с преобладанием вирусных агентов (семейство вирусов простого герпеса I и II типа, ЦМВ, вирус Эпштейн –

Барра) – до 42,5 % случаев всей рассматриваемой патологии позвоночника. Среди интранатальных причин преобладали ишемические и травматические воздействия – 45 %, наличие в анамнезе операции кесарева сечения составляло 22,4 % (рис. 1).

Факторы риска, представленные на рис. 1, способствовали несостоятельности сосудистой стенки и повышали травматизацию в родах. По данным исследования, чаще страдал шейный отдел позвоночника (в основном экстракраниальная часть позвоночных артерий), когда впоследствии у детей отмечались выраженные вегетативные расстройства (цефалгии, кардиалгии, вегето-сосудистые пароксизмы, синкопе, абдоминалгии, дыхательные расстройства). При осмотре выявлялись следующие симптомы: защитное напряжение шейно-затылочных мышц, крыловидные лопатки и асимметрия стояния плечевого пояса. По РЭГ более чем в 31,5 % случаев выявлялись признаки ишемии ретикулярной формации. Церебральный уровень поражения у детей проявлялся не только вышеописанной симптоматикой, но и внутричерепной гипертензией в 32 % случаев, по данным ЭхоЭС обследования, синдромом мышечной гипотонии, описанном в 85 % осмотров невролога. Мышечная гипотония более чем в половине случаев была диффузной, в 37 % выражена достаточно до рекурвации в суставах, с переразгибанием пальцев кисти, у 12 % детей выявлялось снижение мышечной силы в руках.

В аналогичных исследованиях В.И. Гузевой [7], при проведении долгосрочного обследования, на протяжении 7–10 лет у детей с натальной шейной травмой, миотоническими проявлениями, церебральной сосудистой недостаточностью были получены следующие данные: 87 % детей имели ранние признаки шейного остеохондроза позвоночника, 50 % этих детей жаловались на головные боли, в половине случаев – с сочетанием нарушения зрения (у 22 % детей была зарегистрирована близорукость), при этом 12 % из этих детей безуспешно наблюдались у кардиолога с жалобами на боли в сердце, с которыми связывали и повышенную утомляемость.

В проведенном исследовании основной причиной патологии позвоночника являлась резидуальная цервикальная недостаточность на фоне активного роста и физической нагрузки на позвоночник (влияние статистических и динамических нагрузок). Кроме миотонических проявлений, описанных выше, выявлялись жалобы на головные боли (75,2 %), головокружение (45,0 %), повышенную утомляемость (26,7 %), мелькание «точек», «мушек» (19,5 %), хруст в шейном отделе позвоночника при поворотах (34,2 %). Из клинического осмотра определялась болезненность при пальпации позвоночника (25,5 %), напряжение шейно-затылочных мышц (44,5 %), болезненность точек выхода вертебральных артерий (41,3 %), сколиозы (25,0 %), ограничения поворота головы (18,6 %), кривошея (19,4 %), гипертрофия мышц плечевого пояса (50,0 %) (рис. 2).

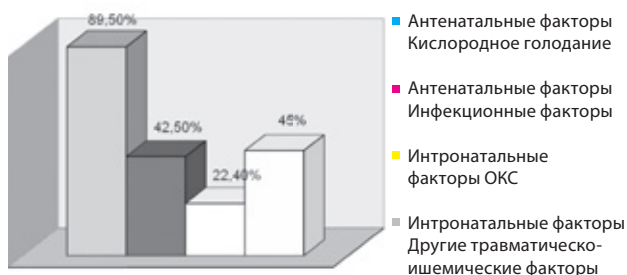


Рис. 1. Факторы риска патологии позвоночника у детей

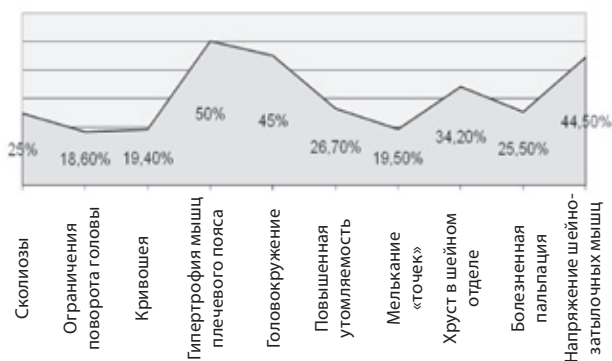


Рис. 2. Симптомы поражения позвоночника у детей от 6 до 14 лет

До 67 % детей имели нарушения кровоснабжения позвоночника по данным РЭГ, определялось снижение амплитуды одной или обеих каротидных и вертебральных РЭГ, в 28 % имелась реакция на компрессию.

О резидуальном характере проблем с позвоночником у детей свидетельствовали не только параклинические исследования, но и данные осмотра врачей-офтальмологов. В нашем клиническом исследовании у 65 % детей выявлены различные нарушения со стороны зрительного анализатора как отражения резидуальной церебрососудистой неполноценности, у 36 % – спазм сосудов сетчатки глазного дна.

Лечение проводилось согласно стандарту оказания медицинской помощи детям с патологией

нервной системы от 2 до 4 раз в год. Курсы включали препараты, улучшающие энергетическое обеспечение мозга, стимулирующие пластические процессы, препараты аминокислот, средства, улучшающие мозговой кровоток и процессы метаболизма, а также средства, влияющие на синаптическую проводимость. Индивидуально подбирались витамины (пиридоксина гидрохлорид, тиамин гидрохлорид, цианокобаламин, комплексные витамины: мильгамма, магне В₆ и др., про- или антиоксиданты, антигипоксические средства и мембранопротекторы, а также симптоматическая терапия, ЛФК и массаж. Результативность комплексного наблюдения и лечения детей составила 66,4 %.

Выводы

1. Параклинические исследования (ЭхоЭС, РЭГ, рентгенологические исследования) свидетельствуют о резидуальном характере заболеваний позвоночника у детей, что дополнительно подтверждается осмотрами врачей-офтальмологов в 67 % случаев.

2. Реализация патологии позвоночника не зависит от пола и с одинаковой частотой встречается у девочек и у мальчиков.

3. Манифестация клинических проявлений приходится на период раннего школьного возраста (7–10 лет), достигая максимально развернутой клинической картины к 14 годам.

4. Результативность комплексного наблюдения и лечения детей с патологией позвоночника составляет 66,4 %.

Список литературы

1. *Болезни периферической нервной системы: рук. для врачей.* – М.: Медицина, 1989. – 464 с.: ил.
2. *Динамика нервно-психического развития детей, воспитывающихся в домах ребенка и детских домах* / Е.А. Воробьева, О.М. Филькина, Н.В. Долотова, Е.Л. Витрук, Л.А. Пыхтина // *Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием.* – М., 2007. – С. 63–64.
3. *Как учить и развивать детей с нарушениями развития: курс лекций и практических занятий для персонала медицинских учреждений* / сост. К. Грюневальд; пер. с англ. Е.М. Видре. – СПб.: Ин-т раннего вмешательства, 2000. – 144 с.
4. *Особенности здоровья детей, рожденных от нежеланной беременности* / О.М. Филькина, Е.А. Воробьева, Л.А. Пыхтина, Н.В. Долотова, О.С. Широкова // *Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии: материалы Всемир. конгр.* – М., 2007. – С. 119.
5. *Особенности состояния здоровья детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы в зависимости от уровня нервно-психического развития и условий воспитания* / О.М. Филькина, Л.А. Пыхтина, Е.А. Воробьева, Т.Г. Шанина, О.Ю. Кочерова // *Актуальные проблемы профилактики социального сиротства: материалы Республиканской науч.-практ. конф.* – Иваново, 2008. – С. 91–94.
6. *Проблемы детской неврологии* / Под редакцией проф. А.Ю. Ратнера. 1991. – 176 с.
7. *Руководство по детской неврологии* / под ред. В.И. Гузевой. – СПб.: Фолиант, 2004. – 495 с.
8. *Фрухт, Э.Л. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы* / Э.Л. Фрухт, Р.В. Тонкова-Ямпольская // *Рос. педиатр. журн.* – 2001. – № 1. – С. 9–12.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 616-002.4-089

Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей

Н.П. Володченко, С.А. Шукан

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница»,
г. Благовещенск

N.P. Volodchenko, S.A. Shukan

Non-clostridial anaerobic infection of soft tissues

Резюме

Для анаэробной инфекции характерно обширное, прогрессирующее поражение мягких тканей, трудность ранней диагностики заболевания. Основу лечения должны составлять радикальная хирургическая обработка очага, ранние реконструктивно-восстановительные операции, комплексная терапия, включающая ГБО.

Ключевые слова: анаэробная инфекция, флегмона, хирургическая обработка, комплексное лечение.

Summary

Anaerobic infection is characterized by massive, progressing damage of soft tissues and the difficulty of early diagnostics. The basic treatment must consist of radical surgical treatment of focus, early reconstructive recovery operations and complex therapy including hyperbaric oxygenation.

Key words: anaerobic infection, phlegmon, surgical treatment, complex therapy.

Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей вызывается условно-патогенной флорой, обитающей в организме человека в полости рта, кишечника, на коже. Наиболее часто встречаются грамотрицательные палочки рода *Bacteroides* и *Fusobacterium*, грамположительные кокки *Peptococcus* и *Peptostreptococcus*. Развитию инфекции способствует снижение защитных функций организма. Кровопотеря, гипоксия, шок любого происхождения, а также длительные хронические заболевания – туберкулез, сахарный диабет, алкоголизм, злокачественные опухоли – являются благоприятным фоном для развития анаэробного процесса [1, 2, 3, 4].

Флегмоны с участием неклостридиальных анаэробов, в отличие от банальной микрофлоры, характеризуются большей склонностью к распространению по анатомическим футлярам. Также они отличаются большей скоростью распространения в связи с поражением преимущественно фасций, создающих

анатомические футляры, в которых при сокращении мышц создается повышенное давление, и гнойный экссудат проникает в сообщающиеся с ним полости, тем более что вязкость гноя при анаэробных флегмонах всегда значительно меньше, чем при банальном воспалении [1].

Клинически анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей проявляется в виде целлюлита, фасциита, миозита. Начало заболевания неопределенное – больные жалуются на слабость, недомогание, разбитость. Местные проявления очень скудные – незначительная инфильтрация тканей, чаще без изменений на коже. Причем площадь пораженной кожи не соответствует площади поражения глубь расположенных тканей. Знание клинических особенностей течения неклостридиальной инфекции мягких тканей позволяет заподозрить развитие этого опасного заболевания до проведения лабораторной диагностики и начать соответствующее лечение. На-

дежным подспорьем в подтверждении клинического диагноза является бактериоскопия и хроматографическое исследование, их выполнение не требует значительных затрат времени [4].

Лечение неклостридиальной анаэробной инфекции включает хирургическое вмешательство и интенсивную терапию с использованием антибактериальных препаратов [1]. Хирургическое вмешательство необходимо выполнять как можно раньше, при первом подозрении на неклостридиальную инфекцию. Оперативное пособие заключается в хирургической обработке раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей. Во время оперативного вмешательства необходимо произвести широкое рассечение кожи с полным удалением патологически измененных подкожной клетчатки, фасций и мышц, не опасаясь возникновения обширной раневой поверхности. В первой фазе раневого процесса, как правило, используют осмотически активные мази на водорастворимой основе («Левосин», «Левомиколь», 5% диоксицилиновая мазь), в дальнейшем при положительной динамике раневого процесса – наложение вторичных швов, проведение аутодермопластики свободным сетчатым лоскутом. Основными ошибками в лечении больных с неклостридиальной инфекцией являются: несвоевременное, неполноценное оперативное пособие, неадекватная антибактериальная, инфузионная терапия. Летальность при неклостридиальной инфекции мягких тканей остается высокой и составляет по данным различных авторов от 18 до 60% [2, 4, 5].

За последний год в клинике общей хирургии АГМА находилось 5 больных с обширными неклостридиальными анаэробными флегмонами мягких тканей, 2 больных умерло.

Приводим одно из наблюдений с благоприятным исходом лечения.

Больная К., 64 лет (ист. болезни № 6096), поступила в клинику 25.09.2008 г. с жалобами на боли в области раны передней брюшной стенки, повышение температуры тела до 38–39 °С, слабость, тошноту. Заболевание связывает с повреждением палкой передней брюшной стенки на даче 5 дней назад.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела – 38,2 °С, пульс – 112 в минуту, удо-

влетворительных качеств, АД – 100/60 мм рт. ст. В левой подвздошной области имеется рана 2,5 × 1,3 см, с неровными краями, покрыта серовато-грязным налетом, с выраженной инфильтрацией кожи и подкожной клетчатки вокруг. Установлен диагноз: рваная рана передней брюшной стенки, осложненная флегмоной. Дежурным хирургом под общим обезболиванием выполнен разрез, дренирование раны. На вторые сутки состояние больной ухудшилось, боли в ране усилились, увеличилась инфильтрация мягких тканей передней брюшной стенки, температура повысилась до 39 °С, стали нарастать явления интоксикации. В анализах крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево.

Установлен диагноз: обширная неклостридиальная флегмона передней брюшной стенки. Под общим обезболиванием больная повторно оперирована.

Во время операции – выраженное поражение подкожно-жировой клетчатки и фасций. Клетчатка, фасции грязно-серого цвета с неприятным запахом, из раны – серозно-геморрагическое отделяемое. Произведена хирургическая обработка раны с удалением всех пораженных тканей. Размеры раны – 3,0 × 1,8 см. При бактериологическом исследовании отделяемого из раны отмечен рост *Bacteroides fragilis* в ассоциации с аэробной флорой.

В послеоперационном периоде ежедневно проводились перевязки под общим обезболиванием в условиях операционной с мазями на водорастворимой основе («Левомиколь», «Левосин») и интенсивная терапия, включающая: антибактериальные препараты «Метрагил», «Тиенам»; инфузионную, симптоматическую терапию. Проведено 10 сеансов ГБО.

На 27 сутки произведена свободная кожная пластика. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 42 сутки.

Основными причинами длительного и тяжелого течения заболевания явилось: несвоевременная диагностика, неадекватное хирургическое пособие при поступлении в отделение. Таким образом, только своевременная диагностика неклостридиальной анаэробной флегмоны, качественное хирургическое пособие с интенсивной терапией позволят значительно снизить летальность и улучшить результаты лечения и качество жизни больных.

Список литературы

1. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция / М.И. Кузин, Б.М. Костюченко. – М., 1990. – 397 с.
2. Кулешов, С.Е. Диагностика анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей // *Вестн. хирургии*. – 1991. – № 6. – С. 112–116.
3. Мельников, В.Н. Анаэробные инфекции / В.Н. Мельников, Н.И. Мельников. – М., 1973. – 287 с.
4. Светухин, А.М. Избранный курс лекций по гнойной хирургии / А.М. Светухин, В.Д. Федоров. – М., 2004. – 364 с.
5. Шляников, С.А. Госпитальная хирургия : рук. для врачей-интернов / под ред. Л.Н. Борисенкова, В.М. Трофимова. – СПб.: Лань, 2005. – 896 с.

удк 616.74-009.7-031.14

Дифференцированный подход к оценке индекса активности ревматической полимиалгии

Т.Ю. Кочерова, Э.Н. Оттева

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК,
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
г. Хабаровск

T.Yu. Kocherova, E.N. Otteva

Differentiated approach to the evaluation index of activity of rheumatic polymyalgia

Резюме

Ревматическая полимиалгия (РП) и гигантоклеточный артериит (ГКА) – это тесно связанные между собой заболевания, обычно развивающиеся у людей среднего и пожилого возраста. РП характеризуется болью и скованностью мышц плечевого и тазового пояса, имеет быстрый положительный ответ на малые дозы преднизолона и хороший прогноз. ГКА – это васкулит с поражением мелких и средних сосудов. Преднизолон является препаратом выбора в лечении РП и ГКА. Дозы 20–30 мг/сут при терапии РП и 40–60 мг/сут при ГКА бывает обычно достаточно для купирования клиники болезни.

Индекс активности РП (ИАРП) был разработан на основании EULAR критериев с помощью математического подсчета. Оценка активности РП следующая: менее 1,5–7 ед. – низкая степень активности, 7–17 ед. – средняя степень активности, более 17 – высокая степень активности. Ремиссии соответствуют значения от 0 до 1,5 ед. Представленный нами случай РП подчеркивает, что на клиническую картину заболевания влияют имеющиеся коморбидные состояния.

Ключевые слова: РП, ИАРП, коморбидные состояния.

Summary

Polymyalgia rheumatica (PMR) and giant-cell arteritis (GCA) are closely related conditions that affect persons of middle age and older and frequently occur together. PMR is an inflammatory condition of unknown cause characterized by aching and morning stiffness in the cervical region and shoulder and pelvic girdles. GCA is a chronic vasculitis of large and medium-sized vessels. It usually responds rapidly to low doses of corticosteroids and has a favorable prognosis. Corticosteroids are the drug of choice to treat polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. An initial dose of 20 to 30 mg of prednisone or its equivalent per day is adequate in most cases of PMR. GCA arteritis requires an initial dose of prednisone of at least 40 to 60 mg as a single or a divided dose.

The PMR-disease activity score has been developed on the basis of EULAR response criteria as a means of expressing disease activity as an absolute number. A score < 7 indicates low disease activity, scores 7–17 suggest medium activity, and a score > 17 is indicative of high disease activity. A score 0–1.5 means remission. Patients with PMR very often have associated illnesses. That's why it is very important to take into consideration all core set markers of inflammation during the monitoring. The polymyalgia syndrome is multivalued, it can also be the syndrome of some other rheumatological and therapeutic diseases, it is essential to take this fact into consideration while calculating index activity score.

Key words: PMR, SDAI PMR, associated illnesses.

В настоящее время большинство авторов считает, что гигантоклеточный артрит (ГКА) и ревматическая полимиалгия (РП) являются клиническими вариантами течения одного и того же заболевания. Однако в течение длительного времени эти заболевания считались самостоятельными. ГКА впервые описана в 1890 г. J. Hutchinson, и в последующем упоминания о новых случаях заболевания не было. Только в 1930 г. В. Horton описал гистологическую картину гранулематозного поражения артерии. Первое описание РП было сдела-

но W. Bruce 1888 г., он назвал эту болезнь «сенильной ревматической подагрой», и только в 1957 г. Н. Barber предложил использовать термин «ревматическая полимиалгия». Спустя 20 лет J.W. Paulley and J.P. Hughes впервые высказали предположение о взаимосвязи между РП и ГКА [1, 4, 5, 16, 22].

Хотя РП и ГКА тесно связаны между собой, их клиническая картина различна. При РП преобладают симптомы поражения костно-суставного аппарата, в большей степени мышечный компонент, при ГКА

– симптомы сосудистого воспаления определенных групп сосудов [2, 11, 12].

Терапия системных васкулитов всегда является сложной проблемой для врачей. Перед клиницистами стоит задача лечения заболеваний, этиология и патогенез которых остаются до конца не изученными. В тоже время прогноз при правильно подобранной терапии очень хороший. С одной стороны, известен факт, что глюкокортикоидная (ГК) терапия при РП быстро ведет к ремиссии, т. е. положительному клиническому и лабораторному эффекту и восстановлению нормального функционального статуса пациента. С другой стороны, длительная ГК терапия требует особого контроля у лиц пожилого возраста, имеющих различные коморбидные заболевания. Поэтому правильный подбор и титрование дозы ГК очень важно на всех этапах лечения данных пациентов, это требует наличия комплаентности между врачом и пациентом [2, 3, 6, 7, 8, 18, 20].

Несмотря на положительный эффект ГК при лечении РП и ГКА, выбор оптимальных доз и сроков лечения остаются важной задачей ревматологии. Продолжительная ГК терапия ведет к развитию стероидного диабета, остеопороза, сердечно-сосудистых катастроф и других осложнений. С другой стороны, длительно сохраняющееся воспаление также способствует ряду патологии [10, 14, 17, 19].

В последние десятилетия отмечен достаточно большой прорыв в изучении данной проблемы. С 2003 г. В. F. Leeb и Н.А. Bird начато многоцентровое исследование по разработке и использованию индекса активности РП, который в последующем был успешно внедрен для мониторинга активности РП на стационарном и амбулаторном этапах лечения. В то же время были разработаны и предложены параметры оценки активности РП: менее 1,5–7 ед. – низкая степень активности, 7–17 ед. – средняя степень активности, более 17 – высокая степень активности. В 2007 г. был введен математический критерий ремиссии РП (от 0 до 1,5 ед.) [5, 6, 9, 13, 15, 21].

В 1992–2007 гг. нами было проведено ретро- и проспективное клиническое исследование, которое показало, что для диагностики РП удобно использовать предложенные модифицированные критерии Н. Bird (2003 г.). Снижение дозы преднизолона возможно только после достижения клинико-лабораторного улучшения, что соответствует ИАРП ниже 7 ед. Это позволят исключить развитие торпидных форм РП и рецидивов заболевания.

В дальнейшем мы проанализировали выживаемость и причины смерти больных РП с помощью построения графика функции выживаемости Каплана – Мейера. Нами показано, что увеличение выживаемости больных в группе ремиссии достоверно ($p < 0,05$) выше и составляет 84,5 месяца по сравнению с группой рецидива, где данный показатель составляет 46 месяцев (рис. 1 и 2).

Первые 60 месяцев являются наиболее критическими для выживания в группе рецидива, в то время как в группе ремиссии данный показатель увеличивается до 100 месяцев.

Функция выживаемости

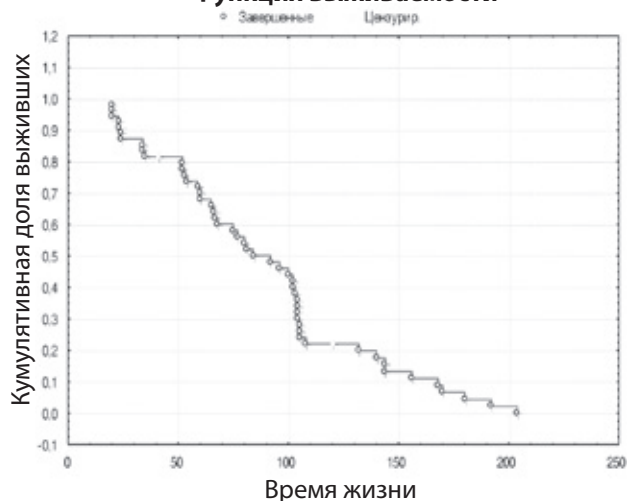


Рис. 1. Группа ремиссии

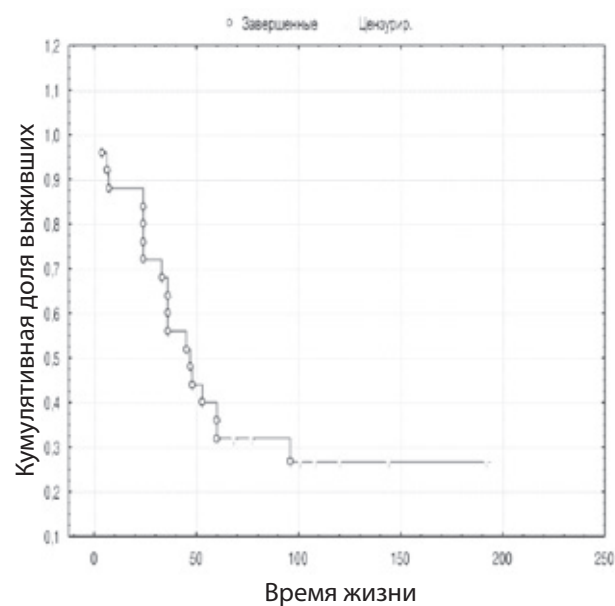


Рис. 2. Группа рецидива

Таким образом, эффективный мониторинг активности болезни позволяет в дальнейшем увеличить выживаемость больных РП, поэтому расчет индекса активности чрезвычайно важен в ежедневной практике ревматолога и терапевта [2, 3, 23].

По данным литературы (Raachid Lugmani, Omgord, UK, 2007 г.), до 55 % пациентов с РП и 31 % пациентов с ГКА имеют рецидивы заболевания и в связи с этим вынуждены принимать ГК в течение нескольких лет. Наибольшее число рецидивов отмечается в первый год болезни, обычно при снижении дозы ГК ниже 7,5 мг/сут [6]. По данным нашего исследования, у 67,1 % больных РП отмечалась ремиссия заболевания, в 32,9 % случаев – рецидив [2, 3].

За 15-летний период наблюдения (1991–2008 гг.) из 85 больных умерли 23 человека (27,0%), из них 14 человек (60,9%) имели рецидив заболевания и длительно получали стероидную терапию, 9 человек (39,1%) находились в ремиссии. Практически у всех пациентов (93,4%) в анамнезе исходно имелась артериальная гипертония и у 69,4% – сочетанная кардиоваскулярная патология (ИБС + АГ).

