

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

Издаётся с 2002 года
выходит 1 раз в три месяца

№ 1 (43) март 2010 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. Алексеев (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»

Плата за публикацию материалов
не рекламного характера не взимается

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 № ФС 27-0710 Р от 24 апреля 2008 г. выдано
Управлением Федеральной службы по надзору
в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны
культурного наследия по Хабаровскому краю

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. ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Сычев Д.А., Сулейманов С.Ш., Кулес В.Г. Персонализированная медицина как путь к рациональному применению лекарственных средств: предпосылки, реалии, проблемы и перспективы для отечественной системы здравоохранения 2

Ступак В.С., Сверхедюк М.Г., Левкова Е.А., Дрозд Д.Б., Фролова М.А., Подворная Е.В. Совершенствование законодательства по охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации (законодательная инициатива) 8

II. 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 (окончание) 18

Плющенко В.Н., Брылева И.Н., Дорожкина Л.И. Заболеваемость коренных малочисленных народов Севера, проживающих в Хабаровском крае, наркологическими расстройствами в течение 2002–2008 годов 30

III. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Бухонкина Ю.М., Чижова Г.В., Авилова А.А., Полухина Е.В. Особенности эндотелиальной дисфункции и состояние плодово-плацентарно-маточного кровотока у беременных с артериальной гипертензией 36

Ткаченко И.В., Колесникова С.М., Онихимовская В.В., Канцибер Л.Н. Состояние здоровья подростков-допризывников Центрального округа г. Хабаровска .. 40

Бухонкина Ю.М., Чижова Г.В., Лойфман В.М., Попова Т.В., Канина Л.Ю. Коагулопатия у беременных с врожденными пороками сердца 46

IV. ОБМЕН ОПЫТОМ

Мухамедова Л.А., Брянцев Н.И., Войлоков А.В., Метелкин К.А., Жератов В.В., Петухов К.Л., Бачинин Е.А., Брехова С.А., Виников С.П., Железная Е.К. Опыт применения фибробронхоскопии в лечении и диагностике больных с термингаляционным поражением верхних дыхательных путей 50

Рыбина И.А. Анализ влияния ЭПО-терапии на течение ХБП 4–5 стадии у больных на додиализном периоде, принимавших эпрекс 53

V. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Чигринцев В.А., Брежева Т.С., Чигринцев Н.Н. Случай вынашивания беременности двойней при антенатальной гибели второго плода в сроке 16 недель 58

Дрозд Д.Б., Гончар С.А., Лыскова Н.К., Моргунова Е.С., Сикора Н.В. Ложный женский гермафродитизм у новорожденного, обусловленный материнской андрогенпродуцирующей опухолью 60

VI. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Левинская Д.И. Поражение костей и суставов при вторичном сифилисе 61

VII. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Губченко М.А., Литвинова О.А., Колесников Ю.Н. Роль гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии у женщин, страдающих бесплодием 63

Макарова Т.Е., Луцкова И.В., Пиотрович П.А., Савосина Г.В., Шафир Н.Л., Головкова Н.Ф. К вопросу о диагностике и лечении вирусных менингоэнцефалитов у детей 65

VIII. ИНФОРМАЦИЯ

Концепция информатизации отрасли здравоохранения Хабаровского края на 2010–2017 годы 68

VIII. ПРИЛОЖЕНИЕ

К 40-летию отделения анестезиологии и реанимации ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК 75

Об организации онкологической помощи населению края в рамках реализации краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009–2011 годы)» (по материалам коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края)

Решение коллегии 94

Концепция развития радиационной онкологии в Хабаровском крае (согласована с В.И. Чиссовым и утверждена А.В. Витько) 98

Топалов К.П., Останина Л.М., Гандурова Е.Г. Онкологическая помощь в г. Хабаровске: состояние и пути улучшения 105

Топалов К.П., Баглай И.А., Сотворенная Н.А. Состояние онкологической помощи населению г. Комсомольска-на-Амуре и пути ее улучшения в новой системе организации специализированной службы 110

План научно-практических конференций, семинаров, съездов, симпозиумов, конгрессов министерства здравоохранения Хабаровского края на 2010 год 117

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

УДК 615.03

Персонализированная медицина как путь к рациональному применению лекарственных средств: предпосылки, реалии, проблемы и перспективы для отечественной системы здравоохранения

Д.А. Сычев, С.Ш. Сулейманов*, В.Г. Кукес

Кафедра клинической фармакологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Институт клинической фармакологии Научного центра экспертизы средств медицинского применения Росздравнадзора, г. Москва,

Кафедра клинической фармакологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения, г. Хабаровск

D.A. Sychev, S.Sh. Suleymanov, V.G. Kukes

Personalized medicine as a way to the rational use of medicines: background, realities, challenges and prospects for national health care system

Что такое персонализированная медицина по отношению к применению лекарственных средств? Нередко, когда практикующим врачам задаешь такой вопрос, они отвечает вопросом: «А какая же медицина была до этого?» И действительно, врачи индивидуально выбирают дозы лекарственных средств (ЛС) по определенным параметрам (например, дозу бета-адреноблокатора – по ЧСС) или корректируют дозу ЛС в зависимости от индивидуальной функции почек (по клиренсу креатинина). Или даже такой вариант: состоятельным больным врач выбирает оригинальные ЛС, а «бедным» – генерические. Чем не персонализированная медицина? А иногда персонализированный выбор ЛС может зависеть от рекламных акций фармацевтических компаний и иногда неэтичных (вплоть до подарков, в т. ч. и продуктовых): дали подарок – назначаю ЛС, не дали – не назначаю. А это тоже персонализированная медицина?

Так что же такое персонализированная медицина? К сожалению, в русской интернет-энциклопедии «Википедия» такой статьи пока нет, поэтому обра-

тимся к англоязычной Wikipedia: «персонализированная медицина – это использование геномных и молекулярных технологий для улучшения системы здравоохранения, «облегчения» создания и использования «медицинских продуктов» (и прежде всего ЛС), выявления предрасположенности к заболеваниям человека» (http://en.wikipedia.org/wiki/Personalized_medicine). Переводя это определение на «человеческий» язык и применив его в отношении использования лекарственных средств, можно дать такую формулировку: персонализированная медицина – это принцип выбора ЛС и их доз в соответствии с индивидуальными результатами геномных и молекулярных исследований (технологий). Таким образом, несмотря на то что различные методы персонализации применения ЛС разрабатывались давно, назвать эти методы эффективными и внедренными в клиническую практику нельзя. Все-таки и в XXI веке основные подходы к выбору ЛС и их доз – это методы «проб и ошибок» (например, выбор ЛС при артериальной гипертензии) и «на глазок» (на основе собственного «опыта»).

* rec@ipkszh.khv.ru

Конечно, у современного врача есть стандарты лечения, международные и национальные клинические рекомендации, разработка которых основана на принципах доказательной медицины (основа доказательной медицины – рандомизированные клинические исследования) и которые являются стратегией применения ЛС у больных с различными заболеваниями. Однако понятно, что результат, полученный в рандомизированном клиническом исследовании, не имеет отношения к тому пациенту, которого Вы видите перед собой, т. к. полученный результат усреднен, поэтому относится к «усредненному» пациенту (в соответствии с критериями включения/исключения). А таких пациентов в жизни практически не бывает. В этой ситуации остается только надеется на то, что ЛС в «средней» дозе, которое Вы назначаете, будет у Вашего пациента эффективным и безопасным, так, как продемонстрировано в соответствующем клиническом исследовании. С этих позиций некоторые зарубежные специалисты стали называть доказательную медицину (Evidence-based medicine, EBM) медициной, основанной на надеждах (Hope-based medicine, HBM).

Таким образом, тактика выбора ЛС у конкретного больного до сих пор четко не разработана, а сам выбор не основывается на объективных индивидуальных характеристиках пациента. Например, в распоряжении врача в России имеется шесть гиполипидемических ЛС (по международному непатентованному наименованию) из группы статинов: ловастатин, симвастатин, флувастатин, аторвастатин, розувастатин и правастатин. При этом «доказательная база» их эффективности в плане снижения риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с атеросклероз-ассоциированными заболеваниями (ИБС и т. д.) у них практически одинаковая. Как выбрать ЛС, чтобы быстро достигнуть целевых значений холестерина ЛНП в минимальной дозе и чтобы у больного не было неблагоприятных реакций? Думаем, что ни один врач не сможет дать четкий ответ. Может быть, назовут конкретное ЛС, а обоснованием выбора будет фраза: «У меня есть опыт работы с препаратом». Конечно, часто, как в случае со статинами, есть несколько ЛС; фармацевтические компании «навязывают» врачам представления о преимуществах того или иного ЛС в внутри группы, однако эти т. н. преимущества часто являются манипуляцией результатов экспериментальных исследований, не имеющих значения для клинической практики. Например, представление о том, что ингибиторы АПФ, ингибирующие в большей степени т. н. «тканевые» РАСС (например, квинаприл), имеют преимущества в плане более выраженной органопротекции перед ингибиторами АПФ, плохо проникающими в ткани, не блокирующими эти самые «тканевые» РАСС (например, лизиноприл). Однако рандомизированные

исследования не выявили каких-либо преимуществ у какого-либо из ингибиторов АПФ в отношении снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертензией.

Таким образом, необходимость внедрения принципов персонализированной медицины, как ее понимают в настоящее время, в практическое здравоохранение не вызывает сомнения, что должно способствовать переходу от эмпирической фармакотерапии к персонализированной, обеспечивая максимально эффективное, безопасное и, можно добавить, экономное лечение.

Перейдем к конкретике. Каковы же «инструменты» персонализированной медицины, что это за геномные и молекулярные технологии, которые позволяют индивидуализировано подойти к выбору ЛС и их доз? Это технологии, которые были разработаны еще в XX веке, но только сейчас становятся более или менее доступными для практического здравоохранения, хотя некоторые до сих пор являются делом будущего. Итак, к основным «инструментам» персонализированной медицины относятся:

Биомаркеры – представляют собой вещества (в т. ч. и белки), которые тем или иным образом связаны с фармакокинетикой или фармакодинамикой ЛС или патогенезом заболевания, при котором ЛС применяются. Например, недавно было опубликовано исследование, в котором обнаружили, что исходно низкий уровень витамина D в плазме крови ассоциируется с более выраженным гиполипидемическим эффектом аторвастатина у больных с гиперлипидемиями. Это проявлялось тем, что больные с исходным уровнем витамина D ниже 30 нмоль/л чаще достигали целевых уровней холестерина ЛНП на минимальных дозах препарата [8]. К биомаркерам также относятся методы оценки активности ферментативных систем, участвующих в фармакокинетических и фармакодинамических процессах ЛС. Наиболее изученными в этом отношении являются методы оценки активности ферментов I (например, методы оценки активности CYP3A4 по клиренсу мидазолама в плазме крови, отношение кортизола к 6-бета-кортизолу в моче) и II фаз биотрансформации ЛС (например, метод оценки активности N-ацетилтрансферазы по концентрации изониазида в моче). Например, у больных с раком колоректальной области, у которых имеется низкая активность CYP3A4, оцененная по клиренсу мидазолама, чаще развивается нейротоксичность при применении цитостатика иринотеканата [7]. Для определения биомаркеров у пациентов берут пробы крови или мочи.

Фармакогенетическое тестирование – выявление «изменений» (полиморфизмов) в генах, кодирующих белки, ответственных за фармакокинетику или фармакодинамику ЛС. Например, у больных

**«Инструменты» персонализированной медицины, рекомендуемые для использования
в клинической практике**

Рекомендуемые тесты	Показания к исследованиям	Клиническое значение
Фармакогенетические тесты		
Определение полиморфизмов генов CYP2C9 (аллельные варианты CYP2C9*2 и CYP2C9*3) и VKORC1 (полиморфный маркер G3673A)	Больные, которым показан прием оральных антикоагулянтов (варфарина, аценокумарола)	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор начальной дозы варфарина или аценокумарола, что ускоряет подбор дозы для достижения целевых значений МНО, снижает риск кровотечений и чрезмерной гипокоагуляции
Определение полиморфизмов гена CYP2D6 (аллельные варианты CYP2D6*4, CYP2D6*10, копии функциональных аллелей CYP2D6*1, CYP2D6*2)	Больные, которым показан длительный прием антидепрессантов или антипсихотических средств (нейролептиков) с высоким риском развития нежелательных реакций	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор антидепрессантов и антипсихотических средств (нейролептиков) и их доз, что снижает риск развития нежелательных реакций
	Дети с синдромом дефицита концентрации внимания с гиперактивностью, которым планируется назначения атомoksetина	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии атомoksetином
Определение полиморфизма гена CYP2C19 (аллельный вариант CYP2C19*2)	Больные с грибковыми заболеваниями, которым показано применение вориконазола	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии вориконазолом
	Больные, которым планируется применение клопидогрела	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор нагрузочной и поддерживающей дозы клопидогрела, что позволяет повысить эффективность лечения
Определение полиморфизмов гена NAT2 («медленные» аллельные варианты NAT2)	Больные с туберкулезом с высоким риском развития нежелательных реакций (гепатотоксичности, нейротоксичности) при применении противотуберкулезных средств (изониазид, пиразинамид, рифампицин)	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать развитие нежелательных реакций и более тщательно контролировать безопасность терапии противотуберкулезными средствами (изониазид, пиразинамид, рифампицин)
Определение полиморфного маркера HLA-B*1502	Больные, принадлежащие к монголоидной расе, которым планируется применение карбамазепина	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить больных с очень высоким риском развития синдрома Стивенса – Джонсона при применении карбамазепина, что является основанием для отказа от применения данного лекарственного средства
Определение полиморфного маркера HLA-B*5701	Больные с ВИЧ-инфекцией, которым планируется применение абакавира	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить больных с очень высоким риском развития гиперчувствительности замедленного типа при применении абакавира, что является основанием для отказа от применения данного лекарственного средства

Определение полиморфизма G1691A гена фактора свертывания V (т. н. «мутация Лейдена»)	Женщины с отягощенным семейным анамнезом по тромботическим осложнениям, которым планируется применение гормональных контрацептивов	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют выявить женщин с очень высоким риском развития тромботических осложнений при применении гормональных контрацептивов, что является основанием для отказа от применения данной группы лекарственных средств
Определение полиморфизмов гена TPMT	Больные, которым планируется применение азатиоприна или 6-меркаптопурина	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор дозы азатиоприна или 6-меркаптопурина, что снижает риск нежелательных реакций
Определение полиморфизма гена UGT1A1 (аллельный вариант UGT1A*28)	Больные с колоректальным раком, которым планируется применение иринотекана	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют осуществить персонализированный выбор дозы иринотекана, что снижает риск нежелательных реакций
Фармакотранскриптомные тесты		
Выявление в клетках опухоли экспрессии <i>c-Kit</i> *	Больные с неоперабельными и/или метастатическими злокачественными стромальными опухолями ЖКТ у взрослых, которым планируется применение иматиниба	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать высокую эффективность иматиниба при наличии экспрессии <i>c-Kit</i> в клетках опухоли
Выявление в клетках опухоли экспрессии <i>EGFR</i> *	Больные с местно-распространенным или метастатическим немелкоклеточным раком легкого, которым планируется применение эрлотиниба	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать высокую эффективность эрлотиниба при наличии экспрессии <i>EGFR</i> в клетках опухоли
Выявление в клетках опухоли экспрессии <i>HER2</i> *	Больные с раком молочной железы, которым планируется применение трастузумаба	Результаты фармакогенетического тестирования позволяют прогнозировать высокую эффективность трастузумаба при наличии экспрессии <i>HER2</i> в клетках опухоли

Примечание: * – в качестве биологического материала для фармакогенетического тестирования используется опухолевая ткань.

с высоким риском тромбозомболических осложнений, которые являются носителями полиморфизмов CYP2C8*2 и CYP2C9*3, при применении орального антикоагулянта варфарина путем «традиционного» (согласно инструкции) метода дозирования имеется высокий риск развития кровотечений, в т. ч. и опасных для жизни. Для проведения фармакогенетического тестирования в качестве биоматериала у пациента берут кровь или соскоб буккального эпителия (для выделения ДНК) [1].

Фармакотранскриптомные технологии – оценка экспрессии («работы») генов, кодирующих белки, ответственных за фармакокинетику или фармакодинамику ЛС, путем определения концентрации соответствующих м-РНК. Например, у больных с местно-распространенным или метастатическим немелкоклеточным раком легкого, при наличии экспрессии в опухоли гена *EGFR*, отмечается высокая эффективность цитостатика эрлотиниба. Другой пример: у больных с гиперлипидемиями,

у которых выявляется низкий уровень экспрессии гена *ABCB1* в мононуклеарах периферической крови (он же ген *MDR1*, кодирующий транспортер ЛС Р-гликопротеин), отмечается низкая эффективность аторвастатина: для достижения целевых значений холестерина ЛНП необходимы максимальные дозы препарата, что не только повышает стоимость лечения, но и увеличивает риск развития неблагоприятных реакций [4]. В качестве биологического материала для проведения фармакотранскриптомных исследований используются или кровь, или биоптаты тканей (опухолей, печени, почек и т. д.).

Однако широкое применение на практике описанных «инструментов» персонализированной медицины ограничивается рядом пока неразрешенных до конца проблем:

1. Недоступность технологий персонализированной медицины для врачей и пациентов, в т. ч. и в связи с их высокой стоимостью. Такое представление широко распространено среди врачей и ор-

ганизаторов здравоохранения. В отношении определения биомаркеров, действительно, подобные исследования выполняются пока исключительно в научных целях в НИИ и вузах, однако постановка этих методик часто не требует дорогого оборудования, а может быть осуществлена на имеющемся с помощью ставших уже рутинными методов типа ИФА, ВЭЖХ (однако, часто требуется МС-ВЭЖХ).

Что касается фармакогенетических тестов, то некоторые из них уже выполняются в ряде коммерческих лабораторий и НИИ, и не только в столицах, но и в ряде регионов. Однако в ЛПУ фармакогенетические тесты практически не делаются, несмотря на то что их выполнение требует наличия оборудования для полимеразной цепной реакции, с помощью которой диагностируют инфекции (ВИЧ, герпес, цитомегаловирус), поэтому технически проблема «постановки» фармакогенетических тестов в ЛПУ вполне может быть преодолена, тем более создание подобных лабораторий фармакогенетики регламентировано Приказом Минздрава от 22 октября 2003 г. № 494 «О совершенствовании деятельности врачей-клинических фармакологов», который до сих пор не выполняется (<http://www.mma.ru/article/id50482>). При этом стоимость определения 1 полиморфизма гена у пациента в настоящее время составляет примерно 600 рублей.

Диагностикумы для проведения фармако-транскриптомных исследований, прогнозирующих эффективность противоопухолевых ЛС (эрлотиниб, иматиниб, трастузумаб), часто выпускаются самими производителями данных ЛС и распространяются в одном «комплекте». Однако остальные фармако-транскриптомные исследования пока остаются делом будущего. Следует также отметить, что данные исследования должны проводиться в течение как можно более короткого времени (1–2 дня), т. к. решение о назначении ЛС врач должен принять быстро: прогноз многих заболеваний лучше при раннем начале лечения. Это тоже проблема, т. к. вследствие технических причин достигнуть такого срока для многих исследований пока невозможно.

2. Отсутствие четких алгоритмов выбора ЛС и их доз в соответствии с результатами исследований (определение биомаркеров, фармакогенетических исследований, фармако-транскриптомных исследований). Врачу не всегда ясно, что же делать с больным, если выявляется тот или иной результат данных исследований. Например, если беременная женщина имеет генотип ТТ по полиморфному маркеру С3435Т гена ABCB1 (который еще называют MDR1, кодирует транспортер ЛС Р-гликопротеин) и принимает ЛС (даже «разрешенные» во время беременности), то риск развития у ребенка аномалий челюстно-лицевой области («заячья губа», «волчья

пасть») в 4 раза выше по сравнению с женщинами, которые тоже применяли ЛС, но несут генотип СТ или ТТ [6]. Что делать с беременными с генотипом ТТ? Не назначать вообще ЛС? А если есть показания? Ответа на этот вопрос пока нет. Разработаны лишь единичные алгоритмы выбора ЛС и их доз при том или ином результате исследований – инструментов «персонализированной медицины». Желательно, чтобы эти алгоритмы учитывали еще и другие индивидуальные факторы пациента (возраст, пол, наличие заболеваний печени или почек, этническая принадлежность, совместное применение других ЛС, статус по курению и т. д.), что возможно при разработке т. н. многофакторной модели.

3. Отсутствие доказанных в рандомизированных клинических исследованиях преимуществ персонализированного подхода выбора ЛС и их доз, основанного на результатах определения биомаркеров, фармакогенетических исследований, фармако-транскриптомных исследований перед «традиционным» методом («проб и ошибок»). Очевидные выводы, которые мы можем сделать из результатов ретроспективных исследований с использованием «инструментов» персонализированной медицины, вовсе не означают, что их использование имеет преимущество перед «стандартными», «традиционными» подходами к выбору ЛС и их доз. Так, в проведенном рандомизированном клиническом исследовании было показано, что если больным выбирали индивидуальную дозу цитостатика иринотекана на основе результатов оценки активности CYP3A4 (по клиренсу мидазолама), то это приводит к снижению частоты нейтропении в 4 раза по сравнению с больными, которым иринотекан назначался по «традиционной» схеме [3]. Таких исследований проведено немного, но внедрять «инструменты» персонализированной медицины без получения данных подобных исследований невозможно. Причем также желательно доказать и экономическое преимущество персонализированного подхода к выбору ЛС и их доз перед «традиционным» подходом.

Эти проблемы решены для единичного количества фармакогенетических и фармако-транскриптомных тестов (табл. 1), но пока ни для одного биомаркера. Именно эти тесты уже можно внедрять в практическое здравоохранение. Так, нам удалось организовать фармакогенетическую лабораторию на базе многопрофильного стационара, при этом стоимость оборудования составила около 50 000 евро. При этом самым востребованным было фармакогенетическое тестирование (определение носительства у больных полиморфизмов генов CYP2C9 и VKORC1) для персонализации дозирования варфарина. Нам удается выполнять фармакогенетическое тестирование в течение двух дней, при стоимости

1000 рублей на 1 пациента. Хотя данный фармакогенетический тест выполняется в 15 коммерческих лабораториях Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России, стоимость на него колеблется от 1050 рублей до 120 00 рублей [2]. Явно завышенную стоимость можно объяснить низкой востребованностью теста, и можно ожидать, что если данное фармакогенетическое тестирование поставить на поток, то его стоимость значительно снизится.

В качестве алгоритма выбора дозы варфарина на основе результатов фармакогенетического тестирования мы используем алгоритм Gage, который оказался наиболее приемлемым для российских пациентов (всего нами протестировано 5 описанных в литературе алгоритмов). Алгоритм Gage представляет собой математическую формулу, которая учитывает не только генотипы пациента, выявленные в результате фармакогенетического тестирования, но и другие индивидуальные параметры (возраст, пол, наличие заболеваний печени или почек, этническая принадлежность, совместное применение амиодарона, статинов, противогрибковых ЛС, статус по курению). Для выбора индивидуального режима дозирования варфарина по этому алгоритму любой врач может зайти на сайт www.warfarindosing.org и после введения данных по больному, включая результаты фармакогенетического тестирования, получить рекомендации по начальной и поддерживающей дозе варфарина. По нашим данным, использование данного алгоритма для персонализации

дозирования варфарина способствует снижению кровотечений в 4,5 раза по сравнению с «традиционным» методом [5].

Таким образом, перспективы использования принципов персонализированной медицины в практическом здравоохранении для повышения качества фармакотерапии не вызывает сомнений. Однако на пути к «тотальному» переходу к этим принципам необходимо решить ряд обсуждаемых выше проблем. Вероятнее всего, целесообразным представляется «фрагментарное» внедрение технологий персонализированной медицины: в кардиологии (антикоагулянтная и антиагрегантная терапия), онкологии (терапия таргетными и некоторыми другими противоопухолевыми ЛС), психиатрии (терапия антидепрессантами и нейрореплетиками), фтизиатрии. Т. е. там, где применяются «проблемные» ЛС с точки зрения межличностной вариативности эффективности и безопасности, для которых уже разработаны доступные, эффективные и экономически приемлемые технологии персонализированной медицины. А с каждым годом таких технологий будет становиться все больше и больше. В заключение необходимо отметить, что внедрение методологии персонализированной медицины в реальную клиническую практику, пускай и фрагментарное, вполне может рассматриваться как не большой, но все же элемент процесса модернизации системы здравоохранения, о котором так много сейчас говорят.

Список литературы

1. Влияние полиморфизма гена CYP2C9 на фармакокинетику и фармакодинамику варфарина у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий / Д. А. Сычев, Ю. А. Михеева, Е. С. Кропачева и др. // *Клин. медицина*. – 2007. – № 1. – С. 57–60.
2. Клиническая фармакогенетика: фармакоэкономические аспекты / К. В. Герасимова, Д. А. Сычев, М. В. Авксентьева и др. // *Клин. фармакология и терапия*. – 2009. – № 4. – С. 87–91.
3. A CYP3A4 phenotype-based dosing algorithm for individualized treatment of irinotecan / J. M. van der Bol, R. H. Mathijssen, G. J. Creemers et al. // *Clin Cancer Res*. – 2010. – № 16(2): Jan 15. – P. 736–742.
4. ABCB1 and ABCC1 expression in peripheral mononuclear cells is influenced by gene polymorphisms and atorvastatin treatment / I. M. Rebecchi, A. C. Rodrigues, S. S. Arazi et al. // *Biochem Pharmacol*. – 2009. – № 77(1): Jan 1. – P. 66–75.
5. Advantages of pharmacogenetic approach (polymorphisms of genes CYP2C9 and VKORC1 study) to warfarin dosing, against the standard method for Russian patients with constant form atrial fibrillation / D. Sychev, I. Antonov, I. Ignatev et al. // *J Basic and Clinical Pharmacology*. – 2009. – Vol. 105. – P. 73–74.
6. Eurocran Gene-Environment Interaction Group. Maternal medication use, carriership of the ABCB1 3435C>T polymorphism and the risk of a child with cleft lip with or without cleft palate / B. J. Bliiek, R. H. van Schaik, I. P. van der Heiden et al. // *Am J Med Genet A*. – 2009. – № 149A(10): Oct. – P. 2088–2092.
7. Prediction of irinotecan pharmacokinetics by use of cytochrome P450 3A4 phenotyping probes / R. H. Mathijssen, F. A. de Jong, R. H. van Schaik et al. // *J Natl Cancer Inst*. – 2004. – 96(21): Nov 3. – P. 1585–1592.
8. Vitamin d levels and lipid response to atorvastatin / J. L. Pérez-Castrillón, L. Abad Manteca, G. Vega et al. // *J Endocrinol*. – 2010. – 320721.

УДК 614.21:34 (470+571)

Совершенствование законодательства по охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации (законодательная инициатива)

В.С. Ступак*, М.Г. Свередюк, Е.А. Левкова, Д.Б. Дрозд, М.А. Фролова, Е.В. Подворная
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,
г. Хабаровск

V.S. Stupak, M.G. Sveredyuk, E.A. Levkova, D.B. Drozd, M.A. Frolova, E.V. Podvornaya
The improvement of the legislation on protection of reproductive health of the population of the Russian Federation (legislative initiative)

Резюме

В статье авторы анализируют существующую проблематику законодательного закрепления вспомогательных репродуктивных технологий. Рассматривается проект Федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации». Особое внимание в статье уделено нормам, предполагающим решение целого ряда вопросов в области нормативно-правового регулирования вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: Федеральный закон, репродуктивное здоровье, бесплодие, эмбрион, демография.

Summary

The authors of the article analyze the existing problems of legislative consolidation of auxiliary reproductive technologies. The Draft Federal Law «On protection of reproductive health of the population of the Russian Federation» is reviewed. The special attention in the article is given to norms that are supposed to solve a set of questions pertaining to normative legal regulation of auxiliary reproductive technologies.

Key words: Federal Law, reproductive health, infertility, embryo, demography.

8 октября 2009 года Комитетом по охране здоровья Государственной думы Федерального собрания Российской Федерации было проведено заседание «круглого стола» на тему «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации. Законодательные аспекты», на котором в порядке законодательной инициативы специалистами краевого перинатального центра внесены предложения в проект Федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации» (Проект Закона прилагается).

Поднятые на заседании «круглого стола» вопросы являются актуальными для здравоохранения Хабаровского края в связи с процессом внедрения перинатальных технологий и высокотехнологичных видов медицинской помощи на территории края.

Интенсивное развитие репродуктивных технологий обострило проблему их правового регулирования. Как пишут Ю.Д. Сергеев и Ю.В. Павлова: «Сегодня право вынуждено вторгаться в такие сферы общественных отношений, которые прежде считались внеправовыми. Интенсивно прогрессирующее вмешательство в процесс деторождения, возможность

выбраковки неполноценных в генетическом смысле отношений оплодотворенных яйцеклеток, опасность манипулирования половыми клетками очертили круг правовых и моральных вопросов, связанных с новыми репродуктивными технологиями» [7].

Получается, что в настоящее время правоотношения в данной области развиваются, а правовая основа – отсутствует. Законодательный уровень составляют Семейный кодекс РФ и Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. В данных законах вопросам репродуктивных технологий посвящен ряд норм – п. 4 ст. 51, п. 3 ст. 52 СК РФ, ст. 35 Основ. Подзаконный уровень представлен Приказом Минздрава РФ от 26.02.2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия».

Безусловно, в приведенных нормативных актах решены отдельные вопросы регулирования правоотношений, возникающих при организации вспомогательных репродуктивных технологий, однако ряд проблем оставлен законодателем без внимания.

Во-первых, необходимо определение правового статуса эмбриона. В этой связи является актуальным

* perinatalcenter@rambler.ru

принятие норм, регламентирующих правоотношения с участием эмбриона. Если исходить из текстуального содержания статьи 17 Конституции РФ, которая предусматривает, что «основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения», то следует согласиться, что правами (а значит, и правом на жизнь) человек обладает с момента рождения. В законодательстве не указано, имеют ли лица, участвовавшие в создании эмбриона (предоставившие генетический материал), права на этот эмбрион, и если да, то появляется ли у кого-нибудь преимущественное право. Так, например, в случае использования организма суррогатной матери биологическим родителям должно быть гарантировано право требовать передачу родившегося ребенка. На сегодняшний же день именно суррогатная мать решает, отдавать родившегося ребенка биологическим родителям или нет. Это прямо сказано в статье 51 СК РФ.

Во-вторых, необходимо уточнить на законодательном уровне круг субъектов, которые могут воспользоваться программой суррогатного материнства. Как следует из действующего законодательства, программой суррогатного материнства могут воспользоваться только супруги, то есть лица, состоящие в браке между собой, это вытекает из анализа статьи 51 Семейного кодекса РФ; тем не менее, нигде в законе не сказано, что остальным категориям граждан запрещено пользоваться программой суррогатного материнства, например, категории лиц, не состоящих в зарегистрированном браке.

В-третьих, имеется острая необходимость в разработке типовой документации, связанной с оформлением информированного добровольного согласия пациента в области репродуктивной медицины. Необходимо определить критерии ее полноты, форму закрепления.

В-четвертых, терминологические проблемы. На законодательном уровне не даны определения таким важным терминам, как репродуктивное здоровье, искусственное оплодотворение, инсеминация, имплантация эмбриона, суррогатное материнство и другие.

В-пятых, «должны быть закреплены требования к договорам, заключаемым в сфере репродуктивных технологий: их форме, существенным условиям и т. д. В первую очередь, это договоры между суррогатной матерью и родителями, родителями и медицинской организацией. Сегодня они заключаются в произвольной форме, что с учетом недостаточной правовой грамотности участников отношений может привести к нарушению их интересов. Возможно рассмотрение вопроса об утверждении формы типового договора, заключаемого с суррогатной матерью» [2].

Вопросы нормативно-правового закрепления регулирования репродуктивных технологий коллективом ГУЗ «Перинатальный центр» изучаются в течение нескольких последних лет. Так, специалисты Центра

принимали участие в 2007 году в работе «круглого стола» Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему: «Мужское здоровье как демографический фактор», в 2008 году были сформированы предложения по проблемам внедрения программы суррогатного материнства для работы «круглого стола» в Государственной думе РФ, посвященного данным вопросам.

К совещанию, прошедшему 8 декабря 2009 года в Государственной думе РФ, были подготовлены рекомендации, затрагивавшие вышеизложенные проблемы законодательного закрепления репродуктивных технологий. Необходимо отметить, что актуальность недостатков законодательства, в том числе и в обозначенных нами областях, была признана всеми участниками «круглого стола».

В качестве решения ряда нормативно-правовых пробелов на повестку заседания был вынесен проект Федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации».

Было отмечено, что законопроект нуждается в доработке, однако необходимость его принятия в ближайшее время очевидна.

Законопроект действительно представляется актуальным, так как предполагает решение целого ряда вопросов в области нормативно-правового регулирования вспомогательных репродуктивных технологий:

1. Определяется понятийный аппарат. Дается законодательное определение таким понятиям, как: репродуктивное здоровье, охрана репродуктивного здоровья, свобода репродуктивного выбора, планирование семьи, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, суррогатное материнство, контрацепция, эмбрион человека.

2. Распределены полномочия органов государственной власти в области охраны репродуктивного здоровья населения.

3. Определяются принципы реализации права граждан на охрану репродуктивного здоровья. К наиболее важным из них относятся: осуществление права на охрану репродуктивного здоровья граждан по своей воле и в своих интересах; невмешательство государства в осуществление права граждан на свободное принятие решений в отношении рождения детей; неприкосновенность частной жизни, личной, семейной тайны; конфиденциальность в вопросах охраны репродуктивного здоровья; государственная поддержка семей, имеющих детей.

4. Закрепляются основные права граждан в области охраны репродуктивного здоровья. К нововведениям здесь можно отнести такие права, как: право на получение гарантированного объема медицинской и иной помощи в области репродуктивного здоровья; право на доступ к безопасным, эффективным методам лечения бесплодия, разрешенным на территории Российской Федерации в установленном законодательством Российской Федерации порядке; право на

безопасную беременность и уход до родов, в период родов и после родов.

5. В статьях 9 и 20 законодатель пытается решить проблему содержания информированного добровольного согласия. В частности, в статье 9 определена обязательная письменная форма информированного добровольного согласия. Закрепляется презумпция свободного отзыва информированного добровольного согласия заинтересованным лицом в любое время, что полностью соответствует положениям международного права [9]. В статье 20 законопроекта перечисляются содержательные элементы согласия на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий. Обязательными условиями согласия являются: достоверная и полная информация о сущности применяемых методов вспомогательной репродукции; информация о медицинских и правовых аспектах всех выполняемых процедур; информация о возможном риске, побочных эффектах и осложнениях; информация об ожидаемых результатах проведенного лечения и о факторах, от которых зависит результат.

6. Глава 2 законопроекта посвящена организационным основам обеспечения охраны репродуктивного здоровья населения. В данной главе обозначены основные направления и принципы государственной политики в этой области. В частности: информированность населения, в том числе несовершеннолетних граждан о состоянии репродуктивного здоровья, о средствах и методах в области охраны репродуктивного здоровья; равная доступность гарантированного объема качественных и безопасных услуг в области охраны репродуктивного здоровья для граждан; разработка и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья. Необходимо отметить, что в данной главе, в статьях 13 и 14 в равной мере говорится об охране репродуктивного здоровья как женщин, так и мужчин.

7. Статья 19 законопроекта определяет основные положения взаимоотношения субъектов семейных правоотношений. В статье сказано, что мужчина и женщина, состоящие в браке, зарегистрированном в установленном законодательством РФ порядке, имеют право на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий при наличии взаимного согласия супруги (супруга); мужчина или женщина, не состоящие в зарегистрированном в установленном законодательством РФ порядке браке, имеют право на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий при наличии взаимного согласия.

Дискуссию участников «круглого стола» вызвал пункт 5 статьи 19, в котором сказано, что при применении вспомогательных репродуктивных методов и технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом. Так, генеральный директор «Росюрконсалтинг» К.Н. Свитнев по данному вопросу сказал следующее:

«...представим себе ситуацию, когда после рождения, к примеру, двух мальчиков родители хотят завести им сестренку. Что в этом плохого? Аргументируют тем, что это аморально, ввиду того что эмбрионы, якобы, уничтожаются, эмбрионы негодного пола. Во-первых, они не уничтожаются. Они криоконсервируются, чтобы была возможность использовать их в дальнейшем. А во-вторых, абсурдно запрещать данную практику, пока разрешена редукция беременности и легализованы аборты в нашей стране. Чем одно хуже другого? Нет никакого криминала в том, чтобы в рамках планирования своей семьи родители могли бы решать этот вопрос самостоятельно, как это делается, например, с октября 2005 года в США или же в Бельгии. Это лучше, чем прерывание беременности, когда выяснится, что ребенок не того пола. Рождение любого нового ребенка лучше, чем нерождение никакого, тем более в нынешней демографической ситуации» [8].

8. Ряд норм законопроекта посвящены регулированию правоотношений по реализации программы суррогатного материнства. Наиболее значимыми в данном сегменте являются нормы:

- закрепляющие положения о необходимости обязательного получения информированного добровольного согласия суррогатной матери, генетических родителей, а также супруга, если суррогатная мать состоит в зарегистрированном браке;

- регламентирующие правовое оформление отношений между лицами, участвующими в программе суррогатное материнство. Так, в статье 28 законопроекта говорится о необходимости оформлять правовые отношения путем заключения договоров: между суррогатной матерью и медицинской организацией, где будет проводиться искусственное оплодотворение и дальнейшее наблюдение; между медицинской организацией и лицами (лицом), имеющими право на применение программы суррогатного материнства;

- закрепляющие обязанность суррогатной матери передать рожденного ею ребенка лицам, заключившим с ней договор. Необходимо заметить, что в настоящее время существует презумпция материнства суррогатной матери, согласно которой именно она решает, отдавать ли ребенка его генетическим родителям уже после его рождения (ст. 51 Семейного кодекса РФ).

9. В законопроекте закрепляется регулирование условий и порядка донорства половых клеток, донорства эмбрионов, подняты вопросы регламентации криоконсервации половых клеток и эмбрионов.

Таким образом, законопроект, безусловно, актуален, и его принятие остро необходимо, однако необходимость доработки очевидна. По вопросам дальнейшего совершенствования законопроекта «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации» планируется проведение в 2010 году парламентских слушаний в Государственной думе Федерального собрания Российской Федерации.

В этой связи Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края приглашает медицинскую и юридическую общественность Дальнего Востока высказать свое мнение и внести предложения по оптимизации правоотношений и правовых норм законопроекта. Все рекомендации, замечания и предложения можно отправлять на кафедру общественного здоровья и организации здравоохранения ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края для обобщения и предоставления в Государственную думу Федерального собрания Российской Федерации.

Проект

Федеральный закон об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации

Глава I. Общие положения

Статья 1. Предмет правового регулирования и сфера действия настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Настоящий Федеральный закон регулирует общественные отношения в области охраны репродуктивного здоровья граждан и закрепляет гарантии его осуществления.

Статья 2. Задачи настоящего Федерального закона

- 1) определение принципов государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья;
- 2) установление правовых гарантий для реализации гражданами Российской Федерации прав в области охраны репродуктивного здоровья;
- 3) разграничение компетенции Российской Федерации, субъектов Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья;
- 4) определение прав, обязанностей, полномочий и ответственности физических и юридических лиц, осуществляющих деятельность в области охраны репродуктивного здоровья.

Статья 3. Законодательство Российской Федерации об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации

Законодательство Российской Федерации об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации и ее субъектов, принятых в соответствии с установленной компетенцией и с разграничением предметов ведения

и полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, то применяются правила международного договора.

Статья 4. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

репродуктивное здоровье – состояние физического, умственного и социального благополучия во всех жизненных процессах, влияющих на формирование и функционирование репродуктивной системы человека;

охрана репродуктивного здоровья – методы, технологии и услуги, которые способствуют становлению, сохранению и укреплению репродуктивного здоровья граждан, посредством предупреждения и устранения нарушений в репродуктивной сфере на протяжении жизни человека;

свобода репродуктивного выбора – возможность супружеских пар и отдельных лиц по собственному волеизъявлению, без дискриминации принуждения и насилия свободно принимать ответственное решение относительно рождения детей и интервалов между их рождением и располагать для этого необходимой информацией;

планирование семьи – виды деятельности, направленные на осознанный выбор отдельными лицами или супружескими парами времени деторождения в зависимости от возраста родителей, определение количества детей в семье, регулирование интервалов между беременностями, профилактика нежелательной беременности;

бесплодие – неспособность к воспроизводству потомства, подтвержденная стандартными диагностическими методами;

вспомогательные репродуктивные технологии – методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма;

суррогатное материнство – вид вспомогательных репродуктивных технологий, основанный на экстракорпоральном оплодотворении и последующем переносе оплодотворенной яйцеклетки в матку женщины для вынашивания и рождения ребенка для лиц (лица), имеющих право на применение программы суррогатного материнства;

контрацепция – методы и средства предупреждения нежелательной беременности;

эмбрион человека – зародыш человека на стадии развития до 8 недель*.

* Федеральный закон от 20.05.2002 № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека».

Статья 5. Полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны репродуктивного здоровья населения

К полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны репродуктивного здоровья населения относятся:

1) принятие и изменение нормативных правовых актов Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья населения, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;

2) установление и проведение единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения, разработка и реализация федеральных целевых программ по охране репродуктивного здоровья населения;

3) организация оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья;

4) разработка стандартов медицинской помощи и других федеральных стандартов в области охраны репродуктивного здоровья;

5) разработка, принятие и реализация информационных и образовательных программ в области охраны репродуктивного здоровья;

6) установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны репродуктивного здоровья населения;

7) регулирование деятельности федеральных учреждений, оказывающих услуги в области охраны репродуктивного здоровья населения;

8) разработка единых критериев и программ подготовки медицинских работников, осуществляющих деятельность в области охраны репродуктивного здоровья населения;

9) координация деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья населения;

10) координация и финансирование научных исследований в области охраны репродуктивного здоровья;

11) международное сотрудничество Российской Федерации и заключение международных договоров Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья населения.

Статья 6. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья населения

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья населения относятся:

1) принятие нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации в области охраны репродуктивного здоровья, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;

2) разработка, утверждение и реализация региональных программ по охране репродуктивного здоровья населения;

3) осуществление контроля за деятельностью организаций в области охраны репродуктивного здоровья граждан;

4) информационное обеспечение населения в области охраны репродуктивного здоровья;

5) установление региональных стандартов медицинской помощи в сфере охраны репродуктивного здоровья на уровне не ниже федеральных стандартов и осуществление контроля за их соблюдением;

6) организация повышения квалификации специалистов, осуществляющих деятельность в области охраны репродуктивного здоровья населения.

Статья 7. Основные принципы реализации права граждан на охрану репродуктивного здоровья

1) осуществление права на охрану репродуктивного здоровья гражданами по своей воле и в своих интересах;

2) соблюдение основных (личных) прав человека и гражданина при реализации прав в сфере охраны репродуктивного здоровья;

3) невмешательство государства в осуществление права граждан на свободное принятие решения в отношении рождения детей;

4) неприкосновенность частной жизни, личной, семейной тайны;

5) конфиденциальность в вопросах охраны репродуктивного здоровья;

6) соблюдение специальных профессиональных требований и стандартов при выполнении любого медицинского вмешательства в области репродуктивного здоровья;

7) государственная поддержка семей, имеющих детей.

Статья 8. Основные права граждан в области охраны репродуктивного здоровья

При обращении за медицинской помощью по охране репродуктивного здоровья граждане обладают следующими правами:

1) право на гуманное и уважительное отношение при обращении в организации, осуществляющие деятельность в области охраны репродуктивного здоровья, уважение чести и достоинства, нравственных, религиозных и иных взглядов и убеждений, национальной и социальной принадлежности, пола, возраста и иных особенностей;

2) право на выбор врача и организации, имеющие специальное разрешение установленного государственного образца на деятельность по оказанию медицинских услуг в области охраны репродуктивного здоровья;

3) право на получение достоверной информации о своих правах и обязанностях в области репродуктивного здоровья, о состоянии своего репродуктивного здоровья, включая сведения о результатах обследо-

вания, прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. В исключительных случаях законом могут накладываться ограничения на исполнение права в интересах пациента;

4) право на получение гарантированного объема медицинской и иной помощи в области репродуктивного здоровья;

5) право на доступ к безопасным, эффективным методам лечения бесплодия, разрешенным на территории Российской Федерации в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

6) право на безопасную беременность и уход до родов, в период родов и после родов.