Причиной смерти у 60,9% пациентов явилось развитие мозгового инсульта, у 30,4% человек – прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН), в 8,7% случаев – развитие острого инфаркта миокарда (ОИМ).

РП – это заболевание, обычно развивающееся у людей пожилого возраста, имеющих сопутствующие коморбидные заболевания, поэтому при мониторинге активности РП необходимо учитывать все параметры, которые влияют на уровень СОЭ и другие показатели воспаления.

Полимиалгический синдром гетерогенен и может являться симптомом других ревматологических и терапевтических заболеваний. Из терапевтических заболеваний в первую очередь необходимо обращать внимание на бактериальные, вирусные и паразитарные инфекции. Полимиалгический, полимиопатический синдром может быть проявлением в первую очередь денервационных неврологических заболеваний (боковой амиотрофической склероз, мышечные дистрофии), эндокринологических (гипотиреоз, гипертиреоз, болезнь Кушинга, болезнь Аддисона), при нарушении питания, электролитных нарушениях. В рамках ревматологических заболеваний наиболее часто синдром полимиалгии встречается при ревматоидном артрите, полидерматомиозите, фибромиалгическом синдроме, различных системных васкулитах. Поэтому неправильная интерпретация миалгического синдрома может вести к постановке ошибочного диагноза, недооценке активности РП и дальнейшему неверному лечению, в том числе и стероидами.

Приводим собственное наблюдение

Больная П., 1934 г. р. (75 лет), жительница г. Вяземского. Болеет с октября 2008 г., когда на фоне относительного благополучия появились боли в мышцах бедер, которые значительно ограничивали движения. Больная с трудом вставала с кровати, плохо передвигалась в пределах квартиры. При обращении за медицинской помощью по месту жительства больной был установлен диагноз: инволютивная спондилопатия, синдром дорсопатии, назначена терапия найзом, алфлутопом. Эффекта от назначенной терапии больная не отмечала. Миалгический синдром в области бедер сохранялся на протяжении трех месяцев, с ноября 2008 г. в процесс вовлеклись мышцы плечевого пояса и шеи. При обследовании в поликлинике было выявлено ускорение СОЭ до 53 мм/ч, анемия с уровнем гемоглобина (Hb) – 116 г/л. В связи с этим исключалась онкопатология, миеломная болезнь. В январе 2009 г. осмотрена ревматологом и с подозрением на ревмати-

ческую полимиалгию госпитализирована в ревматологическое отделение ККБ № 1, где данный диагноз был подтвержден; проведен тест с 10 мг/сут преднизолона, после чего доза преднизолона увеличена до 30 мг/сут (из расчета 0,5 мг/кг веса).

Объективно: при поступлении боли в мышцах плечевого пояса, бедрах интенсивные. Оценка болевого синдрома пациентом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составляла 90 мм, утренняя скованность продолжалась до 60 минут, пациентка не могла поднять руки вверх (уровень элевации верхних конечностей – 3 балла).

Таким образом, выявлено, что у больной высокая степень активности ревматической полимиалгии, что подтверждено и высоким индексом активности (ИА РП при поступлении – 29,3 ед.). На фоне приема ГК в дозе 30 мг/сут в течение двух недель уже была достигнута положительная динамика болевого синдрома с уменьшением боли до 50 мм по ВАШ, увеличения объема движений (элевация возросла до 1 балла). При выписке больной из отделения ИА РП соответственно уменьшился до 18,1 ед.

На фоне последующей 4-месячной стероидной терапии клиника РП полностью регрессировала, доза преднизолона постепенно уменьшена до 15 мг/сут. ИА РП снизился до 2,4 ед. и соответствовал низкой степени активности.

В марте 2009 г. на фоне приема преднизолона в дозе 20 мг/сут у больной отмечалось обострение МКБ, хронического пиелонефрита, прогрессирование ИБС с частыми ангинозными приступами. В связи с этим по месту жительства проводилась санационная антибактериальная терапия (ципролет 500 мг/сут) в течение недели с положительным эффектом, проводилась коррекция антиангинальной и антигипертензивной терапии.

В мае 2009 г. при плановом осмотре ревматолога клинически отмечено вновь усиление боли в мышцах плечевого пояса, умеренный лейкоцитоз до 7,6 тыс., ускорение СОЭ до 36 мм/ч, при отсутствии каких-либо других маркеров рецидива РП. Больная была госпитализирована в ревматологическое отделение ККБ № 1. При дообследовании у пациентки была выявлена лейкоцитурия (общий анализ мочи: Le – ½ поля зрения, Нечипоренко: Le – 25 тыс. в 1 мл), в связи с чем был проведен курс антибактериальной терапии (цефалоспорины – цефтазидим 1,0 в/м) в течение 14 дней. В последующем анализы мочи полностью нормализовались, уровень СОЭ снизился до 15 мм/ч. Полностью регрессировали боли в мышцах (ВАШ по оценке пациентом составила 30 мм), элевация – 0 баллов (полный объем движений верхних конечностей).

В настоящее время больная получает преднизолон в дозе 10,0 мг/сут, достигнута ремиссия РП, полностью нормализовались лабораторные показатели (Hb – 122 г/л, эритроциты – 4,2 млн, тромбоциты – 240 тыс., СОЭ – 17 мм/ч), стабилизировалась гемодинамика, ангинозные боли редкие, индекс активности – 1,7 ед.

Проводится профилактика остеопороза (Т-критерий – 1,52 SD), больная постоянно получает препараты кальция и витамина D.

Обсуждение

Крылатая выражение М.Я. Мудрова «лечить не болезнь, а больного» остается актуальным и в наше время. Из описанного нами случая, видно, что, казалось бы, при определенной ситуации, где уже поставлен правильный диагноз и проводится адекватное лечение согласно современным позициям доказательной медицины, только комплексная оценка ситуации позволяет принять правильное решение. Имеющиеся у больной симптомы в процессе мониторинга укладывались в картину обострения РП, что требовало повышение дозы ГК, однако комплексная оценка

клинической картины и лабораторных показателей указывали на клинику обострения хронического пиелонефрита. При назначении антибиотиков через 10 дней полностью нормализовались показатели крови, мочи, купировался миалгический синдром.

Таким образом, мы видим, что интерпретация индекса активности РП должна проводиться только в комбинации с оценкой клиники и учетом сопутствующей патологии у пожилых больных. Не всегда повышение ИА РП является только проявлением рецидива ревматической полимиалгии. РП и ГКА являются достаточно редкими системными заболеваниями. Их своевременная диагностика базируется на богатом клиническом опыте и хороших знаниях ревматолога в других областях медицины.

Список литературы

1. Бунчук, Н.В. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия / Н.В. Бунчук. – М.: Эрус, 1992. – 158 с.
2. Кочерова, Т.Ю. Клиническая картина ревматической полимиалгии у жителей Хабаровского края / Т.Ю. Кочерова, Э.Н. Оттева // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 4. – С. 35–41.
3. Оттева, Э.Н. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона): состояние вопроса / Э.Н. Оттева, Т.Ю. Кочерова // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2008. – № 3. – С. 73–84.
4. A comparison of the sensitivity of diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica / H.A. Bird, B.F. Leeb, C.M. Montecucco et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2005. – № 64(4): Apr. – P. 626–629.
5. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica / H. Bird, W. Esselinckx, A.S. Dixon et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 1979. – № 38. – P. 434–435.
6. Bird, H. European diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica / H. Bird // *Ann. Rheum. Dis.* – 2001. – № 60: (Suppl 1). – P. 1060–1063.
7. Brian, F. Mandell Polymyalgia rheumatica: Clinical presentation is key to diagnosis and treatment / F. Brian // *Cleveland Clinic Journal Of Medicine.* – 2004. – Vol. 71, № 6: June. – P. 489.
8. Bruce, W. Senile rheumatic gout / W. Bruce // *Br. Med. J.* – 1888. – № 2. – P. 811–813.
9. Cornelia, M. Giant-cell arteritis and polymyalgia rheumatica / M. Cornelia, C.M. Weyand, J.J. Goronzy // *Ann. Intern. Med.* – 2003. – № 16 (139): Sep. – P. 505–515.
10. Daily and alternate-day corticosteroid regimens in treatment of giant cell arteritis: comparison in a prospective study / G.G. Hunder, S.G. Sheps, G.L. Allen et al. // *Ann. Intern. Med.* – 1975. – № 82. – P. 613–618.
11. Hutchinson, J. On a peculiar form of thrombotic arteritis of the aged which is sometimes productive of gangrene / J. Hutchinson // *J. Arch. Surg.* – 1890. – № 1. – P. 323–329.
12. Leeb, B.F. A disease activity score for polymyalgia rheumatica / B.F. Leeb, H.A. Bird // *Ann. Rheum. Dis.* – 2004. – № 63(10): Oct. – P. 1279–1283.
13. Luqmani, R. Treatment of Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell / R. Luqmani // *Arteritis Annals of Internal Medicine.* – 2007. – Vol. 146, № 9. – P. 675.
14. Nothnagl, T. Diagnosis, differential diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatica / T. Nothnagl, B.F. Leeb // *The New England Journal of Medicine.* – 2009.
15. Polymyalgia rheumatica / C. Salvarani, F. Cantini, L. Boiardi, G.G. Hunder // *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* – 2004. – № 18(5): Oct. – P. 705–722.
16. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis / C. Salvarani, F. Cantini, L. Boiardi et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2002. – № 347. – P. 261–271.
17. Rao, J.K. Limitations of the 1990 American College of Rheumatology classification criteria in the diagnosis of vasculitis / J.K. Rao, N.B. Allen, T. Pincus // *Ann. Intern. Med.* – 1998. – № 129. – P. 345–352.
18. Samanta, A. A fresh look at polymyalgia rheumatica / A. Samanta, J. Kendall // *Rheumatology.* – 2002. – № 41. – P. 1455–1456.
19. Smolen, J.S. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice / J.S. Smolen, F.C. Breedveld // *Rheumatology.* – 2003. – № 42. – P. 244–257.
20. Spiera, R. Inflammatory diseases in older adults: polymyalgia rheumatica / R. Spiera, H. Spiera // *Geriatrics.* – 2004. – № 59(11): Nov. – P. 39–43; quiz 44.
21. Survival in Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: a study of 398 cases and matched population controls / J.T. Gran, G. Myklebust, T. Wilsgaard et al. // *Rheumatology (Oxford).* – 2001. – № 40. – P. 1238–1242.
22. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis / G.G. Hunder, D.A. Bloch, B.A. Michel et al. // *Arthritis Rheum.* – 1990. – № 33. – P. 1122–1128.
23. Weyand, C.M. Medium- and large-vessel vasculitis / C.M. Weyand, J.J. Goronzy // *N. Engl. J. Med.* – 2003. – № 349. – P. 160–169.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 615.225.2

Бета-адреноблокаторы: прошлое, настоящее и будущее

Л.Н. Малай, А.Н. Мирошниченко, Б.В. Шарыкин, В.В. Конуровский

Медико-санитарная часть УФСБ России по Хабаровскому краю,

г. Хабаровск

L.N. Malay, A.N. Miroshnichenko, B.V. Sharykin, V.V. Konurovskiy

Beta-blockers: past, present and future

Резюме

Обсуждается правомочность применения В-адреноблокаторов (БАБ) для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Анализируются результаты основных исследований БАБ (LIFE, ASCOT и др.). Рассматривается роль симпато-адреналовой системы у пациентов на разных этапах сердечно-сосудистого континуума. Обосновывается точка приложения действия и прогноз клинической эффективности БАБ. Представлен обзор данных литературы о клинической целесообразности применения селективного В₁-адреноблокатора метопролола сукцината (беталок ЗОК) у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ключевые слова: бета-блокаторы, метопролол, сердечно-сосудистые заболевания.

Summary

Usage of B-blockers (BB) for treatment of patients with cardiovascular diseases is discussed. Results of the basic clinical trials with BB (LIFE, ASCOT, etc.) are analyzed. The role of sympathetic system in different stages of cardiovascular continuum as well as forecast of BB clinical efficacy is surveyed. Author presents a review of data about selective В₁-blocker, metoprolol succinate (betalok ZOK), in patients with cardiovascular diseases.

Key words: beta-blockers, metoprolol, cardiovascular diseases.

В течение последних полутора-двух лет в зарубежной и российской медицинской периодической литературе активно обсуждается вопрос о правомочности применения В-адреноблокаторов (БАБ) для лечения АГ в качестве препаратов первой линии. Несмотря на то, что «поражения» наиболее распространенного БАБ атенолола в ряде последних сравнительных исследований обращали на себя внимание даже врачей, не занимающихся наукой систематически, все же сама постановка вопроса для большинства кардиологов оказалась достаточно неожиданной. В статье анализируются результаты исследований LIFE, ASCOT, выводы «критических анализов L.H. Lindholm и H.A. Bradley». Рассматривая три состояния симпато-адреналовой системы (САС) у пациентов на разных этапах сердечно-сосудистого континуума, авторы приводят обоснование точки

приложения и прогноз клинической эффективности БАБ. В статье освещается обзор литературных данных о клинической целесообразности применения селективного В₁-адреноблокатора – метопролола сукцината (беталок ЗОК) у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В-адреноблокаторы (БАБ), как ни один другой класс современных препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), знали периоды небывалых взлетов и катастрофической критики. Так, в 1988 г. Нобелевский комитет при вручении Джеймсу Блэку премии за открытие и внедрение в клиническую практику БАБ отметил, что БАБ явились «самым большим прорывом в фармации лечения болезней сердца со времен открытия дигиталиса 200 лет назад» [8]. А в 2007 г. в «критических анализах L.H. Lindholm и H.A. Bradley» [16, 19] эффективности БАБ отмечается,

что это самый переоцененный и неэффективный класс лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертензии (АГ), отошедших в четвертый эшелон средств для лечения АГ [13, 17].

К началу XXI века БАБ имели четко очерченные показания к клиническому применению и исчерпывающую оценку побочных эффектов, характерных для лекарственных средств этого класса. К показаниям относились:

- лечение АГ;
- лечение ИБС;
- лечение больных после ИМ;
- лечение пациентов с ХСН;
- некоторые другие, включавшие лечение гипертрофической кардиопатии, некоторых аритмий; контроль ритма при тахикардии, фибрилляции предсердий; лечение постоперационных больных, лечение беременных с АГ и т. п.

Также были хорошо известны и негативные эффекты классических БАБ, как сердечные (брадикардия, атриовентрикулярные блокады, гипотония), так и несердечные (способность вызывать бронхообструкцию, спазм периферических сосудов, ухудшать чувствительность тканей к инсулину) [8].

Кампания «против БАБ» была обусловлена в первую очередь тем, что так называемые «новые и дорогие» препараты – блокаторы компонентов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иАПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II – АРА) и блокаторы кальциевых каналов (БКК) долгое время не могли доказать свое превосходство над «старыми и дешевыми» – диуретиками и БАБ. В частности, достаточно долго в литературе обсуждались результаты исследования ALLHAT, в котором диуретик хлорталидон, не уступив иАПФ лизиноприлу и БКК амлодипину в плане предупреждения «больших» сердечно-сосудистых осложнений (ССО), по некоторым позициям даже превосходил «новые» препараты [3].

Наконец, победа «нового» над «старым» в исследованиях LIFE и ASCOT [12, 22] была одержана. Одним из результатов такой трудной победы стали достаточно быстро сделанные предложения о немедленном выводе БАБ из первого ряда средств для лечения АГ. Оба эти исследования крайне важны и относятся к основополагающим при определении современной тактики лечения АГ. Но речь идет, во-первых, только о неосложненной АГ (без сочетания с ИБС и ХСН), во-вторых, о сравнении комбинации ателолол + гипотиазид с АРА лозартан + гипотиазид в исследовании LIFE и о сравнении комбинации ателолол + гипотиазид с иАПФ периндоприл в сочетании с БКК амлодипин в исследовании ASCOT. В результате по большинству сердечно-сосудистых осложнений комбинация ателолола с тиазидом проиграла, и главные отличия имели место по частоте мозговых инсультов и новых случаев СД [8].

На основании этих исследований и мета-анализов можно сделать следующие выводы:

1. Комбинация ателолола с гипотиазидом меньше,

чем другие комбинации антигипертензивных средств снижает риск мозгового инсульта (МИ) и чревата большим риском СД.

2. В 2008 г. не следует применять ателолол (и особенно его комбинацию с гипотиазидом) в лечении неосложненной АГ.

3. Эффекты ателолола не надо переносить автоматически на все БАБ.

В своей работе В.И. Маколкин справедливо указывает, что на основании имеющихся исследований совершенно нецелесообразно применять при лечении АГ такие В-адреноблокаторы, как пропранолол, пиндолол, окспренолол, ателолол. Это утверждение ни в коей мере не должно относиться к метопрололу сукцинату (тем более что имеется доказательная база в виде исследования MAPHY). В связи с этим утверждение, что при лечении АГ «наступил конец эры БАБ» – совершенно преждевременное [6].

4. Современны ли обсуждать влияние монотерапии на сердечно-сосудистый риск (ССР) больных с АГ, когда все рекомендации призывают к комбинированному лечению.

Подобный взвешенный подход применялся при подготовке новой редакции Европейских рекомендаций по лечению АГ [11]. Показанием к предпочтительному применению БАБ (не ателолола и не коротко действующих форм препаратов) является сочетание АГ со следующими состояниями:

- стенокардией напряжения;
- перенесенным ИМ;
- ХСН;
- тахиаритмиями;
- беременностью;
- глаукомой.

При этом в ограничениях к применению БАБ указаны не только традиционные – бронхообструкция и периферический атеросклероз, но и метаболический синдром и нарушенная толерантность к глюкозе [4].

Таким образом, на начальных этапах сердечно-сосудистого континуума (при неосложненной АГ) применение БАБ малообоснованно, а при осложнениях (ИБС и ХСН) они должны оставаться одним из обязательных компонентов комплексной медикаментозной терапии.

Основным эффектом БАБ является блокада действия катехоламинов на адренергические рецепторы. Именно это действие определяет большинство лечебных эффектов классических БАБ. Поэтому важно понимать, как пишет В.Ю. Мареев [8], состояние симпато-адреналовой системы (САС) у наших пациентов на разных этапах континуума для прогноза точки приложения и оценки клинической эффективности БАБ. На рис. 1 представлена роль САС при ССЗ в трех ипостасях: хорошей, плохой и ужасной.

Хорошие, функциональные свойства САС позволяют поддерживать состояние компенсации и способны помочь организму при любом типе стресса. Как видно, адаптационные свойства САС максимально выражены

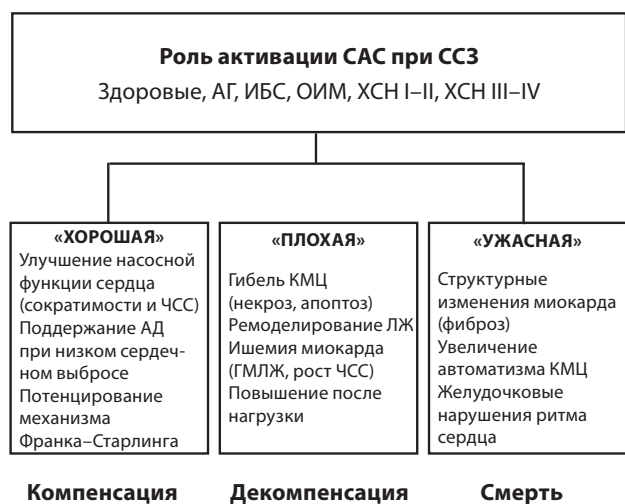


Рис. 1. Роль активации САС при ССЗ

у здоровых лиц и у больных с неосложненной АГ. Поэтому именно у этой категории пациентов не удалось доказать наличие положительных эффектов БАБ.

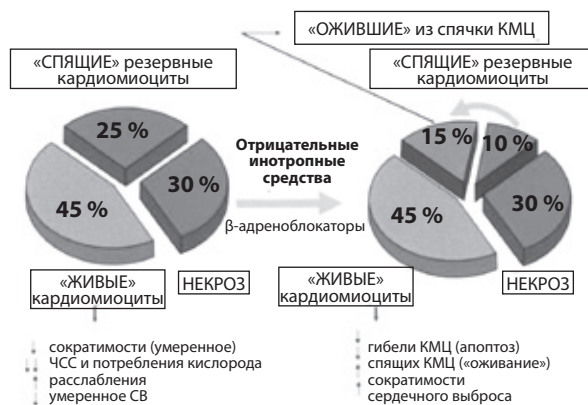
Плохие, дезадапционные свойства САС стимулируют развитие гипертрофии ЛЖ и ишемии миокарда. В итоге это приводит к усилению некроза и апоптоза кардиомиоцитов и необратимому ремоделированию сердца. Эти дезадаптивные свойства начинают проявляться у больных с ИБС, усиливаются после перенесенного ИМ, достигая максимума и преобладая у пациентов с ХСН. Необходимо отметить, что у больных после ИМ эффект БАБ тем сильнее, чем более выражен процесс ремодулирования и чем больше проявления ХСН [2].

Наконец, ужасная роль хронической гиперактивации САС заключается в росте эктопической активности кардиомиоцитов на фоне фиброза в миокарде, что сопровождается появлением фатальных аритмий. Блокада этих эффектов у больных с постинфарктным кардиосклерозом объясняет антифибрилляторное действие БАБ, которое определяет снижение риска внезапной смерти больных после ОИМ и при ХСН.

Таким образом, все проблемы по применению БАБ ограничиваются наиболее «легкими» больными с неосложненной АГ. При движении по сердечно-сосудистому континууму доказательств успехов БАБ становится все больше, и при ХСН они становятся незаменимыми средствами лечения [8].

Как же БАБ влияют на сократимость миокарда при ХСН? В этих случаях задействуются другие механизмы. В ранней фазе В-адреноблокаторы оказывают отрицательное инотропное действие и незначительно снижают сократимость и сердечный выброс. Однако при этом из-за уменьшения сократимости и в результате уменьшения ЧСС БАБ снижают энергетические потребности миокарда и экономят кислород. Это позволяет включиться в активный сократительный процесс тем кардиомиоцитам, которые были в спячке, и улучшить диастолическое расслабление тех,

которые оставались живы и сокращались. В итоге зона сократительного миокарда увеличивается, и сердечный выброс начинает расти. Так объясняется парадоксальный, на первый взгляд, рост сердечного выброса у больных с ХСН при использовании препаратов с отрицательными инотропными свойствами. В связи с этим применение БАБ в лечении ХСН получило название «миокардиальной разгрузки» [2] (рис. 2).



Ремоделирование кардиомиоцитов при ХСН.
Влияние отрицательных инотропных средств (и БАБ).

Рис. 2. «Миокардиальная разгрузка»

На протяжении последнего столетия менялись взгляды на патогенез ХСН, а соответственно и методы лечения. Тем интереснее с позиции сегодняшнего дня читать высказывания классиков на эту тему. Так, Г.Ф. Ланг в 1937 г. писал: «Наверное, единственный метод лечения хронической недостаточности кровообращения, который не может быть даже подвергнут обсуждению, – подстегивание сердца, и наше счастье, что мы имеем препараты наперстянки, без которых даже и не хотелось быть врачом, лечащим сердечные болезни». Выдающийся советский кардиолог Н.М. Мухарлямов в 1978 г. (всего лишь 30 лет назад) писал: «Что может быть естественней, чем попытаться усилить насосную деятельность слабеющего сердца?», имея в виду сердечные гликозиды [2]. Как все изменилось с тех пор!

Среди кардиоселективных БАБ в первую очередь целесообразно назначать те, в отношении которых существует серьезная доказательная база [10]. Таким требованиям в первую очередь отвечает метопролол сулцинат CR/XL, выпускаемый компанией Astra-Zeneca под торговой маркой «Беталок ЗОК». Беталок ЗОК применялся в многочисленных исследованиях с хорошей переносимостью.

На исследования, приведенные в таблице 1, можно опереться, чтобы с помощью этого препарата помочь пациентам на любой стадии сердечно-сосудистого континуума.