Статья 9. Информированное согласие

Любое медицинское вмешательство в области репродуктивного здоровья человека может осуществляться только после того, как человек, которого оно касается, предоставит на него свободное и информированное согласие установленного образца в письменной форме. Заинтересованному лицу гарантируется предварительное предоставление информации о цели и характере вмешательства, о последствиях и возможных рисках. Заинтересованное лицо может свободно отзывать информированное согласие в любое время.

Форма информированного согласия утверждается федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Глава II. Организационные основы обеспечения охраны репродуктивного здоровья населения

Статья 10. Принципы государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья

1) информированность населения, в том числе несовершеннолетних граждан о состоянии репродуктивного здоровья, о средствах и методах в области охраны репродуктивного здоровья;

2) равная доступность гарантированного объема качественных и безопасных услуг в области охраны репродуктивного здоровья для граждан;

3) разработка и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья;

4) защита прав граждан в области охраны репродуктивного здоровья.

Статья 11. Основные направления государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья граждан

Основными направлениями государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья граждан являются:

– государственная поддержка научных исследований в области охраны репродуктивного здоровья;

– развитие медико-социальной и психолого-педагогической помощи гражданам при осуществлении права на охрану репродуктивного здоровья,

– организация и проведение коммуникативных кампаний, направленных на сохранение репродуктивного здоровья;

– поддержка региональных программ и общественных инициатив, направленных на охрану репродуктивного здоровья;

– проведение мероприятий по профилактике нарушений репродуктивного здоровья.

Статья 12. Право на деятельность по оказанию услуг в области охраны репродуктивного здоровья

Оказание услуг по охране репродуктивного здоровья граждан осуществляется организациями здравоохранения, иными организациями любой организационно-правовой формы, физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, получившими специальное разрешение государственного установленного образца на деятельность по оказанию услуг в области охраны репродуктивного здоровья.

Статья 13. Перечень гарантированных государством услуг по охране здоровья и планированию семьи

Перечень гарантированных услуг по охране репродуктивного здоровья населения определяется Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Законом.

Статья 14. Охрана репродуктивного здоровья женщин

Система мер по охране репродуктивного здоровья женщин включает в себя:

1) обеспечение мер по охране здоровья в период беременности, медицинской помощи в родах и послеродовом периоде с применением методов, сводящих к минимуму риск для здоровья женщины, плода, новорожденного;

2) обеспечение медицинской, консультативной и лекарственной помощи беременным, роженицам, родильницам в организациях системы здравоохранения за счет средств государственного бюджета в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

3) государственные меры, направленные на сохранение здоровья матерей и новорожденных, снижение материнской и детской заболеваемости и смертности, получение медицинской помощи в период беременности, природы и после родов с применением методов, разрешенных на территории Российской Федерации за счет средств государственного бюджета в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Статья 15. Охрана репродуктивного здоровья мужчин

Система мер по охране репродуктивного здоровья мужчин включает в себя:

1) разработку и внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий, таких как новые методы вспомогательной репродукции и способы стимуляции сперматогенеза, развитие клеточных технологий, совершенствование техники малоинвазивных вмешательств, применение современных пластических и тканевых материалов и др.;

2) разработку и внедрение системы мер, направленных на сохранение репродуктивного здоровья у мужчин во время службы в Вооруженных силах Российской Федерации;

3) создание и внедрение системы мер, направленных на раннее скрининговое выявление заболеваний мужской репродуктивной системы и профилактику сохранения репродуктивного здоровья мужчин;

4) создание государственной программы по организации государственных клиник (мужских консультаций), работающих на основании междисциплинарного подхода для восстановления системы диспансеризации мужского населения всех возрастных групп.

Статья 16. Охрана репродуктивного здоровья несовершеннолетних

1) Несовершеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также на воспитание и образование по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

2) Воспитание и образование несовершеннолетних по вопросам охраны репродуктивного здоровья, их подготовка к семейной жизни осуществляется в семье.

3) Воспитание и образование несовершеннолетних по вопросам охраны репродуктивного здоровья осуществляется в образовательных учреждениях по специально разработанным образовательным программам с учетом пола, возраста, особенностей психофизического развития несовершеннолетних, мнения родителей и лиц, их замещающих, национальных традиций, духовно-нравственных ценностей и международного опыта и осуществляется специалистами, имеющими специальную подготовку в области охраны репродуктивного здоровья.

4) Разработка примерных образовательных программ по вопросам охраны репродуктивного здоровья несовершеннолетних, подготовки их к семейной жизни обеспечивается государственными органами управления образованием совместно с государственными органами управления здравоохранением.

5) Органы управления образованием, здравоохранением, социальной защиты населения осуществляют мониторинг репродуктивных установок и репродуктивного поведения несовершеннолетних.

6) Органы исполнительной власти обеспечивают условия для получения несовершеннолетними услуг по охране репродуктивного здоровья.

7) Услуги по охране репродуктивного здоровья, гарантированные законодательством Российской Федерации, в том числе консультативно-профилактическая помощь специалистов, оказываются несовершеннолетним бесплатно.

Статья 17. Профилактические меры по охране репродуктивного здоровья

Система профилактических мер по охране репродуктивного здоровья населения включает следующие мероприятия:

1) выявление риска нарушений репродуктивного здоровья населения территории, в том числе факторов окружающей среды и производственных факторов;

2) проведение обязательных профилактических медицинских осмотров (предварительных и периодических) населения в целях выявления и лечения нарушений в сфере репродуктивного здоровья;

3) профилактика и раннее выявление нарушений репродуктивного здоровья у контактирующих с вредными и тяжелыми условиями труда;

4) информирование населения репродуктивного возраста, беременных, матерей и отцов о риске нарушений репродуктивного здоровья и его реабилитации;

5) реализация образовательных и научных программ по охране репродуктивного здоровья в средствах массовой информации;

6) создание системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, в первую очередь, посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению репродуктивного здоровья граждан Российской Федерации;

7) внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан;

8) создание системы преемственного поэтапного лечения заболеваний репродуктивной системы в медицинских учреждениях смежного профиля (преемственные долечивание и реабилитация, вторичная профилактика, санаторно-курортное восстановительное лечение);

9) диспансеризация населения (в том числе детей и подростков) с выделением групп риска по развитию социально значимых заболеваний органов репродуктивной системы и разработка индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение);

10) использование бальнеологических возможностей в профилактике и лечении заболеваний в сфере репродукции и оценка эффективности и безопасности любого вида лечения, исходя из принципов доказательной медицины;

11) разработка программ санаторно-курортной реабилитации после перенесенных заболеваний и оперативных вмешательств;

12) реализация мер по профилактике нарушений здоровья женщин и мужчин в период менопаузы и андропаузы;

13) совершенствование медико-генетической помощи населению, внедрение новых перинатальных технологий для ранней диагностики плода.

Статья 18. Государственный контроль и надзор за деятельностью организаций, оказывающих услуги в области охраны репродуктивного здоровья населения

Глава III. Порядок применения вспомогательных репродуктивных технологий

Статья 19. Применение вспомогательных репродуктивных технологий

1. Граждане РФ имеют право на лечения бесплодия, в том числе с применением вспомогательных репродуктивных технологий по медицинским показаниям.

2. Применение вспомогательных репродуктивных технологий возможно только при наличии письменного информированного согласия пациентов.

3. Мужчина и женщина, состоящие в браке, зарегистрированном в установленном законодательством РФ порядке, имеют право на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий при наличии взаимного согласия супруги (супруга);

4. Мужчина или женщина, не состоящие в зарегистрированном в установленном законодательством РФ порядке браке, имеют право на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий при наличии взаимного согласия.

5. При применении вспомогательных репродуктивных методов и технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

6. Сведения о факте обращения за медицинской помощью по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий; о проведенных искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона; о личности донора и иные сведения, полученные при лечении, составляют врачебную тайну.

Статья 20. Информированное добровольное согласие на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий.

1. Необходимым предварительным условием медицинской помощи по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий является информированное добровольное согласие.

Согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме и подписывается лицом (лицами), которому (которым) будет оказан данный вид медицинской помощи.

2. Информированное добровольное согласие на применение методов преодоления бесплодия должно включать:

– достоверную и полную информацию о сущности применяемых методов вспомогательной репродукции;

– информацию о медицинских и правовых аспектах всех выполняемых процедур;

– информацию о возможном риске, побочных эффектах и осложнениях;

– информацию об ожидаемых результатах проведенного лечения и о факторах, от которых зависит результат.

3. Лица (лицо), давшие свое согласие в письменной форме на применение методов ВРТ в случае рождения у них ребенка, записываются его родителями в книге записей рождений в порядке, установленном семейным законодательством РФ, и не вправе при оспаривании материнства и отцовства ссылаться на эти обстоятельства.

Статья 21. Право на оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий

1. Медицинская помощь по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий оказывается медицинскими организациями любой организационно-правовой формы при наличии лицензии на данный вид деятельности.

2. Специалисты, оказывающие медицинскую помощь по лечению бесплодия, должны иметь высшее или среднее профессиональное образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг).

3. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, обязаны предоставлять статистические данные о частоте наступления беременности в циклах ЭКО в единый банк данных в порядке, определяемом федеральным органом государственной власти, осуществляющим управление здравоохранением.

Статья 22. Условие и порядок донорства половых клеток

Мужчины и женщины в возрасте от 18 до 35 лет соматически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование, имеют право быть донорами гамет и эмбрионов.

Донорство гамет и эмбрионов на возмездной или безвозмездной основе осуществляется при наличии письменного информированного добровольного согласия донора (доноров), в содержание которого должны быть включены: особенности предстоящей медицинской процедуры; сведения о возможном риске, побочных эффектах и осложнениях; правовые последствия донорства.

Статья 23. Донорство эмбрионов

Донорами эмбрионов могут быть пациенты программы ЭКО, у которых после завершения формирования полной семьи (рождения ребенка) остаются

в банке неиспользованные криоконсервированные эмбрионы.

Эмбрионы могут быть получены также в результате оплодотворения донорских ооцитов спермой донора.

Использование эмбрионов для донации возможно только по свободному решению и письменному информированному согласию пациентов-доноров.

Запрещается получение эмбрионов человека исключительно для научно-исследовательских целей.

Статья 24. Правовые последствия донорства

1. Доноры половых клеток и эмбрионов не берут на себя родительские обязанности по отношению к будущему ребенку и не имеют право в настоящем и будущем выяснять личность ребенка и фактических родителей. Использование оставшихся гамет и эмбрионов в научно-исследовательских или иных целях возможно только с письменного согласия донора (доноров).

2. Медицинские организации обязаны предоставлять сведения о частоте предоставления половых клеток в региональную базу единого банка доноров гамет.

Статья 25. Криоконсервация половых клеток и эмбрионов

1. Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток в медицинских организациях, имеющих лицензию на данный вид деятельности.

2. Криоконсервация половых клеток и эмбрионов осуществляется на основании письменного информированного согласия, содержащего сведения о методе замораживания генетического материала, условиях и сроках хранения половых клеток и (или) эмбриона; порядок использования и уничтожения половых клеток и эмбриона в случае развода супружеской пары, смерти (или признания недееспособным) одного из супругов или лица, давшего согласие на осуществление донорской функции; порядок использования не востребуемых половых клеток или эмбриона.

3. Гражданам гарантируется право на криоконсервацию и хранение половых клеток и эмбрионов по медико-социальным показаниям в случаях риска потери способности к воспроизводству потомства в связи с заболеванием и (или) выполняемой профессиональной деятельностью.

4. Перечень медико-социальных показаний и порядок хранения генетического материала устанавливаются федеральным органом исполнительной власти.

Статья 26. Суррогатное материнство

1. Суррогатное материнство – вид вспомогательных репродуктивных технологий, основанный на экстракорпоральном оплодотворении и последующем переносе оплодотворенной яйцеклетки в матку женщины для вынашивания и рождения ребенка для лиц (лица), имеющих право на применение программы суррогатного материнства.

2. Показания к применению программы суррогатного материнства и медицинские аспекты применения данной программы определяются нормативно-правовым актом федерального органа исполнительной власти, осуществляющим правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Статья 27. Требования, предъявляемые к суррогатным матерям

1. Суррогатными матерями могут быть женщины, полностью психически и соматически здоровые, имеющие собственного здорового ребенка, при наличии добровольного информированного согласия на участие в программе суррогатного материнства.

2. Суррогатная мать не может одновременно быть также донором яйцеклетки.

3. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга.

Статья 28. Правовое оформление отношений между лицами, участвующими в программе суррогатного материнства

Правовое оформление отношений, связанных с применением программы суррогатного материнства, осуществляется на основании информированного добровольного согласия суррогатной матери и лица (лица), имеющего право на применение программы суррогатного материнства, а также на основании заключенных договоров между:

1) суррогатной матерью и медицинской организацией, где будет проводиться искусственное оплодотворение и дальнейшее наблюдение;

2) медицинской организацией и лицами (лицом), имеющими право на применение программы суррогатного материнства.

Женщина, давшая добровольное информированное согласие на применение программы суррогатного материнства, не имеет права отказаться от передачи рожденного ею ребенка лицам, заключившим с ней договор.

Статья 29. Установление происхождения ребенка, родившегося в результате применения программы суррогатного материнства

Лица (лицо), одно из которых или оба являются донорами половых клеток и заключившие договор с суррогатной матерью, в случае рождения ребенка записываются его родителями (родителем) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

В случае отказа от ребенка лиц (лица), заключивших договор суррогатного материнства, либо их смерти матерью ребенка будет признана суррогатная мать.

Глава IV. Финансирование деятельности в сфере охраны репродуктивного здоровья

Статья 30. Источники финансирования деятельности по охране репродуктивного здоровья

Источниками финансирования деятельности по охране репродуктивного здоровья являются:

- 1) бюджетные ассигнования всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, предусмотренные для реализации программ в области охраны репродуктивного здоровья;
- 2) средства бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования;
- 3) личные средства граждан;
- 4) средства организаций и общественных объединений;
- 5) иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Глава V. Защита прав граждан в сфере охраны репродуктивного здоровья

Статья 31. Защита прав граждан в области охраны репродуктивного здоровья

Статья 32. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинской помощи в области охраны репродуктивного здоровья

В случаях причинения вреда здоровью граждан при оказании медицинских услуг в области охраны репродуктивного здоровья виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Возмещение ущерба не освобождает виновных лиц от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Статья 33. Ответственность за правонарушения в области охраны репродуктивного здоровья.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации. – М.: Рипол Классик, 2007. – 160 с.: ил.
2. Майфрат, А. В. О необходимости принятия федерального закона о репродуктивных правах граждан в Российской Федерации / А.В. Майфрат // Рос. юрид. журн. – 2009. – № 3. – С. 152–155.
3. О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия: Приказ Минздрава РФ от 26.02.2003 г. № 67. – М., 2003.
4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993. – М., 1993.
5. Проект Федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации»: опубликован 22.12.2009. – Режим доступа: www.orthedu.ru/roditeli/755-09.html. – 15.02.2010.
6. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ: принят ГД ФС РФ 08.12.1995.
7. Сергеев, Ю. Д. Проблемы правового регулирования применения методов вспомогательных репродуктивных технологий / Ю. Д. Сергеев, Ю. В. Павлова // Мед. право. – 2006. – № 3. – С. 3.
8. Стенограмма «круглого стола» Комитета по охране здоровья Государственной думы Федерального собрания Российской Федерации на тему «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации. Законодательные аспекты». – Режим доступа: www.ohrana-zdorovja.ru/krug-stol.html.
9. Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации: рек. для врачей по проведению биомед. исследований на людях: принята 18-й Всемир. мед. ассамблеей, Хельсинки, июнь 1964 г. – М.: ВОЗ, 1964.

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2 (571.620) "2008"

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

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

On health status and activities of the health system in the Khabarovsk Territory in 2008 (ending)

Резюме

Рассмотрены вопросы обеспеченности населения Хабаровского края врачами и средними медицинскими работниками на региональном и муниципальном уровнях. Подчеркнута роль медицинского университета и Института повышения квалификации специалистов здравоохранения в подготовке медицинских кадров. Рассмотрены вопросы финансового обеспечения здравоохранения в крае, участие ЛПУ Хабаровского края в реализации федеральных и краевых программ по охране здоровья населения. Уделено внимание организации лекарственного обеспечения населения Хабаровского края.

Ключевые слова: Хабаровский край, медицинские кадры, охрана здоровья населения.

Resume

The article touches upon the problem of providing the population of Khabarovsk territory with medical doctors and paramedical personnel at the regional and the municipal level. The role of medical university and the Postgraduate Institute for Public Health Workers in medical education is emphasized. The article studies the problems of financial health care provision of the region, the role of MPI of the Khabarovsk territory in the implementation of federal and provincial public health programs. Special attention is paid to the organization of pharmacological support to the population of the Khabarovsk territory.

Key words: Khabarovsk territory, medical personnel, public health care.

Кадровые ресурсы отрасли

Абсолютная численность всех работников учреждений здравоохранения Хабаровского края составила в 2008 г. 31 518 чел. (рост по сравнению с 2007 г. – на 2,7 %, или на 831 чел.).

В крае на протяжении последних 10 лет продолжается снижение численности медицинского персонала учреждений. В 2008 г. численность врачей всех специальностей составила 7573 чел. и средних медицинских работников – 13 875. По сравнению с

1999 г. количество медицинских работников уменьшилось на 14,3 %, в т. ч. врачей – на 11 %, средних медицинских работников – на 16,1 % (табл. 22).

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в целом по Хабаровскому краю составляет 1:1,8 (в РФ в 2006 г. этот показатель составил 1:2,2).

Численность врачей в краевых государственных учреждениях здравоохранения выросла на 18 % (1999 г. – 279 чел.).

* ktopalov@mail.ru

Таблица 22

Численность медицинских работников в Хабаровском крае

Наименование показателей	1999 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Откл. к 1999 г.
Врачи всех специальностей	8510	7904	7754	7682	7595	7573	-937
Средние медицинские работники	16 529	15 324	14 239	14 146	13 883	13 875	-2654

Таблица 23

Обеспеченность населения Хабаровского края медицинскими работниками на 10 тыс. населения

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Обеспеченность врачами всех специальностей	54,9	54,7	54,1	54,0
Обеспеченность средними медицинскими работниками	100,8	100,7	98,9	99,0

Показатели обеспеченности населения края медицинскими работниками по сравнению с 2003 г. сохраняют тенденцию к снижению (табл. 23). Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составляет 54,0 (по РФ в 2006 г. – 43,0); средними медицинскими работниками – 99,0 (по РФ в 2006 г. – 95,0).

Наиболее высокая обеспеченность врачами наблюдается в муниципальных учреждениях здравоохранения городских округов – в г. Хабаровске (45,7 на 10 тыс. населения) и г. Комсомольске-на-Амуре (41,7). Крайне низкая обеспеченность, за исключением прилегающих к городским округам Комсомольского (13,3) и Хабаровского (11,9) районов, наблюдается в Солнечном (16,4), Тугуро-Чумиканском (16,5), Бикинском (19,8) и Нанайском (19,9) районах.

Аналогичная картина наблюдается в обеспеченности жителей районов края средним медицинским персоналом. Сохраняется выше краевого показателя обеспеченность медицинскими работниками в Аяно-Майском, Охотском, Николаевском и Тугуро-Чумиканском муниципальных районах, в г. Комсомольске-на-Амуре (соответственно 138,5; 128,8; 131,3; 107,5 и 115,7 на 10 тыс. населения). Наиболее низкий показатель обеспеченности средними медицинскими работниками сохраняется в Комсомольском и Хабаровском районах (52,4 и 32,4 соответственно).

Показатель укомплектованности врачами и средними медицинскими работниками без учета совместительства в целом по краю имеет тенденцию к снижению; он составил в 2008 г. соответственно 56,6 и 60,9 % (табл. 24).

В разрезе муниципальных образований укомплектованность врачами учреждений здравоохране-

ния без учета совместительства варьирует от 26,7 % (Тугуро-Чумиканский район) до 56,9 % (Ванинский район), средними медицинскими работниками – от 51,2 % (г. Хабаровск) до 91,8 % (Солнечный район).

Коэффициент совместительства как среди врачей, так и средних медицинских работников в среднем по краю составляет 1,6. В разрезе муниципальных образований края наиболее высокий показатель совместительства среди врачей отмечается в Тугуро-Чумиканском (2,8), Охотском (2,3), Аяно-Майском (2,0), Николаевском (1,9), Вяземском (1,8) и Бикинском районах, среди средних медицинских работников – в г. Хабаровске (1,8) и Охотском (1,6) районе.

В краевых государственных учреждениях здравоохранения коэффициент совместительства врачей в 2008 г. составил 1,7, средних медицинских работников – 2,1.

В 2008 г. продолжалась работа по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в части развития амбулаторно-поликлинического звена первичной медико-санитарной помощи.

По итогам 2008 г., общая численность медицинских работников участковой сети составила 1526 чел., из них 758 врачей и 768 медицинских сестер. Численность участковых терапевтов и педиатров в сравнении с 2005 г. увеличилась на 39,6 %; в сравнении с 2007 г. она снизилась на 3,3 % (25 чел., в т. ч. в г. Хабаровске – 12). Отсутствуют участковые педиатры в Аяно-Майском и Тугуро-Чумиканском районах.

Укомплектованность врачами первичного звена здравоохранения составляет 79,5 %, коэффициент совместительства в среднем по краю – 1,2. В разрезе муниципальных районов наиболее высокий

Таблица 24

Укомплектованность должностями учреждений здравоохранения Хабаровского края (без учета совместительства) (в %)

Показатель	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Укомплектованность врачами всех специальностей	60,9	60,5	59,4	56,6
Укомплектованность средними медицинскими работниками	65,5	65,0	63,6	60,9

коэффициент совместительства наблюдается среди участковых терапевтов Николаевского (1,8), Комсомольского (1,6), Ульчского (1,6) и Охотского (1,5) районов, г. Комсомольска-на-Амуре (1,6), среди участковых педиатров – Комсомольского (1,8) и Охотского (1,5) районов.

В г. Хабаровске, Амурском, Нанайском, Ульчском, имени Лазо и Хабаровском районах первичная медико-санитарная помощь населению оказывается врачами общей практики. В сравнении с 2008 г. их численность увеличилась на 17,2 % (5 чел.) и составила 34 чел.

По состоянию на 1 января 2009 г. в учреждениях здравоохранения края 96,1 % врачей и 93 % средних медицинских работников имеют сертификат специалиста (по РФ в 2006 г. – 83,3 и 76,4 % соответственно) и 59,4 % врачей и 54,7 % средних медицинских работников имеют квалификационные категории (по РФ в 2006 г. – 54,6 и 61,8 % соответственно).

В 2008 г. в рамках текущего финансирования было выделено 237 бюджетных мест для целевого приема и обучения молодежи, в т. ч. ГОУ ВПО ДВГМУ – 87 мест, средние медицинские образовательные учреждения края – 150 мест. План целевого набора выполнен в целом на 48,1 % (67,8 и 36,7 % соответственно).

Динамика приема абитуриентов в средние образовательные учреждения края на протяжении последних лет стабильна. Вместе с тем в течение последних трех лет отмечается тенденция к снижению конкурса по заявлениям (с 3,4 до 1,9), что объясняется снижением количества выпускников общеобразовательных учреждений края.

В настоящее время в ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» продолжают обучение 320 студентов-целевиков. Обращает на себя внимание чрезвычайно низкое количество студентов из северных территорий края: Тугуро-Чумиканский – 2 и Аяно-Майский – 3.

В средних образовательных учреждениях края обучается 242 целевика.

В 2008 г. закончили обучение в ГОУ ВПО ДВГМУ 347 молодых специалистов, из них для работы в учреждениях здравоохранения края направлено 68,6 % выпускников (238 чел.). Прибыли по месту трудоустройства в учреждениях здравоохранения и аптечные предприятия края 94 молодых специалиста, остальные (144 чел.) продолжают обучение в ГОУ ВПО ДВГМУ на различных уровнях послевузовского образования (интернатура, ординатура).

В течение последних лет ежегодный выпуск средних медицинских работников составляет около 300 чел., в 2008 г. – 364 чел. (по сравнению с 2007 г. их стало больше на 17,6 %). Ежегодная потребность учреждений здравоохранения края в молодых специалистах составляет 800–1000 чел., дефицит удовлетворения заявок ЛПУ варьирует от 80 до 85,2 % (2006–2008 годы). Процент выпускников, доехавших до места работы, составляет около 80 %.

Молодым специалистам, закончившим обучение в соответствии с краевой программой целевой подготовки и прибывшим в муниципальные районы, за счет краевого бюджета приобретено и отремонтировано 5 квартир в 5 муниципальных районах (Комсомольский, Солнечный, Ульчский, имени Лазо и Хабаровский районы), перечислены средства на сумму 2,15 млн руб. Удовлетворенность заявок муниципальных образований края на выделение средств из краевого бюджета для приобретения квартир молодым специалистам составила 17,2 %.

В 2008 г. на базе Института повышения квалификации специалистов здравоохранения (ИПКСЗ) проводилась профессиональная подготовка и повышение квалификации работников с высшим медицинским и фармацевтическим образованием по 66 специальностям. Повысили свою квалификацию 8027 чел. (на 8,6 % больше, чем в 2007 г.), в т. ч. 3683 специалиста с высшим и 3707 средних медицинских работников с медицинским и фармацевтическим образованием.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008 г. на базе ДВГМУ и ИПКСЗ прошли повышение квалификации и переподготовку 243 врача первичного звена, в т. ч. 33 врача общей практики, 116 участковых терапевтов, 94 участковых педиатра, а также 351 средний медицинский работник первичного звена. На базе ДВГМУ дополнительное образование получили 78 специалистов, что позволило привлечь в край дополнительно 1737,6 млн руб. федеральных средств.

В 2008 г. прошли аттестацию 2567 специалистов здравоохранения края (на 35 % больше, чем в 2007 г.), в т. ч. 1008 медицинских работников с высшим образованием и 1559 – со средним образованием.

В крае проводится ежегодный краевой конкурс «Признание». В 2008 г. отмечены различными формами поощрений 636 работников учреждений здравоохранения Хабаровского края.

Социальная поддержка медицинских работников осуществлялась на основе Законов Хабаровского края от 19.01.2005 г. № 249 «О компенсации расходов по оплате жилья и коммунальных услуг отдельным категориям граждан» (ред. от 30.05.2007); от 14.02.2005 № 262 «О мерах социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников (специалистов) краевых государственных и муниципальных организаций здравоохранения, работающих в сельской местности и в рабочих поселках (поселках городского типа) и отдельных категорий граждан» (ред. от 13.10.2005); Постановления Правительства Хабаровского края от 28.02.2005 № 11-пр (ред. от 22.03.2007) «О мерах по реализации Закона Хабаровского края от 19 января 2005 г. № 249 «О компенсации расходов по оплате жилья и коммунальных услуг отдельным категориям граждан»» (ред. от 22.03.2007).

Вместе с тем статьей 63 Основ законодательства об охране здоровья граждан предусмотрено, что меры социальной поддержки медицинских и фармацевтиче-

ских работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливаются Правительством Российской Федерации.

До настоящего времени нормативных правовых актов, устанавливающих меры социальной поддержки работников федеральных специализированных организаций здравоохранения, Правительством РФ не принято.

Отсутствие должного нормативного правового регулирования обуславливает различие в уровне социальной защищенности между медицинскими и фармацевтическими работниками федеральных специализированных организаций здравоохранения и медицинскими и фармацевтическими работниками краевых и муниципальных учреждений здравоохранения и ведет к росту социальной напряженности.

Финансирование отрасли «Здравоохранение»

В структуре расходов консолидированного бюджета края за последние годы отмечается существенный рост расходов на здравоохранение: в 2008 г. – 14,3 млрд руб., или 125,0 % к уровню 2007 г.

Расходы на здравоохранение в период с 2006 по 2008 гг. по всем источникам увеличились в среднем в 1,6 раза. В общей структуре расходов на здравоохранение в 2008 г. средства краевого бюджета составили 30,2 %, средства фонда ОМС – 39,3 %, муниципального бюджета – 19,4 %, средства федерального бюджета (на реализацию пилотного проекта, национального проекта, дополнительного льготного обеспечения и пр.) – 11,1 %.

За последние годы изменилась структура расходов учреждений здравоохранения. Так, расходы на заработную плату с начислениями уменьшились с 56,1 % (2006 г.) до 50,8 % в 2008 г. Выросли расходы на медикаменты с 9,2 до 12,6 % (без учета дополнительного льготного лекарственного обеспечения) за аналогичный период; расходы на приобретение оборудования сократились с 5,2 до 3,4 % (без учета стоимости оборудования, установленного после капитального ремонта и строительства).

В 2008 г. доходы от предпринимательской деятельности краевых учреждений здравоохранения составили 72,5 млн руб. по сравнению с 2007 г. Это позволило обеспечить более полное удовлетворение населения в квалифицированной медицинской помощи; усиление экономической заинтересованности медработников; установление тесной зависимости оплаты труда работников от конечных результатов, качества и эффективности труда; укрепление материально-технической базы учреждений за счет заработанных средств.

В 2008 г. 57 учреждений здравоохранения участвовало в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (2007 г. – 63). Учреждениями здравоохранения края в полном объеме выполнен объем оказания медицинской помощи в рамках реализации пилотного проекта.

На финансирование медицинских учреждений края, которые участвовали в реализации пилотного проекта, было выделено 769,2 млн руб., в т. ч. за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 483,9 млн руб., за счет краевого бюджета – 285,3 млн руб.

В 2008 г. в рамках реализации национального проекта «Здоровье» произведены денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи в размере 100,1 млн руб., что составляет 110,2 % от суммы субсидий федерального бюджета (90,8 млн руб.), выделенных на указанные цели в 2008 г.; это позволило значительно повысить заработную плату указанным категориям медицинского персонала. Так, заработная плата врачебного персонала скорой медицинской помощи составила 32,3 тыс. руб., что на 29,2 % выше средней заработной платы врачей, сложившейся по краю (25,0 тыс. руб.). Средняя заработная плата среднего медицинского персонала ФАПов и скорой медицинской помощи на 43,0 % (21,6 тыс. руб.) выше средней заработной платы по краю данной категории персонала (15,1 тыс. руб.).

Состояние системы здравоохранения края характеризуется наличием ряда проблем. К ним в первую очередь относится высокий уровень износа основных производственных фондов, в т. ч. их активной части.

Решение указанной проблемы и является важнейшим направлением управления краевым государственным имуществом в сфере здравоохранения на среднесрочную перспективу 2007–2009 гг.

В связи с расширением государственных полномочий Хабаровского края в части предоставления медицинских услуг населению предполагается оптимизация структуры краевых государственных учреждений здравоохранения, в т. ч. за счет внедрения новых медицинских технологий и приобретения медицинского оборудования, что приведет к увеличению расходных полномочий краевого бюджета.

С января 2008 г. на субъекты Российской Федерации возложены полномочия по организации заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов. В 2008 г. эти цели в краевом бюджете были предусмотрены и освоены в полном объеме субвенции в размере 53,0 млн руб.

Кроме того, с 2008 г. на субъекты Российской Федерации возложены полномочия по организации и осуществлению деятельности по опеке и попечительству. На содержание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находившихся на социальных койках в учреждениях здравоохранения и в домах ребенка, из краевого бюджета в 2008 г. выделено 160,1 млн руб.

В 2008 г. в учреждениях здравоохранения края в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатно получили стационарную медицинскую помощь свыше 295,9 тыс. чел. (300,1 тыс.

в 2007 г. соответственно). Медицинскую помощь в дневных стационарах получили 10,1 тыс. чел. (9,5 тыс. – 2007 г.). Общее число вызовов скорой медицинской помощи составило 592,8 тыс. (594,8 тыс. – 2007 г.), число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений и на дому – свыше 12,1 млн (10,8 млн – 2007 г.). Высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь в федеральных учреждениях здравоохранения получили 1762 чел. (776 – 2007 г.), в государственных учреждениях Хабаровского края – 482 чел.

Подушевой норматив финансирования программы в 2008 г., в т. ч. базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – программа ОМС), составил соответственно 7943,7 и 4155,1 руб. Фактическая стоимость оказания медицинской помощи населению стала больше по сравнению с утвержденной программой на 12,7 % (10757250,2 руб. против 9545800,0), увеличилась на 3 % по сравнению с расчетной программой на одного человека (10432,0 руб.).

В 2008 г. в рамках программы была продолжена реализация основных мероприятий национального проекта «Здоровье», осуществление обеспечения жизненно необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан, ведение медицинскими организациями раздельного учета расходов финансовых средств по источникам финансирования, видам затрат и видам медицинской помощи.

Расходы на программу из государственных источников финансирования в 2008 г. составили 10,8 млрд руб. Программа финансировалась в отчетном году за счет бюджетов всех уровней (47,7 %, в т. ч. 29,1% – краевой, 18,6 % – муниципальный) и средств системы ОМС (52,3 %).

Средства ОМС за два последних года выросли на 40,1 % (с 4,0 до 5,6 млрд руб.). Рост финансирования за счет краевого бюджета составил 21,5 % (с 2603,7 до 3163,4 млн руб.), муниципального – 0,5 % (с 2067,8 до 2078,0 млн руб.).

В 2008 г. в Хабаровский краевой территориальный фонд ОМС фактически поступило средств за счет страховых взносов на неработающее население 2063,4 млн руб. (удельный вес 36,3 %), единого социального налога и иных налоговых поступлений – 1974,7 млн руб. (34,7 %), 1569,6 млн руб. – поступления из ФФОМС, в т. ч. средства нормированного страхового запаса – 558,6 млн руб. (27,5 %), прочие поступления – 89,7 млн руб. Налоговые поступления в бюджет ХКФОМС утверждены на 2008 год в размере 1958,0 млн руб. Фактические поступления налоговых доходов составили 1974,7 млн руб., или 100,9 % от утвержденной суммы.

В порядке реализации национального проекта «Здоровье» в бюджет Хабаровского краевого ФФОМС поступило:

– 309,5 млн руб. на финансовое обеспечение государственного задания на оказание дополнительной бесплатной помощи, оказываемой участковыми врачами и средними медицинскими работниками;

17,2 млн руб. – субсидии на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; 89,4 млн руб. – на диспансеризацию работающего населения;

– на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий населения по обеспечению лекарственными средствами поступление средств составило 566,4 млн руб.;

– для реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, в бюджет краевого фонда ОМС поступило 425,1 млн руб., в т. ч. из ФФОМС – 282,4 млн руб. и из краевого бюджета – 142,6 млн руб.

Показатель в целом по краю по итогам 2008 г. – 52,3/47,7. В каждом четвертом учреждении здравоохранения (24,2 %) было внедрено подушевое финансирование. За счет внедрения новой системы оплаты труда на 13,7 % выросло абсолютное значение средней заработной платы медицинских работников.

Реализация федеральных и краевых целевых программ в области здравоохранения

За период с 2006 по 2008 гг. наблюдается тенденция к увеличению объемов, выделяемых краевым бюджетом на реализацию долгосрочных краевых программ (табл. 25).

Реализация краевой целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и улучшение оказания помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в Хабаровском крае на 2002–2008 годы» позволила решить вопросы оснащения Краевого клинического кардиологического центра современным оборудованием для выполнения операций больным с сердечно-сосудистой патологией, увеличить число сложных оперативных вмешательств на сердце и магистральных сосудах более чем на 37 %, провести обучение медицинских кадров. Мероприятия по реализации этой программы в целом выполнены, на их реализацию из краевого бюджета выделено и израсходовано 191,5 млн руб.

Для дальнейшей работы по профилактике и лечению социально значимых, в т. ч. сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с современными требованиями и достижениями медицинской науки реализуется краевая целевая программа «Профилактика и лечение социально значимых заболеваний (2009–2011 гг.)» с подпрограммой «Артериальная гипертония».

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» предполагается создание современной системы лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и совершенствование существующей системы лечения «сосудистых» пациентов в каждом регионе.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 г. № 1012 определен перечень первых субъектов федерации, в которых создаются структуры и проводятся мероприятия для начала реализации данной программы. В настоящее время

Таблица 25

Выполнение мероприятий краевых целевых программ (млн руб.)

№ п/п	Наименование программы	Факт 2006 г.	Факт 2007 г.	План 2008 г.	Факт 2008 г.	План 2009 г.
1	Профилактики и лечение артериальной гипертонии и улучшение оказания помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в Хабаровском крае на 2002–2008 гг.	20,7	13,4	16,8	16,8	
2	Основные направления по предупреждению распространения в Хабаровском крае заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2005–2009 гг.	15,5	16,6	19,1	19,1	26,7
3	Здоровое поколение на 2007–2010 гг.	–	7,9	20,6	20,6	32,0
4	Комплексные меры противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков на 2007–2010 гг.	–	0,4	1,0	1,0	0,6
5	Повышение безопасности дорожного движения в Хабаровском крае на 2007–2012 гг.	–	1,3	2,1	2,1	1,9
6	Целевая подготовка специалистов и закрепление их в сельских и отдаленных районах Хабаровского края	11,4	10,4	3,8	3,8	0
7	Демографическое развитие Хабаровского края на 2009–2015 гг.	–	–	–	–	50,6
8	Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями	–	–	–	–	24,9
	Итого	36,2	17,7	63,4	63,4	136,7

министерством здравоохранения края проводится работа по включению края в данный перечень на 2010 год с учетом социально-экономических, климатогеографических и медико-демографических факторов. Проведены необходимые организационные мероприятия, определены медицинские учреждения для организации регионального и первичных сосудистых отделений, внесены изменения в их структуру. Предлагаемые учреждения оснащены современной системой связи и телекоммуникаций, которая сможет обеспечить информационное взаимодействие с федеральным центром. Учреждения имеют лицензии на высокотехнологичные виды медицинской помощи по нейро- и кардиохирургии и выполняют государственный заказ по данным видам помощи.

В рамках реализации краевой целевой программы «Комплексные меры противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков на 2007–2010 годы» в 2008 г. проводились мероприятия профилактической, организационно-методической и информационно-аналитической работы с целью формирования здорового образа жизни населения края, противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков. Осуществлены выезды врачебных бригад в Хабаровский, Советско-Гаванский, Верхнебуреинский, Комсомольский, Бикинский, Нанайский, Охотский, Тугуро-Чумиканский, Ванинский, Аяно-Майский муниципальные районы. Произведен ремонт и оснащение кабинета экспертизы алкогольного и наркотического опьянения в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница».

В 2008 г. проведено более 23,7 тыс. врачебно-наркотических экспертиз, в т. ч. 3563 освидетельствования на определение интоксикации наркотиками и другими одурманивающими средствами. На приобретение реактивов и тест-систем израсходовано 190 тыс. руб. Прошли подготовку и переподготовку 186 специалистов здравоохранения края по вопросам

лечения и реабилитации лиц, имеющих наркотическую зависимость.

По программе «Основные направления по предупреждению распространения в Хабаровском крае заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) за период 2006–2008 гг.» обследовано 788,1 тыс. чел. За счет средств федерального бюджета в край на лечение ВИЧ-инфицированных поступило препаратов на сумму 200,4 млн руб., 42,2 млн руб. составили средства краевого бюджета. В 2008 г. рамках ПНП обследовано 255 тыс. чел., антиретровирусную терапию получили 272 чел. (100 % подлежащих лечению); федеральные финансовые средства составили 46,9 млн руб. Из краевого бюджета на реализацию краевой целевой программы израсходовано 19,8 млн руб. (100 %).

Специалистами государственного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» были организованы и проведены мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфицирования. Была организована система непрерывной специальной подготовки педагогических кадров, школьников, учащихся профессиональных училищ, студентов, неорганизованной молодежи, создана и продолжает работу «Горячая линия», функционирует тематический интернет-сайт с обновлением информационных материалов по профилактике ВИЧ-инфекции, инфекциям, передаваемым половым путем, наркоманиям.

Были приобретены:

- компьютер для ГУЗ «Станция переливания крови»;
- тест-системы для обследования доноров и заготавливаемой крови на наличие антител к ВИЧ, гепатитам, сифилису;
- тест-системы для обследования контингентов на антитела к ВИЧ, в т. ч. быстрые тесты для диагности-

ки ВИЧ в учреждениях здравоохранения края;

– защитная одежда для медицинского персонала, работающего с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Для учреждений здравоохранения края приобретено лабораторное оборудование, стерилизационное оборудование и современные бактерицидные облучатели.

Для лечения, диагностики и медицинской профилактики ВИЧ/СПИД, наркомании, ИПП и оппортунистических инфекций за счет краевого бюджета были приобретены диагностические средства и лекарственные препараты на сумму 4,8 млн руб. Обследовано на ВИЧ-инфекцию 255,0 тыс. чел.

По итогам реализации программы показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 0,9 случая на 100 тыс. населения, что в 8 раз ниже, чем в РФ, показатель носительства антител к ВИЧ-инфекции составил 10,6 случая на 100 тыс. населения, что ниже общероссийских показателей в 1,9 раза. Выявлено 149 носителей ВИЧ-инфекции, 13 больных.

Основным показателем позитивных результатов по реализации программы можно считать снижение темпов прироста ВИЧ-инфекции в крае в среднем на 25 %. Внедрение современных диагностических и лечебных технологий позволило существенно уменьшить удельный вес частоты развития врожденной ВИЧ-инфекции у детей с перинатальным контактом по ВИЧ.

В 2008 г. на реализацию мероприятий программы «Здоровое поколение» на 2007–2010 годы из краевого бюджета было выделено 25,8 млн руб., в т. ч. по разделу «Организация медицинской службы охраны здоровья женщин и детей» – 20,6 млн руб. (100 % от плана).

Реализация мероприятий программы позволила решить вопросы лекарственного обеспечения новорожденных детей, что способствовало развитию современной технологии выживания маловесных и глубоко недоношенных новорожденных. Снизилась длительность пребывания детей на ИВЛ до 3–5 суток; практически в 2 раза увеличилось количество детей с массой менее 1,5 кг, успешно завершивших лечение;

у 70 % недоношенных детей удалось предотвратить развитие анемии. Снизилась летальность детей в РАО с 12,8 до 8,1 %.

Закупаемые дорогостоящие препараты для лечения больных детей с онкологическими гематологическими заболеваниями позволили осуществлять им сложные и комплексные программы лечения, улучшать качество их жизни. Адекватная сопроводительная и заместительная терапия данной категории больных сократила количество цитостатических осложнений, что позволило своевременно выполнять этапы протоколов, значительно уменьшить количество септических осложнений, метаболических нарушений.

Оснащение эндоскопическим оборудованием позволило расширить спектр оперативных вмешательств при травматических поражениях костей и суставах, аномалиях развития позвоночника, сократить сроки восстановления функции органов, средние сроки пребывания детей в стационаре. Ежегодно более 200 детей оперируются с применением эндоскопических методик. Использование пластики пищевода у детей с травматическими поражениями и пороками развития пищевода исключило необходимость направления данной категории больных для лечения в федеральные специализированные медицинские учреждения.

Приобретение металлоконструкций для лечения деформаций позвоночника позволило сократить очередь на данный вид помощи с 32 до 8 человек. Приобретение цифрового передвижного рентгенаппарата с программным комплексом и рентген-прозрачным операционным столом позволило уменьшить рентгеннагрузку на ребенка в 1,5 раза, увеличить оперативность проведения рентгенологического контроля, уменьшить операционное время (до 20 %).