Артериальная гипертензия

В исследовании MAPHY (Metoprolol Atherosclerosis Prevention in Hypertensives Study) метопролол изучали в качестве средства вторичной профилактики у лиц с артериальной гипертензией. В работу были вклю-

Таблица 1
Основные исследования,
в которых применялся беталок ЗОК

Исследование	Количество больных в исследовании	Группа больных	Доза
STOP-2	6614	АГ	100 мг
STOP	1627	АГ	100 мг
МАРНУ	3234	АГ	50-150 мг
HAPPY	6569	АГ	200 мг
MIAMI	5778	Состояние после ОИМ	50-200 мг
GMT	1395	Состояние после ОИМ	200 мг
MERIT-HF	3991	ХСН	12,5–200 мг
BCAPS	793	Атеросклероз	25 мг
ELVA	92	Атеросклероз	100 мг

ченых 3234 пациента, половина из которых получали метопролол в средней дозе 174 мг/сут, половина – плацебо. Больным обеих групп при необходимости в качестве сопутствующей терапии добавляли тиазидные диуретики. Наблюдение продолжалось в среднем 5 лет. Риск новых ССО и общая смертность были значительно ниже в группе метопролола. Особенно выраженную разницу наблюдали в числе случаев смерти от сердечно-сосудистых причин ($p < 0,005$), коронарной смерти ($p = 0,04$), смерти от инсульта ($p = 0,04$) в пользу пациентов группы метопролола. Интересно отметить, что лечение препаратом нивелировало отрицательное воздействие курения на сердечно-сосудистую систему: среди курящих больных смертность от сердечно-сосудистых причин была достоверно ниже в группе метопролола [18].

Ишемическая болезнь сердца

БАБ высокоэффективны в лечении стенокардии напряжения. Они повышают толерантность к физической нагрузке, уменьшают или полностью устраняют эпизоды ишемии миокарда, как болевые, так и бессимптомные. В настоящее время БАБ считают обязательным компонентом терапии таких больных при отсутствии противопоказаний к их назначению с целью профилактики ИМ и улучшения выживаемости. Четких приоритетов при выборе конкретного В-адреноблокатора у больных со стабильной стенокардией напряжения нет. По-видимому, основным довод (кроме способности уменьшать ЧСС) в пользу того или иного препарата – хорошая его переносимость и возможность назначения 1 раз в сутки [9]. Таким требованиям отвечают селективные БАБ, в том числе и беталок ЗОК (IMAGE Study Group).

Пациентам с ИБС и перенесшим ИМ следует назначать лучше БАБ с доказанным влиянием на основные клинические исходы: летальность, возникновение ре-

цидивов ИМ и ранней постинфарктной стенокардии, желудочковых аритмий. К таким БАБ можно отнести в первую очередь тимолол, пропранолол, карведилол и метопролол. Поскольку первые два препарата не обладают рядом свойств, желательных для проведения длительного лечения, карведилол является неселективным БАБ, то метопролол – единственный кардиоселективный БАБ, имеющий показания к применению при вторичной профилактике ИМ (HINT, GMT, TIMI II B, SMT) [4, 10].

Лечение БАБ в постинфарктном периоде позволяет ежегодно сохранить 1, 2 жизни на каждые 100 пролеченных больных. Частота повторных ИМ в течение года снижается на 0,9 на 100 пролеченных пациентов. При ретроспективном анализе исследования The Cooperative Cardiovascular Project с включением более 200 тыс. больных после перенесенного ИМ, назначение БАБ позволяет снижать смертность независимо от возраста, расовой принадлежности, наличия заболеваний легких, сахарного диабета, величины АД, фракции выброса ЛЖ, ЧСС, функции почек и характера лечения на госпитальном этапе (включая реваскуляризацию миокарда) [9].

И хотя раньше считали, что наличие относительных противопоказаний у некоторых пациентов может препятствовать назначению В-адреноблокаторов, согласно новым данным (а также на основании собственного опыта), польза от их назначения в постинфарктном периоде – снижение смертности и частоты повторных ИМ – может превышать возможный риск даже у больных с СД 1 типа, ХОБЛ, тяжелым атеросклерозом артерий нижних конечностей, увеличением интервала PR до 0,24 секунды и умеренной левожелудочковой недостаточностью. Безусловно, такие пациенты требуют пристального наблюдения и отмены или уменьшения дозы препарата в случае развития побочных эффектов [9].

Сердечная недостаточность

Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование MERIT-HF было посвящено изучению эффективности беталока ЗОК у пациентов с ХСН II–IV ФК по NYHA и фракцией выброса меньше 40 % [15, 21, 23]. В исследование был включен 3991 пациент. Средняя фракция выброса (ФВ) составила 28 %. Большинство больных получали сопутствующую терапию диуретиками, иАПФ и дигоксинном. Наблюдение продолжалось один год. Пациенты были рандомизированы в группы получающих стандартную терапию из вышеперечисленных препаратов + метопролола сукцинат CR/XL и получающих стандартную терапию + плацебо. Средняя доза метопролола сукцината равнялась 159 мг. Исследование MERIT-HF было прекращено досрочно, так как в группе метопролола общая смертность снизилась на 34 % ($p = 0,0062$), частота внезапной смерти – на 41 % ($p = 0,0002$), смерти вследствие прогрессирования ХСН – на 49 % ($p = 0,0023$).

Особенно важно заметить, что эффективность метопролола сукцината CR/XL не зависела от этио-

логии ХСН (ишемическая или неишемическая), возраста больных, наличия артериальной гипертензии или сахарного диабета. Даже несколько большая эффективность препарата была отмечена у больных ХСН III и IV ФК по сравнению с больными ХСН II ФК по классификации NYHA.

Атеросклероз

К настоящему времени проведены работы, в которых доказывается наличие антиатеросклеротического эффекта бетаблока ЗОК: ВСАПС и ELVA [14, 20]. В обоих исследованиях бетаблок ЗОК (в дозе 25 и 100 мг/сут), назначенный пациентам с гиперхолестеринемией и признаками атеросклероза в коронарных и церебральных артериях в комбинации со статинами, продемонстрировал существенное замедление прогрессирования комплекса интима-медия каротидной артерии через 1 и 3 года терапии. Представленные результаты исследований являются первым клиническим доказательством дополнительного антиатеросклеротического эффекта метопролола сукцината у пациентов, получающих лечение статинами [4, 10].

К вопросу об антиаритмическом действии

Результаты исследования MERIT-HF показали, что метопролол замедленного высвобождения существенно уменьшает число эпизодов фибрилляции предсердий (ФП), желудочковых аритмий, снижая риск внезапной смерти у больных с ХСН после перенесенного острого инфаркта миокарда. В.Ю. Мареев в статье «Возможно ли успешное предотвращение внезапной смерти у больных с ХСН и дисфункцией левого желудочка. Препараты или аппараты?» [7] делает следующие выводы:

1. БАБ должны применяться у всех больных с ХСН, не имеющих противопоказаний, обычных для этого класса лекарств. Особенно это важно в плане уменьшения числа желудочковых нарушений ритма (ЖНР) и риска внезапной сердечной смерти.

2. Положительное влияние амиодарона на прогноз постинфарктных больных выражается лишь в присутствии БАБ, которые остаются основной группой препаратов для снижения риска внезапной и сердечно-сосудистой смерти при постинфарктной дисфункции левого желудочка (ЛЖ).

3. При выраженной декомпенсации (III–IV ФК) применение амиодарона может быть чревато ухудшением прогноза и увеличением риска смерти (у БАБ наоборот).

4. Несмотря на очевидное положительное влияние на риск внезапной смерти, имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы (ИКД) – это не замена антиаритмической терапии, а эффективное дополнение к ней. Снижение риска смерти при постановке ИКД наблюдалось лишь у больных, получавших одновременно терапию БАБ [7].

БАБ и углеводный обмен

Метаболическая нейтральность является важным аргументом в пользу выбора препарата для длитель-

ного применения при ССЗ. Как отмечалось, одной из основных причин ухудшения прогноза в исследовании ASCOT считается увеличение риска развития СД у больных АГ, получавших атенолол, в большинстве случаев, в комбинации с тиазидным диуретиком.

В течение длительного времени врачи избегали назначения БАБ в качестве гипотензивных препаратов у больных СД. Однако в настоящее время установлено, что наличие СД 2 типа не является противопоказанием к назначению БАБ. Напротив, в крупномасштабном исследовании по профилактике ССО при СД UKPDS установлено, что назначение атенолола и каптоприла в качестве гипотензивных препаратов было одинаково эффективным в отношении снижения риска ССО, а определяющим фактором была адекватность контроля уровня АД [5].

БАБ и ХОБЛ

Применение БАБ при ХОБЛ ограничено из-за возможного развития бронхоспазма. В ранних исследованиях неселективные БАБ назначали для лечения кардиальной патологии в очень высоких дозах, в результате чего отмечались такие побочные действия, как бронхоспазм, утомляемость, депрессия. Несмотря на отсутствие других подтверждений, данное утверждение стало широко распространенным, и врачи стали избегать назначения БАБ при малейшем упоминании о наличии у пациента обструктивных нарушений. В дальнейшем было показано, что кардиоселективные БАБ в средних дозах не вызывают подобных побочных реакций [1].

Побочные эффекты

Об истинной частоте таких побочных действий БАБ, как нарушение половой функции, усталость, депрессия, дает представление выполненный недавно мета-анализ. В него включили данные 15 крупных исследований, которые отвечали строгим методическим требованиям и в которых участвовали в общей сложности более 35 000 больных. Оказалось, что применение БАБ статистически значимо не влияло на ежегодный риск появления симптомов депрессии. БАБ вызывали незначительное, но статистически значимое увеличение риска появления усталости (18 случаев на 1 тыс. пролеченных больных в год). Аналогично БАБ вызывали небольшое, но статистически значимое увеличение частоты возникновения нарушения половой потенции (5 случаев на 1 тыс. пролеченных больных в год). В этом же исследовании было показано, что применение селективных БАБ значительно реже сопровождается побочными эффектами по сравнению с неселективными [8].

В заключение вышесказанного, а также на основе своего собственного опыта в кардиологии можно сделать вывод о том, что В-блокаторы, на наш взгляд, имеют достойное настоящее и прекрасное будущее. Наряду с открытием и внедрением в широкую практику иАПФ и статинов, БАБ по праву остаются основным и незаменимым компонентом в комплексной терапии ССЗ.

Список литературы

1. Авдеев, С. Н. Стратегия ведения кардиологического пациента, страдающего ХОБЛ. Кардиопульмонологические взаимоотношения / С.Н. Авдеев, Г.Е. Баймаканова // *Сердце*. – 2007. – № 5 (6). – С. 305–309.
2. Беленков, Ю.Н. Хроническая сердечная недостаточность: избр. лекции по кардиологии / Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев. – М., 2006. – С. 196, 210–211, 275.
3. Бойцов, С.А. Закончились ли страсти по В-адреноблокаторам? / С.А. Бойцов // *Сердце*. – 2007. – № 5 (6). – С. 250–254.
4. Затейщиков, Д.А. В-адреноблокаторы в современной кардиологии: метопролола сукцинат / Д.А. Затейщиков, Е.Н. Данковцева // *Кардиология*. – 2007. – № 8 (47). – С. 87–92.
5. Карпов, Ю.В. Европейские рекомендации по артериальной гипертензии 2007 г.: В-блокаторы остались в первой пятерке // *Рус. мед. журн.* – 2007. – № 20 (15). – С. 1–6.
6. Маколкин, В.И. Значение В-адреноблокаторов в лечении артериальной гипертензии / В.И. Маколкин // *Врач*. – 2007. – № 1. – С. 70–74.
7. Мареев, В.Ю. Возможно ли успешное предотвращение внезапной смерти у больных с хронической сердечной недостаточностью и дисфункцией левого желудочка. Препараты или аппараты? / В.Ю. Мареев // *Кардиология*. – 2004. – № 12 (44). – С. 4–15.
8. Мареев, В.Ю. Проблемы и перспективы В-адреноблокаторов в XXI веке: возможные позиции небиволола / В.Ю. Мареев, Г.Н. Арболишвили // *Сердце*. – 2007. – № 5 (6). – С. 240–249.
9. Марцевич, С.Ю. Кардиология: нац. рук. / С.Ю. Марцевич, С.Н. Топтыгина. – М., 2007. – С. 377–396.
10. Терещенко, С.Н. Все ли мы знаем об особенностях метопролола в лечении ишемической болезни сердца? / С.Н. Терещенко, И.В. Косицына, Н.А. Джаиани // *Кардиология*. – 2005. – № 4. – С. 98–101.
11. Authors/Task Force Members. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur Heart J*. – 2007. – № 28 (12). – P. 1462–1536.
12. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol / B. Dahlöf, R.B. Devereux, S.E. Kjeldsen et al. // *Lancet*. – 2002. – № 359 (9311). – P. 995–1003.
13. Cardiovascular protection using beta-blockers. A Critical Review of the evidence / S. Bangalore, H.F. Messerli, J.B. Kostis, C.J. Pepine // *J Am Coll Cardiol*. – 2007. – № 7 (50). – P. 563–572.
14. Effect of controlled release/extended release metoprolol on carotid intima-media thickness in patients with hypercholesterolemia: a 3-year randomized study / O. Wiklund, J. Hulthe, J. Wikstrand et al. // *Stroke*. – 2002. – № 33. – P. 572–577.
15. Effects of controlled-release metoprolol on total mortality, hospitalizations, and well-being in patients with heart failure: the metoprolol CR/XL randomized intervention trial in congestive heart failure (MERIT-HF) / A. Hjalmarson, S. Goldstein, B. Fagerberg et al. // *JAMA*. – 2000. – № 283. – P. 1295–1302.
16. How strong is the evidence for use of beta-blockers as first-line therapy for hypertension? Systematic review and meta-analysis / H.A. Bradley, C.S. Wiysonge, J.A. Volmink et al. // *J Hypertens*. – 2006. – № 24 (11). – P. 2131–2141.
17. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care. Site of National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://guidance.nice.org.uk/CG34>. pp. 1-94, 2007.
18. Karatzas, N.B. Metoprolol versus thiazide diuretics in hypertension: morbidity results from the MAPHY Study / N.B. Karatzas, J. Leer // *Hypertension*. – 1991. – № 17. – P. 579–588.
19. Lindholm, L. H. Should beta-blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis / L. H. Lindholm, B. Carlberg, O. Samuelsson // *Lancet*. – 2005. – № 366 (9496). – P. 1545–1553.
20. Low dose metoprolol CR/XL and fluvastatin slow progression of carotid intima-media thickness: main results from the Beta-Blocker Cholesterol-Lowering Asymptomatic Plaque Study (BCAPS) / B. Hedblad, J. Wikstrand, L. Jansson et al. // *Circulation*. – 2001. – № 103. – P. 1721–1726.
21. Metoprolol CR/XL in postmyocardial infarction patients with chronic heart failure: experiences from MERIT-HF / A. Janosi, J. Ghali, J. Herlitz et al. // *Am Heart J*. – 2003. – № 4 (146). – P. 721–728.
22. Prevention of cardiovascular events with antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomized controlled trial / B. Dahlöf, P.S. Sever, N.R. Poulter et al. // *Lancet*. – 2005. – № 366 (9489). – P. 895–906.
23. The MERIT-HF investigators. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF) // *Lancet*. – 1999. – № 353. – P. 2001–2007.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 616.9(092)

ПАМЯТИ УЧЕНОГО

*Самая прекрасная специальность
в медицине – педиатрия, а самое
прекрасное в педиатрии – детские
инфекционные болезни.*

А.К. Пиотрович



15 декабря 2009 года исполнилось бы 85 лет со дня рождения видного ученого, общественного деятеля, организатора науки, педагога, врача, заведующего кафедрой детских инфекционных болезней Хабаровского государственного медицинского института, директора НИИ охраны материнства и детства, член-корреспондента АМН СССР, доктора медицинских наук, профессора Анатолия Карповича Пиотровича.

А.К. Пиотрович родился 15 декабря 1924 года в селе Казанка Приморского края в семье крестьянина. В 1943 году окончил среднюю школу района имени П. Осипенко, в этом же году поступил, а в 1948 году окончил Хабаровский медицинский институт.

С 1951 года, после окончания клинической ординатуры, Анатолий Карпович начинает работать на кафедре инфекционных болезней Хабаровского государственного медицинского института в качестве ассистента. В 1959 году им защищена кандидатская диссертация на тему «Изучение действия синтомицина на местные штаммы брюшнотифозных бактерий в эксперименте и клинике». В 1962 году Анатолий Карпович возглавил организованную им же кафедру детских инфекционных болезней Хабаровского медицинского института. В 1973 году Анатолий Карпович защитил докторскую диссертацию, а в 1976 году ему присвоено звание профессора.

Под руководством Анатолия Карповича на кафедре проводилась большая работа по организации и проведению учебного процесса, оснащению его учебными пособиями, методическими рекомендациями для студентов и преподавателей, совершенствованию лечебно-профилактической деятельности клиники детских инфекционных болезней.

Организаторские способности А.К. Пиотровича проявились еще в период, когда он был заместителем декана педиатрического факультета – с 1960 по 1966 годы. Но особенно ярко качества организатора раскрылись за время его деятельности в должности проректора по научной работе с 1976 по 1987 годы. За относительно короткий период под руководством профессора А.К. Пиотровича в медицинском институте осуществлены координация и широкое комплексирование научной тематики вуза с тематикой медицин-



**А.К. Пиотрович с коллективом детской инфекционной больницы
г. Хабаровска, 1974 г.**

ских и научно-исследовательских институтов страны, Сибирского отделения АМН СССР, много сделано по подготовке научно-педагогических кадров. За это время в институте подготовлено 14 докторов и 90 кандидатов медицинских наук, издано 25 сборников научных трудов, четыре монографии по проблемам инфекционной патологии. В практику здравоохранения внедрены результаты научно-исследовательской работы института, что позволило улучшить ряд показателей здоровья взрослого и детского населения Хабаровского края.

В 1982 году Анатолий Карпович первым в институте избран член-корреспондентом АМН СССР по Сибирскому отделению.

Многолетняя научная и врачебная деятельность член-корреспондента АМН СССР, профессора А.К. Пиотровича была посвящена актуальным проблемам борьбы с важнейшими детскими инфекционными болезнями, такими как природно-очаговые болезни Дальнего Востока (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка), брюшной тиф и паратифы, скарлатина, вирусный гепатит, менингококковая инфекция, острые кишечные инфекции и др.

Анатолий Карпович был автором более 100 печатных работ, из числа которых особо выделяется цикл работ по брюшному тифу и паратифам, включающий 14 статей и монографию «Антибиотикотерапия левомицетином и синтомицином брюшного тифа и паратифов», написанную совместно с проф. С.Е. Шапиро (издана в 1962 году). Темой его кандидатской диссертации было изучение действия синтомицина на местные штаммы брюшнотифозных и паратифозных бактерий в эксперименте и клинике. Докторская диссертация Анатолия Карповича освещала проблемы клинического течения и свертываемости крови при брюшном тифе и паратифе В.

Среди научных работ А.К. Пиотровича видное место занимают исследования по изучению патогенеза,

клиники и совершенствованию лечения детей, больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), результаты которых изложены более чем в 20 научных статьях, двух главах его докторской диссертации и монографии «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом на Дальнем Востоке СССР» (1979 г.). Следует подчеркнуть, что А.К. Пиотрович впервые провел глубокое клинико-патогенетическое изучение ГЛПС у детей в условиях Дальнего Востока СССР, где эта природно-очаговая

инфекция протекает особенно тяжело, изобилует опасными для жизни осложнениями и нередко приводит к летальным исходам.

Многолетние исследования, проводимые по изучению эпидемиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения ГЛПС у детей систематизированы в монографии «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у детей», написанной в соавторстве с профессором З.В. Сиротиной (вышла в 1988 году в издательстве «Медицина»).

Цикл статей и глава докторской диссертации А.К. Пиотровича посвящены изучению клинических особенностей скарлатины у детей на современном этапе и свертываемости крови при данном заболевании. Им установлено, что и в условиях антибиотикотерапии при относительно доброкачественном течении скарлатины у детей имеет место все же ряд симптомов геморрагического диатеза, связанных с изменениями в системе свертывания крови и фибринолиза. В этой связи важное практическое значение приобретает предложение автора об использовании в острой фазе скарлатины средств, ингибирующих фибринолиз.

А.К. Пиотрович изучал также клиническое течение, вопросы диагностики, терапии и исходы ряда других инфекционных заболеваний у детей. В частности, им по существу впервые описана клиника дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки (ДСЛ) у детей.

Ряд его работ посвящены анализу клинического течения, ближайшим и отдаленным последствиям вирусного гепатита и дизентерии у детей.

Анатолию Карповичу всегда было свойственно чувство нового, прогрессивного. Он одним из первых приступил к изучению роли широкого круга физиологически активных веществ в развитии тяжелых гемодинамических, геморрагических, менингоэнцефалитических и аллергических проявлений наиболее тяжелых детских инфекций: менингококковой,

псевдотуберкулеза, острых кишечных инфекций и др. Это направление получило дальнейшее развитие в кандидатских и докторских диссертациях его учеников: Л.М. Сава, В.И. Калужской, Н.Ф. Головковой, Г.Ф. Учайкина, В.П. Молочного, Т.Е. Чверкалюк, С.М. Колесниковой, М.Ф. Рзынкиной. Его учениками защищено 3 докторских и 11 кандидатских диссертаций.

А.К. Пиотрович был талантливым педагогом, умеющим творчески построить и прочесть лекцию, интересно провести занятие с врачами и студентами во время обхода, конференции, семинара, заседания общества инфекционистов.

Будучи крупным организатором науки, профессор Пиотрович уделял много внимания совместной работе с органами здравоохранения, активному внедрению в практику здравоохранения результатов НИР института. Он являлся членом проблемной комиссии Сибирского отделения АМН СССР, внештатным главным педиатром-инфекционистом отдела здравоохранения Хабаровского крайисполкома.

С 1983 года А.К. Пиотрович проводил большую работу по организации в городе Хабаровске НИИ охраны материнства и детства СО АМН, первым директором которого он стал в 1986 году.

Ко всем своим обязанностям на любом посту профессор А.К. Пиотрович относился с чувством ответственности. За большую работу по подготовке врачебных и научно-педагогических кадров высшей квалификации, активное участие в научной и общественной работе института, г. Хабаровска и Ха-

баровского края А.К. Пиотрович награжден медалью «За трудовую доблесть», почетными знаками «Отличнику здравоохранения», «За отличную работу в Высшей школе», орденом Трудового Красного Знамени, медалью «Ветеран труда». В июне 1983 года первому среди медицинских работников А.К. Пиотровичу было присвоено звание «Почетный гражданин города Хабаровска», а после смерти его именем названа городская детская инфекционная больница.

Профессор А.К. Пиотрович до конца жизни заведовал кафедрой детских инфекционных болезней Хабаровского медицинского института и даже в самые тяжелые дни болезни имел большие творческие планы. Он сумел как эстафету передать любовь к своей профессии, клиническую направленность мышления, энергию и трудолюбие своим ученикам. В 2005 г. в честь 80-летия Анатолия Карповича в серии «Жизнь замечательных микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов» Хабаровским НИИ эпидемиологии и микробиологии была издана «очень искренняя, документальная и правдивая» книга воспоминаний учеников, друзей и соратников А.К. Пиотровича.

Творческий путь доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондента АМН Анатолия Карповича Пиотровича всегда будет ярким примером для представителей молодого поколения, выбравшим для себя нелегкую профессию детского врача.