Приобретение оборудования для реанимационно-анестезиологического отделения позволило увеличить количество проводимых плановых операций, проводить анестезиологическое обеспечение

Таблица 26

Обеспечение необходимыми лекарственными средствами в крае

Год	Количество граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение	Количество пунктов отпуска, участвующих в льготном лекарственном обеспечении отдельных категорий граждан	Количество обслуженных рецептов по итогам года	Сумма обслуженных рецептов (тыс. руб.)	Средняя стоимость одного обслуженного рецепта (руб.)	Количество рецептов, зарегистрированных на отсроченном обслуживании
Федеральный бюджет (по семи высокозатратным нозологиям)						
2006	59 732	144	1 309 334	832253,7	635	3317
2007	73 376	144	875 147	614392,8	702	9343
2008	57 225	98	387 217	758691,5	1825	1137
Краевой бюджет						
2006	49 278	158	484 799	242654,6	500	725
2007	132 395	158	278 176	161086,6	579	5281
2008	132 323	98	249 573	164170,8	657	527

хирургических и эндоскопических вмешательств, относящихся к высокотехнологичным видам помощи, улучшить качество лечения и повысить уровень безопасности.

В рамках реализации краевой целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в Хабаровском крае на 2007–2012 годы» на 2008 год предусмотрено 2,14 млн руб. на оснащение учреждений здравоохранения края средствами связи и приобретение трех реанимобилей.

В 2008 г. обучено более 400 человек личного состава полка ДПС ГИБДД края приемам и способам оказания первой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

В рамках реализации мероприятий федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах», Соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Правительством Хабаровского края в 2008 г. было выделено 2 млн руб. из федерального бюджета для приобретения оборудования для ГУЗ «Хабаровский территориальный центр медицины катастроф».

Завершено строительство вертолетной площадки при ГУЗ «Дальневосточный центр медицины катастроф», предусмотренное федеральной целевой программой «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах». Для строительства вертолетной площадки привлекались средства федерального (3 млн руб.) и краевого (7,4 млн руб.) бюджетов.

В рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 10.05.2007 г. № 280, для оказания противотуберкулезной помощи специальному контингенту в г. Комсомольске-на-Амуре продолжается строительство лечебного корпуса для лечения осужденных больных Хабаровского края за счет средств федерального бюджета (подпрограмма «Туберкулез»).

В 2008 г. запас противотуберкулезных препаратов II резервного ряда в крае был реализован за счет ранее поступивших препаратов по федеральной целевой программе. Лечение получали 37 больных МЛУ-туберкулезом.

В рамках реализации федеральной целевой программы «Экономическое и социальное развитие Дальнего Востока и Забайкалья на период до 2013 года» в крае продолжалось строительство следующих объектов: перинатальный центр (акушерский корпус) в г. Хабаровске и больничный корпус ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (2-я очередь). Для завершения строительства перечисленных выше объектов было дополнительно привлечено из федерального бюджета 365,0 млн руб. и 778,7 млн руб. краевых средств.

Льготное лекарственное обеспечение

С января 2008 г. в крае была внедрена новая схема лекарственного обеспечения населения. Для

обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, министерством здравоохранения края было организовано проведение аукционов на закупку лекарственных средств.

Для осуществления информационного взаимодействия участников системы обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан в крае внедрен программный комплекс, сформирован единый регистр лиц, имеющих право на обеспечение за счет федерального и краевого бюджетов.

С целью персонифицированного учета обеспечения больных дорогостоящими лекарственными средствами, централизованно поставляемыми в край за счет средств федерального бюджета, сформирован региональный сегмент федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, рассеянным склерозом, гипофизарным нанизмом, миелолейкозом, а также после трансплантации органов.

Численность граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными средствами за счет федерального бюджета, в 2008 г. составила 56 820 чел., и 132 323 чел. – за счет средств регионального бюджета. В региональном сегменте федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, рассеянным склерозом, гипофизарным нанизмом, миелолейкозом, а также после трансплантации органов в 2008 г. было зарегистрировано 543 чел.

По данным мониторинга, по состоянию на 31.12.2008 г. за счет федерального бюджета было выписано и обслужено 381 880 рецептов на сумму 258017,8 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 675 руб.

Лекарственные средства, централизованно закупаемые за счет средств федерального бюджета, получили больные по 5337 рецептам на общую сумму 500,7 млн руб. Средняя стоимость рецепта составляет 93 811 руб.

За счет краевого бюджета обслужено 249 573 рецепта на сумму 164170,8 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 654 руб. (табл. 26).

Норматив финансирования на одного гражданина, имеющего право на государственную социальную поддержку в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами, увеличился за 2008 год с 417 до 426 руб.

Несмотря на единое социально-экономическое пространство, предложенная единая для всех субъектов РФ методика расчета не учитывает колебание финансовой обеспеченности территориальных и местных бюджетов. Единый норматив финансовых затрат на одного гражданина, имеющего право на государственную социальную поддержку в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами, не учитывает уровень и структуру заболеваемости в регионах, а также не учитывает факторы, удорожающие стоимость услуги. В связи с

трудной доступностью многих населенных пунктов края, куда доставка грузов возможна только авиатранспортом, наблюдается удорожание тарифов на электрическую и тепловую энергию, более чем в 2 раза превышающих средний российский уровень. Происходит значительное удорожание стоимости товаров (услуг), в т. ч. лекарственных средств, поставляемых в регионы в рамках программы лекарственного обеспечения. Это ведет к снижению объемов закупок и создает диспропорцию в возможности лекарственного обеспечения граждан по программе льготного лекарственного обеспечения в Хабаровском крае.

С 2008 г. в крае началась централизованная поставка лекарственных средств, предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, рассеянным склерозом, гипопитарным нанизмом, миелолойкозом, а также после трансплантации органов. В 2008 г. получено препаратов на сумму 614,3 млн руб. Обеспеченность больных лекарственными средствами составляет почти 100 %.

Проводимые мероприятия позволили рационализировать процессы управления льготным лекарственным обеспечением, в 2008 г., по сравнению с 2007 г., сумма отпущенных лекарственных средств федеральным льготникам увеличилась на 13 % (основная доля приходится на дорогостоящие лекарственные препараты, отпущенные пациентам, страдающим семью высокочувствительными нозологиями).

Средняя стоимость одного обслуженного рецепта увеличилась на 61 %.

Средняя стоимость одного рецепта по региональной программе увеличилась по сравнению с 2007 г. на 13 %.

Кроме того, удалось снизить количество рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении: по сравнению с 2006 и 2007 гг., в 2008 г. самый низкий показатель рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении.

Основные недостатки программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами в крае в 2008 г. связаны с неэффективным информационным взаимодействием между участниками льготного лекарственного обеспечения. Для решения этой задачи, а также усиления контроля целевого расхода бюджетных средств на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан на 2009 год запланирован переход на новое программное обеспечение, которое позволит организовать потоки необходимой информации между участниками льготного лекарственного обеспечения в режиме online.

Состояние основных фондов

В 2008 г. принимались меры по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения края.

Инвестиции в строительство объектов здравоохранения края за 2008 год составили 2459,6 млн руб., в т. ч. капитальные вложения краевого бюджета

– 1819,9 млн руб., местные бюджеты – 14,7 млн руб., субсидии федерального бюджета – 625,0 млн руб.

В 2008 г. было завершено строительство таких крупных и социально значимых объектов здравоохранения, как: новый корпус ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2», противотуберкулезный диспансер в г. Комсомольске-на-Амуре, пищеблок ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1», ГУЗ «Территориальный консультативно-диагностический центр» в г. Комсомольске-на-Амуре, диагностический корпус и реконструкция старого здания ГУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея»», введен в эксплуатацию акушерский корпус ГУЗ «Перинатальный центр».

В 2008 г. проводились работы по капитальному ремонту 15 краевых государственных учреждений. Из краевого бюджета на эти цели было выделено 222,9 млн руб.

В 2008 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ согласован Перечень из 49 инвестиционных проектов, реализуемых и планируемых к реализации в Хабаровском крае по отрасли «Здравоохранение» для включения в стратегию развития Дальневосточного региона на период до 2025 г.

В лечебно-профилактических учреждениях края на учете находится 11 547 единиц реанимационно-анестезиологического, операционного, рентгенологического, эндоскопического, ультразвуковой и функциональной диагностики, лабораторного, офтальмологического, отоларингологического, стоматологического оборудования, в т. ч. экспертного класса – 199 единиц (1,7 % от общего числа); высокого класса – 1731 единица (15 % от общего числа); среднего класса – 8108 единиц (83,3 % от общего числа).

Оборудование со 100 % износом составило 3734 единицы (32 % от общего количества); находящееся более 5 лет в эксплуатации – 4480 единиц (39 % от общего количества). Средний процент износа медицинского оборудования по краю составляет 65 % (в 2005 г. – 84 %). Процентное соотношение количества импортного оборудования и отечественного – 32/68.

В 2006 г. были утверждены таблицы оснащения медицинским оборудованием краевых государственных учреждений здравоохранения, в соответствии с которыми были разработаны программы переоснащения медицинским оборудованием, в частности программа переоснащения операционным и реанимационным оборудованием на 2009–2010 годы.

Учреждениями разработаны программы переоснащения на среднесрочную перспективу. За период 2005–2008 гг. в лечебные учреждения края поступило 6779 единиц медицинского оборудования, включая оборудование, поступившее на оснащение объектов капитального строительства по национальному и пилотному проектам, федеральным целевым программам (что составляет 58,7 % от общего количества).

Совершенствование системы регионального управления и организации здравоохранения

Министерством здравоохранения края проводится планомерная работа по совершенствованию нормативной правовой базы.

В 2009 г. планируется разработка и принятие административных регламентов по исполнению министерством здравоохранения Хабаровского края государственных функций и услуг в сфере здравоохранения:

- по информированию населения, органов управления и учреждений здравоохранения по вопросам состояния здоровья населения, здравоохранения и лекарственного обеспечения;
- по оказанию специализированной противотуберкулезной медицинской помощи;
- по оказанию специализированной онкологической медицинской помощи;
- по оказанию специализированной кожно-венерологической медицинской помощи;
- по оказанию специализированной психиатрической медицинской помощи;
- по оказанию специализированной хирургической помощи для детей.

Развитие информационного обеспечения

В настоящее время внедряется в практику государственных краевых учреждений здравоохранения автоматизированная информационная система (АИС) «МЕДИСТАР» в составе: АИС «ИНТРАМЕД» электронная карта пациента – создание базы данных медицинских карт пациентов; АИС «АТРИС» – автоматизация деятельности диагностических подразделений, использующих медицинское оборудование с возможностью синтеза изображений (лучевая диагностика, эндоскопия и др.); АИС «АЛИС» – автоматизация работы клинично-диагностической лаборатории; АИС «Морфология» – автоматизация работы цитологических и гистологических лабораторий; АИС «АХК» – автоматизация учетно-финансовой деятельности административно-хозяйственных служб ЛПУ. Внедрение АИС обеспечит: персонифицированный учет медицинских услуг, ведение расписания работы врачей, экспертную работу, предметно-количественный учет материально-технических ресурсов, формирование отраслевой и государственной статистической отчетности, контроль работы всех подразделений учреждения и рационального использования ресурсов.

Министерством здравоохранения Хабаровского края в 2005 г. разработан и запущен в эксплуатацию официальный сайт министерства, на котором размещается информация о наличии вакансий в краевых и муниципальных учреждениях здравоохранения, сведения о лицензионных требованиях к учреждениям здравоохранения, информация о решении коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края,

форма обратной связи и другая важная информация.

В министерстве здравоохранения Хабаровского края с 2004 г. внедрена система электронного документооборота «Дело-предприятие» с элементами поточного сканирования документов, электронно-цифровой подписи. В настоящее время проводится работа по внедрению данной системы в работу краевых государственных учреждений здравоохранения.

В рамках развития информационно-коммуникационных технологий в медицине на базе краевого телемедицинского центра проводятся телеконференции и телемосты с ведущими учеными-медиками Москвы и других городов страны по вопросам диагностики и лечения дальневосточников.

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» использует информационно-коммуникационные технологии в научной, лечебно-консультативной и образовательной деятельности на базе краевого телемедицинского центра. В 2008 г. проведено 26 телемостов, в т. ч. 15 телеконференций по различной тематике, 4 обучающих семинара по проблемам диагностики и лечения невропатической боли, 2 телемедицинские консультации больных. С сентября 2008 г. ИПКСЗ проводит многоточечные конференции, давая возможность специалистам здравоохранения из отдаленных районов края, не выезжая за пределы своих территорий, участвовать в конференциях и телеконференциях, проводимых в институте.

В связи с организацией в ГУЗ «Территориальный консультативно-диагностический центр» г. Комсомольска-на-Амуре телемедицинского центра запланировано использование в учебном процессе ИПКСЗ элементов дистанционных образовательных технологий в обучении специалистов на выездных циклах. Для этого в институте подготовлены необходимые учебно-методические материалы.

Повышение структурной эффективности системы здравоохранения

В 2008 г. государственные функции края в сфере здравоохранения осуществляли 28 краевых государственных учреждений, в т. ч. 25 учреждений здравоохранения и 3 образовательных учреждения.

По сравнению с 2007 г. количество учреждений увеличилось на 1 в связи с созданием ГУЗ «Территориальный консультативно-диагностический центр» в г. Комсомольске-на-Амуре.

В оперативном управлении краевых учреждений здравоохранения и краевых государственных унитарных предприятий находится 357 объектов недвижимости, изготовлено 329 технических паспортов на объекты недвижимости, что составляет 92 %, в т. ч. 7 технических паспортов за 1 квартал 2009 г. Большая часть технических паспортов переоформляется в связи с окончанием срока действия. Зарегистрировано 299 объектов недвижимости, что составляет 84 %, в т. ч. 3 объекта за 1 квартал 2009 г.

По оформлению права собственности Хабаровского края на земельные участки краевых учреждений здравоохранения, подведомственных министерству края, проведена регистрация земельных участков на 70 %. Согласован график проведения работ по 4 учреждениям, не завершившим процедуру регистрации права собственности Хабаровского края.

Из общего числа краевых государственных учреждений здравоохранения 62,3 % – работают в системе обязательного медицинского страхования, 37,7 % – в полном объеме финансируются за счет краевого бюджета.

Расчет государственных заданий для учреждений здравоохранения края осуществляется с учетом: потребности населения в медицинских услугах, мощностей имеющихся медицинских учреждений, их оснащенности и укомплектованности штатами, потребности в лечении жителей муниципальных образований в краевых медицинских учреждениях.

За отчетный период территориальные нормативы объемов оказания медицинской помощи приведены в соответствие с федеральными нормативами, что позволило увеличить норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

В 2008 г. удалось сохранить позитивную тенденцию дальнейшего сокращения объемов стационарной медицинской помощи в расчете на одного жителя. По сравнению с 2007 г. объемы стационарной медицинской помощи уменьшились на 1,4 %, при этом объем медицинской помощи в дневных стационарах увеличился на 6,3 %. Объемы амбулаторно-поликлинической помощи увеличились в 2008 г. на 12 %.

В целом, при утвержденной плановой стоимости оказания необходимых краю услуг 2665,4 млн руб. фактическая стоимость составила 2684,0 млн руб., или 100,7 %.

Суммарные чистые затраты краевого бюджета на содержание краевых государственных учреждений, выполняющих государственные функции в сфере здравоохранения, составили за 2008 г. 2203,1 млн руб. при плане 2200,4 млн руб., или 100,1 % от плана.

Активно развивается система платных медицинских услуг. Объем доходов краевых государственных учреждений здравоохранения составил за 2008 г. 505,4 млн руб., что на 92,0 млн руб. (или на 22 %) больше уровня предыдущего года. План на 2009 год – 609,5 млн руб. (больше факта 2008 г. на 21 %).

Первоначальная стоимость краевого государственного имущества по отрасли «Здравоохранение» на 1 января 2009 г. составила 9289,1 млн руб. и увеличилась по сравнению с началом года на 1006,3 млн руб., остаточная стоимость имущества – 6388,1 млн руб., что на 532,6 млн руб. больше, чем на начало года.

Министерством здравоохранения края проводится работа по оптимизации структуры подведомственных учреждений.

На начало 2008 г. министерство здравоохранения края имело 4 подведомственных краевых государственных

единиц: Хабаровское КГУП «Фармация», КГУП «Советско-Гаванская «Фармация», Комсомольское-на-Амуре КГУП «Фармация», КГУП «Николаевская-на-Амуре «Фармация».

В целях финансового оздоровления данных предприятий проведена их реорганизация. В соответствии с Распоряжением Правительства Хабаровского края от 5 мая 2008 г. № 212-рп реорганизовано Хабаровское краевое унитарное предприятие «Фармация» в форме присоединения к нему Комсомольского-на-Амуре краевого государственного унитарного предприятия «Фармация», краевого государственного унитарного предприятия «Николаевская-на-Амуре «Фармация» и краевого государственного унитарного предприятия «Советско-Гаванская «Фармация». В результате реорганизации за счет оптимизации розничной сети аптек сокращена численность работников на 331 штатную единицу (почти на 30 %). Товарооборот увеличился на 14 %, и в 1 квартале 2009 г. предприятие сработало с прибылью. Товарный запас лекарственных средств и изделий медицинского назначения в настоящее время поддерживается на необходимом и достаточном уровне.

В 2009 г. завершена реорганизация государственных образовательных учреждений среднего профессионального образования «Хабаровский государственный медицинский колледж» в форме присоединения к колледжу «Николаевское-на-Амуре медицинское училище коренных малочисленных народов Севера», ведется работа по реорганизации краевых государственных психиатрических учреждений здравоохранения в форме присоединения ГУЗ «Психиатрическая больница им. проф. И.Б. Галанта» к ГУЗ «Краевая психиатрическая больница». Это позволит исключить дублирование в процессе оказания всех видов психиатрической помощи населению, оптимизировать направления потоков больных, создать единую службу психиатрической помощи детскому населению, в полном объеме организовать амбулаторную и стационарную психотуберкулезную и наркологическую помощь, включая реабилитацию больных.

Инновационное развитие системы здравоохранения

Здравоохранение Хабаровского края развивается на основе модернизации ресурсной, технической базы, развития инновационных медицинских технологий. Только за период 2006–2008 гг. учеными-медиками внедрено в практическое здравоохранение 432 инновационные технологии, позволяющие повысить качество лечения больных, сократить сроки лечения больных, а также повысить качество жизни больных после лечения. Сотрудниками учреждений здравоохранения, образовательных учреждений края получено более 70 патентов на изобретения в области медицины.

Сотрудники государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального

образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения края приняли участие в международных образовательных и научных программах:

- международная программа Европейской противозпилептической лиги «EUROPA»;
- программа британско-русского сотрудничества по проблемам реабилитации больных инсультом;
- совместная работа с Национальной ассоциацией по борьбе с инсультом (NABI) по теме «Регистр мозгового инсульта»;
- кооперированные исследования лекарственных препаратов, применяемых в онкологии (KLT & GEMs);
- международное кооперированное исследование «Антибактериальная терапия в хирургических стационарах» (WAYAT, Франция).

Сотрудники института приняли участие в 183 международных конгрессах, симпозиумах и научно-практических конференциях за рубежом, а также участвовали в работе международных экспертных советов, президиумов и совещаниях по всем направлениям медицинской науки и практики:

- Международный конгресс, посвященный вопросам фармакоэкономики, Ирландия, 2007;
- 11-й Ежегодный европейский конгресс Международного общества фармакоэкономических исследований (ISPOR), Греция, 2008;
- Международный конгресс акушеров-гинекологов, Чехия, 2002;
- Международный экспертный совет по контрацепции, Турция, 2002 и др.

На базе Института повышения квалификации специалистов здравоохранения проведено 19 международных научно-практических конференций, в которых приняли участие 133 иностранных ученых из 16 стран, в т. ч. и европейских (Германия, Дания, Швейцария, Норвегия). Результаты научных исследований и инновационные разработки экспонировались на 7 международных выставках.

Специалисты краевых учреждений здравоохранения направлялись на практическую стажировку в Италию, приняли участие и выступили с докладом на научных конгрессах, которые проводились в Германии, Финляндии, Франции.

Межрегиональное взаимодействие

В рамках реализации соглашений между правительством Хабаровского края и администрациями соседних регионов ДФО организовано сотрудничество в сфере здравоохранения по следующим направлениям: организация и совместное проведение научно-практических конференций, симпозиумов, семинаров, съездов; проведение последипломного обучения медицинских работников в ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края; оказание плановой высокотех-

нологической медицинской помощи жителям в объеме государственного задания, утвержденного федеральным органом исполнительной власти РФ в сфере здравоохранения; обмен информацией о чрезвычайных ситуациях, вспышках инфекционных заболеваний и, в пределах своих полномочий, оказание помощи в их ликвидации.

В 2008 г. в Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения было проучено 916 специалистов с высшим и средним медицинским образованием, приняли участие в краевых научно-практических конференциях 498 специалистов здравоохранения из других регионов ДФО.

В краевых лечебно-профилактических учреждениях в 2008 г. получили высокотехнологичную медицинскую помощь 42 больных из Сахалинской области и ЕАО по направлениям: сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, нейрохирургия.

Предложения по совершенствованию концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 года

Концепция развития здравоохранения 2020, являясь логическим продолжением приоритетного национального проекта «Здоровье», содержит в себе новизну, актуальность, долгосрочное наращивание ресурсов по направлениям.

Вместе с тем в стратегическом плане речь должна идти не о механическом выравнивании пространственного развития здравоохранения страны, а о необходимости введения отдельных приоритетов для развития здравоохранения в отдаленных регионах России.

Это прежде всего:

- приоритеты при распределении инвестиционных вливаний федерального бюджета на строительство объектов здравоохранения, а также первоочередное включение отдаленных регионов в реализацию федеральных целевых программ;
- решение вопросов транспортной доступности посредством различных механизмов: обеспечение проезда авиатранспортом к месту лечения с учетом тяжести их заболеваний, ограничений жизнедеятельности; удешевление проезда; дотирование из федерального бюджета социально значимых воздушных линий в труднодоступные населенные пункты;
- развитие и использование рекреационных и санаторно-курортных ресурсов отдаленных территорий.

Авторы приносят признательность коллективам ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» МЗ Хабаровского края (директор А.А. Олупко), Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабаровскому краю (руководитель В.А. Отт) за предоставленную информацию.

Заболееваемость коренных малочисленных народов Севера, проживающих в Хабаровском крае, наркологическими расстройствами в течение 2002–2008 годов

В.Н. Плющенко*, И.Н. Брылева, Л.И. Дорожжина
ГУЗ «Краевая психиатрическая больница» МЗ ХК,
г. Хабаровск

V.N. Plushenko, I.N. Bryleva, L.I. Dorozhkina
Incidence of substance abuse disorders during 2002–2008 in Indigenous Minorities of the North living in the Khabarovsk region

Резюме

Дана динамическая характеристика заболеваемости наркологическими расстройствами коренных малочисленных народов Севера (КМНС), проживающих в Хабаровском крае, в сравнении с заболеваемостью населения Хабаровского края; оценены уровни и структура общей и первичной наркологической заболеваемости КМНС; рассчитаны их прогнозные уровни на период до 2012 года; сформулированы основные направления по оптимизации дальнейшего изучения и прогнозирования с целью повышения эффективности профилактики, лечения и реабилитации наркологических расстройств.

Ключевые слова: коренные малочисленные народы Севера Хабаровского края, естественное движение населения, наркологические расстройства, наркомания, реабилитация.

Summary

In the article, we will review the dynamic characteristics of morbidity of Indigenous Minorities of the North, living in the Khabarovsk region; incidence of substance abuse disorders in comparison with the population of the Khabarovsk territory; levels and structure of the general and primary substance abuse morbidity of Indigenous Peoples; the projected levels for the period up to 2012; guidelines for the optimization of further study and prognostication to improve the efficacy of prevention, treatment and rehabilitation of substance abuse disorders.

Key words: Indigenous Minorities of the Khabarovsk Territory, the natural movement of the population, substance abuse disorders, drug addiction and rehabilitation.

Среди многочисленных народов России еще с 1920-х годов в особую группу объединяются 26 так называемых народов Севера, выделяющихся среди других своей малочисленностью и особенностями уклада жизни. В общественном сознании населения России без малого два столетия бытуют устойчивые представления, что малочисленные народности Севера находятся на грани исчезновения [1], так как они высоко восприимчивы к различным инфекционным заболеваниям, особенно к туберкулезу и детским инфекциям; легко и быстро «спиваются»; в результате урбанизации территорий их проживания на народы Севера оказывают гораздо более вредное влияние «плохая экология» и многие другие, зачастую мифологические факторы. В результате среди них запредельно высокая смертность, которая в сочетании с низкой рождаемостью приводит к их «вымиранию». Вплоть до того, что на «научной основе» прогнозировалась неизбежная гибель «диких народов» при их столкновении с

«белой цивилизацией» [4, 6]. Сегодня на фоне общемирового и затяжного российского кризиса эти взгляды не имеют прежнего резонанса. Состояние здоровья коренных малочисленных народов Севера (КМНС), проживающих в Хабаровском крае, многоаспектно, комплексно и лонгитудинально по большому счету не изучалось, были только кратковременные, разрозненные и моноаспектные исследования. Существующий мониторинг состояния здоровья КМНС Хабаровского края полностью базируется на данных государственной статистической отчетности, не являющейся исчерпывающей. Но любые работы по изучению, анализу, оценке и прогнозированию психических расстройств и расстройств поведения среди КМНС (МКБ-10; F90-F99) всегда имели, имеют и будут иметь особую социальную остроту и непреходящую актуальность.

По данным краевого территориального органа Федеральной службы государственной статистики [5], в крае на 01.01.2009 г. проживает 19 969 человек корен-

* secretary@mental-kpb.ru

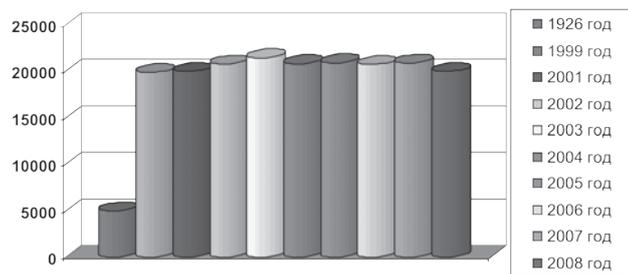


Рис. 1. Численность коренных малочисленных народов Севера Хабаровского края за период 1926–2008 гг.



Рис. 2. Естественное движение коренных малочисленных народов Севера за период 2002–2008 гг. (на 100 тыс. населения)

Таблица 1

Естественное движение коренных малочисленных народов Севера*

	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Численность населения	20 757	21 460	20 777	20 907	20 730	20 850	19 969
Родилось (абс. число)	224	180	201	179	206	307	421
Показатель рождаемости (на 1 тыс. населения)	10,8	8,4	9,7	8,6	9,9	14,7	21,1
Умерло (абс. число)	275	248	260	266	221	179	221
Показатель смертности (на 1 тыс. населения)	13,2	11,6	12,5	12,7	10,7	8,6	11,1
Естественный прирост (на 1 тыс. населения)	-2,5	-3,2	-2,8	-4,2	-0,7	6,1	10,1

Примечание: * – данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю.

Таблица 2

Уровни общей заболеваемости наркологическими расстройствами населения Хабаровского края и КМНС в 2002–2008 гг.

Год	Всего зарегистрировано наркологических расстройств						
	Население Хабаровского края			КМНС Хабаровского края			<, 0, > средне-краевого уровня
	Абс. число	На 100 тыс. населения	$p \pm 2m$	Абс. число	На 100 тыс. населения	$p \pm 2m$	
2002	26 630	1789,8	1767,8–1811,8	464	2235,4	2030,2–2440,6	> 1,12–1,35 раза
2003	27 420	1857,3	1834,7–1879,9	476	2307,1	2102,1–2512,1	> 1,12–1,34 раза
2004	28 450	1993,6	1970,2–2017,0	436	2113,2	1913,3–2312,8	0
2005	29 123	2050,6	2026,8–2074,4	448	2171,4	1969,8–2373	0
2006	29 771	2118,1	2093,9–2142,3	453	2199,0	1995–2402,8	0
2007	29 712	2114,1	2089,9–2138,3	462	2239,2	2034,2–2444,2	0
2008	29 698	2118,5	2094,2–2142,8	525	2629,1	2402,7–2855,5	> 1,12–1,33 раза

ных малочисленных народов Севера. Это составляет 1,42 % от общей численности населения края, что в 9,6 раза больше, чем удельный вес коренных малочисленных народов Севера в населении Российской Федерации – 0,15 %. Среди КМНС Хабаровского края нанайцев – 43,9 %, эвенков – 18,1 %, ульчей – 10,8 %, нивхов – 9,8 %, якутов – 5,8 %, эвенов – 5,1 %, негидальцев – 2,1 % и орочей – 1,8 %.

К административным территориям проживания коренных малочисленных народов Севера в Хабаровском крае относятся Амурский, Аяно-Майский, Ванинский, Верхнебуреинский, Комсомольский, им. С. Лазо, Нанайский, Николаевский, им. П. Осипенко, Охотский, Советско-Гаванский, Солнечный, Тугуро-Чумиканский, Ульчский и Хабаровский районы.

Таблица 3

Структура общей заболеваемости наркологическими расстройствами у КМНС и населения Хабаровского края в 2008 г.

Наркологические расстройства	Население Хабаровского края			КМНС Хабаровского края		
	Абс. число	%	На 1 тыс. населения	Абс. число	%	На 1 тыс. населения
Алкогольные психозы	1664	5,6	1,2	25	4,8	1,3
Хронический алкоголизм	22 306	75,1	15,9	460	87,6	23,0
Наркомании	3967	13,3	2,8	14	2,7	0,7
Токсикомании	104	0,4	0,1	2	0,4	0,1
Употребление алкоголя с вредными последствиями	844	2,9	0,6	8	1,5	0,4
Употребление наркотиков с вредными последствиями	636	2,1	0,5	15	2,9	0,8

Таблица 4

Уровни первичной заболеваемости наркологическими расстройствами населения Хабаровского края и КМНС в 2002–2008 гг.

Год	Зарегистрировано впервые в жизни наркологических расстройств						
	Население Хабаровского края			КМНС Хабаровского края			
	Абс. число	На 100 тыс. населения	$p \pm 2m$	Абс. число	На 100 тыс. населения	$p \pm 2m$	<, 0, > среднего краевого уровня
2002	3202	215,2	207,4–223,0	31	149,3	95,7–202,9	0
2003	3257	220,6	212,8–228,4	45	218,1	154,5–281,7	0
2004	3425	240,0	231,8–248,2	36	174,5	116,7–232,3	0
2005	3111	219,0	211,2–226,8	45	218,1	153,5–282,7	0
2006	2742	195,1	187,7–202,5	26	126,0	76,8–175,2	< 1,07 раза
2007	2135	151,9	145,3–158,5	35	169,6	112,6–226,6	0
2008	2265	161,6	155,0–168,2	48	240,3	171,1–309,5	> 1,02 раза

Примечание: приведенные результаты статистически высоко достоверны – $p_0 < 0,05$; $t > 2,0$.

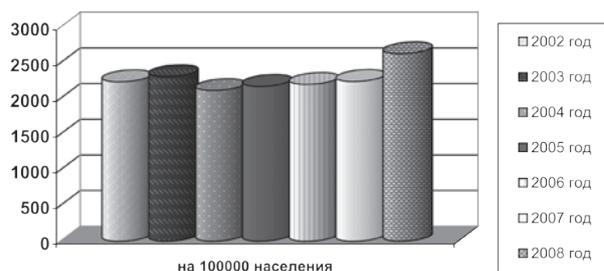


Рис. 3. Уровни общей заболеваемости КМНС наркологическими расстройствами в течение 2002–2008 гг.

При изучении и анализе различных аспектов заболеваемости КМНС не учитываются численность (4469 человек – 22,4 % от общей численности КМНС в крае) и данные о заболеваемости КМНС, проживающих в городах Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре, Бикинском и Вяземском районах.

Динамика показателей естественного движения в течение 2006–2008 гг. у коренных малочисленных народов Севера (табл. 1; рис. 1; рис. 2) приобрела суще-

ственные отличия от таковой среди всего населения Хабаровского края. В то время как показатели естественного движения населения в целом по Хабаровскому краю в течение 1992–2008 гг. характеризуются негативными тенденциями (превышение уровней общей смертности над уровнями общей рождаемости и отрицательным приростом населения), среди КМНС в течение 2006–2008 гг. наблюдается существенный рост общей рождаемости в 2,1 раза (с 9,9 до 21,1 родившегося живым на 1 тыс. населения), стабилизация уровней общей смертности (с 10,7 умершего на 1 тыс. населения – 11,1 умершего на 1 тыс. населения) и формирование положительного прироста населения: от –0,7 человека на 1 тыс. населения в 2006 г. до +10,1 человека на 1 тыс. населения в 2008 г.

Общая заболеваемость коренных малочисленных народов Севера Хабаровского края наркологическими расстройствами

В 2008 г. она составила 2629,1 заболевания на 100 тыс. населения ($p \pm 2m = 2402,7–2855,5$ заболевания на 100 тыс. населения). За период 2002–2008 гг. она увеличилась на 17,6 %. В 2004–2006 гг. наблюдалась

Таблица 5

Структура первичной заболеваемости наркологическими расстройствами у КМНС и населения Хабаровского края в 2008 г.

Наркологические расстройства	Население Хабаровского края			КМНС Хабаровского края		
	Абс. число	%	На 1 тыс. населения	Абс. число	%	На 1 тыс. населения
Алкогольные психозы	750	33,1	0,5	6	12,5	0,3
Хронический алкоголизм	1127	49,7	0,8	36	75	1,8
Наркомании	145	6,4	0,1	3	6,3	0,2
Токсикомании	6	0,3	0	1	2,1	0
Употребление алкоголя с вредными последствиями	158	6,9	0,1	1	2,1	0
Употребление наркотиков с вредными последствиями	51	2,3	0	1	2,1	0



Рис. 4. Динамика уровней общей заболеваемости КМНС и населения Хабаровского края наркологическими расстройствами в течение 2002–2008 гг. и прогноз на 2010–2011 гг. (на 100 тыс. населения)

стабилизация показателей в интервале 2113,2–2199,0 на 100 тыс. населения [3].

С учетом статистической достоверности колеблемости показателей в пределах $\pm 2m$ уровень общей заболеваемости наркологическими расстройствами в 2008 г. среди КМНС существенно выше среднекраевого уровня – в 1,12–1,33 раза; $p_0 < 0,05$; $t > 2,0$. За период 2002–2008 гг. уровень наркологических расстройств среди всего населения Хабаровского края и среди КМНС вырос в 1,2 раза; то есть динамика интенсивности роста показателей однотипна (табл. 2, рис. 3).

Таким образом, в течение 2010–2012 гг. полиномиально и экспоненциально прогнозируется [4] рост уровня общей заболеваемости КМНС наркологическими расстройствами в 1,3 раза: с 2629,1 до 3502,9 заболевания на 100 тыс. населения при стабилизации и несущественном снижении аналогичного показателя среди всего населения края (рис. 4). Эту неблагопри-

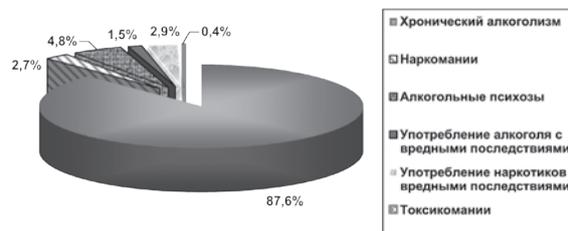


Рис. 5. Структура общей заболеваемости наркологическими расстройствами у КМНС в 2008 г. (в %)

ятную тенденцию, безусловно, следует учитывать при решении ряда вопросов функционально-структурной реорганизации психиатрической службы в Хабаровском крае, проводимой с 2008 года.

Структура общей наркологической заболеваемости среди КМНС (табл. 3, рис. 5) в течение последних лет стабильна и существенных отличий от аналогичного показателя по краю в целом не имеет. На первом месте (87,6 %) заболеваемость хроническим алкоголизмом, на втором (4,8 %) – алкогольные психозы, на третьем, четвертом (5,6 %) – наркомании и употребление наркотиков с вредными последствиями. В то же время распространенность хронического алкоголизма и употребления наркотиков с вредными последствиями (число зарегистрированных заболеваний на 1 тыс. населения, табл. 3) среди КМНС в 1,5–1,6 раза выше, чем среди всего населения края; практически на одном уровне распространенность алкогольных психозов и токсикоманий, а уровень распространенности наркоманий среди КМНС в 4 раза ниже, чем среди всего населения края, и в 1,5 раза ниже распространенность употребления алкоголя с вредными последствиями.

Первичная заболеваемость коренных малочисленных народов Севера Хабаровского края наркологическими расстройствами

Первичная заболеваемость КМНС Хабаровского края наркологическими расстройствами (число за-

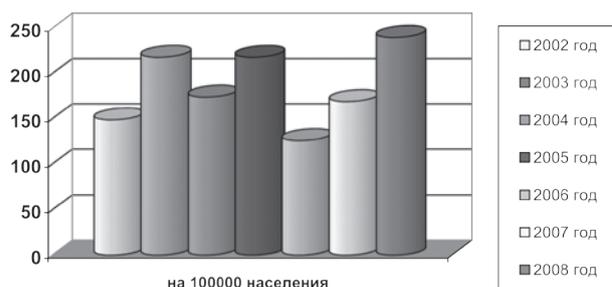


Рис. 6. Уровни первичной заболеваемости КМНС наркологическими расстройствами в течение 2002–2008 гг.

регистрированных впервые в жизни наркологических расстройств на 100 тыс. человек КМНС) статистически существенных отличий от аналогичных показателей для всего населения Хабаровского края в течение 2002–2008 гг. не имеет (табл. 4, рис. 6). Рост первичной заболеваемости КМНС наркологическими расстройствами за период 2002–2008 гг. в 1,6 раза с 149,3 до 240,3 первичного заболевания на 100 тыс. человек КМНС кажущийся, поскольку это утверждение статистически недостоверно как при использовании метода наложения доверительных интервалов, так и при использовании расчета параметрического критерия различия Госсета – Стьюдента: $p_0 > 0,05$; $t < 2,0$. Таким образом, по данным государственной статистической отчетности, уровни первичной заболеваемости КМНС Хабаровского края наркологическими расстройствами в течение 2002–2008 гг. и уровни первичной заболеваемости наркологическими расстройствами всего населения Хабаровского края за этот же период одинаковы.

В структуре первичной наркологической заболеваемости среди КМНС края на первом месте заболеваемость хроническим алкоголизмом (75%), на втором – алкогольные психозы (12,5%), на третьем – наркомании (6,3%), на четвертом, пятом, шестом – токсикомании, употребление алкоголя и употребление наркотиков с вредными последствиями (по 2,1%).

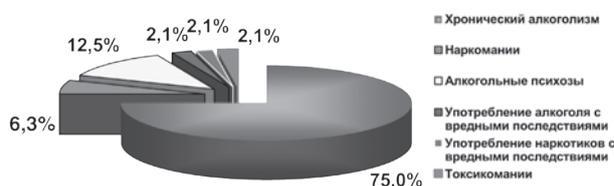


Рис. 7. Структура первичной заболеваемости наркологическими расстройствами у КМНС в 2008 году (в %)

2,1%) (табл. 5, рис. 7). При объединении хронического алкоголизма и алкогольных психозов в одну группу существенных различий между показателями структуры первичной наркозаболеваемости среди КМНС и среди всего населения края в 2008 г. не отмечается.

Выводы и предложения:

1. За период 2002–2008 гг. заболеваемость наркологическими расстройствами среди всего населения Хабаровского края и среди КМНС выросла в 1,2 раза; то есть динамика интенсивности роста показателей однотипна. Уровень общей заболеваемости наркологическими расстройствами в 2008 г. среди КМНС существенно выше среднекраевого уровня – в 1,12–1,33 раза.

2. Структура общей наркологической заболеваемости среди КМНС в течение последних лет стабильна и существенных отличий от аналогичного показателя по краю в целом не имеет. На первом месте (87,6%) заболеваемость хроническим алкоголизмом, на втором (4,8%) – алкогольные психозы, на третьем, четвертом (5,6%) – наркомании и употребление наркотиков с вредными последствиями.

3. Распространенность хронического алкоголизма и употребления наркотиков с вредными последствиями среди КМНС в 1,5–1,6 раза выше, чем среди всего населения края; практически на одном уровне распространенность алкогольных психозов и токсикоманий, уровень распространенности наркоманий среди КМНС в 4 раза ниже, чем среди всего населения края, и в 1,5 раза ниже распространенность употребления алкоголя с вредными последствиями.

4. Первичная заболеваемость КМНС Хабаровского края наркологическими расстройствами существенных отличий от аналогичных показателей для всего населения Хабаровского края в течение 2002–2008 гг. не имеет.

5. В структуре первичной наркологической заболеваемости среди КМНС края на первом месте заболеваемость хроническим алкоголизмом – 75%, на втором – алкогольные психозы (12,5%), на третьем – наркомании (6,3%), на четвертом, пятом, шестом – токсикомании, употребление алкоголя и употребление наркотиков с вредными последствиями (по 2,1%).

6. При формировании региональной целевой программы по профилактике алкоголизма и наркоманий среди коренных малочисленных народностей Севера, проживающих на территории Хабаровского края, предусмотреть:

– совместно с ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Росздрава и ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК организацию комплексных выборочных исследований заболеваемости коренных малочисленных народностей Севера алкоголизмом и наркоманиями в местах их компактного проживания с последующей разработкой и осуществлением мероприятий по ее профилактике и снижению;

– совместно с региональным управлением Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Хабаровскому краю, министерством образования Хабаровского края и УВД Хабаровского края продолжение плановой работы по профилактике алкоголизма и наркоманий среди КМНС;

– организацию выездной работы в территориях компактного проживания КМНС в Хабаровском крае по оказанию психиатрической и наркологической помощи бригадным методом (в составе врача-психиатра, врача-нарколога, врача-психотерапевта и врача-психолога);

– на базе МУЗ «Городской наркологический диспансер» г. Комсомольска-на-Амуре открытие стационарного отделения реабилитации наркологических больных на 25 коек с организацией реабилитационной работы с наркозависимыми, проживающими в г. Комсомольске-на-Амуре, Амурском, Аяно-Майском,

Комсомольском, им П. Осипенко, Охотском, Солнечном, Тугуро-Чумиканском и Ульчском районах с численностью населения 461 729 человек – 33 % населения края, в том числе КМНС 14 301 человек – 72,6 % от всей численности КМНС в Хабаровском крае;

– совместно с Управлением Роспотребнадзора по Хабаровскому краю и медицинским информационно-аналитическим центром МЗ ХК продолжение работы по ведению мониторинга медико-демографической, санитарно-эпидемиологической и экологической ситуации на территориях компактного проживания КМНС в Хабаровском крае.

Список литературы

1. Богдавленский, Д. Вымирают ли народы Севера? // Д. Богдавленский // Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. – М., 2004. – № 83. – С. 57–60.

2. Население по полу, народности: табл. IV // Всесоюзная перепись населения 1926 года. – М., 1929. – Т. 17. – С. 8–25.

3. О состоянии психического здоровья населения и основных итогах работы психиатрической службы Хабаровского края за 2008 год: докл. / под общ. ред.

Г. Ф. Ракицкого. – Хабаровск: ГУЗ «Краев. психиатр. больница», 2009. – 40 с.

4. Современное положение и перспективы развития малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока: независимый эксперт. докл. / под ред. В. А. Тишкова. – М., 2004. – 94 с.

5. Хабаровскому краю – 70 лет: стат. сб. / Хабаровскстат. – Хабаровск, 2007. – 150 с.

6. Eshbach, K. Changes in racial identification and educational of American Indians, 1970–1990 / K. Eshbach, K. Supple, C. Mathew Snipp. // Demography. – 1998. Vol. 35, № 1: February. – P. 35.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 618.3-06:616.12-008.331.1]:612.13

Особенности эндотелиальной дисфункции и состояние плодово-плацентарно-маточного кровотока у беременных с артериальной гипертензией

Ю.М. Бухонкина*, Г.В. Чижова, А.А. Авилова, Е.В. Полухина

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

Y.M. Buhonkina, G.V. Chizhova, A.A. Avilova, E.V. Polukhina

Features of endothelial dysfunction and the state of fetus-placental-uterine blood flow in pregnant women with arterial hypertension

Резюме

У беременных с гипертонической болезнью по мере увеличения степени гипертензии возрастает общее периферическое сопротивление сосудов, что проявляется увеличением индекса резистентности в сосудах плодово-плацентарно-маточного кровотока и расценивается как признак плацентарной недостаточности и предиктор развития гестоза. Использование бисопролола и нифедипина GITS положительно влияет на плодово-плацентарно-маточный кровоток, уменьшая общее периферическое сопротивление сосудов. Комбинированная терапия позволяет обеспечить адекватный кровоток в системе «мать-плацента-плод». Антигипертензивная терапия бисопрололом и нифедипином GITS уменьшает эндотелиальную дисфункцию, которая лежит в основе всей сердечно-сосудистой патологии.