Материалы предоставлены МУЗ «Детская городская инфекционная больница имени А.К. Пиотровича» (г. Хабаровск)

ПРИЛОЖЕНИЕББК 61 (063)**Материалы XVI итоговой научно-практической конференции ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК за 2008 год****СОДЕРЖАНИЕ**

Бондарь В.Ю., Нетбай Р.В., Семченко А.Н., Сырнев Ю.А., Трофимов В.Н., Густелев Ю.А. Непосредственные результаты аневризмэктомии в сочетании с линейной пластикой в лечении больных ишемической болезнью сердца с акинетичными и дискинетичными постинфарктными аневризмами левого желудочка.....	85
Бондарь В.Ю., Пушкарёв А.И., Поляков К.В., Разумовский В.А., Бабаев А.А. Первый опыт эндоваскулярной катетерной тромбэктомии из нижней полой вены.....	86
Глазун Л.О., Родионова О.В., Кириченко Е.И., Казеннова И.В., Щербатая Е.П. Случай ультразвуковой диагностики дирофиляриозной кисты мягких тканей головы.....	87
Грибовская Н.В. Структурные изменения мочевого пузыря у больных оксалатной нефропатией с синдромом хронической дизурии.....	88
Зайцева Т.В., Лукьянчикова В.Ф., Бондарь В.Ю., Калашникова Е.В., Бережная Л.Г., Смоктунова Н.Г., Скопецкая С.А., Сивеева Е.Д., Барышко С.Ю., Поляков К.В. Совершенствование организации оказания высокотехнологичной кардиохирургической помощи в кардиологическом поликлиническом отделении....	89
Ивершин А.П., Розенталь Е.С., Бондарь В.Ю., Старухин П.Н., Сухотин С.К. Первый опыт применения внутриаортальной баллонной контрпульсации в анестезиологическом обеспечении операций ревааскуляризации миокарда у больных с низким показателем фракции выброса.....	91
Кашкаров Е.А., Мотора В.И., Клебанов М.Ю. Реконструктивные операции на трахее и бронхах при приобретенных рубцовых стенозах.....	91
Майорова С.Н., Судакова М.Н., Арбатская С.Г. Беременность и сахарный диабет с позиции сестринского процесса.....	93
Нетбай Р.В., Бондарь В.Ю., Трофимов В.Н., Сырнев Ю.А., Семченко А.Н., Густелев Ю.А. Аортокоронарное шунтирование без аппарата искусственного кровообращения.....	95
Нетбай Р.В., Бондарь В.Ю., Трофимов В.Н., Сырнев Ю.А., Семченко А.Н., Густелев Ю.А. Эффективность методов стабилизации грудины в сочетании с аргон-плазменным внутрикостным гемостазом у больных, перенесших стернотомию.....	96
Островский А.Б., Лойфман В.М., Соболев А.А., Букатова И.Ф., Калагина З.В., Головин В.Е., Золотухин П.Ю., Тишина И.В., Дзундза О.В. Случай первичного амилоидоза, верифицированного у больной во время беременности и быстро прогрессирующего после родоразрешения.....	98
Поляков К.В., Бондарь В.Ю., Разумовский В.А., Сивеева Е.Д. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи при врожденных пороках сердца в Хабаровском крае.....	99
Рыкова М.Г., Шиповалов Е.В., Щербаносова Т.А. Анализ диагностики и лечения инсульта.....	100
Рябова Т.И., Жданова Ю.Л., Зайчик Д.Н. Сравнительная характеристика клинического течения иммунного и деструктивного тиреотоксикозов.....	102
Рябова Т.И., Жидулина Н.О. Анализ эффективности различных методов лечения аутоиммунной эндокринной офтальмопатии.....	102
Рябова Т.И., Жидулина Н.О., Ефимова Е.В. Клиническое наблюдение двухстороннего АКТГ-независимого синдрома Иценко – Кушинга.....	104
Сырнев Ю.А., Бондарь В.Ю., Трофимов В.Н., Нетбай Р.В., Семченко А.Н., Густелев Ю.А., Антипова Т.В. Применение биопротеза для протезирования митрального клапана.....	106

Непосредственные результаты аневризмэктомии в сочетании с линейной пластикой в лечении больных ишемической болезнью сердца с акинетичными и дискинетичными постинфарктными аневризмами левого желудочка

В.Ю. Бондарь, Р.В. Нетбай, А.Н. Семченко, Ю.А. Сырнев, В.Н. Трофимов, Ю.А. Густелев

Развитие трансмурального инфаркта миокарда (ИМ) с вовлечением минимум 20 % от стенки левого желудочка (ЛЖ) ведет к формированию аневризмы сердца. Классические аневризмы ЛЖ характеризуются достаточно типичными признаками: большие размеры; фиброзное строение стенки; четкая граница с окружающим миокардом. При описании классических аневризм используют термин «дискинетичные аневризмы», подчеркивая этим имеющееся при них парадоксальное движение рубцово-измененной стенки ЛЖ на вентрикулограмме.

В связи с включением в стандарт терапии при остром ИМ таких методов, как тромболитический и чрескожные вмешательства на коронарных артериях, классические ПАЛЖ в последние годы стали встречаться реже. Правильное и своевременное применение этих методов позволяет добиться реканализации пораженных коронарных артерий и адекватной перфузии ишемизированных участков миокарда. Однако в некоторых случаях это не предотвращает дальнейшее развитие ИМ, который уже не носит трансмуральный характер, поскольку реканализация спасает субэпикардальные мышечные слои. Аневризма ЛЖ в этом случае теряет черты классической: ее стенка имеет фиброзно-мышечное строение; отсутствует четкая граница рубцово-измененного и жизнеспособного миокарда. На вентрикулограмме такие аневризмы представлены обездвиженным участком стенки миокарда, и потому они получили название «акинетичных» аневризм.

Несмотря на то, что дискинетичные аневризмы в большей степени, чем акинетичные, нарушают сократительную функцию миокарда, их наличие является предиктором более благоприятного послеоперационного результата и прогноза.

Цель исследования

Обобщение опыта и анализ непосредственных результатов аневризмэктомии с линейной пластикой у пациентов с ПАЛЖ.

Материалы и методы

В исследование были включены 11 пациентов мужского пола, которым была выполнена операция аневризмэктомии ЛЖ с линейной пластикой в кар-

диохирургическом отделении краевого клинического кардиологического центра (КККЦ) ГУЗ ККБ № 1 г. Хабаровска в период с 2005 по 2009 гг.

Средний возраст пациентов составил $50,2 \pm 7,7$ года (от 39 до 64 лет). Все пациенты имели в анамнезе документированный ИМ. Среднее число перенесенных ИМ на момент поступления в клинику составило 1,45. Стенокардия напряжения (ССС) II ФК была у 3 (27,3 %) пациентов, у 8 (72,7 %) – III ФК. У всех больных выявлены клинические признаки хронической сердечной недостаточности: I ФК диагностирована у 1 (9 %) пациента, у 7 (63,6 %) – II ФК, у 3 (27,3 %) – III ФК (по NYHA).

Всем больным производили общеклиническое обследование, ЭКГ в 12 отведениях, трансторакальное УЗИ сердца (ЭХО-КГ), рентгенографию органов грудной клетки, рентгеноконтрастную коронаровентрикулографию.

Искусственное кровообращение (ИК) выполнялось по стандартной методике, принятой в отделении. Кардиоплегию выполняли раствором Custadiol, доставка которого к коронарным сосудам во всех случаях осуществлялась антеградно с помощью канюли, установленной в корень аорты. Вентрикулотомию осуществляли линейным разрезом по передней стенке ЛЖ параллельно передней нисходящей артерии. Производили ревизию полости ЛЖ на предмет наличия тромбов, оценивали состояние клапанного аппарата, степень рубцового поражения межжелудочковой перегородки (МЖП). Резецировали зону истонченного и нефункционирующего миокарда с последующей линейной пластикой по Cooley, а при вовлечении участка МЖП в зону аневризмы дополняли ее созданием дубликатуры по Stoney. После ушивания полости желудочка накладывали дистальные анастомозы нитью Prolen 7.0. При наложении дистальных анастомозов использовали бинокулярную оптику с возможностью увеличения операционного поля в 4–5 крат.

Результаты

У 10 пациентов был правый тип кровоснабжения миокарда, у 1 – левый тип. Поражение передней нисходящей артерии (ПНА) было выявлено во всех случаях, при этом в 63,6 % случаев наблюдалась ее окклюзия на разных уровнях. Значимое поражение

правой коронарной артерии (ПКА) было отмечено у 4 пациентов, поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) – у 2-х пациентов.

До операции средняя ФВ ЛЖ, по данным рентгеноконтрастной вентрикулографии, составила $46,8 \pm 10,8$ %. Сниженная сократительная функция миокарда ЛЖ (ФВ 40–55 %) была отмечена у 7 пациентов, низкая ФВ ЛЖ (ФВ < 40 %) – у 2-х.

Во всех случаях выполнена резекция аневризмы передней локализации. В 3-х случаях линейную пластику дополняли созданием дубликатуры по Stoney. Удаление тромбов из полости ЛЖ произведено в 3-х случаях (27,3 %). Реваскуляризация коронарных артерий осуществлена во всех случаях. ПНА шунтирована в 81,8 % случаев (с использованием ЛВГА). Средний индекс реваскуляризации составил 2,2. Среднее время ишемии миокарда было 79 ± 24 мин., средняя продолжительность ИК – $111,9 \pm 39,4$ мин. В 3-х случаях перед операцией установлен внутриаортальный баллон-контрпульсатор. Инотропная поддержка интраоперационно потребовалась в 27,3 % случаев.

В раннем послеоперационном периоде умерло 2 пациента: в одном случае вследствие периоперационного ИМ с разрывом миокарда на 5 сутки после операции, в другом – вследствие острой левожелудочковой недостаточности на фоне переоперационного ИМ (госпитальная смертность составила 18,2 %).

По данным УЗИ сердца, до операции в 4-х случаях (36,4%) ПАЛЖ была представлена зоной акинеза, в 7 (63,6 %) – зоной дискинеза. Контрольное УЗИ сердца выполняли на 4–7 сутки после операции. Выявлено

уменьшение КДО с $197,9 \pm 82,6$ мл до $142 \pm 34,2$ мл, КСО с $117,3 \pm 81,2$ мл до $65,0 \pm 19,4$ мл. Улучшение сократительной функции ЛЖ отмечено по достоверному увеличению средней ФВ ЛЖ с $42,1 \pm 9,3$ % до $52,2 \pm 5,3$ % ($p = 0,008$).

В среднем после операции больные провели в отделении $15,6 \pm 8,2$ суток. У всех пациентов при выписке из стационара не было клинических признаков недостаточности кровообращения и стенокардии.

Обсуждение

D.A. Cooley заложил основу одного из наиболее распространенных методов лечения ПАЛЖ – линейной пластики (Cooley D.A., 1984). В кардиохирургическом отделении накоплен первый опыт аневризмэктомии с линейной пластикой ЛЖ по D. Cooley. При выявлении рубцовоизмененной МЖП операция дополняется созданием дубликатуры по Stoney. Результаты нашего исследования показали, что после операции достигнуто достоверное улучшение сократительной функции миокарда ЛЖ (увеличение ФВ); уже на госпитальном этапе происходит уменьшение объемных показателей ЛЖ (КДО, КСО).

По результатам многих исследований, больные с дискинетичными ПАЛЖ по сравнению с акинетичными ПАЛЖ в послеоперационном периоде имеют более благоприятный прогноз в плане клинического течения, восстановления функции ЛЖ после операции, послеоперационной выживаемости. В нашем исследовании течение раннего послеоперационного периода в 2-х случаях сопровождалось летальным исходом. По данным предоперационного обследования, у этих пациентов ПАЛЖ носили характер акинетичных.

Первый опыт эндоваскулярной катетерной тромбэктомии из нижней полой вены

В.Ю. Бондарь, А.И. Пушкарев, К.В. Поляков, В.А. Разумовский, А.А. Бабаев

Флотирующие тромбы системы нижней полой вены (НПВ) на фоне флелотромбоза глубоких вен нижних конечностей являются основной причиной массивной тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА). В последнее время с целью профилактики этого грозного осложнения широко используют эндоваскулярные методы, в частности имплантацию кава-фильтра (КФ). Однако при наличии флотирующего тромба в инфраренальном отделе НПВ существует высокий риск развития ТЭЛА на этапе операции, риск окклюзии НПВ и контрлатеральной здоровой стороны в послеоперационном периоде, а также при локализации головки тромба в супраренальном отделе или непосредственной близости от устьев почечных вен имплантация КФ не представляется возможной. С целью создания условий для имплантации КФ, профилактики интраоперационной ТЭЛА, связанной с фрагментацией или отрывом головки тромба и уменьшением риска развития постимплантационных осложнений, применяется эндоваскулярная катетерная тромбэктомия.

В нашей клинике была успешно освоена данная методика. Приводим клинический случай.

В нашей клинике была успешно освоена данная методика. Приводим клинический случай.

Больной Д., 1981 г. р., госпитализирован 29.01.2009 г. с диагнозом: острый глубокий флелотромбоз левой нижней конечности. Рецидивирующая ТЭЛА мелких ветвей. Флотирующий тромб НПВ. На момент поступления состояние больного расценивалось как средней степени тяжести. По данным УЗДГ: глубокие и поверхностные вены справа проходимы на всех уровнях. Слева на уровне подвздошной, бедренной, подколенной вен просвет заполнен тромботическими массами, вены несжимаемы. Ниже

устьев почечных вен головка флотирующего тромба. По данным каваграфии: в НПВ по левому контуру пристеночный дефект наполнения, тотчас ниже устьев почечных вен контрастируется головка тромба, свободно флотирующая в просвете. Кровоток замедлен. 04.02.2009 г. выполнена операция эндоваскулярной катетерной тромбэкстракции из НПВ с имплантацией кава-фильтра. Под эндотрахеальным наркозом выделена и взята на держалки правая внутренняя яремная вена. Венесекция. В инфраренальный отдел НПВ под контролем R-скопии введен проводник. По проводнику до супраренального отдела НПВ проведен отечественный тромбэкстрактор «ТРЭКС» фирмы «Комед». Капюшон последнего раскрыт и низведен на головку тромба. Через дополнительный просвет тромбэкстрактора введен контраст с целью контроля положения головки тромба. Дважды тромбэкстракция. После выведения тромбэкстрактора капюшон заполнен серыми и красными тромботическими

массами. Контрольная каваграфия: НПВ проходима, в просвете дефектов наполнения, дополнительных образований нет. Операция дополнена имплантацией кава-фильтра «TrapEse» фирмы Cordis. Ушивание правой внутренней яремной вены. Осложнений нет. УЗДГ перед выпиской: в НПВ тромботических масс нет, устья почечных вен свободны. Рецидива ТЭЛА не наблюдалось, больной выписан в удовлетворительном состоянии с назначенной антикоагулянтной терапией по стандартной схеме.

Таким образом, эндоваскулярная катетерная тромбэктомия является эффективным методом профилактики ТЭЛА при флотирующих тромбах илеокавального сегмента, уменьшает риск постимплантационных осложнений, связанных с кава-фильтром, может применяться в качестве изолированного вида профилактики. В связи с чем требуется более широкое внедрение данной методики у больных с флотирующими тромбами системы НПВ.

Случай ультразвуковой диагностики дирофиляриозной кисты мягких тканей головы

Л.О. Глазун, О.В. Родионова, Е.И. Кириченко, И.В. Казеннова, Е.П. Щербатая

За последние годы значительно расширился диапазон применения ультразвуковых методов диагностики при различной патологии, в том числе возросло количество исследований поверхностных структур (подкожная клетчатка, мышцы, связочный аппарат). Выявляемые заболевания разнообразны, включая редко встречаемую патологию.

Дирофиляриоз – трансмиссивный гельминтоз домашних и диких плотоядных животных. Пути распространения дирофиляриоза непосредственно связаны с комарами родов *Aedes*, *Culex*, *Anophies*, которые являются промежуточными хозяевами. Человек – факультативный хозяин, возбудитель в нем развивается в единственном экземпляре до половозрелой стадии. Больной человек не является источником заражения. Выделяют две формы данного заболевания – легочный (сердечный) дирофиляриоз, вызываемый *dirofilaria immitis*, и подкожный дирофиляриоз, вызываемый *dirofilaria repens*. У человека зарегистрирована только вторая форма заболевания. Молодые гельминты активно мигрируют по подкожной клетчатке, превращаясь во взрослых особей – круглого нитевидного белого червя длиной до 20 см, толщиной 1–2 мм. Продолжительность жизни дирофилярий в организме составляет в среднем 2,5–5 лет.

До последнего времени дирофиляриоз человека в наших широтах считался казуистическим заболеванием. В последние годы случаи заболевания на Даль-

нем Востоке участились. Складывается благоприятная для развития болезни среда: жаркий влажный климат, большое количество комаров и собак, увеличение миграции населения из зон отдыха, эндемичных по данному заболеванию.

Клинические проявления дирофиляриоза характеризуются образованием на любой части тела (область головы, шеи, грудной клетки, под кожей верхних и нижних конечностей, в области молочных желез, оболочек яичка) подвижного опухолевидного образования размером до 2 см, в котором находится гельминт. Нередко образование сопровождается зудом, болезненностью, отеками. Излюбленной локализацией паразита является область глаза и орбиты. В большинстве случаев гельминты паразитировали и мигрировали в подкожной клетчатке века, проникая даже в орбиту или под конъюнктиву глаза, реже гельминты выявлялись в стекловидном теле. При дирофиляриозе у людей могут поражаться внутренние органы, поэтому необходимо всестороннее обследование больного. Отмечается миграция нематоды в подкожно-жировом слое, вызывающая у пациентов неприятные ощущения. С этими симптомами пациенты обращаются за медицинской помощью. Описаны случаи самостоятельного извлечения дирофилярий пациентами за торчащий белый хвостик.

Вместе с тем диагноз чаще ставится интраоперационно в стадии формирования паразитарной кисты,

сопровождается воспалительным процессом. Обращает на себя внимание факт, что при первичном обращении больных к врачам разных специальностей (хирурги, терапевты, невропатологи) заболевание, как правило, не диагностируется, что связано с необходимостью дифференциации с другими процессами и низкой осведомленностью врачей об этой разновидности гельминтоза.

На стадии взрослого паразита у человека заболевание не имеет четких объективных критериев диагностики. В этом плане ультразвуковое исследование может иметь решающее значение в постановке диагноза.

Приводим случай ультразвуковой диагностики дифиляриозной кисты мягких тканей головы.

К нам в клинику обратилась девушка, 17 лет, с наличием опухолевидного образования в теменной области. Больная отмечала миграцию образования с области предплечья в левую подглазничную область, далее в теменную. Прослеживалось постепенное увеличение размеров образования, сопровождающееся аллергическим компонентом. В анализе крови отмечалась лейкопения.

После консультации нейрохирурга больная на-

правлена на ультразвуковое исследование мягких тканей головы. При УЗИ в теменной области подочно визуализировалось анэхогенное образование размером 1,5 × 2,7 см с тонкими стенками (капсула), без акустической тени. В образовании определялись движущиеся линейные двойные (трубчатые) структуры повышенной эхогенности, представляющие собой плотные покровные ткани паразита, толщина которого составляла 1,0–1,5 мм. По полученным данным заподозрено инкапсулированное паразитарное содержимое и рекомендована консультация инфекциониста. Больная обратилась в инфекционное отделение 10 городской больницы г. Хабаровска, где у нее была удалена паразитарная киста теменной области. В кисте выявлен живой крупный гельминт (самка) около 10 см в длину и 1,5 мм в диаметре – *Dirofilaria repens*. Больной и членам семьи назначен прием антипаразитарного препарата. В последующих профилактических мероприятиях пациентка не нуждалась.

Описанное наблюдение наглядно показывает перспективность применения ультразвукового метода как доступного и неинвазивного способа визуализации в диагностике различных заболеваний мягких тканей.

Структурные изменения мочевого пузыря у больных оксалатной нефропатией с синдромом хронической дизурии

Н.В. Грибовская

Среди клинических проявлений оксалатной нефропатии (ОН) у взрослых в 43 % случаев отмечается синдром хронической дизурии при отсутствии инфекции мочевыводящих путей и инфекций, передающихся половым путем, который не только мешает качеству жизни, но и может приводить, по нашим данным, к депрессивному состоянию (у 78 %).

В группу обследованных были включены 246 женщин в возрасте от 16 до 39 лет, страдавших оксалатной нефропатией с синдромом хронической дизурии. Из них 21,6 % больных были в возрасте 16–19 лет, 37,4 % – 20–29 лет, 41 % – 30–39 лет.

Ультразвуковое исследование наполненного мочевого пузыря проводили по стандартным методикам: выявляли наличие осадка в мочевом пузыре, его структурные особенности и толщину стенок. После ультразвукового исследования мочевого пузыря проводили утренний забор мочи и оценивали морфометрию кристаллов в световой микроскопии, сопоставляя клеточную структуру мочевого осадка.

По размерам оксалатные кристаллы были разделены на мелкие – $8 \pm 2,5$ мк, средние – $16 \pm 3,5$ мк, крупные – $30 \pm 7,5$ мк и также по количеству на мелкие – $36 \pm 3,5$ в 1 мм^2 , средние – $29,5 \pm 4,5$ в 1 мм^2 , крупные – $16 \pm 4,5$ в 1 мм^2 .

При обследовании в анализе мочи было выявлено три варианта мочевого осадка: I – оксалатно-кальциевая кристаллурия с протеинурией; II – оксалатно-кальциевая кристаллурия с гематурией; III – смешанный вариант мочевого осадка.

По типу эхо-взвеси (осадка) больные были разделены на 4 группы: группа А – больные с мелкодисперстной взвесью в полости мочевого пузыря – 48 (19,5 %); группа В – больные с крупнодисперстной взвесью в полости мочевого пузыря – 106 (43,0 %); группа С – больные со смешанным типом осадка (мелко- и крупнодисперстной взвесью) в полости мочевого пузыря – 65 (26,6 %); группа D – пациентки, у которых осадок не обнаружен – 27 (10,9 %).

При оценке стенок мочевого пузыря (СМП) мы

учитывали включение эхо-сигналов (кристаллов) в СМП, утолщенный неровный внутренний контур, а также нормальный контур СМП и тоже разделили на 4 подгруппы: I подгруппа больных с утолщенным, более 0,4 см, и неровным контуром – 86 (35,0 %); II подгруппа больных с наличием эхо-сигналов (кристаллов) в стенке мочевого пузыря – 53 (21,5 %); III подгруппа пациентов с ровным, неутолщенным контуром стенок мочевого пузыря – 107 (43,5 %). Эти данные подтверждены биопсией стенки мочевого пузыря.

Осадок был представлен в виде мелко-, крупнодисперстной взвеси, он распределялся по трем типам: гомогенно (однородно) или гетерогенно (с гиперэхогенными включениями), располагаясь по задней стенке, дну мочевого пузыря, либо занимая всю полость эхо-сигналами (по типу «звездного неба»).

У 96 % обследованных с дизурией выявлено наличие эхо-взвеси в полости мочевого пузыря при ультразвуковом исследовании. Крупнодисперсный осадок чаще выявляли при неровном контуре стенок мочевого пузыря (52,3 %). У больных с выраженными клиническими проявлениями дизурии (22,8 %) в стенке мочевого пузыря определяли эхо-сигналы (кристаллы), идентичные тем, которые отмечались в полости мочевого пузыря.

Характер патологических изменений (наличие эхо-сигналов в стенке мочевого пузыря и выяв-

ление утолщенного неровного контура стенки мочевого пузыря) увеличивался с возрастом. Эхо-сигналы в стенке мочевого пузыря встречались у 11,3 % пациентов в возрасте 16–19 лет, 20–29 лет – у 20,8 %, 30–39 лет – у 27,7 % больных. Утолщенный неровный контур стенки пузыря – у 7,5 % пациентов в возрасте 16–19 лет, 20–29 лет – 34,7 %, 30–39 лет – 49,5 %.

Выводы

1. У больных оксалатной нефропатией с синдромом хронической дизурией при УЗИ мочевого пузыря выявляется наличие осадка (эхо-взвеси) в полости мочевого пузыря: мелко-, крупнодисперстного или смешанного; в стенке мочевого пузыря наблюдается утолщенный неровный контур; диагностируются эхо-сигналы (кристаллы) в стенке мочевого пузыря.

2. Мочевой синдром представлен чаще оксалатно-кальциевой кристаллурией (крупными кристаллами – $30 \pm 7,5$ мк) с гематурией или сочетанием с протеинурией, при этом при УЗИ мочевого пузыря выявляется крупнодисперстный и смешанный тип эхо-взвеси.

3. Характер изменений в стенке мочевого пузыря находится в прямой зависимости от возраста.

Таким образом, проведенные исследования имеют высокое диагностическое значение для определения тактики ведения больных оксалатной нефропатией с синдромом хронической дизурии.

Совершенствование организации оказания высокотехнологичной кардиохирургической помощи в кардиологическом поликлиническом отделении

Т.В. Зайцева, В.Ф. Лукьянчикова, В.Ю. Бондарь, Е.В. Калашникова, Л.Г. Бережная, Н.Г. Смоктунова, С.А. Скопецкая, Е.Д. Сивеева, С.Ю. Барышко, К.В. Поляков

Актуальность проблемы сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) несомненна. Экономические потери, связанные с ССЗ, а также затраты на оказание помощи больным, страдающим заболеваниями сердца и сосудов, ежегодно увеличиваются. По прогнозам экспертов, социальная и экономическая нагрузка на общество, создаваемая ССЗ, будет расти (ВОЗ, 2005 г.). В Хабаровском крае отмечается рост общей заболеваемости ССЗ с 17163,3 в 2004 г. до 19752,3 в 2008 г. на 100 тыс. взрослого населения. И хотя заболеваемость болезнями кровообращения в Хабаровском крае на протяжении 5 лет ниже, чем

по Российской Федерации (РФ) и Дальневосточному федеральному округу (ДФО), следует отметить, что заболеваемость инфарктом миокарда по Хабаровскому краю выше, чем в РФ и ДФО. Кроме того, в настоящее время в общемировом масштабе наблюдается реструктуризация патологии человека, заключающаяся в увеличении распространенности ресурсоемких заболеваний, представленных инволюционными и дегенеративными состояниями, к которым относятся и хронические болезни системы кровообращения. Имеющиеся данные о результатах реализации скрининговых программ свидетель-

ствуют о необходимости развития наиболее эффективных методов лечения ССЗ, из которых основное значение имеют хирургические и интервенционные методы.