Ключевые слова: беременность, артериальная гипертензия, эндотелиальная дисфункция.

Summary

The increase of the degree of hypertension in pregnant women causes the increase in the peripheral resistance as well. It reveals in the increase of a resistive index in the vessels of fetus-placental-uterine blood flow and is regarded as a sign of placental insufficiency and a predictor of gestosis. The use of bisoprolol and nifedipine GITS positively affects the fetus-placental-uterine blood flow, reducing the peripheral resistance. Combination therapy can provide an adequate blood flow in the system «mother-placenta-fetus». Antihypertensive therapy by bisoprolol and nifedipine GITS reduces endothelial dysfunction, which underlies the cardiovascular disease.

Key words: pregnancy, hypertension, endothelial dysfunction.

Значительная часть новорожденных у матерей, страдающих артериальной гипертензией (АГ), рождаются с признаками задержки развития, которая является одной из причин перинатальной заболеваемости и смертности [3, 7, 13]. Циркуляторные расстройства у беременных с АГ приводят к изменениям строения и функции плаценты. Как следствие, развивается хроническая фето-плацентарная недостаточность (ФПН) [4, 11, 14, 25].

Изменению морфологии плаценты при заболеваниях сердца посвящена достаточно обширная литература [2, 4, 18, 27, 28], однако для клинициста важно иметь доступный метод диагностики нарушений плодово-плацентарно-маточного кровотока (ППМК). С практической точки зрения хорошо зарекомендовало себя доплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях и артериях пуповины. Данный способ позволяет вовремя

* marianna@ipksz.khv.ru

выявлять патологию, контролировать эффективность терапии и выбирать вид родоразрешения, в том числе, и в зависимости от состояния плода [5, 17, 22, 27].

Методика основана на изучении сопротивления сосудистого русла, которое выражается отношением систолической и диастолической скоростей артериального кровотока, что доказано экспериментально и практически [6, 17, 20, 24, 26].

Периферическим руслом для артерий пуповины является капиллярная сеть плодовой части плаценты. В III триместре физиологически протекающей беременности емкость капиллярной сети начинает превышать емкость артериальной сосудов плодовой части плаценты, что сопровождается снижением в ней давления [5, 21, 21, 26]. Напротив, в артериальном русле пуповины в фазе диастолы повышается скорость кровотока, что приводит к повышению перфузионного давления и улучшению обменных процессов в плаценте [21, 26]. Как следствие, происходит достоверное снижение систолидиастолического соотношения (СДС) скоростей кровотока в маточных артериях за счет повышения диастолической скорости кровотока. Это обусловлено инвазией трофобласта в спиральные артерии, что приводит к потере ими чувствительности к вазопрессорам [19].

Исследование ППМК у больных с заболеваниями сердца позволили выявить увеличение СДС в маточных артериях и индекса резистентности, сопровождающихся постепенным снижением конечно-диастолической скорости кровотока при нарастании периферического сосудистого сопротивления (ПСС), особенно на стороне плацентации [12, 15]. В то же время другие авторы не отмечают каких-либо достоверных изменений ПСС маточных артерий [8, 16].

Патогенез АГ, обострения и стабилизации гипертензии у беременных недостаточно выяснен. В последние годы большое значение придается эндотелиальной дисфункции (ЭД). Снижение плацентарного кровотока вследствие хронической плацентарной недостаточности, наблюдаемое у беременных с АГ, приводит к включению компенсаторных механизмов, направленных на восстановление перфузии плаценты [2, 4, 18]. Плацента начинает вырабатывать прессорные факторы, повреждающие сосудистый эндотелий. К таким факторам относятся вазоактивные и прокоагулянтные гормоны эндотелия. Происходит нарушение равновесия между вазодилататорами (оксид азота, простаглицлин) и вазоконстрикторами (эндотелин, тромбоксан, фибронектин). Замыкая пресловутый порочный круг, развивается дисрегуляция тонуса сосудов, дестабилизация АГ и развитие плацентарной недостаточности [13, 28].

К вазопрессорам, синтезируемым эндотелием, относится, в том числе, VIII фактор свертывания крови (фактор Виллебранда) [17, 20]. Несмотря на то, что он считается «суррогатным» показателем ЭД, все чаще

отдается предпочтение его определению в связи с затрудненным исследованием NO. Повышение уровня этого фактора свидетельствует об эндотелиальном повреждении либо о повышенной активации эндотелиоцитов [2].

Материалы и методы

В исследование были включены 47 женщин с АГ, наблюдавшихся в ГУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска. Средний возраст пациенток составил $24 \pm 1,5$ года. АГ III степени наблюдалась у 10 больных, II степени – у 20, I степени – у 17. У всех женщин АГ была диагностирована до наступления настоящей беременности и по данным клинично-инструментального обследования соответствовала гипертонической болезни II стадии (ГБ II ст.) (ВОЗ, 1998; ВНОК, 2004). Средняя длительность заболевания составила $4,6 \pm 0,7$ года и была сопоставима в группах беременных с АГ II–III степени. 31 женщина встала на учет в срок до 12 недель беременности. Первородящих было 28 женщин, повторнородящих – 19. До включения в исследование все женщины получали антигипертензивную терапию (допегит, верапамил, метопролол, клофелин), которая не была эффективной. Контрольную группу составили 26 здоровых беременных.

При включении в исследование назначались: блокатор кальциевых каналов – нифедипин GITS, β -блокатор – бисопролол в индивидуальных дозах до нормализации АД. Препараты назначались преимущественно во 2-ю половину беременности в случае неэффективности ранее назначенной терапии. Средняя суточная доза бисопролола составила $3,8 \pm 0,4$ мг, нифедипина GITS – $46,7 \pm 4,2$ мг. Комбинированную терапию получали 42 пациентки. В связи с уязвимостью ППМК мы стремились к стабильному АД в пределах 125–135/75–85 мм рт. ст. Параметры ППМК контролировали с помощью УЗДГ сосудов пуповины и матки.

Допплерометрические исследования ППМК проводились на аппарате En Visor (Philips, Германия) конвексным датчиком частотой 3,5 МГц. ППМК оценивался по результатам исследования обеих маточных артерий и артерий пуповины плода. Для оценки кровотока был выбран индекс резистентности (ИР). Ультразвуковую оценку реактивной гиперемии плечевой артерии (выражается дилатацией плечевой артерии (ДПА) исследовали на аппарате ACUSON 128 XP/10, линейный датчик 7 МГц. В связи с беременностью оценка ДПА в ответ на прием нитроглицерина не проводилась. Уровень фактора Виллебранда (ФВ) определялся набором Тех-Фактор VIII-тест. Последний тест является универсальным показателем повреждения эндотелия.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с применением пакета программ «Biostatistics, Version 4,03» с использованием стандартных методов вариационной статистики и критерия Стьюдента для оценки различий при парных измерениях показателей. Различие считали достоверным при $p < 0,05$.

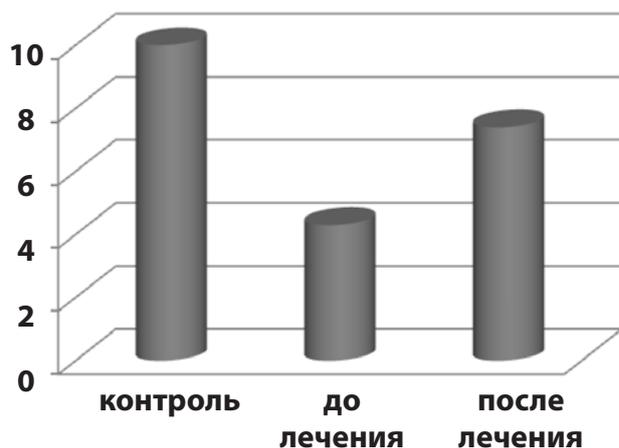


Рис. 1. Степень дилатации плечевой артерии у беременных с артериальной гипертензией до и после лечения

Результаты и обсуждение

На фоне лечения β -адреноблокаторами и блокаторами кальциевых каналов (бисопрололом и нифедипином GITS) в виде монотерапии или в комбинации, в индивидуально подобранных дозах, отмечалась достоверная ($p < 0,05$) динамика как САД, так и ДАД. В группе женщин с АГ II ст. САД снизилось с 169,8 до 132,8 мм рт. ст. (на 26,1 %), а ДАД – с 105,7 до 83,3 мм рт. ст. (на 22,3 %). В группе беременных с АГ III ст. САД уменьшилось с 187,4 до 145,7 мм рт. ст. (на 23,2 %), а ДАД – с 114,6 до 90,4 мм рт. ст. (на 21,2 %). Достоверное изменение как САД, так и ДАД в обеих группах было отмечено уже через 3,5 недели лечения. Таким образом, во всех случаях мы достигли цели-минимум – коррекции АД. Данные по цели-максимум, т. е. органопротекции через влияние на ЭД, представлены на рисунках 1 и 2.

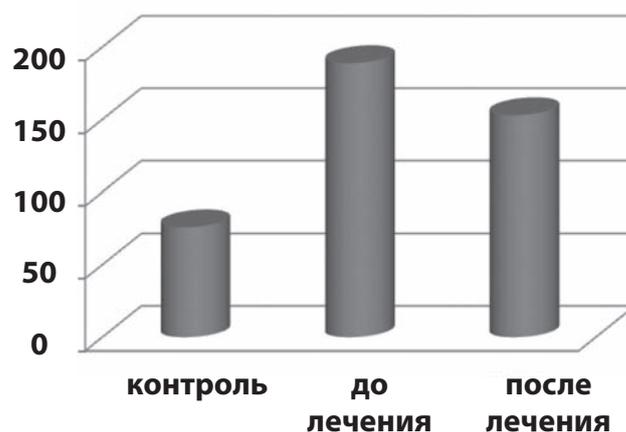


Рис. 2. Уровень фактора Виллебранда у беременных с артериальной гипертензией до и после лечения

Нормальной реакцией плечевой артерии условно принято считать ее расширение на фоне реактивной гиперемии на 10 % и более от исходного диаметра. Меньшая степень вазодилатации или вазоконстрикция считаются патологической реакцией [1, 24]. До назначения адекватной антигипертензивной терапии в исследуемых группах отмечалась достоверная по сравнению с контролем недостаточная ДПА ($10,0 \pm 1,3$ vs $4,3 \pm 1,4$, $p < 0,01$) и повышение уровня ФВ ($76,0 \pm 5,0$ vs $189,0 \pm 6,0$, $p < 0,001$), что свидетельствовало в пользу выраженной ЭД.

Через 2 месяца на фоне лечения и нормализации АД наблюдалась достоверная динамика ФВ ($189,0 \pm 6,0$ vs $153,0 \pm 4,9$, $p < 0,001$) и тенденция к увеличению реактивной гиперемии плечевой артерии ($4,3 \pm 1,4$ vs $7,4 \pm 1,1$, $p > 0,05$). Отсутствие достоверных изменений последнего показателя, вероятно, объясняется недолгим сроком терапии и многофакторностью ЭД.

Таблица 1

Плодово-плацентарно-маточный кровоток у беременных с артериальной гипертензией

Показатели	Артериальная гипертензия I ст. (n = 17)	Артериальная гипертензия II ст. (n = 20)	Артериальная гипертензия III ст. (n = 10)
ИР маточных артерий – левая – правая (норма – до 0,62)	$0,47 \pm 0,04$ $0,48 \pm 0,03$	$0,55 \pm 0,05$ $0,55 \pm 0,04$	$0,63 \pm 0,03^*$ $0,65 \pm 0,05^*$
ИР артерий пуповины	$0,53 \pm 0,02$	$0,69 \pm 0,03^*$	$0,79 \pm 0,06^*$

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с АГ I ст.

Таблица 2

Изменение индекса резистентности у беременных с артериальной гипертензией до и после лечения

Показатели	До лечения (средн.), n = 47	После лечения (средн.), n = 47
ИР маточных артерий – левая – правая (норма – до 0,62)	$0,58 \pm 0,04$ $0,56 \pm 0,03$	$0,55 \pm 0,03$ $0,53 \pm 0,04$
ИР артерий пуповины	$0,73 \pm 0,03$	$0,64 \pm 0,02^*$

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с данными до лечения.

В зависимости от степени АГ достоверно увеличивались значения ИР в сосудах матки и артериях пуповины (табл. 1). Данные изменения могут расцениваться как признаки плацентарной недостаточности и предикторы развития гестоза [9, 10, 23].

У больных с АГ нарушение ППМК связано с повышением общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) в артериальном русле. Этот механизм патогенеза обуславливает варианты антигипертензивной терапии, диктуя назначения препаратов, влияющих на ОПСС. Используемые в нашем исследовании бисопролол и нифедипин GITS, кроме влияния на системное АД беременных, позитивно изменяли ППМК (табл. 2).

После 4 недель антигипертензивной терапии повторное исследование ППМК показало достоверное уменьшение ИР артерий пуповины при отсутствии динамики со стороны маточных артерий.

Улучшение ППМК свидетельствует о необходимости контроля АД у беременных препаратами, влияющими на ОПСС.

Выводы

1. Антигипертензивная терапия бисопрололом и нифедипином GITS позволяет влиять на эндотелиальную дисфункцию, которая лежит в основе всей сердечно-сосудистой патологии.

2. Общее периферическое сопротивление сосудов возрастает по мере увеличения степени АГ, что проявляется увеличением ИР в сосудах ППМК и расценивается как признак плацентарной недостаточности и предиктор развития гестоза.

3. Использование бисопролола и нифедипина GITS положительно влияет на ППМК, уменьшая ОПСС. Комбинированная терапия позволяет обеспечить адекватный кровоток в системе «мать-плацента-плод».

Список литературы

1. Абрамченко, В. В. *Беременность и роды высокого риска* / В. В. Абрамченко. – М.: МИА, 2004.
2. Агеева, М. И. *Допплерометрическое исследование в акушерской практике* / М. И. Агеева. – М., 2000. – С. 111.
3. Бартош, Л. Ф. *Артериальные гипертензии у беременных* / Л. Ф. Бартош, И. В. Дорогова. – М.: Деком, 2007. – 148 с.
4. Бурдули, Г. М. *Репродуктивные потери: дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук.* – М., 1998. – 277 с.
5. Глотова, О. В. *Оптимизация акушерской тактики у беременных с митральными пороками сердца: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук / Моск. гос. медико-стоматол. ун-т.* – М., 2005.
6. Затицян, Е. П. *Врожденные и приобретенные пороки сердца у беременных* / Е. П. Затицян. – М.: Триада-Х, 2004. – 294 с.
7. Захарова, Т. Г. *Артериальная гипертензия у беременных* / Т. Г. Захарова, М. М. Петрова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 108 с.
8. *Кардиология / под ред. Б. Гриффина, Э. Тополя.* – М.: Практика, 2008.
9. Кобалава, Ж. Д. *Артериальная гипертензия и ассоциированные расстройства при беременности* / Ж. Д. Кобалава, К. Г. Серебрянникова // *Сердце.* – 2002. – № 5. – С. 244–250.
10. Макаров, О. В. *Артериальная гипертензия у беременных* / О. В. Макаров, Н. Н. Николаев, Е. В. Волкова // *Акушерство и гинекология.* – 2002. – № 3. – С. 3–6.
11. Милованов, А. И. *Патология системы мать-плацента-плод* / А. И. Милованов. – М.: Медицина, 1999. – 446 с.
12. Мишина, И. Е. *Клиническое и прогностическое значение нейровегетативных и метаболических нарушений при артериальной гипертензии у беременных: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук.* – М., 2007.
13. Николаева, Е. И. *Оценка современных перинатальных технологий у беременных и рожениц высокого риска* / Е. И. Николаева, А. А. Тахиян // *Вестн. рос. ассоциации акушеров-гинекологов.* – 2003. – № 1. – С. 26–28.
14. Радзинский, В. Е. *Фармакотерапия плацентарной недостаточности* / В. Е. Радзинский // *Клин. фармакология и терапия.* – 1998. – Т. 7, № 3. – С. 91–96.
15. Свечников, П. Д. *Маркеры повреждения эндотелия при беременности, осложненной гестозом: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук / С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И. П. Павлова.* – М., 2000.
16. Сидельникова, В. М. *Механизмы адаптации и дизадаптации гемостаза при беременности* / В. М. Сидельникова, Р. Г. Шмаков. – М.: Триада-Х, 2004. – 192 с.
17. Шехтман, М. М. *Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных* / М. М. Шехтман. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
18. *Эндотелиальная дисфункция и методы ее определения* / А. И. Мартынов, Н. Г. Аветяк, Е. В. Акатова и др. // *Рос. кардиол. журн.* – 2005. – № 4. – С. 94–98.
19. *Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review)* / E. Abalos, L. Duley, D. W. Steyn, D. J. Henderson-Smart // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2007. – № 1.
20. *Vaughman, K. L. The heart and pregnancy* / K. L. Vaughman // *Textbook of cardiovascular medicine* / ed. E. J. Topol. – 2th ed. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. – P. 733–751.
21. *Duley, L. Drugs for rapid treatment of very high blood pressure during pregnancy (Cochrane Review)* / L. Duley, D. J. Henderson-Smart // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2000. – № 1.
22. *European Society of Hypertension-European Society of Cardiology. Guidelines for the Management of Arterial*

Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension, 2007.

23. *Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis / P. Von Dadelzen, M. P. Ornstein, S. B. Bull et al. // Lancet. – 2000. – № 355. – P. 87–92.*

24. *Feigenbaum, H. Echocardiography / H. Feigenbaum. – Philadelphia, 1999.*

25. *Mackenzie, I. S. Hypertension / I. S. Mackenzie, I. B. Wilkinson, J. R. Cockcroft. – Washington: Elsevier, 2005.*

Perloff, J. K. Pregnancy in women with congenital heart disease: specific lesions. Up To Date 2002, version 10.2. – Речим доцмyna: <http://www.uptodate.com>.

26. *Pregnancy in patients with transposition of great vessels corrected by the Mustard procedure: report of case review of reported coyest / H. Reinecme, U. Girmel, S. Kerber et al. // Minerva Gynecol. – 1999. – № 51(7–8). – P. 299–302.*

27. *Williams, D. Pregnancy and the heart / D. Williams // Hosp. Med. – 1999. 60(2): Feb. – P. 100–104.*

УДК 616–053.81 (571.620–25)

Состояние здоровья подростков-допризывников Центрального округа г. Хабаровска

И.В. Ткаченко*, С.М. Колесникова, В.В. Онихимовская, Л.Н. Канцибер

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, Отдел военного комиссариата Хабаровского края по Центральному и Железнодорожному районам г. Хабаровска, г. Хабаровск

I.V. Tkachenko, S.M. Kolesnikova, V.V. Onihimovskaya, L.N. Kantsiber

The health status of adolescents of premilitary age in the Central District of Khabarovsk

Резюме

Проведен анализ состояния здоровья 2756 подростков допризывного возраста Центрального района г. Хабаровска. Высокий уровень соматической патологии подростков данного периода развития, ее структура, динамика заболеваемости и функциональных расстройств, употребление алкоголя, низкая физическая активность, курение, избыточная масса тела, недостаточная продолжительность ночного сна, нарушение режима и качества питания приводят не только к хронизации функциональных нарушений у подростков, но и снижают качество их жизни.

Ключевые слова: подростки, состояние здоровья, оценка качества жизни.

Summary

The analysis of the health status of 2,756 teenagers of the Central District of Khabarovsk was made. The high level of somatic pathology in adolescents, its structure, dynamics of a disease and functional disorders, alcohol consumption, physical inactivity, smoking, the excess weight, poor night sleep, the violation of dietary pattern and the quality of nutrition not only result in chronic functional disorders in adolescents, but also reduce the quality of their lives.

Key words: adolescents, health, assessment of quality of life.

Введение

Состояние здоровья подростков в современных условиях продолжает оставаться одной из актуальных медико-социальных проблем. Ухудшение здоровья молодых людей обусловлено сложной взаимосвязью социально-экономических условий и комплекса факторов внешней среды, что, в свою очередь, привело к нарушению основ здорового образа жизни и физического развития детей и подростков, эпидемиологическому увеличению ряда заболеваний,

росту алкоголизма, наркомании и токсикомании [1, 2, 3, 4]. По данным Минздрава РФ, ежегодный прирост заболеваемости подростков составляет 5–7%. В тоже время юноши составляют основной резерв пополнения, поступающий в ряды Вооруженных сил.

Важной составляющей воинской обязанности является обязательная подготовка к военной службе, включающая проведение диспансеризации для выявления ранних отклонений в состоянии здоровья и проведения профилактических и лечебно-

* rec@ipkszh.khv.ru

оздоровительных мероприятий. По данным диспансеризации 2008 года, менее 10 % выпускников средних общеобразовательных учебных заведений признаются здоровыми, у 40–60 % диагностируются хронические заболевания и их сочетания, у 30–40 % – функциональные расстройства [6]. Растущие психотравмирующие воздействия на организм подростков приводят к росту основных форм психических заболеваний на 15 % каждые 10 лет, а распространенность нервно-психических расстройств у подростков достигает 70–80 % [9, 10, 11].

В большинстве крупных научных исследований последнего десятилетия рост заболеваемости связывается с несоблюдением подростками здорового образа жизни, выбором ими патологических форм поведения, существенно влияющих на состояние здоровья и качество жизни молодежи [2, 8]. При этом подчеркивается, что среди факторов риска развития патологии ведущее место занимает образ жизни. Поэтому весьма важным в оценке состояния здоровья подростков является изучение показателей, характеризующих отношение индивида к своему здоровью, – самооценки здоровья, места здоровья в системе жизненных ценностей, медицинской грамотности, наличия вредных привычек, характера питания, наличия стрессов, экологических факторов [4, 12, 14].