Кардиохирургическое лечение – это этап в комплексном лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы. Основные подходы к совершенствованию организации кардиохирургической помощи основаны на единой идеологии ведения больных у кардиолога и кардиохирурга; комплексности и преемственности медицинской помощи на этапах (поликлиническом, стационарном, санаторном), а также на внедрении современных хирургических технологий.

С целью повышения качества высокотехнологичной кардиохирургической помощи мы изучили и адаптировали некоторые инновационные клиничко-организационные технологии других кардиологических центров РФ применимо к нашим условиям, с учетом последних приказов МЗ РФ и ХК по оказанию ВМП.

В краевом клиническом кардиологическом центре (КККЦ) ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» выполняется 16 видов высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВМП) по разделу «сердечно-сосудистая хирургия» из 24, ежегодно определяемых нормативными документами Минздравсоцразвития РФ.

Инструментом для внедрения в работу новых технологий является создание регистров больных, ведение листов ожидания, то есть системы мониторинга пациентов, нуждающихся в оказании ВМП, как в отделениях Краевой клинической больницы № 1, так и в ФСМУ. Эти регистры формируются на основании анализа выписок из историй болезни кардиологического и кардиохирургического отделений, отделения хирургии магистральных сосудов в течение года. Информация о мониторинге таких пациентов передается в ЛПУ края по месту проживания больных. Так, например, в 2008 г. проведена операция в КККЦ из списка ожидания 258 больным, на очереди 366 больных на 2009 год.

Подготовлены и ежегодно анализируются паспорта состояния кардиологической службы районов края и г. Комсомольска-на-Амуре. Непосредственно в КПО ведется картотека детей с врожденными пороками сердца (ВПС), проводится их мониторинг. На учете у детского кардиолога 1387 маленьких жителей Хабаровского края, из них 388 прооперированы, 287 готовятся к проведению возможной высокотехнологичной кардиохирургической помощи.

В кардиологическом поликлиническом отделении (КПО) также ведется картотека и динамическое

наблюдение за группами больных Хабаровского края со сложными формами ССЗ, за пациентами до и после оперативного лечения, за больными, которым в перспективе планируется оперативное лечение. В среднем 370–410 таких пациентов ежегодно наблюдаются в КПО. Пациенты с имплантированными ИВР всегда могут пройти проверку и перепрограммирование ЭКС в кабинете электрофизиологических исследований (ЭФИ) КПО. Таким образом, сложился технологический цикл оказания помощи больным с ССЗ, когда в составе одного специализированного учреждения задействованы основные этапы системы мониторинга: амбулаторный (диагностика, лечение, динамическое наблюдение) и стационарный.

С целью повышения эффективности работы отделений КККЦ мы предлагаем модель ведения пациентов на поликлиническом уровне с выделением этапов и разграничением функций каждого:

I этап – участковый терапевт территориальной поликлиники;

II этап – кардиолог территориальной поликлиники (при его отсутствии – заведующий терапевтическим отделением);

III этап – кардиолог краевого кардиоцентра консультативно-диагностической поликлиники ККБ № 1.

Основными принципами инновационных технологий являются: этапность, преемственность, стандартизация в оказании медицинской помощи кардиологическому больному, высокий профессионализм врачей, своевременная информированность и обучение медицинских работников. С этой целью сотрудниками кардиоцентра подготовлен цикл лекций для специалистов здравоохранения Хабаровского края («Диагностические и лечебные возможности краевого клинического кардиологического центра», «ИБС: показания для коронароангиографии» и др.), ряд информационно-методических писем. Осуществляется консультативно-диагностическая помощь в районах края: с 2005 года сотрудниками КККЦ выполнены 12 выездов в районы края в составе комплексных бригад и по собственному плану, осмотрены 932 пациента.

Кроме того, повышение качества оказания кардиохирургической помощи предполагает решение важнейших вопросов, в первую очередь, научного прогнозирования развития кардиологической службы на основе изучения потребности региона в учреждениях кардиологического профиля, в материально-техническом обеспечении, в научных и врачебных кадрах. Обоснована необходимость внедрения научных достижений кардиологии в практику здравоохранения, в том числе оптимальных организационных технологий обеспечения преемственности на всех этапах.

Первый опыт применения внутриаортальной баллонной контрпульсации в анестезиологическом обеспечении операций реваскуляризации миокарда у больных с низким показателем фракции выброса

А.П. Ивершин, Е.С. Розенталь, В.Ю. Бондарь, П.Н. Старухин, С.К. Сухотин

Введение

Скрытая ишемия миокарда является основной причиной критического снижения сердечного выброса (СВ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с низкой фракцией выброса (ФВ) левого желудочка во время операции реваскуляризации миокарда.

Цель исследования

Показать эффективность применения внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК) в предотвращении скрытой ишемии миокарда у оперируемых больных с ИБС с ФВ менее 0,4.

Материалы и методы

Были изучены показатели центральной гемодинамики (ЦГ) и индекс Бакулева (ИБ) во время операций реваскуляризации миокарда у 29 больных с ИБС. Больные относились к III–IV ФК, в 8 случаях с аневризмой левого желудочка. Все они были разделены на 3 группы. 1-я группа состояла из 11 пациентов с ФВ более 0,5. Им выполнена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) без применения ВАБК и кардиотоников. 2-я группа состояла из 10 больных с ФВ 0,4–0,5, которым во время операции применялись кардиотоники. В 3-й группе было 8 оперируемых больных с ФВ менее 0,4 с применением ВАБК и кардиотоников. Анестезиологическое пособие: индукция дормикум 0,12–0,07 мг/кг и фентанил 3–4 мг/кг; релаксация тракриумом; анесте-

зия комбинацией севофлурана (0,7–1,7 об %) и рекофла 4–12 мкг/кг/ч, аналгезия фентанилом 18–25 мкг/кг. Экстракорпоральное кровообращение (ЭКК) в непульсирующем режиме с перфузионным индексом 2,4–2,5 л/мин/м², с давлением 60–80 мм рт. ст. Кардиopleгия кустадиолом, температурный режим нормотермии. Измерение и расчет ЦГ осуществлялись с помощью катетера Свана – Ганса. Регистрировались: ЧСС, ДЛА, ДЗЛА, ЦВД, АД систолическое, АД диастолическое. В качестве маркера скрытой ишемии миокарда использован ИБ (ИБ = КПД/ЧСС, КПД = АДд – ДЗЛА, КПД – коронарное перфузионное давление). Этапы регистрации: после интубации, после стернотомии, через 60 мин. после ИК.

Результаты и обсуждение

Снижение сократимости ЛЖ вследствие латентной ишемии миокарда во время операции отмечено на I и II этапе операции в 1-й и 2-й группе и в меньшей степени в 3-й группе. Показатели ИБ были более стабильными на всех этапах операции в 3-й группе.

Вывод

Профилактическое применение ВАБК целесообразно у больных с ИБС с ФВ менее 0,4 во время операции реваскуляризации миокарда. Индекс Бакулева позволяет определить скрытую ишемию миокарда при «нормальных» показателях ЦГ.

Реконструктивные операции на трахее и бронхах при приобретенных рубцовых стенозах

Е.А. Кашкаров, В.И. Мотора, М.Ю. Клебанов

Потребность в восстановительных вмешательствах на трахее и бронхах возникла в связи с увеличением числа больных и пострадавших с последствиями травм крупных воздухоносных путей. Наибольшую группу из них составляют пациенты с приобретенными рубцово-грануляционными стенозами трахеи, причиной которых в 95 % случаев являются ятрогенные воздействия (трахеостомия,

интубация трахеи), выполняемые абсолютно по показаниям в рамках дыхательной реанимации. Однако частота возникновения стенозов после трахеостомии и длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) достигает 20 %.

Наше отделение располагает опытом оказания хирургической помощи пациентам с приобретенными рубцовыми поражениями трахеи и бронхов. С 1996

по 2008 гг. в торакальном хирургическом отделении пролечены 50 больных с данной патологией.

45 пациентов с рубцово-грануляционными стенозами трахеи, 5 – с рубцовыми стенозами и окклюзиями на уровне главных бронхов. Среди них было 14 (28 %) женщин и 36 (72 %) мужчин.

Этиология приобретенных рубцово-стенотических процессов трахеобронхиального дерева (ТБД) самая различная. В 86 % случаях эти изменения имеют ятрогенный характер. Сроки появления клинических признаков стеноза после деканюляции или экстубации, а также после других травм, по нашим данным, составляют от нескольких дней до 45 суток. Большинство пациентов (34 случая) поступило в отделение в стадии декомпенсации и субкомпенсации (68 %).

Отсутствие информированности и настороженности врачей общей лечебной сети приводило к диагностическим ошибкам и пролонгированию установки правильного диагноза. Больные достаточно длительно получали лечение по поводу хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы.

Наиболее информативным диагностическим методом при стенозах является бронхоскопия. Последняя выполнена в 100 % случаев как обязательная составляющая алгоритма обследования данной категории больных. При суб- и декомпенсированных процессах диагностическое исследование переходило в лечебное. В нашем отделении достаточно отработано эндохирургическое лечение совместно с бронхологами эндоскопического отделения. За анализируемый период различные эндоскопические операции произведены 45 пациентам. Всего им выполнено 167 эндоскопических вмешательств.

Во всех случаях рубцово-грануляционных стенозов трахеи лечение начиналось с бужирования суженного участка жестким бронхоскопом под общим наркозом с постепенным увеличением диаметра тубуса до оптимально максимального размера. 12 пациентам дополнительно производилась электроэксцизия грануляций и рубцов током высокой частоты, а также лазерная деструкция рубцовой ткани.

Для стойкого поддержания и формирования просвета трахеи после бужирования в зону стеноза вводили силиконовые, самофиксирующиеся эндопротезы типа Дюмона. Установка данной конструкции предполагает ее удаление в среднем через 8–12 месяцев. В наших наблюдениях максимальный срок эндопротезоносительства составил 8 лет. К настоящему времени эндопротезы удалены с достижением удовлетворительного эффекта у 10 больных (22,2 %). Вряд ли это можно оценивать оптимистично. Наши данные согласуются с результатами центральных клиник.

С 2008 года в хирургическом торакальном отделении ККБ № 1 осуществляются радикальные хирургические вмешательства по устранению рубцовых стенозов трахеи.

Имеется первый положительный опыт. На сегодняшний день выполнено 5 операций циркулярной

резекции трахеи с наложением межтрахеального анастомоза по типу «конец в конец». Основным показанием к резекции трахеи был ограниченный рубцовый стеноз.

Необходимость радикального лечения диктовалась также теми осложнениями, которые встречаются при эндоскопическом лечении: высокий процент рестенозирования после удаления эндопротеза, увеличение протяженности стеноза, смещение протеза, развитие трахеомалеции, формирование свищей (наружных и внутренних), а также длительные сроки лечения, растягивающиеся порой на годы и привязывающие пациента к лечебному учреждению.

Реконструктивные вмешательства стали возможны благодаря обеспечению современными методами высокочастотной вентиляции легких и обучению специалистов. Резекционным операциям обязательно предшествует морфогеометрическая оценка состояния трахеи, ее стенки, паратрахеальных тканей, которые мы в исчерпывающем виде можем получать по данным спиралевидной компьютерной томографии (СКТ).

Операции были выполнены 4-м больным шейно-грудным доступом (воротничкообразный разрез на шею дополнен частичной продольной стернотомией). У одного пациента только шейным доступом. Длина резецированного участка трахеи составила от 1,5 до 5,5 см.

Одно оперативное вмешательство осуществлено у пациентки с протяженным стенозом грудного отдела трахеи, длительным эндопротезированием трахеи и сформировавшимся вследствие чего трахеопищеводным свищом (ТПС). Первым этапом выполнено разобщение ТПС. Вторым – протяженная резекция грудного отдела трахеи 5,5 см, почти половина от общей длины трахеи.

Принципиально отличными от резекции методами хирургического лечения рубцовых стенозов трахеи являются этапные реконструктивно-пластические операции (ЭРПО). По существу эти вмешательства паллиативные, так как сохраняется рубцово-измененная стенка трахеи и из нее формируется новый просвет дыхательной трубки.

Эти операции мы выполнили у 3-х пациентов. Суть метода заключается в нескольких операциях. При первой осуществляется полное продольное рассечение передней стенки трахеи на всем протяжении сужения, из просвета трахеи иссекаются рубцовые ткани. Края рассеченных стенок трахеи разводятся и подшиваются особым способом к ранее сформированным кожным лоскутам на шее. Таким образом, формируется удлиненная трахеостома, не имеющая тенденции к самопроизвольному закрытию. В просвет трахеи вводится стент-протектор. Это может быть расщепленная трубка, смоделированная из термопластичной интубационной трубки, удлиненная трахеостомическая канюля, Т-образная силиконовая трубка, последняя является наиболее оптимальной.

Трахеостома моделируется в соответствии с индивидуальными параметрами стеноза.

Вторым этапом прибегают к пластическим методам устранения дефекта передней стенки трахеи и шеи. В наших случаях произведен вариант пластики с использованием местных тканей шеи – трехслойная кожно-мышечная пластика.

Операция начиналась с окаймляющего дефект разреза кожи и ее мобилизации. Лоскуты сшивались таким образом, что кожный внутренний слой обращался в просвет трахеи и, по сути, становился ее передней стенкой в области бывшего дефекта. Поверх чего формировали второй – мышечный слой. Для чего использовали прилежащие короткие мышцы шеи, сшивая их между собой. Последним слоем была кожа передней поверхности шеи.

У всех пациентов был получен хороший отдаленный результат.

Изолированные стенозы и окклюзии главных бронхов встречаются редко. Число накопленных наблюдений специализированных клиник не превышает нескольких десятков случаев.

В архиве отделения имеется указание на 5 случаев подобных осложнений отдаленного периода травмы груди. 2 из них – рубцовый бронхостеноз, 3 – рубцовая бронхоокклюзия одного из главных бронхов. Самому младшему пациенту было 3 года, самому старшему – 38 лет.

В 3-х случаях выполнены восстановительные операции – циркулярное иссечение главного бронха с наложением межбронхиального анастомоза «конец в конец».

У 2-х пациентов выполнена пневмонэктомия в связи с неэффективностью эндоскопического расширения просвета главного бронха и необратимыми изменениями со стороны выключенного легкого.

Таким образом, ТБР-операции стали входить в нашу клиническую практику. Прежде всего, у пациентов с рубцово-грануляционными сужениями и окклюзиями трахеи и бронхов.

Хирургическое лечение данной категории больных безальтернативно и единственно радикально в большинстве случаев.

Наш скромный опыт, знакомство с опытом ведущих клиник страны показывает, что выполнение ТБРО возможно только в специализированных многопрофильных клиниках, такой как ККБ № 1.

Соответствующий кадровый и технический ресурс, так называемый мультидисциплинарный подход могут быть обеспечены содружественной работой подразделений: торакального, эндоскопического, реанимационно-анестезиологического, операционного блока, реабилитационного кабинета. Это позволяет в полной мере исключить органудаляющие операции, избежать инвалидизации пациентов.

Беременность и сахарный диабет с позиции сестринского процесса

С.Н. Майорова, М.Н. Судакова, С.Г. Арбатская

Гестационный сахарный диабет, или сахарный диабет (СД) беременных, означает нарушение углеводного обмена, который возникает или впервые распознается во время беременности. Гестационный сахарный диабет (ГСД), по данным отечественных и зарубежных исследователей, развивается примерно в 4 % случаев всех беременностей, что в 100 раз чаще, чем беременность, протекающая на фоне сахарного диабета, выявленного до беременности. Распространенность ГСД составляет 1–14 % в зависимости от популяции женщин, что требует пристального внимания врачей к беременным, имеющих фактор риска развития ГСД. Причиной данной патологии является сниженная чувствительность клеток к собственному инсулину из-за высокого содержания в крови гормонов беременности. После родов уровень сахара в крови чаще всего возвращается к норме. Нельзя исключить вероятность развития во время беременности СД 1 типа, наличия у женщины не выявленного до бере-

менности СД 2 типа. Диагностика этих заболеваний осуществляется после родов. По данным статистики: у 40 % женщин с ГСД развивается СД 2 типа; дебют СД 2 типа после ГСД развивается: у ¼ женщин через год после беременности, у 1/3 – через 8 лет, в половине случаев после родов. У беременной женщины, начиная с 20-й недели беременности, инсулина в крови даже больше, чем у небеременной. Это связано с тем, что действие инсулина частично блокировано другими гормонами, которые вырабатывает плацента. Такое состояние называется инсулинорезистентность или пониженная чувствительность клеток к инсулину.

ГСД чаще всего развивается на фоне генетической предрасположенности (избыточный вес, ожирение, СД у ближайших родственников). Имеет значение: возраст более 35 лет; отягощенный акушерский анамнез: предыдущий ребенок родился весом более 4 кг, с большой окружностью живота, широким плечевым поясом; ГСД в предыдущей бе-

ременности; хроническое невынашивание (более 3-х самопроизвольных аборт в I или II триместрах беременности); многоводие; мертворождение; пороки развития у предыдущих детей. Если у беременной женщины выявляются перечисленные выше факторы риска ГСД или хотя бы один из них, то необходимо уже при первом обращении в женскую консультацию исследовать уровень сахара в крови натощак на фоне обычной диеты и физической активности. Вызывает опасение уровень сахара крови, взятой из пальца натощак, в пределах 4,8–6,0 ммоль/л. При сомнительных результатах назначается специальный тест с нагрузкой глюкозой для выявления нарушения углеводного обмена. Диагноз ГСД устанавливается по следующим критериям: глюкоза крови, взятой из пальца натощак, больше или равна 6,1 ммоль/л; глюкоза крови, взятой из вены натощак, больше или равна 7,1 ммоль/л; глюкоза крови, взятой из пальца или вены через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы, больше или равна 7,8 ммоль/л. Если в результате диагностических тестов у беременной выявлен ГСД, то пациентке назначается диета с ограничением легкоусвояемых углеводов и ежедневное определение уровня сахара в крови. Постоянный самоконтроль гликемии поможет установить, достаточно ли только диеты и физической активности для поддержания нормального уровня сахара или необходимо дополнительное введение инсулина, чтобы защитить плод от пагубного воздействия гипергликемии (повышенного уровня сахара в крови).

Женщинам, перенесшим ГСД, следует избегать увеличения массы тела, регулярно заниматься физическими нагрузками, соблюдать диету с ограничением приема углеводов. Естественно, что основной вопрос, волнующий беременную женщину, – как ГСД может отразиться на здоровье будущего ребенка? Именно повышенный уровень сахара в крови оказывает отрицательное влияние на развитие малыша. ГСД не является причиной врожденных пороков развития. Закладка и формирование органов и систем ребенка происходит в I триместре беременности (до 12-й недели), а инсулинорезистентность, связанная с продукцией гормонов беременности плацентой, обычно развивается 20–24 недели.

Наиболее часто из симптомов гипергликемии встречается макросомия (крупный плод). Через плаценту от матери к ребенку глюкоза проникает в неограниченном количестве, так как она требуется для развития и роста малыша. Инсулин матери через плаценту не проникает; он разрушается в ней ферментом инсулиназой. Поэтому поджелудочная железа плода для снижения уровня сахара в его крови начинает вырабатывать избыточное количество собственного инсулина. Избыток сахара под действием инсулина плода преобразуется в жир. Сочетание гипергликемии от матери и избыточной продукции инсулина у плода приводит к ускорению его роста. Увеличиваются такие органы, как печень,

сердце, поджелудочная железа, происходит избыточное отложение жира и возникает диспропорция частей тела – большой живот, широкий плечевой пояс и маленькие конечности. Отсюда большой вес при рождении, что представляет проблему матери и ребенка, обуславливая травмы во время родов.

Вторым, наиболее часто встречающимся признаком является синдром расстройства дыхания у новорожденного. Это связано со снижением синтеза активного вещества в легких – сурфактанта, который помогает легким расправиться после первого вдоха. Из-за избыточной продукции инсулина поджелудочной железой плода в ответ на высокий уровень сахара крови, поступающим от матери с ГСД, выработка сурфактанта во время внутриутробного развития плода замедляется, что является причиной дыхательных расстройств у новорожденного. Поэтому младенца помещают в специальные кувезы, где за ним ведется тщательное наблюдение и лечение. Иногда по показаниям его приводят на искусственную вентиляцию легких.

Таким образом, крупный младенец не означает здоровый, так как большинство его органов структурно недоразвиты и частично не могут выполнять свои функции. После перевязки пуповины у новорожденного резко прекращается поступление глюкозы от матери. Поэтому у ребенка, рожденного от матери с ГСД, вскоре после рождения может возникнуть гипогликемия (низкий уровень сахара в крови), так как у него еще сохраняется повышенная секреция инсулина. Это усугубляет неврологические расстройства и может в дальнейшем повлиять на умственное развитие ребенка. Хроническая гипергликемия во время беременности приводит к нарушению минерального обмена (недостатку кальция и магния), неврологическим, сердечно-дыхательным расстройствам, желтухе, повышению вязкости крови у новорожденного. Все эти осложнения можно предупредить и лечить.

У беременных с ГСД риск развития позднего токсикоза беременных существенно выше, чем у здоровых женщин. К позднему токсикозу относятся водянка и нефропатия беременных, приэклампсия, риск развития инфекции мочевыводящих путей, преждевременных родов, самопроизвольных абортов. Для предупреждения и своевременного выявления всех этих осложнений необходимо регулярно проходить тщательное обследование. С 1995 года на базе эндокринологического отделения ГУЗ ККБ № 1 функционирует школа СД, где проводится лечение и обучение беременных, у которых поставлен диагноз СД. Беременных обучают правильному режиму питания, самоконтролю и, при необходимости, правилам инсулинотерапии. При этом используются наглядные пособия, плакаты, слайды. Обучение проводится индивидуально. И это обучение является эффективным терапевтическим мероприятием, направленным на поддержание адекватного контроля заболевания. Наблюдение за пациентами проводится совместно

со специалистами перинатального центра.

За три последних года прошли обучение 56 беременных женщины, у которых был сахарный диабет, и 16 беременных, у которых в ходе беременности был установлен ГСД. По годам это представлено следующим образом: 2006 г. – 16 и 5; 2007 г. – 19 и 6; 2008 г. – 21 и 5. Все беременности завершились рождением живых детей. Случаев мертворождения нет. В 20 % беременностей родоразрешение проводилось с помощью кесарева сечения по акушерским показаниям (дискоординация родовой деятельности, клинически узкий таз, миопия высокой степени). Остальные роды происходили естественным путем в срок от 38 до 40

недель. Вес детей от 3,2 до 4,0 кг. Выраженных признаков фетопатии и расстройств дыхания у детей не было. При рождении оценка по шкале Апгар соответствовала 8 баллам и более. У 99 % беременных роды проходили в перинатальном центре.

Выводы

В наш век информационной насыщенности и планирования семьи женщины должны быть информированы о возможном риске развития у них ГСД для своевременного обращения за квалифицированной медицинской помощью. Это позволит своевременно выявить и назначить лечение с целью сохранения здоровья женщины и рождения здорового ребенка.

Аортокоронарное шунтирование без аппарата искусственного кровообращения

Р.В. Нетбай, В.Ю. Бондарь, В.Н. Трофимов, Ю.А. Сырнев, А.Н. Семченко, Ю.А. Густелев

Несмотря на достигнутые за последние десятилетия впечатляющие успехи в лечении ишемической болезни сердца (ИБС), данное заболевание по-прежнему занимает ведущие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения развитых стран. ИБС является одной из самых актуальных проблем здравоохранения. В течение многих последних лет ИБС является ведущей причиной смертности и инвалидизации населения в большинстве экономически развитых стран мира, в том числе и в России, составляя 55 % от общей смертности. В связи с этим проблема совершенствования методов лечения ИБС видится крайне актуальной. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), потребность в проведении операций коронарного шунтирования составляет около 1000 операций на 1 млн населения в год. Большинство исследователей пришли к выводу, что пациентам с тяжелыми формами заболевания, не поддающимися медикаментозному лечению, показана операция аортокоронарного шунтирования (АКШ). Так, в Дюкском университете при сравнении достаточно большой группы больных выявлено, что десятилетняя выживаемость при медикаментозном лечении при фракции выброса (ФВ) менее 35 % составило 27 %, а после АКШ – 46 %, при ФВ 35–50 % десятилетняя выживаемость при медикаментозной терапии и хирургическом лечении составила 50 и 62 % соответственно (Muhlbaier L.H., 1992 г.).

Развитие коронарной шунтирующей хирургии до начала эры искусственного кровообращения было слабым пониманием патофизиологии миокардиальной ишемии, техническими трудностями и неудовлетворительными клиническими результатами. Внедрение метода искусственного кровообращения (ИК) в клиническую практику способствовало развитию

хирургических вмешательств в кардиохирургии за последние 50 лет. Сегодня коронарное шунтирование и ИК – тщательно изучаемые методики. Повреждающие эффекты искусственного кровообращения хорошо исследованы, и нежелательные клинические последствия четко определены. В итоге устранение искусственного кровообращения при выполнении коронарного шунтирования означает потенциальное устранение клинических и субклинических проявлений связанных с ИК осложнений. Именно эта привлекательность устранения из течения операции ИК возродила коронарное шунтирование без ИК (так называемое OPCAB-off-pump coronary artery bypass grafting – коронарное шунтирование без насоса аппарата ИК).

С 2004 года в кардиохирургическом отделении ГУЗ ККБ № 1 выполняется операция аортокоронарного шунтирования на работающем сердце с применением устройства-стабилизатора миокарда «Octorus» («Medtronic», США). За период 2004–2008 гг. нами прооперированы 45 больных в условиях OPCAB. При этом большая часть пациентов относилась к возрастной группе от 60–79 лет и низкой фракцией выброса – ниже 50 %. Контроль показателей гемодинамики осуществлялся при помощи интраоперационного мониторинга. Оперированные больные страдали стенокардией II–III ФК (CCS). Всем пациентам выполнялось шунтирование от одной до 3-х коронарных артерий. 1 артерия – 20 больным, 2 артерии – 19 больным, трехсосудистое шунтирование у 6 пациентов. У всех больных отсутствовали признаки интраоперационного инфаркта миокарда. При анализе изменений на ЭКГ во время окклюзии коронарной артерии получены следующие данные: у 13 пациентов наблюдался подъем сегмента ST до

2,5–3 мм (в основном при шунтировании ветви тупого края и правой коронарной артерии), гемодинамика при этом оставалась стабильной. После снятия стабилизатора ишемия миокарда уменьшалась и снижался сегмент ST, возвращаясь к изолинии. У 18 больных по ЭКГ без отрицательной динамики. В 11 случаях при наложении дистальных анастомозов для предотвращения развития интраоперационной ишемии миокарда использовали внутрисосудистый коронарный шунт. Изменения сегмента ST не отмечены. Интраоперационные нарушения ритма носили характер преходящих и легко купировались. Средняя продолжительность инотропной поддержки при операциях на работающем сердце составила 1,5–2 часа. В послеоперационном периоде у 2-х больных развился мелкоочаговый инфаркт миокарда в зоне питания шунтированной артерии. У одной пациентки после операции развилась острая левожелудочковая недостаточность, что привело к смерти. В остальных случаях послеоперационный период протекал без особенностей.

Современная эпоха внесла революционные перемены в лечении ИБС. Внедрение операций коронарного шунтирования обеспечило хорошие результаты. Тем не менее, при операциях с ИК существуют такие проблемы, как: микроэмболии с неврологическими последствиями, коагулопатии и кровотечения, угнетение иммунной системы, системная воспалительная

реакция и связанные с ней легочные, почечные, желудочно-кишечные осложнения.

Основным стимулом к применению ОРСАВ является возможность избежать ИК и его неблагоприятные эффекты. С применением малоинвазивной коронарной хирургии стало возможным оперировать больных с исходно сниженными ресурсами сердечно-сосудистой системы и тяжелой сопутствующей патологией (почечно-печеночная недостаточность, ХНЗЛ, диабет, выраженный атеросклероз брахиоцефальных сосудов, инсульт в анамнезе, злокачественные новообразования и т. д.), ранее считавшихся неоперабельными. ОРСАВ является безопасным вмешательством в отобранных сериях пациентов, а критерии отбора больных на эти операции постоянно расширяются. Показатели возникающих послеоперационных осложнений и смертности хорошо сравнимы с аортокоронарным шунтированием в условиях искусственного кровообращения, некоторые ретроспективные исследования сообщают о лучших результатах применения ОРСАВ. Но, тем не менее, данная методика показана не всем пациентам, в особенности при наличии вторичных осложнений ИБС, больших размеров сердца, при невозможности выполнения позиционирования сердца для доступа к задним артериям, а также при наличии глубокой гемодинамической депрессии при позиционировании, что служит показаниями для перехода к ИК.

Эффективность методов стабилизации грудины в сочетании с аргон-плазменным внутрикостным гемостазом у больных, перенесших стернотомию

Р.В. Нетбай, В.Ю. Бондарь, В.Н. Трофимов, Ю.А. Сырнев, А.Н. Семченко, Ю.А. Густелев

Проблема оптимизации оперативных доступов существует столько, сколько существует хирургия. Вопрос о травматичности доступов, применявшихся в хирургии, впервые был поднят в 1884 г. О.Э. Гаген-Торном и впоследствии неоднократно затрагивался многими исследователями. По образному выражению Т. Кохера: «Операционный доступ должен быть настолько большим, насколько это нужно, и настолько мал, насколько это возможно». Именно в рациональном соотношении травматичности доступа и свободы действий в ране кроется ключ к решению данного вопроса. Проблема доступов к органам переднего средостения также не нова. Большая заслуга в их разработке принадлежит Ю.Ю. Джанелидзе (1953 г.), Ф.Г. Углову (1956 г.), Г.И. Кондратьеву (1956 г.), А.М. Геселевичу (1957 г.), М. Lopez-Bello (1957 г.).

С момента первой операции и на протяжении 35 лет основным доступом к органам переднего сре-

достения являлась и является продольная стернотомия. Казалось бы, проблемы доступа не существует: стернотомия – универсальный, рациональный доступ, сопровождающийся минимальным повреждением тканей, в то же время доступ не лишен специфических недостатков. В первую очередь – это лигатурные свищи – 10–28 %, диастаз грудины – 3 %, немалый процент гнойно-септических осложнений (F. Hehrlein, 1971 г.).

Особое место среди последствий остеотомий, в частности стернотомии, отводится остеомиелиту – 6–10 %, острому послеоперационному переднему медиастиниту, по данным разных авторов, – от 0,7 до 20,5 % и другим гнойным осложнениям, которые составляют и представляют серьезную проблему в лечении (Б.И. Альперович, М.М. Соловьев, 1986 г.).

Важным шагом в профилактике послеоперационных осложнений является корректная стабилизация грудины (Fridich, Klaue, 1977 г.). Не потеряла своего

смысла и значимости старая аксиома, что нестабильная грудина порождает инфекцию и инфекция приводит к нестабильности грудины. Для понимания развития нестабильности грудины необходимо учитывать силы, действующие на грудину, такие как движение дыхательной мускулатуры, изменение дыхательного объема и др. Швы на грудине являются единственной силой, удерживающей края грудины вместе. Теоретически, чем больше число швов, тем плотнее сопоставление, меньше напряжение и т. д. Однако пенетрирующие кость швы в послеоперационном периоде сначала ослабляются (вследствие прорезывания), затем вследствие респираторных движений могут фрагментировать грудину, они также могут быть источником проникновения инфекции вглубь костной ткани и формированию острого остеомиелита.

Одним из направлений в современной хирургии, для лучшей оптимальной состоятельности костных фрагментов и профилактики инфекционных осложнений, является соединение и скрепление костных фрагментов после остеотомии при помощи остеосинтеза.

Выбор хирургической тактики, в частности метода стабилизации грудины в сочетании с внутрикостным гемостазом, у больных, перенесших продольную стернотомию, является одной из важнейших и сложных проблем в лечении данной категории пациентов. Разработаны и разрабатываются различные методы остеосинтеза грудины, тем не менее, идеальный пока не найден (Т.В. Асатрян, П.В. Кахкцян и соавт., 2007 г.).

В настоящее время для ушивания грудины используется стальная проволока, основным недостатком которой является прорезывание кости (Chun-Che Shiha и соавт., 2004 г., DjMarko R.F. и соавт., 1989 г.). Для внутрикостного гемостаза используется хирургический воск, приводящий к локальному гемостазу в костных тканях. Являясь нерассасывающим материалом, он создает механический барьер (тампонаду), но, несмотря на довольно хороший гемостаз, хирургический воск может являться физическим барьером в процессе костной регенерации, создавая искусственно созданную интерпозицию костных фрагментов. Некоторые авторы не рекомендуют применение хирургического воска в местах, где желательна быстрая регенерация и срастание костных тканей. Также не исключены побочные реакции, связанные с использованием этого материала, включающие незначительную воспалительную реакцию в тканях, прилегающих к месту имплантации, и замедление остеогенеза. Как и любое другое инородное тело, хирургический воск может обострять существующую инфекцию.

Одним из последних инновационных направлений в данной области является остеосинтез грудины с применением фиксаторов с саморегулирующейся

компрессией. Фиксаторы изготавливаются из биологически инертного материала на основе никелида титана с гетерофазной микроструктурой, которая обеспечивает заданные и стабильные характеристики эффекта запоминания формы и сверхупругости. Интервал саморегулирования компрессии – от 10 до 80 Н, жесткость противодействия – 15–30 Н/мм (Т.В. Асатрян, П.В. Кахкцян 2007 г., A. Negri, J. Manfredi, 2002 г.).

Важнейшими достоинствами данных фиксаторов является то, что фиксаторы обладают абсолютной биоиндифферентностью сплава, исключая местную реакцию тканей, оказывают строго дозированную нагрузку на кость (4 кг/см²), что исключает возможность недотягивания/перетягивания, выполнение исследований – КТ, МРТ, не обнаруживаются при прохождении металлоискателей.

Аргон-усиленная коагуляция – относительно новый метод бесконтактного электрохирургического воздействия, сочетающий надежность монополярного воздействия с безопасностью. Глубина коагуляции достигает 1–2 мм, что ограничивает возможность глубокого некроза. Струп, образующийся в результате монополярной аргон-усиленной коагуляции, прочен, что ведет к снижению риска развития поздних послеоперационных кровотечений. Механизм гемостаза аргон-усиленной коагуляции обусловлен образованием в тканях тепла, достаточного для коагуляции белка и «склеивания» сосуда, в то время как механическая тампонада способствует тромбированию сосудов. При аргон-усиленной коагуляции надежность гемостаза обуславливается сосудистым компонентом и в дальнейшем не зависит от возможной активации антикоагуляционной системы крови.

Методика стабилизации грудины с применением фиксаторов с памятью формы в сочетании с аргон-плазменной коагуляцией используется в кардиохирургическом отделении ГУЗ ККБ № 1 с марта 2009 года. За этот период выполнены 16 подобных операций. Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко. Осложнений не было.

Преимущества стабилизации грудины при использовании фиксаторов с саморегулирующейся компрессией в сочетании с аргон-плазменной коагуляцией у больных, перенесших продольную стернотомию: сокращение времени операции; достижение стойкого гемостатического эффекта, устранение интерпозиции тканей, упрощение технологии скрепления грудины; исключение риска повреждения внутренних органов; исключение повреждения костной ткани в местах контакта грудины с фиксатором; обеспечение дозированного уровня компрессии при воздействии внешних нагрузок в период срастания грудины; сокращение сроков пребывания больного в стационаре, уменьшение сроков реабилитации; уменьшение стоимости лечения больного.

Случай первичного амилоидоза, верифицированного у больной во время беременности и быстро прогрессирующего после родоразрешения

А.Б. Островский, В.М. Лойфман, А.А. Соболев, И.Ф. Букатова, З.В. Калагина, В.Е. Головин, П.Ю. Золотухин, И.В. Тишина, О.В. Дзундза

Амилоидоз – системное заболевание с поражением многих органов и различных тканевых структур, характеризующееся нарушением белкового обмена и внеклеточным отложением в них сложного белково-полисахаридного комплекса. Развитие амилоидоза связано с извращением белково-синтетической функции ретикуло-эндотелиальной системы, накоплением в плазме крови аномальных белков, служащих аутоантигенами и вызывающих образование аутоантител. В результате взаимодействия антигена с антителом происходит осаждение грубодисперсных белков, участвующих в образовании амилоида. Откладываясь в тканях (например в стенках сосудов, железистых и т.п.), амилоид вытесняет функционально специализированные элементы органа, что ведет к гибели этого органа.

Различают формы амилоидоза: 1) первичный, представляющий собой врожденную ферментопатию, приводящий к поражению большинства органов и систем; 2) вторичный, возникающий на фоне длительных хронических заболеваний, характеризующихся распадом тканей и всасыванием продуктов распада (например, на фоне ХПН или остеомиелита) или значительными иммунопатологическими нарушениями (неспецифический язвенный колит, сывороточная болезнь и т.д.), приводящий к развитию амилоидоза какого-либо одного органа; 3) идиопатический; 4) старческий амилоидоз. Генез заболевания в целом неясен. Принципы лечения не выработаны. Даже при адекватной синдромной терапии течение прогрессирующее и прогноз заболевания неблагоприятный. Смерть наступает от истощения, почечной, сердечной недостаточности.

Больная Б. в детстве часто болела ангинами, отмечала эпизоды неинтенсивных болей и отечности суставов стоп, купирующихся самостоятельно, не обследовалась. Больная считала себя «в целом» здоровой, активно занималась фитнесом. В анамнезе две беременности, завершившиеся абортами на ранних сроках. В возрасте 38 лет на фоне третьей беременности на сроке 8–9 недель стала отмечать одышку при бытовых нагрузках, появились и усилились отеки нижних конечностей. В связи с малой эффективностью амбулаторного лечения на 28–29-й неделе беременности для дообследования и лечения больная была направлена в кардиотерапевтический стационар ККБ № 1.

При обследовании:

В общем анализе крови отмечалось снижение гемоглобина до 110 г/л, эр. – $3,84 \times 10^{12}$ /л, цвет. пок. – 0,87, лейкоц. – $8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 20 мм/ч. Отмечалась гипопрофиурия (ОП – 1010 г/л), протеинурия – 0,24 г/л. В биохимическом анализе обращали внимание изменения липидного спектра (общ. холестерин – 6,4 ммоль/л, ЛПВП – 0,74, ЛПНП – 4,4, ЛПОНП – 1,22, ИА – 7,6 ед., триглицериды – 2,69 ммоль/л).

По ЭКГ – синусовая тахикардия 100 ударов в минуту, низкий вольтаж зубцов, S-тип в стандартных отведениях, малые r в V_1-V_5 .

По УЗИ сердца на данной стадии заболевания изменения были незначительными: гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ) I степени, утолщение створок МК в концевых отделах со стенозированием и недостаточностью митрального клапана I степени, трикуспидальная недостаточность I степени, сократительная способность миокарда была сохранена.

Проводилась терапия фуросемидом, сорбифером, дигоксином, цефтриаксоном в/в капельно, K + Mg аспарагинатом в/в капельно. На фоне проведенной терапии сохранялись отеки нижних конечностей, не связанные с сердечной недостаточностью.

Больная выписана с незначительным улучшением для последующей госпитализации в краевой Перинатальный центр для дальнейшего наблюдения и лечения до родоразрешения. Роды путем кесарева сечения были проведены в 34 недели. После чего отеки нижних конечностей полностью не купировались, не уменьшался в объеме живот. Через 4 месяца после родов в связи с нарастанием отеочно-асцитического синдрома была повторно направлена в кардиотерапевтический стационар.

По УЗИ сердца определялись признаки рестриктивной кардиомиопатии, данных за порок сердца выявлено не было.

При физикальном осмотре определялась гигантская, плотная, безболезненная печень, занимающая всю полость живота, при нормальных лабораторных показателях функции печени. По УЗИ размер правой доли печени 25,0–29,0 см, левой – 16,6 см, край закруглен, угол тупой, эхогенность неоднородная, структура крупнозернистая, усилены сигналы от перипортальных структур. Дополнительных образований четко не определялось.

Несмотря на выраженные изменения функции почек (признаки развернутого нефротического синдрома по данным анализов мочи и крови), значимых изменений по УЗИ почек выявлено не было. Общий анализ мочи: уд. вес – 1016 г/л, белок – 3,4 г/л, эпителий плоский – небольшое количество, лейкоциты – 3–4–5 в п. зр., суточная потеря белка – 3,25 г/сут. Проба Зимницкого: д. п. – 320, н. п. – 320, всего за сутки – 640. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 10 000 и эритроциты – 500 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общ. белок – 55 г/л, мочевины – 4,7 ммоль/л, креатинин – 0,083 ммоль/л, холестерин – 10,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,6 ммоль/л, ЛПНП – 8,8 ммоль/л, ЛПОНП – 1,1 ммоль/л, ИА – 16,5 ед. Почки по УЗИ нормальных размеров, КЭ справа – 1–2 ст., слева – 1 ст. Ретенции не выявлено.

Больной проводилась терапия: кардиомагнилом, верошпироном, эгилоком, фуросемидом, диурвером, гемохесом, альбумином, фраксипарином, тренталом, унитиолом, реополиглюкином. На фоне проводимой терапии, несмотря на сохраняющуюся высокую протеинурию, было достигнуто значительное уменьшение отека, уменьшение одышки.

Проводился дифференциальный диагноз между прогрессированием основного заболевания (амилоидоз) и развитием ОНМК в ствол головного мозга. По данным МРТ головного мозга, смещения структур мозга, объемных образований, патологических очагов не выявлено. Желудочки мозга были незначительно расширены. Арахноидальные пространства неравно-

мерно расширены как проявления арахноидита.

Больной провели биопсию слизистой кишечника – данных за амилоид не получено. Была выполнена биопсия печени – определялась картина, более характерная для амилоидоза. В связи с высокой вероятностью осложнений биопсия почки не выполнена.

В динамике – развитие рефрактерной олигурии до анурии, сопровождавшейся нарастанием цифр креатинина. Терапия лазиксом до 1,0 в сутки – без эффекта, отмечалось нарастание отека, асцитического синдрома. Итог: через 7 месяцев после родоразрешения смерть больной в результате остановки дыхания, асистолии.

По данным патологоанатомического вскрытия, больная страдала: первичным системным амилоидозом с преимущественной локализацией в сердце, печени, почках, селезенке, сосудах головного мозга.

Данный клинический случай представляет интерес в связи с тем, что:

1. Амилоидоз является нечастой патологией, а развитие первичного амилоидоза – наиболее редкая его форма.

2. Причина первичного амилоидоза неясна, но в данном случае прослеживается прямая связь между развитием и прогрессированием заболевания и беременностью.

В представленном клиническом примере у больной отмечается типичное поражение большинства внутренних органов и встречаются практически все описанные осложнения амилоидоза.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи при врожденных пороках сердца в Хабаровском крае

К.В. Поляков, В.Ю. Бондарь, В.А. Разумовский, Е.Д. Сивеева

Около 15 млн человек в России страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В структуре смертности эта патология превысила 55 %.

В структуре смертности в Хабаровском крае последние годы на первом месте среди всех причин – болезни системы кровообращения более 50 %.

Потребность в оказании высокотехнологичной медицинской помощи при ВПС

По данным Л.А. Бокерия, директора НЦССХ им А.Н. Бакулева РАМН г. Москвы, 9 тыс. человек в год на каждый миллион населения нуждаются в высокотехнологичных диагностических и лечебных методиках в разделе сердечно-сосудистой хирургии.

На 1 тыс. родившихся детей 8 имеют врожденный порок сердца. При этом в нашей стране выполняется

не более 25 % операций больным с врожденными пороками сердца.

Население Хабаровского края в 2008 г. составило 1403 млн человек. Число родившихся детей за последние 5 лет составило 15 742.

Численность детей до 14 лет на начало года составила 205 711 человек. Среди данной категории населения зарегистрировано всего в 2008 г. 4090 случаев болезней системы кровообращения (БСК). У подростков в 2005 г. частота случаев с впервые установленным диагнозом врожденного порока сердца (ВПС) увеличилась в 1,9 раза по сравнению с предыдущим годом. Врожденные аномалии системы кровообращения в Российской Федерации составляют среди детского контингента до 17 лет менее 2 %,

но обусловили более 6,2 % всех случаев детской инвалидности в стране (Бокерия Л.А., 2007 г.). ВПС составляют 10–11 % от всех случаев младенческой смертности в стране. По мнению ведущих экспертов, обеспеченность по врожденным порокам сердца (ВПС) на 1 млн населения РФ в 2006 г. составила 70,5 %. Потребность в высокотехнологичных операциях при ВПС в Хабаровском крае составляет 300 операций в год, выполняется 40–50 в год (обеспеченность 16 %).

Краевой клинический кардиологический центр (КККЦ) был открыт 01.09.2003 г. на базе Краевой клинической больницы № 1 им. профессора С.И. Сергеева в соответствии с Законом Хабаровского края от 27.11.2001 г. № 354 «О краевой целевой программе “Профилактика артериальной гипертонии и улучшение оказания помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в Хабаровском крае на 2002–2008 гг.”».

КККЦ был образован для снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии в крае, улучшения организации и повышения качества специализированной кардиологической помощи, внедрения современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов.

Мировой и отечественный опыт свидетельствует, что решение проблемы ВПС наиболее эффективно следующим образом: ранняя ЭХО-диагностика ВПС у плода и расширение объема ранней кардиохирургической помощи детям за счет успешного использования высокотехнологичных эндоваскулярных методов лечения ВПС.

С 2007 года КККЦ приступил к оказанию ВМП за счет квот по государственному заданию, улучшение финансирования позволило приступить к освоению ряда инновационных методик лечения ВПС. Одной из них является эндоваскулярное закрытие дефекта

межпредсердной перегородки (ДМПП) окклюдером Амплатцера. После подготовки специалистов в центральных и зарубежных центрах была подготовлена группа детей с ДМПП для лечения данным методом.

При выполнении операции не требуется разрез. Доступ к сердечно-сосудистой системе обеспечивается пункцией бедренной вены в области паховой складки. Окклюдер раскрывается в сердце под воздействием температуры тела. Устройство состоит из двух дисков (материал – нитинол), системы доставки и предназначено для рентгенхирургического закрытия ДМПП у детей. Возможно закрытие дефектов до 4 см в диаметре. Катетер под рентгеновским контролем проводится в камеры сердца. Устройство продвигается по системе доставки в сердце, раскрывается и позиционируется. Правильность установки и отсутствие патологического сброса крови через ДМПП проверяется при эхокардиографическом исследовании интраоперационно. На следующий день после проведения обзорной рентгенографии грудной клетки, снятия гемостатической давящей повязки и при отсутствии осложнений ребенок может быть выписан. Рекомендуется эхокардиография через 1, 3, 6 месяцев для контроля за положением устройства.

В отделении рентгенхирургии КККЦ выполнено 6 успешных окклюзий ДМПП устройством Амплатцера детям. Средний возраст детей составил 7,8 года. Средний размер дефекта – 12,7 мм. Длительность операции составила около 1 часа. Осложнений не было. Все дефекты закрыты полностью интраоперационно, остаточных шунтов не выявлено.

Данный метод является высокотехнологичным, малотравматичным, обеспечивает быструю реабилитацию (выписка возможно на следующий день). При наличии устойчивого финансирования операции эндоваскулярного закрытия ДМПП могут существенно повысить уровень обеспеченности кардиохирургической помощью при ВПС в Хабаровском крае.

Анализ диагностики и лечения инсульта

М.Г. Рыкова, Е.В. Шиповалов, Т.А. Щербоносова

Церебральный инсульт является важной медицинской и социальной проблемой, так как сопровождается высокой летальностью, значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией пациентов, перенесших его. Он представляет значительное финансовое бремя из-за его частоты у населения, тяжелой инвалидизации и необходимости длительного ухода. Острые нарушения мозгового кровообращения являются второй ведущей причиной смертности

после инфаркта миокарда, как в странах Запада, так и в Российской Федерации.

Нами проведен анализ диагностики и лечения инсульта на базе неврологического отделения ККБ № 1 за период 2006–2008 гг.

В задачи нашего исследования входило: оценить динамику госпитализации и исходы лечения больных с инсультом, проанализировать распределение по полу, возрасту, районам проживания, социальному

статусу пациентов с инсультом, оценить длительность заболевания и тяжесть проявлений на момент поступления, изучить факторы риска развития инсульта у пациентов, оценить типы и патогенетические варианты, определить доступность основных методов диагностики инсульта.

Исследовательским материалом являлись истории болезни пациентов неврологического отделения ККБ № 1 с диагнозом инсульта при поступлении и выписке (коды МКБ-10 I60.0-9, I61.0-9, I63.0-9, I64).

Пациенты распределялись по гендерной характеристике, возрасту, районам проживания, тяжести состояния при поступлении по уровню сознания и шкале Национального института здоровья (США) – NIHSS, факторам риска, объему проведенных исследований.

В результате исследования получены следующие данные.

Распределение по полу практически равно: мужчины – 411 пациентов (49 %), женщины – 437 (51 %).

Основная часть пациентов проживала в г. Хабаровске – 290 (34,2 %), в Хабаровском сельском районе – 307 (36,2 %).

Средний возраст пациентов с инсультом $61,6 \pm 12,2$ года. В распределении по возрасту лица до 60 лет составляли 388 человек (45,8 %), 60–79 лет – 403 (47,5 %); летальность составила 8,2 и 13,2 % соответственно. Доля пациентов в возрасте старше 79 лет значительно ниже – 57 (6,7 %), но летальность в данной группе самая высокая – 24,6 %. Количество неработающих преобладало – 552 (65,2 %).

Тяжесть состояния пациентов на момент госпитализации была следующей: преобладали пациенты со среднетяжелым инсультом – 95,4 %, из них 91,5 % больных находились в сознании. Наиболее высокая летальность у пациентов с угнетением сознания до комы (балл NIHSS 20 и более – 4,4 %) – она составила 57,1 %. Самая низкая летальность в группе больных с баллами NIHSS 0–9 – 2,4 %, соответственно при баллах 10–19 она составила 31,3 %. По годам летальность среди больных с инсультами составила: 2006 г. – $13,3 \pm 1,97$ %, 2007 г. – $10,9 \pm 1,91$ %, 2008 г. – $10,6 \pm 1,83$ %, статистических различий в этих показателях нет. Соотношение ишемического (677 случаев) и геморрагического (164 случая) инсульта составило 4:1; среди подтипов ишемического инсульта преобладал атеротромботический вариант, что соответствует общероссийским данным. В группе больных с геморрагическим инсультом летальность была ($p < 0,001$) выше ($29,3 \pm 3,55$ %), чем среди больных с ишемическим инсультом ($7,5 \pm 1,01$ %).

Большинство пациентов (285 человек) было госпитализировано в первые сутки от начала заболе-

вания; летальность в этой группе больных составила $11,9 \pm 1,92$ %. При менее выраженном неврологическом дефиците пациенты обращались за медицинской помощью в более поздние сроки (264 человек); летальность в этой категории больных составила $6,8 \pm 1,55$ %. Критерий Стьюдента в приведенных показателях составил 2,06.

Среди факторов риска инсульта преобладали артериальная гипертензия (95 %) и атеросклероз церебральных сосудов (70 %), а также наличие ишемической болезни сердца в анамнезе (64 %). Отмечается выраженная корреляция между числом факторов риска и летальностью от инсульта $R (0,968)$.

Нейровизуализационное исследование выполнено у 83,3 % пациентов, в том числе у 43,9 % – компьютерная томография, у 53,2 % – магнитно-резонансная томография. В первые сутки госпитализации выполнено 64 исследования – у 7,6 % пациентов. Среднее время ожидания компьютерной томографии $3,3 \pm 5,8$ дня, магнитно-резонансной томографии – $7,2 \pm 6,1$ дня.

Люмбальная пункция с анализом ликвора проводилась при подозрении на геморрагический инсульт и субарахноидальное кровоизлияние. Проведено 59 исследований (6,3 % пациентов).

Ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы выполнена у 34,6 % пациентов, из них у 27,5 % выявлен гемодинамически значимый атеросклеротический стеноз магистральных артерий головы. Среднее время ожидания исследования – $8,6 \pm 39,3$ дня.

Выводы

1. Динамика госпитализаций в течение трех лет не изменилась.

2. Намечается тенденция к снижению летальности от инсульта, что является результатом применения современных технологий лечения и ранней реабилитации.

3. Тяжесть состояния пациента на момент госпитализации является важным прогностическим фактором исхода инсульта, летальность тем выше, чем более выражен неврологический дефицит.

4. Наиболее значимым фактором риска инсульта является артериальная гипертензия.

5. Количество факторов риска у пациента является важным прогностическим фактором исхода инсульта.

6. Ишемический инсульт встречался чаще, чем геморрагический.

7. Доступность методов нейровизуализации для диагностики инсульта недостаточная, из-за чего удлинены сроки верификации диагноза.

8. Доступность ультразвуковой доплерографии неудовлетворительная, из-за чего затруднена вторичная профилактика ишемического инсульта.

Сравнительная характеристика клинического течения иммунного и деструктивного тиреотоксикозов

Т.И. Рябова, Ю.Л. Жданова, Д.Н. Зайчик

Тиреотоксикоз (Т) – синдром, обусловленный избыточным содержанием тиреоидных гормонов в крови. Клинически синдром тиреотоксикоза протекает практически одинаково вне зависимости от причины, вызвавшей повышение уровня тиреоидных гормонов в крови.

Синдром тиреотоксикоза наблюдается при следующих заболеваниях: диффузный токсический зоб; синдром функциональной автономии при узловом или многоузловом зобе; тиреотоксическая аденома; подострый тиреоидит; послеродовой («немой») тиреоидит; ювенильный тиреоидит; аутоиммунный тиреоидит; тиротропинома; йод-индуцированный тиреотоксикоз; фолликулярный рак щитовидной железы (ЩЖ) и его метастазы; струма яичника; трофобластические опухоли; ятрогенный тиреотоксикоз.

Но, несмотря на разнообразие нозологических форм, в развитии тиреотоксикоза принимают участие два взаимоисключающих патофизиологических процесса: тиреотоксикоз, обусловленный увеличением продукции тиреоидных гормонов в ЩЖ, и тиреотоксикоз, обусловленный разрушением фолликулярного аппарата ЩЖ и выбросом в кровь уже синтезированных тиреоидных гормонов. Наиболее распространенными из них являются аутоиммунный тиреоидит (АИТ) с деструктивным вариантом Т и диффузно-токсический зоб или болезнь Грейвса (БГ) с иммунным Т.

Следует отметить прогрессирующее увеличение количества заболевших и направленных в отделение больных с БГ; так, в 2006 г. были госпитализированы 57 больных, в 2007 г. – 69, а в 2008 г. – 109. Что касается АИТ, то здесь ситуация обратная: 2006 г. – 105, 2007 г. – 83, 2008 г. – 84 больных соответственно.

Мы провели исследование по изучению особенностей клинического течения иммунного и деструктивного тиреотоксикозов у пролеченных в отделении больных в 2008 г. Средний возраст больных с БГ $42 \pm 2,4$ года, больных с АИТ – $35 \pm 1,6$ года. Среди больных БГ 78,9 % (86) – женщины и 21,1 % (24) – мужчины.

Дифференциальный диагноз базировался на данных УЗИ, уровне а/т к рТТГ, ТПО; гормонов крови – св. T_4 , ТТГ, а также сцинтиграфии с ^{99m}Tc . Причем наибольшую значимость в дифференциальной диагностике между БГ и АИТ имели определение а/т и сцинтиграфия: для БГ типичен высокий титр а/т к рТТГ, для АИТ – к ТПО; при сцинтиграфии для БГ характерен высокий захват радиофармпрепарата, а для АИТ – отсутствие его поглощения.

В случаях верификации БГ назначались тиреостатики – препараты тиомочевины, причем предпочтение отдавали тиамазолу в связи с его меньшей гепатотоксичностью и удобством применения – 1 раз в сутки. При подтверждении АИТ назначали глюкокортикоиды (преднизолон) в средних терапевтических дозах – 30 мг/сут.

Длительность лечения этих нозологических форм также различна: продолжительность тиреотоксической терапии при БГ продолжалась в течение 1,5 года (начиная со средних терапевтических доз в 30 мг/сут до эутиреоза с последующим снижением дозы до поддерживающей – 7,5 мг). Продолжительность лечения АИТ до эутиреоидного состояния продолжалась в среднем 2 недели ($14 \pm 3,4$ дня) с последующим снижением дозы до полной отмены.

У 4 (3,7 %) больных БГ имел место рецидив при снижении дозы до поддерживающей, потребовавший оперативного лечения.

Анализ эффективности различных методов лечения аутоиммунной эндокринной офтальмопатии

Т.И. Рябова, Н.О. Жидулина

Эндокринная аутоиммунная офтальмопатия (ЭО) – самостоятельное аутоиммунное заболевание, представляющее собой комплексное поражение

тканей орбиты и сопровождающееся инфильтрацией, отеком и пролиферацией ретробульбарных мышц, клетчатки и соединительной ткани. ЭО может

встречаться как самостоятельное, независимое от тиреотоксикоза заболевание в сочетании с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) или аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), протекающим с нормальной или пониженной функцией щитовидной железы (ЩЖ). По данным различных авторов, частота ЭО в сочетании с ДТЗ составляет от 5 до 20 %. Применение УЗИ, КТ или МРТ показало, что ЭО в различной степени ее проявления встречается чаще, чем считалось раньше, и ее распространенность составляет от 40–50 % у больных, страдающих ДТЗ.

До настоящего времени в ретробульбарных тканях не идентифицирован антиген, к которому образуются аутоантитела. В то же время проведенные исследования позволяют предположить, что в орбитальных тканях экспрессируется экстраклеточная часть рецептора к ТТГ, которая и проявляет свойства нефункционального антигена. Эти данные подтверждаются исследованиями, в которых показано, что фибробласты ретробульбарных тканей содержат РНК, кодирующую внеклеточный домен рецептора ТТГ. Кроме того, при ЭО удалось обнаружить точечную мутацию в экстраклеточном домене рецептора ТТГ.

Аутоиммунные механизмы развития ЭО подтверждены многочисленными исследованиями. В мышцах глаза и ретробульбарной клетчатке отмечена характерная для аутоиммунных процессов инфильтрация CD4 и CD8-лимфоцитами и макрофагами. На фибробластах из тканей орбит выявляется экспрессия генов HLA II класса.

Картина ЭО представлена большим разнообразием комбинаций клинических симптомов, что затрудняет как диагностику самого патологического процесса, так и определение степени поражения мягких тканей орбиты, а следовательно, и определение стратегии лечения. Как правило, процесс двусторонний, но в отдельных случаях может быть унилатеральным. Манифестация ЭО может быть как бурной, так и постепенной.

В нашей практической деятельности мы используем классификацию А.Ф. Бровкиной, принятую в 1983 г. Согласно ей, ЭО включает 3 формы заболевания: тиреотоксический экзофтальм, отечный экзофтальм и эндокринную миопатию. Эти формы в своем развитии динамичны. Многолетние научные исследования показали, что названная болезнь развивается в одном направлении: процесс начинается с тиреотоксического экзофтальма, который может перейти в отечный; в ряде случаев завершается картиной эндокринной миопатии.

Тиреотоксический экзофтальм (ТО) – клинический синдром, развивающийся всегда на фоне тиреотоксикоза и включающий признаки повышенной сократительной способности мышцы Мюллера (ретракция верхнего века, расширение глазной щели,

симптом Грефе, тремор закрытых век, редкое мигание, что создает иллюзию пристального взгляда). Положение глаза в орбите всегда правильное, а экзофтальм имеет ложный характер. Отсутствуют органические изменения в мягких тканях орбиты, в том числе и в экстраокулярных мышцах. ТО никогда не является причиной нарушения зрительных функций. Весь набор глазных симптомов чаще всего исчезает при нормализации функции ЩЖ. У некоторых больных ТО переходит в отечный.

Отечный экзофтальм (ОЭ) характеризуется присоединением патологических изменений в мягких тканях орбиты (отек, клеточная инфильтрация) и представлен орбитальным симптомокомплексом. В зависимости от локализации первичного патологического очага отечный экзофтальм может иметь вариант миогенный (когда преимущественно страдают экстраокулярные мышцы), липогенный (когда в большей степени страдает орбитальная клетчатка) и смешанный, когда патологическим процессом охвачены и экстраокулярные мышцы глаза, и орбитальная клетчатка. Наиболее тяжелый прогноз имеют миогенная и смешанная формы отечного экзофтальма. Именно при этой форме создаются условия для развития оптической нейропатии и/или кератопатии, что сопровождается резким, порой необратимым снижением зрения. Стадия активной клеточной инфильтрации при ОЭ достаточно продолжительна – до 16–18 месяцев. С учетом количества клинических симптомов, степени их выраженности выделяют 3 степени компенсации: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная. Наиболее опасны для глаз субкомпенсированный и декомпенсированный отечный экзофтальм, который наблюдается в 6–10 % случаев. Характер и интенсивность консервативной терапии определяются степенью компенсации и длительностью заболевания. В процессе лечения клинические симптомы отечного экзофтальма купируются у 60–75 % больных. При отсутствии позитивного ответа на проводимую терапию, особенно если она начата несвоевременно, отечный экзофтальм переходит в эндокринную миопатию.

Эндокринная миопатия (ЭМ) может развиваться как самостоятельная форма заболевания или быть исходом отечного экзофтальма. Как и при ОЭ, в основе лежит клеточная инфильтрация экстраокулярных мышц, но активная стадия более кратковременна, и фиброз, приводящий к нарушению функции мышц, развивается спустя 3–4 месяца от начала заболевания. Первоначально страдает преимущественно нижняя прямая мышца. Резкого отека орбитальной клетчатки в активном периоде при эндокринной миопатии не наблюдается. В клинической картине на фоне экзофтальма преобладает ограничение подвижности глаза, его резкое отклонение в сторону

наиболее пораженной мышцы, что сопровождается мучительным двоением. У таких больных зрительные оси обоих глаз находятся в разных плоскостях, они не в состоянии фиксировать взгляд на одном объекте, так как косоглазие сочетается с резким ограничением подвижности глаза.

Для оценки стадии патологического процесса предложено выделять активную (инфильтративную) и неактивную (неинфильтративную) формы офтальмопатии. Степень активности определяется по балльной оценке (CAS – Clinical Activitey Score), при этом учитываются: 1) спонтанная боль за глазом; 2) боли при взгляде вверх; 3) гиперемия конъюнктивы; 4) гиперемия век; 5) хемоз; 6) отек слезного мясца; 7) отек век. По мере увеличения длительности патологического процесса клеточная инфильтрация мягких тканей орбиты замещается фиброзной тканью. В стадии фиброза, характеризующейся грубыми фиброзными изменениями в экстраокулярных мышцах, ожидать эффекта от консервативной терапии не приходится.

Материалы и методы

В течение последних двух лет произошло значительное увеличение количества больных с впервые выявленной ЭО, госпитализированных в эндокринологическое отделение: 9 больных в 2007 г. и 18 – в 2008 г. ($p < 0,05$). Среди пациентов 14 женщин (77,8 %) и 4 мужчин (22,2 %). Средний возраст на момент обследования составил $42,9 \pm 1,3$ года. ЭО ассоциирована с болезнью Грейвса у 15 (83,3 %) больных и с аутоиммунным тиреоидитом – у 3-х больных (16,7 %). Диагноз формулировался по классификации и был основан на характерных жалобах различной степени выраженности, объективном осмотре, осмотре офтальмолога, УЗИ орбит. Среди обследуемых 12 пациентов были с ОЭ и 6 – с ЭМ.

Обязательным предварительным условием лечения ЭО при нарушении функции ЩЖ является достижение эутиреоза. В зависимости от проведенной схемы лечения всех больных разделили на 3 группы: 1-я – пациенты ($n = 5$) получали лечение глюкокортикоидами (ГК) по альтернирующей схеме

в дозе 1 мг/кг с постепенным уменьшением дозы по достижении клинического эффекта в течение 16–24 недель; 2-я – пациенты ($n = 7$), получавшие пульс-терапию метилпреднизолоном по 1000 мг в/в 3 дня в неделю от 4 до 7 сеансов с последующим переводом на таблетированные ГК (преднизолон) в дозе 1 мг/кг в течение недели с последующим снижением дозы на 5 мг/неделю до полной отмены; в 3-й группе ($n = 6$) мы применяли схему, предложенную А.Ф. Бровкиной: пульс-терапия метилпреднизолоном с начальной дозой 1000 мг в течение трех дней со снижением дозы до 500 мг, 250 мг 3 дня в неделю, 125 мг продолжали вводить также 3 дня в неделю в течение 4–5 недель; между в/в капельным введением метилпреднизолона пациенты принимали преднизолон перорально по 30 мг/день, после последней инъекции доза преднизолона снижалась на 5 мг каждые 10 дней до полной отмены.

Результаты и обсуждение

Эффективность оценивалась по регрессии субъективных и объективных признаков. Субъективные признаки: ощущение «песка» в глазах, слезотечение, светобоязнь, ощущение напряжения в глазницах, боли в глазах, диплопия, снижение остроты зрения. Объективные признаки: отечность век, инъекцированность конъюнктивы, нарушение смыкания век, хемоз, экзофтальм, симптом Кохера, ретракция верхнего века, ограничение движения глазных яблок.

Степень снижения субъективных признаков во всех группах была более энергичной, нежели объективных, но более значимой она была у пациентов 3-й группы.

Наиболее эффективной в отношении снижения интенсивности объективных признаков была также схема лечения в 3-й группе.

Таким образом, наиболее эффективной была схема лечения ЭО в 3-й группе, где субъективные и объективные признаки по завершении курса лечения были нивелированы. Исключение составил экзофтальм, который одинаково незначительно регрессировал во всех трех группах.

Клиническое наблюдение двухстороннего АКТГ-независимого синдрома Иценко – Кушинга

Т.И. Рябова, Н.О. Жидулина, Е.В. Ефимова

Больной Т., 1982 г. р., обратился в эндокринологическую клинику ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» в ноябре 2008 г. с жалобами на изменение внешности, общую и мышечную слабость, повышение артериального

давления (АД) до 220/120 мм рт. ст., трофические изменения кожных покровов, головные боли, одышку при физической нагрузке, полосы растяжения на коже живота, плеч, внутренней поверхности бедер.

Из анамнеза: считает себя больным в течение последнего года, когда стал прибавлять в весе, присоединились вышеперечисленные жалобы. Больной был госпитализирован. При осмотре: рост 156 см, вес 80 кг, диспластический тип перераспределения подкожно-жировой клетчатки (с преимущественной локализацией на лице, шее, туловище), плеоцитоз, тонкие конечности с признаками атрофии кожи, грубые катаболические стрии на коже живота, плечевого пояса, бедер, АД – 210/110 мм рт. ст., аспе vulgaris на коже спины, передней поверхности грудной клетки.

При обследовании выявлено: в общем анализе крови повышены уровни гемоглобина до 172 г/л, лейкоцитов – до $9,6 \times 10^9$ /л; значения гликемии в течение дня находились в пределах от 7,3 до 12,3 ммоль/л; суточная экскреция кортизола превышает верхнюю границу нормы в 9,6 раза, извращен циркадный ритм секреции кортизола с преобладанием секреции в вечерние часы и сниженной в утренние. Проведены малая и большая пробы с дексаметазоном (2 мг в сутки и 8 мг в течение 2-х суток соответственно), позволившие предположить наличие первичного патологического процесса в надпочечниках. Последующие исследования подтвердили эту гипотезу: на УЗИ выявлено опухолевидное образование в правом надпочечнике размером 2,2 × 2,4 × 3,1 см, при проведении КТ полученная информация подтвердилась.

Таким образом, принимая во внимание клинические проявления и полученные результаты обследования, был установлен диагноз: АКТГ-независимый синдром Иценко – Кушинга, средней тяжести: диспластическое центрипитальное ожирение I ст., катаболические стрии, псевдомиопатический синдром. Симптоматическая артериальная гипертензия III ст., риск IV ст. Стероидный сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, декомпенсация. Кортикостерома правого надпочечника.

По завершении обследования и верификации диагноза больной был переведен в хирургическое отделение и прооперирован – выполнена правосторонняя адреналэктомия. Послеоперационный период прошел без осложнений, в связи с подавлением функции контрлатерального надпочечника была назначена заместительная терапия глюкокортикоидами (кортеф 30 мг/сут), и больной был выписан на амбулаторное наблюдение. При гистологическом исследовании выявлена светлоклеточная аденома коры надпочечника.

При осмотре больного через месяц отмечалась регрессия клинических проявлений гиперкортизолизма: снижение АД до 135/85 мм рт. ст., значительно побледнели стрии, нормализовались углеводный обмен и общий анализ крови, нормализовалась суточная экскреция кортизола. Заместительная терапия глюкокортикоидами была отменена на амбулаторном этапе.

В декабре 2004 г. больной вновь обратился к нам с жалобами и клиническими проявлениями заболевания, аналогичными тем, которые имели место в предыдущую госпитализацию. Больной был повторно госпитализирован, и при обследовании вновь выявлены значительное увеличение экскреции кортизола в суточной моче, нарушение циркадного ритма и положительные пробы с дексаметазоном. При проведении топических методов диагностики (УЗИ, КТ) выявлено опухолевидное образование в контрлатеральном левом надпочечнике размерами 1,8 × 1,9 × 2,3 см.

По завершении обследования больному была предложена операция – левосторонняя адреналэктомия. Однако мать больного категорически отказалась от повторного оперативного лечения и забрала сына домой.

Через 5 месяцев после выписки из стационара (май 2005 г.) мать привезла в отделение своего сына в крайне тяжелом состоянии. У больного выраженные клинические проявления синдрома Иценко – Кушинга; активные движения ограничены из-за болей в позвоночнике (имелись компрессионные переломы в грудном и поясничном отделах позвоночника), вследствие выраженного системного остеопороза рост больного стал еще более низким – 152 см; вновь увеличился вес при рецидиве диспластического ожирения – на 5 кг; лицо синюшно-багровое из-за плеоцитоза и катаболических изменений в коже, бывшие в послеоперационном периоде бледные стрии вновь стали грубо катаболическими, АД держалось на высоких цифрах – 230/130 мм рт. ст., границы сердца расширены, тоны глухие, тахикардия до 110 ударов в минуту, одышка в покое, в легких рассеянные сухие и влажные хрипы, гидроторакс, асцит, анасарка, рецидив стероидного сахарного диабета с гликемией в течение дня от 11,5 ммоль/л натощак и до 15,3 ммоль/л в течение дня, имели место электролитные нарушения со снижением калия крови до 2,9 ммоль/л и повышением натрия до 155 ммоль/л, рН 7,52. В левом надпочечнике на УЗИ и КТ по-прежнему лоцировалось опухолевидное образование прежних размеров. Был выставлен клинический диагноз: аденома (кортикостерома) левого надпочечника. Состояние после правосторонней адреналэктомии (2002 г.). АКТГ-независимый синдром Иценко – Кушинга, тяжелая форма: диспластическое центрипетальное ожирение II ст., катаболические стрии, гипокалиемический алкалоз, псевдомиопатический синдром. Симптоматическая артериальная гипертензия III ст., риск IV ст. Электролитно-стероидная кардиомиопатия, НК III ст. Стероидный сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, декомпенсация. Остеоартропатия: стероидный остеопороз с компрессией поясничных и нижнегрудных позвонков.

Подготовка к оперативному лечению заняла 3 недели. В послеоперационном периоде в реанимационном отделении имели место осложнения: острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких, преходящая острая адреналовая недостаточность, реанимационная болезнь – токсический отек легких.

При гистологическом исследовании выявлена светлоклеточная аденома коры надпочечника.

В целом больной провел в больнице, поступив в крайне тяжелом состоянии из-за отказа в своевременном лечении, 7 недель. Выписан в удовлетворительном состоянии на заместительной терапии кортефом в суточной дозе 30 мг и кортинеффе 100 мкг в день. Кроме того, была назначена патогенетическая терапия остеопороза (микальцик, кальций-Д₃ Никомед, кориберон, остеогенон, через 2–3 месяца – бифосфонаты); метформин в связи со стероидным сахарным диабетом, гипотензивные препараты. Больной перед выпиской был представлен на МСЭК, ему дана вторая группа инвалидности.

В дальнейшем больной ежегодно перед освидетельствованием на МСЭК госпитализировался в эндокринологическое отделение для мониторинга, пребывал в медикаментозной компенсации первичного послеоперационного гипокортицизма.

Каково же было наше удивление, когда в очередную госпитализацию 07.04.2009 г. у больного имели место манифестные признаки рецидивного гиперкортицизма, а при обследовании в области удаленного в 2002 г. правого надпочечника на УЗИ лоцировалась ткань надпочечника 1,6 × 2,0 см, и там определялось опухолевидное образование пониженной экзогенности 2,0 см. Данные были подтверждены на КТ. При обследовании вновь выявлены все составляющие АКТГ-независимого синдрома Иценко – Кушинга. Больному предложено оперативное лечение, от которого он и его мама категорически отказались. Больной выписан с рекомендацией приема адренолитического препарата «Хлодитан».

Выводы

В данном случае имел место редкий вариант кортикостеромы – двухсторонняя локализация. Причиной третьего рецидива явилось следующее обстоятельство: при нерадикально выполненной операции, когда не удается полностью удалить клетчатку, окружающую надпочечник, в ней может быть оставлен кусочек ткани надпочечника, который и является причиной рецидива, так как генетически обусловленная склонность к соматическим мутациям остается.

Применение биопротеза для протезирования митрального клапана

Ю.А. Сырнев, В.Ю. Бондарь, В.Н. Трофимов, Р.В. Нетбай, А.Н. Семченко, Ю.А. Густелев, Т.В. Антипова

Проблема подбора искусственного клапана сердца, обладающего наиболее приближенными гемодинамическими показателями к нативному клапану и высокой долговечностью, взамен пораженного клапана сердца до сих пор остается нерешенной. В настоящее время разработаны и внедрены в практику механические протезы с центральным потоком крови (двух- и трехстворчатые клапаны), созданы биопротезы на основе каркасов и бескаркасные. Последние обладают наименьшим сопротивлением при сокращении сердца и максимальным пропускным отверстием.

У современных механических протезов имеется ряд недостатков: необходимость пожизненного приема антикоагулянтов с постоянным контролем показателей свертывающей системы крови, сохранение повышенного градиента давления на створках клапана, опасность развития тромбоэмболических осложнений в отдаленном периоде.

Преимущество биологических протезов как каркасных, так и бескаркасных состоит в том, что кровотоков на протезе центральный, градиент давления минимальный, не требуется постоянного применения антикоагулянтов, практически отсутствуют осложнения в отдаленном периоде (1 год и более). Меньшая подверженность к инфекционным осложнениям. Имплантация биологических протезов в молодом возрасте позволяет самостоятельно вынашивать беременность и рожать.

Единственным недостатком биоклапанов является их недолговечность, предположительный срок работы – 15 лет. Поэтому биологические протезы в основном имплантируются больным старше 55–60 лет и молодым, а также лицам, проживающим в районах, где отсутствует возможность контроля показателей свертывающей системы крови. При плановой хирургической замене клапана летальность не превышает 1 %.

В настоящее время, по данным литературы, соотношение имплантированных механических и биологических протезов составляет 45–55 %.

Приводим случай протезирования митрального клапана биологическим протезом митрального клапана в кардиохирургическом отделении Краевой клинической больницы № 1 (КХО ККБ № 1).

Больная Т., 28 лет, проживает в Аяно-Майском районе, поступила в КХО ККБ № 1 12.05.2009 г. с направительным диагнозом: ревматическая болезнь сердца (РБС), митральный порок сердца – стеноз и недостаточность с преобладанием стеноза. Кальциноз митрального клапана. Недостаточность трикуспидального клапана (ТК). Легочная гипертензия. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIa ст. Постоянная форма фибрилляции предсердий.

Диагноз порока сердца был установлен в 2006 г., который проявился сердцебиением, одышкой. Больная лечилась в условиях стационара по месту жительства. После выписки, в течение некоторого времени, состояние было стабильным. В марте 2009 г. – ухудшение состояния с клиникой сердечной недостаточности, усилилась одышка, утомляемость, появление отеков на нижних конечностях. После лечения в стационаре по месту жительства была направлена в краевую больницу.

В отделении проведено обследование: ЭКГ – гипертрофия миокарда левого и правого желудочков. Фибрилляция предсердий.

Рентгенологически – картина митрального порока с преобладанием стеноза. Признаки кальциноза митрального клапана.

УЗИ сердца: ЛП – 6,0; ФВ – 0,45; кальциноз митрального клапана II ст., регургитация на митральном клапане II ст., митральное отверстие – 1,2 см². Градиент давления ЛП-ЛЖ – 16 мм. рт. ст. Недостаточность ТК. Признаки легочной гипертензии.

После подготовки 27.05.2009 г. выполнена операция в условиях искусственного кровообращения – протезирование митрального клапана каркасным биопротезом размером 29 «БиоЛАБ-КС/ПТ» и пластика трикуспидального клапана по Броку. Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением.

Проведено контрольное обследование: ЭКГ – признаки перикардита в подострой стадии.

Рентгенологическое исследование: ОГК – легкие расправлены, тень сердца не расширена.

УЗИ сердца: ЛП – 4,1 см; в позиции МК протез. Градиент давления – 12 мм рт. ст.

Анализ крови: Hb – 116 г/л; СОЭ – 15 мм/час. Формула без особенностей.

Больная выписана из отделения в удовлетворительном состоянии.

В данном случае применение биопротеза было обосновано тем, что больная репродуктивного возраста и проживает в районе, где имеют место трудности за контролем показателей свертывающей системы крови при приеме антикоагулянтов.

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ ЖУРНАЛА «ЗДВ» ЗА 2009 ГОД

Передовые статьи

1. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Коленко О.В. Итоги работы и перспективы развития отделения лазерной хирургии Хабаровского филиала ФГУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии». – № 1 (39). – С. 2–7.

2. Филимончикова И.Д., Слюсарева О.А., Пикалова В.М. Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи в 2009 году. – № 2 (40). – С. 2–5.

3. Балабкин И.В., Акулова Е.В. Вопросы льготного лекарственного обеспечения населения в Хабаровском крае. – № 2 (40). – С. 5–9.

4. Баглай И.А., Сотворенная Н.А., Мартыненко Т.В. Обеспечение жителей Хабаровского края высокотехнологичными видами медицинской помощи в 2006–2008 годах. – № 2 (40). – С. 9–11.

5. Оттева Э.Н., Витько А.В., Кораблев В.Н. Организация ревматологической помощи населению Хабаровского края. – № 4 (42). – С. 3–8.

6. Ткаченко И.В., Рогачева Е.Р., Лаврухин Д.Б., Тесленко Б.В., Румянцев А.Г. Анализ состояния здоровья детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза. – № 4 (42). – С. 8–14.

Экономика и организация здравоохранения

7. Фомина Н.И., Даниленко Л.Г. Исследование уровня знаний, установок и практики поведения современной молодежи в области репродуктивного здоровья. – № 1 (39). – С. 8–13.

8. Чаус И.М., Крюкова И.В., Козина С.И., Кукелева О.Н., Пудовиков С.С. Актуализация нормативной модели деятельности аптеки многопрофильного стационара. – № 1 (39). – С. 13–15.

9. Слепова Г.Н. Анализ первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста. – № 1 (39). – С. 15–18.

10. Лисовалов Ю.Г., Назаренко А.И., Воловик В.Е. Обоснование создания Елизовского травмацентра. – № 1 (39). – С. 19–22.

11. Витько А.В., Гандурова Е.Г., Топалов К.П., Волкова Е.И., Омельчук Н.И. О состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Хабаровского края в 2008 году (1 часть) – № 3 (41). – С. 3–24.

12. Романова Н.В., Васильева Ж.Б., Рудакова С.В., Чумакова О.А. Программно-целевой подход к деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в Хабаровском крае. – № 3 (41). – С. 24–27.

13. Васильченко О.Е., Кеняйкина Г.В. Качество медицинской помощи глазами стоматологической общественности г. Комсомольска-на-Амуре. – № 3 (41). – С. 28–29.

14. Витько А.В., Гандурова Е.Г., Топалов К.П., Волкова Е.И., Омельчук Н.И. О состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Хабаровского края в 2008 году (продолжение). – № 4 (42). – С. 15–36.

15. Ступак В.С., Свередюк М.Г., Дрозд Д.Б. Реализация права пациента на выбор врача в ГУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края. – № 4 (42). – С. 36–39.

16. Молчанова О.В., Сулейманов С.Ш. Стандартизация при ведении больных внебольничной пневмонией в Хабаровском крае. – № 4 (42). – С. 39–41.

Оригинальные исследования

17. Ткаченко И.В., Румянцев А.Г. Состояние гепатобилиарной системы у детей с гемобластозами в период ремиссии. – № 1 (39). – С. 23–27.

18. Комлева Н.Е., Мельникова Н.В., Карпенко О.Л., Малкова М.В., Невмерич Т.Г. Консервативное лечение диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом типа 2 и активными формами деструктивного туберкулеза легких путем включения в комплекс терапии обучающей программы. – № 2 (40). – С. 12–15.

19. Ткаченко И.В. Нейропсихологическая характеристика детей с онкологическими заболеваниями в периоде клинко-гематологической ремиссии. – № 2 (40). – С. 16–18.

20. Ткаченко И.В., Румянцев А.Г. Антинеопластическое лечение: отдаленные последствия у детей с онкологическими заболеваниями. – № 2 (40). – С. 19–26.

21. Оттева Э.Н., Кочерова Т.Ю., Григорьева Е.В., Худина Н.Л., Калатушкина Г.Б., Сай И.И., Зазеркина Т.А., Руденко Н.Н., Гарнага Е.А., Исаенко Л.П. Диагностическое значение циклических антицитруллинированных антител при неясном суставном синдроме. – № 2 (40). – С. 26–31.

22. Климкович Н.М., Фасахова О.В., Харитонova Т.И., Гульченко Т.И. О взаимосвязи между выраженностью патологических изменений, степенью бактериальной обсемененности слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, показателями серопозитивности к *SagA* штаммам и содержанием сывороточных секреторных IgA при хеликобактериозе у детей. – № 3 (41). – С. 30–33.

23. Зеленева Н.В., Оттева Э.Н., Григорьева Е.В., Глазун Л.О. Изменения сосудистого русла у больных ревматоидным артритом, взаимосвязь изменений с функциональным состоянием эндотелия. Влияние базисной терапии на функциональное состояние эндотелия. – № 3 (41). – С. 33–38.

24. Сулейманов С.Ш., Молчанова О.В., Кирпичникова Н.В., Сухотина Н.В., Горбач А.А., Щенников Э.Л., Белун И.Ф., Праслова Н.В. Влияние фенотипа ацетилирования на течение внебольничной пневмонии. – № 3 (41). – С. 39–40.

25. Силутина В.В. Определение методом ПЦР инфицированности HPV 16/18 – онкогенными вирусами женщин различных возрастных групп в Хабаровском крае. – № 4 (42). – С. 42–44.

26. Кошечкина Е.Г. Сложившаяся практика применения нестероидных противовоспалительных препаратов в муниципальных учреждениях здравоохранения. – № 4 (42). – С. 44–47.

27. Колесникова Г.Ю. Изучение перцептивной сферы как составляющей образа мира лиц с двигательной патологией. – № 4 (42). – С. 48–52.

Обмен опытом

28. Юфа И.А., Коршняк В.Ю., Рыков А.Г., Воловик В.Е., Осипов А.Л. Некоторые положения антибиотикопрофилактики в регионе (по материалам опроса врачей). – № 1 (39). – С. 28–30.

29. Бухонкина Ю.М., Чижова Г.В., Космачева А.В., Суэтова О.А. Актуальность проблемы гипертонической болезни у беременных – данные анкетирования врачей ЛПУ г. Хабаровска. – № 1 (39). – С. 31–34.

30. Свитто Г.К., Мурашова О.В. Преемственность в работе женской консультации и гинекологической больницы Родильного дома № 2 в проведении реабилитации женщин, перенесших гистерэктомию. – № 1 (39). – С. 35–37.

31. Свитто Г.К., Попова В.Ф., Паршенко Н.Ф. Коррекция психосоматических и нейровегетативных проявлений климактерического синдрома с помощью ТЭС-терапии. – № 1 (39). – С. 38–41.

32. Грищенко Е.И., Перьян Т.А., Завойкин В.М., Тараненко Е.Л. Вакцинации БЦЖ, проблемы осложнений. – № 1 (39). – С. 42–43.

33. Голованова М.Н., Павленко В.М., Васяева Л.Е., Тармаева С.В. Применение препарата «Сафорайд» у детей младшего возраста при лечении начальных форм кариеса. – № 1 (39). – С. 44–46.

34. Носов С.И., Бурлака О.И., Носов С.С. Системная антибактериальная терапия воспалительных заболеваний ЛОР-органов в амбулаторной практике. – № 1 (39). – С. 47–49.

35. Мизанова И.В., Тищенко Т.И., Хлевная Л.П., Макарова Т.Е. Диагностическое и прогностическое значение исследований мазков из носоглотки на флору и чувствительность к антибиотикам у часто болеющих детей. – № 1 (39). – С. 50–53.

36. Савин С.З., Левкова Е.А., Сорвина Т.А., Кабанова Е.Г., Посвалюк Н.Э., Ступак В.С., Малявина О.М. Лямблиоз у детей – диагностические вопросы. – № 1 (39). – С. 54–55.

37. Левкова Е.А., Ступак В.С., Сорвина Т.А., Кабанова Е.Г., Чешева Н.Н. Нутритивная аллергия у детей. – № 1 (39). – С. 56–59.

38. Гретченко Г.Г., Грельо И.Г., Маркова И.Ю., Дротова А.В. Опыт применения препарата «Тулип» на базе поликлиники ДВЖД РФ, станция Хабаровск-П. – № 1 (39). – С. 59–62.

39. Навина Н.А., Синельникова Т.А., Белова А.В., Козырева Т.Г. Проблема дирофиляриоза в г. Комсомольске-на-Амуре. – № 1 (39). – С. 63–65.

40. Бухонкина Ю.М., Чижова Г.В., Лойфман В.М., Лукьянчикова В.Ф., Букатова И.Ф., Калагина З.В., Тишина И.В., Головин В.Е., Золотухин П.Ю., Зайцева Т.В., Калашникова Е.В., Бережная Л.Г. Пороки сердца и беременность: актуальность проблемы, данные анкетирования врачей ЛПУ г. Хабаровска. – № 2 (40). – С. 32–39.

41. Кривобокова И.Ю., Щербаков В.В., Снурницына З.А. Зубосохраняющие операции – выбор врача и пациента. – № 2 (40). – С. 39–42.

42. Янчук В.П., Янчук Е.А., Романюха Р.В., Колбин С.В., Новик Т.П., Сидоренко М.Г., Мокрецов В.В., Меховщиков Г.П. Рациональный подход в диагностике острого панкреатита – сочетанное применение СКТ и УЗИ. – № 2 (40). – С. 42–44.

43. Макарова Т.Е., Троян О.В., Горбатко Т.А., Митяева И.Е. Особенности течения менингококковой инфекции, вызванной серогруппой «С». – № 2 (40). – С. 45–46.

44. Ивасюк Г.В., Воловик В.Е., Сковычева Л.Д., Ямалдинова Е.А. Опыт применения методики восстановительного лечения больных, перенесших скелетную травму. – № 2 (40). – С. 47–50.

45. Боженова Л.М., Белова А.В., Костина О.А., Новикова Е.Н. Изучение факторов прогноза выживаемости у больных с множественной миеломой в условиях городской многопрофильной больницы. – № 2 (40). – С. 50–52.

46. Колесникова С.М., Левкова Е.А., Лузьянина Г.А., Никулина Н.Н., Ризен И.В. Состояние здоровья детей первого года жизни с синдромом увеличенной вилочковой железы. – № 2 (40). – С. 52–55.

47. Островерхова Н.В., Ширитонина Л.В., Лучшева Л.Ф., Лисовский В.М. Развитие синдрома

эмоционального выгорания у врачей-стоматологов. Зависимость уровня его развития от ряда факторов. – № 2 (40). – С. 55–57.

48. Иофик В.З., Лучшева Л.Ф., Гончар В.В. Критериальная интерпретация данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о фторе как элементе питания. – № 3 (41). – С. 41–43.

49. Димаков В.И., Симако В.Е. Анализ причин и частоты утраты зубов у лиц среднего и пожилого возраста Железнодорожного округа г. Хабаровска. – № 3 (41). – С. 43–45.

50. Гриншпун С.И., Казинец С.В. Ретенция и дистопия третьих моляров. – № 3 (41). – С. 46–47.

51. Владимирова Н.Ю., Гримберг Н.К., Роскошнова Н.В. Патогенетические аспекты антимикробной терапии гинекологических заболеваний на амбулаторном этапе. – № 3 (41). – С. 48–50.

52. Якушенко С.С., Фатеев С.Г. Анализ случаев острого алкогольного гепатита по данным терапевтического отделения МУЗ ЦРБ г. Комсомольска-на-Амуре за период 2006–2008 годов. – № 3 (41) – С. 50–52.

53. Кузьмичев П.П., Пинигин А.В., Кузьмичева Н.Е., Щепенков В.В., Бондарь А.Д., Гурдин А.С., Гусейнов В.А. Влияние моторики и длины толстого кишечника на пассаж кишечного содержимого при хронических запорах. – № 3 (41). – С. 52–54.

54. Макарова Т.Е., Каравянская Т.Н., Дудкина И.А. Менингококковый менингит у детей. – № 3 (41). – С. 55–56.

55. Хрустова Н.П., Покрыщенко Н.Н. Особенности показателей системы гемостаза у беременных женщин. – № 4 (42). – С. 53–55.

56. Некипелова А.В., Бендерская А.З., Власов В.Г. Эффективность бальнеолечения больных кожными заболеваниями в ГУЗ «Специализированная больница восстановительного лечения “Анненские воды”». – № 4 (42). – С. 56–58.

57. Онуприенко Е.В., Данилюк Л.П., Козут И.Д. Применение интерферона тилорона в лечении аденовирусных заболеваний глаз. – № 4 (42). – С. 59–61.

58. Колесникова С.М., Левкова Е.А. Оценка состояния здоровья детей раннего возраста, рожденных от матерей с патологией гестационного процесса. – № 4 (42). – С. 61–66.

59. Толмачева С.Г., Брайченко Е.В., Ступак В.С., Сорвина Т.А. Последствия перинатальных повреждений позвоночника у детей. – № 4 (42). – С. 66–68.

Среднему медицинскому работнику

60. Рябова В.А., Новикова Е.В., Ковтун И.И., Ульянова Е.Н., Мошинская Л.А., Казак Н.В. Роль медсестры в комплексном лечении детей с син-

дромом дефицита внимания с гиперактивностью. – № 3 (41). – С. 57–59.

Случай из практики

61. Гевлич Н.В., Воробьева Л.А. Случай распространенного поствакцинального лимфаденита БЦЖ. – № 1 (39). – С. 85–87.

62. Ложкин В.С., Незатаенко Ю.Н., Ефременко А.Д., Филиных А.В., Пинигин А.Г., Востокова И.Б. Острый холецистит у ребенка одного года. – № 2 (40). – С. 65–66.

63. Аршинский М.И., Воронова И.В., Синодальцева Н.А. Случай поражения глаза стригущим лишаем. – № 2 (40). – С. 67.

Клинические наблюдения

64. Кузьмичев П.П., Лебедев А.Г., Пинигин А.Г., Алексеенко Н.В., Гусейнов В.А., Ефременко А.Д., Незатаенко Ю.Н., Бондарь А.Д. Механизм формирования мегаколона у детей. – № 1 (39). – С. 66–69.

65. Полоротова Е.А., Фролов С.С., Мельникова Л.М. Редкая форма ожирения. Синдром Прадера – Вилли. – № 2 (40). – С. 58–60.

66. Дубовская Н.П., Коновалова Г.Е., Брусакова Е.Ф. Опыт наблюдения больного с муковисцидозом в детской поликлинике. – № 3 (41). – С. 60–62.

67. Корнюков Г.В., Васильева М.М. Ангиогенез и развитие варикозного расширения вен пищевода и желудка у больных с синдромом портальной гипертензии. – № 3 (41). – С. 63–69.

68. Володченко Н.П., Сысоева Е.В. Изолированный туберкулез щитовидной железы. – № 3 (41). – С. 69–70.

69. Володченко Н.П., Шукан С.А. Неклострициальная анаэробная инфекция мягких тканей. – № 4 (42). – С. 69–70.

70. Кочерова Т.Ю., Оттева Э.Н. Дифференцированный подход к оценке индекса активности ревматической полимиалгии. – № 4 (42). – С. 71–74.

В помощь практическому врачу

71. Лопатина Н.Н., Селихова Г.И., Барышко Н.Н., Баранов А.Л. Купирование пароксизмов фибрилляции и трепетания предсердий на догоспитальном этапе. – № 1 (39). – С. 70–73.

72. Осипов А.Л., Рыков А.Г., Дьяков Д.Д., Воловик В.Е., Хоменко А.А., Коршняк В.Ю., Раров А.А. Использование препаратов гиалуроновой кислоты в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов. – № 1 (39). – С. 74–77.

73. Куничкина М.В. К вопросу о деонтологии в условиях скорой медицинской помощи. – № 1 (39). – С. 77–79.

74. Макарова Т.Е., Пиотрович П.А., Савосина Г.В., Заварцева Л.И., Головкова Н.Ф., Горбачева Е.В., Троян О.В., Адмидина О.В., Царненко О.С., Отводникова Н.И., Константинов С.В., Горбатко Т.А., Митяева И.Е. Поражение нервной системы при стрептококковой инфекции. – № 1 (39). – С. 80–84.

75. Сухотин С.К., Сухотина Н.В. Сердечно-легочная и мозговая реанимация: от науки к практике. – № 2 (40). – С. 61–64.

76. Малай Л.Н., Мирошниченко А.Н., Шарыкин Б.В., Конуровский В.В. Бета-адреноблокаторы: прошлое, настоящее и будущее. – № 4 (42). – С. 75–80.

Обзор литературы

77. Молчанова О.В., Сулима В.В., Исаева Л.Н. Антибиотикорезистентность пневмококка. – № 1 (39). – С. 88–94.

Информация

78. Цепилов В.А., Поротиков В.Т. Об опыте работы ГУЗ «Хабаровский территориальный центр медицины катастроф» по медицинскому обеспечению

участников саммита «Россия – Евросоюз» (г. Хабаровск, 20.05.2009 г.). – № 3 (41). – С. 71–72.

История медицины

79. Памяти ученого. – № 4 (42) – С. 81–83.

Приложение

80. Об итогах деятельности учреждений здравоохранения Хабаровского края в 2008 году и задачах на 2009 год (по материалам коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края). – № 2 (40). – С. 68–103.

81. Об итогах деятельности учреждений здравоохранения Хабаровского края в 2008 году и задачах на 2009 год (по материалам коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края) (продолжение). – № 3 (41). – С. 75–94.

82. О совершенствовании медицинской помощи женщинам и детям и реализации краевой целевой программы «Здоровое поколение» на 2007–2010 годы. – № 3 (41). – С. 95–114.

83. Материалы XVI итоговой научно-практической конференции ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК за 2008 год. – № 4 (42). – С. 87–107.

Под знаком качества

Уходящий 2009 год стал «знаковым» для ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (ИПКСЗ).

Еще в марте 2008 года коллектив приступил к разработке и внедрению системы менеджмента качества в соответствии с требованиями стандарта ISO 9001-2000. Год понадобился на то, чтобы привести работу всех подразделений к «общему знаменателю»: изменить систему документооборота, произвести кадровые передвижки и реорганизовать отдельные подразделения с целью оптимизации их деятельности, но результат был достигнут. В апреле 2009 года система менеджмента качества была признана соответствующей стандарту, о чем свидетельствует сертификат соответствия К № 05072 от 21.04.2009 г., выданный Органом по сертификации систем менеджмента качества ООО «Хабаровский центр сертификации и метроконтроля», и введена в действие.

Инспекционный аудит на подтверждение соответствия требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2001 «Система менеджмента качества. Требования», состоявшийся в ноябре 2009 года, показал, что система менеджмента качества ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» соответствует требованиям указанного стандарта. На заключительном совещании по итогам проверки комиссия предложила институту подать заявку на ресертификацию системы менеджмента качества в соответствии с новой версией ИСО 2008 года, при этом в очередной раз отметив высокий уровень проделанной работы. Не подлежит

сомнению, что сотрудники института являются образованными, грамотными специалистами, но не только это явилось определяющим фактором. Слаженность работы коллектива, ответственность, дисциплина, грамотное руководство и активное взаимодействие подразделений позволили добиться значительных результатов.

Подтверждением этому является также и победа института в X краевом конкурсе в области качества среди предприятий и организаций края – производителей продукции и услуг, в которой вузу было присуждено звание лауреата, выдан диплом и памятный знак. Награды ректору ИПКСЗ С.Ш. Сулейманову вручил губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт на расширенном заседании Правительства Хабаровского края 22 октября 2009 г.

В этом году институт также стал лауреатом Всероссийского конкурса лучших товаров и услуг «100 лучших товаров России». Директор Хабаровского центра стандартизации, метрологии и сертификации Б.С. Шаевич

вручил диплом лауреата ректору С.Ш. Сулейманову на заседании ученого совета 27 ноября 2009 г. Ранее, в 2008 году, лауреатом этого конкурса стала стоматологическая клиника ИПКСЗ. Таким образом, коллектив института отмечен дважды: за высокое качество и лечебных, и образовательных услуг.

В преддверии Нового года хочется поздравить коллег с заслуженными наградами и пожелать не останавливаться на достигнутом: пусть каждый последующий год пройдет под знаком качества!