Решению проблемы сохранения и укрепления здоровья молодежи посвящено достаточно научных исследований, касающихся концептуальных основ подготовки подростков и юношей к военной службе [5, 13, 14], совершенствования их медицинского обеспечения в субъектах Российской Федерации [6], состояния здоровья и медицинского обслуживания подростков на территориальном и региональном уровнях [10], оценки здоровья, условий и образа жизни учащихся общеобразовательных школ и средних специальных учебных заведений [4, 11, 12].

В исследованиях, посвященных состоянию здоровья детей подросткового возраста, изучался, как

правило, смешанный контингент (девушки и юноши), а сами исследования хотя и носили комплексный характер, но вместе с тем вопросы качества жизни и его связи с показателями здоровья в них не изучались.

Цель исследования

Изучить состояние соматического здоровья юношей, подлежащих освидетельствованию в связи с призывом на обязательную военную службу, и оценить влияние показателей здоровья на качество жизни изучаемой когорты детей.

Материалы и методы

Исследование проведено в период с 2005 по 2008 гг.

Объект исследования – состояние физического, психического и социального статуса и качество жизни подростков в возрасте от 15 до 16 лет.

В исследование были включены подростки, поставленные на учет в военном комиссариате Центрального района г. Хабаровска. Изучаемая группа подростков включила в себя 2756 детей в возрасте от 15 до 16 лет. Средний возраст подростков-допризывников составил $15,7 \pm 0,9$ года, медиана возраста – 15,5 года.

Анализ структуры заболеваемости по основным органам и системам проведен у 2756 детей и подростков на основании изучения медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного – форма № 025/у-87, медицинская карта – форма 003/у, выписка из медицинской карты стационарного больного – 027-1/у, включая клинический осмотр и лабораторно-инструментальные методы диагностики).

В соответствии со структурой выявленных отклонений в состоянии здоровья подростков допризывного возраста проводились дополнительные обследования.

Результаты медицинских осмотров были использованы для распределения подростков по группам состояния здоровья, для оценки их физического раз-

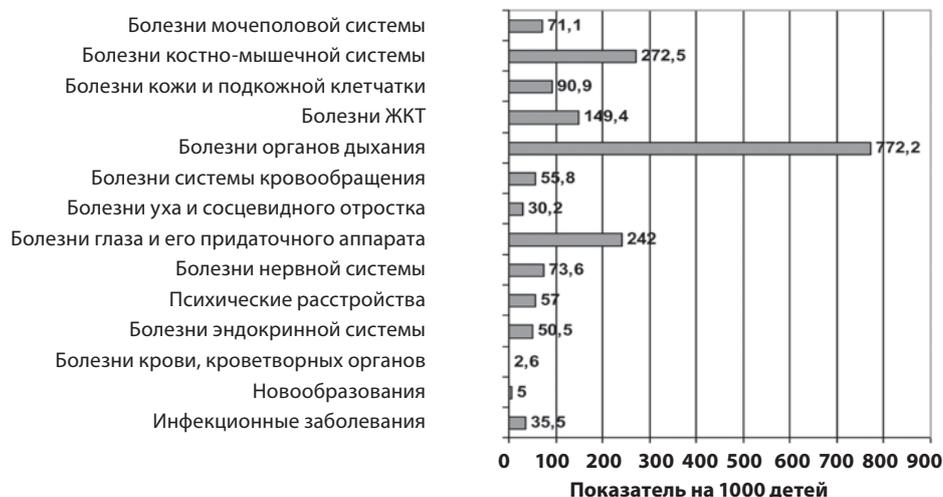


Рис. 1. Структура заболеваемости по данным популяционного контроля у детей 15 лет и старше (показатель на 1000 подростков)

вития. Ведущей основой явилась Международная статистическая классификация болезней (МКБ-10), обеспечивающая единство методологических подходов и международную сопоставимость исследуемого материала.

В ходе исследования использован комплекс методов: контент-анализ, непосредственного наблюдения, монографический, социологический, психологического тестирования, статистический.

Проведен анализ структуры заболеваемости среди изучаемой группы подростков из расчета на 1000 пациентов соответствующего возраста. Сравнительный анализ полученных данных с показателями популяционного контроля был произведен на основании данных, предоставленных Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы.

На рисунке 1 представлены популяционные данные для подростков.

Психологическое тестирование подростков допризывного возраста (73 чел.) проведено в 2007 г. и включало определение свойств личности с помощью опросников Стреляу и Юнга, уровня тревожности по шкале Спизбергера – Ханина, нервно-психической устойчивости по методике «Прогноз-2».

При анализе качества жизни основную группу составили 59 мальчиков в возрасте 15–16 лет, имеющих I, II, III группы здоровья. Группа сравнения – подростки допризывного возраста, имеющие I или II группы здоровья, $n = 50$. Сравнимые группы детей (обследуемые и дети группы сравнения) идентичны по возрасту и полу.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием систем анализа данных SAS (Statistical Analysis Systems) на IBM/AT. Проводились расчеты стандартных статистических показателей, корреляционный, дисперсионный и другие виды анализа. Достоверность различий определяли путем расчета коэффициента Стьюдента.

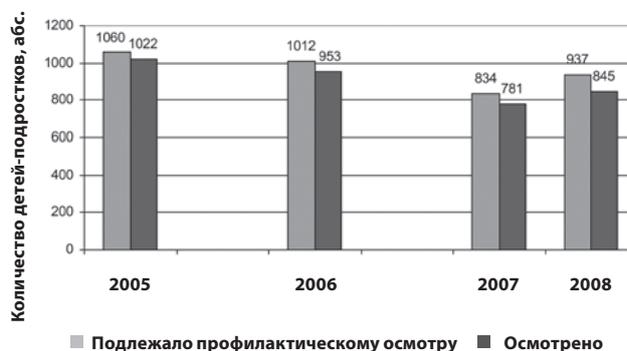


Рис. 2. Распределение изучаемой группы подростков-допризывников по данным комиссариата Центрального района г. Хабаровска по годам (планируемое и фактическое)

Результаты и обсуждение

Изучаемая популяция подростков включала в себя 2756 подростка допризывного возраста. Возраст пациентов – от 15 до 16 лет, в среднем $15,7 \pm 0,9$ года, медиана возраста составила 15,5 года (рис. 2).

Структура заболеваемости у обследуемых детей-подростков представлена в таблице 1.

Изучение результатов распределения подростков допризывного возраста в сравнительном плане по годам показало, что число лиц с I группой здоровья (здоровые) снижается с 27,0 до 16,0 %, со II – с 41,0 до 32,0 %. В то же время очевидным является рост лиц, страдающих хронической патологией (III группа здоровья), – с 32,0 до 52,0 % (рис. 3).

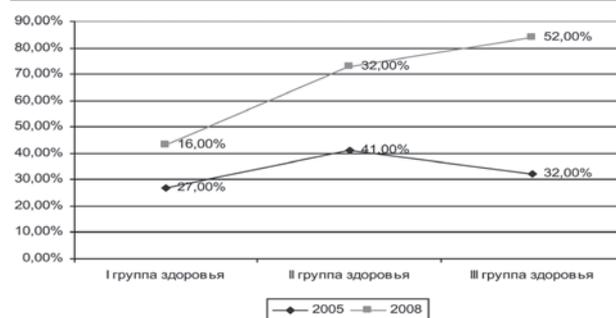


Рис. 3. Распределение подростков допризывного возраста по группам здоровья

По данным медицинских осмотров установлен достоверный ($p < 0,05$) рост распространенности соматической патологии в целом на 30,3 %, при этом показатели заболеваемости – на 38,0 %, функциональных нарушений – на 30,0 %. Кроме того, установлено достоверное превышение распространенности заболеваний по всем классам МКБ за период 2005–2008 гг. на 11,3 % ($p < 0,05$) (табл. 2).

Проведенный анализ данных выкопировки сведений из амбулаторных карт ($n = 673$) показал, что в структуре заболеваемости преобладают заболевания органов дыхания, болезни органов пищеварения, различные эндокринно-обменные нарушения. Основную долю функциональных отклонений составляют нарушение осанки, плоскостопие, нарушения органа зрения, заболевания системы кровообращения. Полученные результаты исследования демонстрируют устойчивое снижение показателя заболеваемости и функциональных расстройств на протяжении всего периода наблюдения: в 2005 г. – на 49,9 % ($p < 0,001$), в 2006 г. – на 45,7 % ($p < 0,05$); в 2007 г. – на 46,6 % ($p < 0,0001$); в 2008 г. – на 38,1 % ($p < 0,0001$).

Учитывая вышеуказанные результаты, выявлено, что количество подростков-допризывников с категорией «А» (годен) снизилось; увеличилось число подростков допризывного возраста, имеющих различные патологические состояния, не препятствующие в

Таблица 1

Структура заболеваемости у подростков допризывного возраста по собственным данным и показателям популяционного контроля 1000 лиц соответствующего возраста

Классы по МКБ-10	15 лет и старше		
	Популяционный контроль / 1000	Собственные данные / 1000	p
Болезни органов дыхания	772,2	823,8	< 0,0001
Болезни костно-мышечной системы	272,5	414,7	< 0,0001
Болезни глаза	242,0	274,5	0,0003
Болезни ЖКТ	149,4	370,6	< 0,0001
Болезни кожи и подкожной клетчатки	90,9	69,3	< 0,0001
Болезни нервной системы	73,6	169	< 0,0001
Болезни мочеполовой системы	71,1	95,1	0,0009
Психические расстройства	57,0	159,5	< 0,0001
Болезни системы кровообращения	55,8	69,7	< 0,0001
Болезни эндокринной системы	50,5	92,8	< 0,0001
Инфекционные заболевания	35,5	89,6	< 0,0001
Болезни уха	30,2	51,6	0,0177
Болезни крови	2,0	15,9	0,0052

дальнейшем службе в армии, – категория «Б». Увеличился показатель допризывников, освобожденных от военной службы по состоянию здоровья на 1,2 % и получивших отсрочку на лечение на 0,5 %, и в целом составил 29,9 %.

Одной из составляющих качества жизни подростков-допризывников является их психическое здоровье. Установлено, что среди обследованных преобладают личности с сильным уравновешенным (30,5–53,7 %), как подвижным (31,2–42,8 %), так и инертным (32,1–55,9 %) типами высшей нервной деятельности (ВНД), для которых характерна значительная сила нервных процессов. Число лиц с сильным неуравновешенным и слабым типами ВНД незначительно. При анализе типа личности подростков из диагностической группы по методике Юнга было обнаружено преобладание амбовертов (50,15–74,2 %), объединяющих в себе черты как экстравертов (сильный тип ВНД), так и интровертов (слабый тип ВНД), $p < 0,01$.

При анализе нервно-психической устойчивости (НПУ) по методике «Прогноз-2» у основной массы опрошенных отмечается 72,5 % уровня НПУ. В среднем около 50,0 % детей подросткового возраста характеризуются высоким уровнем личностной тревожности, а доля лиц с низким значением этого показателя составляет, как правило, менее 10 % (рис. 4).

Обращает на себя внимание четкая связь степени удовлетворенности подростков допризывного возраста своей жизнью с уровнем их нервно-психической устойчивости. Для лиц с высоким уровнем самооощущения характерны хороший и средний уровни НПУ (55,7–63,4 %), в то время как у лиц, низко оценивающих

качество своей жизни, преобладает низкий уровень НПУ (49,0–31,0 %). Прослеживается зависимость самооценки собственной жизни и тревожности, как личностной, так и реактивной. Установлено, что чем выше уровень самооценки качества жизни, тем ниже показатели тревожности.

Таким образом, в целом можно отметить высокую роль психического здоровья в формировании самооценки подростков-допризывников качества своей жизни.

Признавая, что в здоровье как важный показатель качества жизни значительный вклад вносят физические развитие, физическая работоспособность, проведено изучение этих аспектов здоровья. Установлено, что основные анатомо-физиологические показатели (рост, вес, окружность грудной клетки, сила кисти, жизненная емкость легких) в целом соответствуют возрастным нормам и не меняются на протяжении всего периода наблюдения.

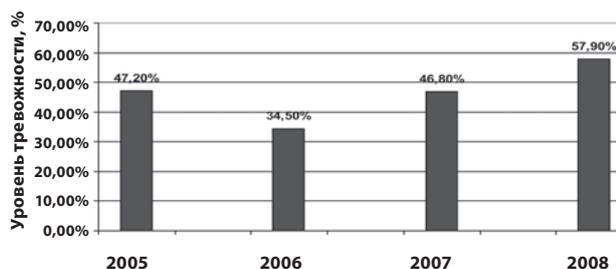


Рис. 4. Уровень личной тревожности подростков-допризывников (в % к числу опрошенных)

Таблица 2

Динамика распространенности хронической патологии подростков допризывного возраста Центрального района г. Хабаровска (на 1000 обследованных)

Показатель	Период исследования			
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Распространенность хронической патологии	25,3	28,4	30,7	36,6

Примечание: $p < 0,05$ по сравнению с предыдущим учебным годом.

По результатам социологического опроса подростков изучаемой группы определились основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): курение, низкая физическая активность (НФА), употребление алкоголя (УА), избыточная масса тела (ИМТ), употребление наркотических и психоактивных веществ (ПАВ). Установлена негативная динамика распространенности факторов риска во временном аспекте (с 2005 до 2008 гг.): НФА – с 59,1 до 55,7 %, ИМТ – с 7,2 до 19,6 %, курения – с 24,7 до 81,1 %, УА – с 42,4 до 63,5 % (табл. 3).

Причем у 18,7 % анкетированных выявлены 2, у 2,1 % – 3 и более факторов риска. Как курение, так и употребление алкогольных напитков оказывают отрицательное воздействие не только на самооценку состояния здоровья ($r = -0,31$) подростков диагностической группы, но и на степень их удовлетворенности качеством своей жизни ($r = -0,39$).

В формировании представления о качестве жизни большое значение имеет самооценка подростков в степени удовлетворенности жизнью. Как показали результаты психологического тестирования, уровень самооценки качества жизни (очень доволен, вполне доволен) у большинства подростков достаточно высок (до 59,7 %), различия статистически достоверны ($p < 0,05$) (рис. 5).

Однако обращает на себя внимание тот факт, что при сравнении этого показателя у обследованных с показателями детей из группы сравнения наблюдается стойкая тенденция его снижения за период наблюдения – до 37,7 % в 2005 г. и до 45,8 % в 2008 г., $p < 0,0001$.

Динамика наиболее распространенных неблагоприятных социально-гигиенических факторов у

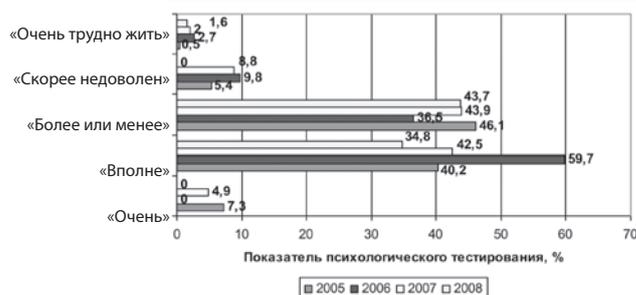


Рис. 5. Самооценка подростков в степени удовлетворенности жизнью по данным исследования

обследуемой когорты детей также носит негативный характер: неудовлетворительные условия для самостоятельной работы – рост с 7,6 до 29,2 %, прием горячей пищи только один раз в сутки – с 20,4 до 42,0 %, продолжительность ночного сна менее 7 часов – с 5,7 до 24,2 %, время, затраченное на поездку в школу/колледж, 1 час и более – с 14,8 до 21,7 %. Указанные неблагоприятные факторы участвуют в формировании факторов риска ХНИЗ у изучаемой популяции детей. Отмечена достоверная сильная корреляционная связь нарушения продолжительности сна с употреблением алкоголя, неудовлетворительных условий для самостоятельной работы с низкой физической активностью, средняя связь – нарушений сна и режима питания с курением, нарушения режима питания с низкой физической активностью.

Таким образом, в процесс формирования качества жизни подростков-допризывников – учащихся школ/колледжей наибольший вклад вносят следующие факторы: хроническая заболеваемость, психологические

Таблица 3

Распространенность основных факторов риска ХНИЗ среди подростков-допризывников Центрального района г. Хабаровска, в %

Год	Низкая физическая активность	Избыточная масса тела	Курение	Употребление алкоголя
2005	59,1	7,2	24,7	42,4
2006	52,8	12,7	46,3	49,1
2007	56,5	16,8*	68,2*	63,9*
2008	55,7	19,6	81,1	63,5

Примечание: * – $p < 0,001$ в сравнении с 2005 годом.

особенности личности, уровень материального обеспечения, условия проживания, нарушения гигиенических норм учебной деятельности и ряд отрицательных моментов в организации условий быта, что приводит к развитию процессов утомления и оказывает негативное воздействие на формирование основных показателей качества жизни студентов.

В целях совершенствования медицинского обеспечения подростков-допризывников считаем необходимым следующие направления деятельности врача-педиатра:

1. Обеспечить полное выполнение стандарта обследования допризывной молодежи.
2. Контроль за осуществлением качественной диспансеризации юношей и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий среди подростков, поставленных на воинский учет.

Выводы

1. Распространенность патологии (патологическая пораженность) у подростков-допризывников Центрального района г. Хабаровска имеет неблагоприятную тенденцию: рост показателя за период наблюдения составляет 30,3 %, в том числе хронической патологии – 38,0 %, а функциональных нарушений – 30,0 %, $p < 0,05$. Динамика уровня хронической заболеваемости демонстрирует обратную тенденцию – снижение показателя на 50,0 % за период исследования ($p < 0,05$). Ухудшение здоровья подростков диагностической группы закономерно ведет к снижению доли лиц с I группой здоровья (здоровые) – с 27,0 до 16,0 %, со II – с 41,0 до 32,0 %. В то же время очевидным является рост лиц, страдающих хронической патологией (III группа здоровья), – с 32,0 до 52,0 %.

2. Наличие хронических заболеваний, в отличие от функциональных нарушений, существенно сни-

жает самооценку подростками здоровья и качества жизни.

3. Учитывая полученные результаты исследования, выявлено, что количество подростков-допризывников с категорией «А» (годен) снизилось; увеличилось число подростков допризывного возраста, имеющих различные патологические состояния, не препятствующие в дальнейшем службе в армии, – категория «Б». Увеличился показатель допризывников, освобожденных от военной службы по состоянию здоровья на 1,2 % и получивших отсрочку на лечение на 0,5 %, и в целом составил 29,9 %.

4. Психологические особенности личности имеют существенное значение в формировании представления о качестве жизни. Снижение показателей самооценки качества жизни в значительной степени связано с фазными изменениями личностной и реактивной тревожности, ее повышенным уровнем. Психологический дискомфорт, проявляющийся в снижении нервно-психической устойчивости, в значительной степени определяет негативную оценку качества собственной жизни.

5. Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): курение, низкая физическая активность (НФА), употребление алкоголя (УА), избыточная масса тела (ИМТ), употребление наркотических и психоактивных веществ (ПАВ). Установлена негативная динамика распространенности факторов риска во временном аспекте (с 2005 до 2008 гг.): НФА – с 59,1 до 55,7 %, ИМТ – с 7,2 до 19,6 %, курения – с 24,7 до 81,1 %, УА – с 42,4 до 63,5 %.

6. Неблагоприятные бытовые и факторы приводят к развитию у подростков утомления и тем самым оказывают негативное влияние на формирование оценки качества жизни.

Список литературы

1. Антронов, Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей / Ю. Ф. Антронов, Ю. С. Шевченко. – М., 2000. – 305 с.
2. Баранова, А. В. Социально-психологические факторы оценки качества жизни / А. В. Баранова, В. А. Хащенко // Материалы III Всерос. съезда психологов. – СПб., 2003. – С. 93–97.
3. Брызгунов, И. П. Психосоматическая функциональная патология детского возраста: что сделано и что надо сделать? / И. П. Брызгунов // Педиатрия. – 2006. – № 4. – С. 115–117.
4. Ильин, А. А. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 48 с.
5. Ковальский, О. Н. Медицинское освидетельствование юношей призывного возраста для определения категории годности к военной службе при болезнях органов дыхания / О. Н. Ковальский, В. В. Булавин, Е. Л. Козлова, Л. Г. Савельева // Справочник врача общей практики. – 2007. – № 2. – С. 22–27.
6. Кучма, В. Р. Состояние здоровья и медицинское обеспечение подростков Российской Федерации / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева // Вестник РАМН. – 2003. – № 8. – С. 6–10.
7. Методы определения и показатели качества жизни детей подросткового возраста: метод. пособие для врачей / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, С. А. Валиуллина, И. В. Винярская. – М., 2005. – 30 с.
8. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: Олма, 2007. – С. 193–207.
9. Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. – М., 2000. – 168 с.
10. Работкин, О. С. Влияние факторов риска на здоровье допризывной молодежи / О. С. Работкин,

Л. Г. Савельева // *Воен.-мед. журн.* – 2008. – Т. 329, № 3. – С. 97–98.

11. Румянцев, А. Г. *Актуальные проблемы под-
ростковой медицины* / А. Г. Румянцев, Д. Д. Панков. – М.,
2002. – 375 с.

12. Савельева, Л. Г. *Влияние социально-гигиенических
факторов на качество жизни студентов колледжей Юго-
Западного административного округа г. Москвы* / Л. Г. Са-
вельева // *Науч. труды ГИУВ МО РФ.* – 2006. – Т. 5. – С. 23.

13. Савельева, Л. Г. *Военно-врачебная экспертиза
юношей призывного возраста при наиболее распро-
страненных болезнях органов дыхания* / Л. Г. Савелье-
ва // *ГлавВрач.* – 2006. – № 10. – С. 68.

14. Ядчук, В. Н. *Нарушения питания в практике
военно-врачебной экспертизы граждан, исполняющих
воинскую обязанность* / В. Н. Ядчук, Л. Г. Савельева,
Е. Л. Козлова // *Справочник врача общей практики.* –
2007. – № 2. – С. 40–42.

УДК 618.3-06:616.12-0071:612.014.462.5

Коагулопатия у беременных с врожденными пороками сердца

Ю.М. Бухонкина*, Г.В. Чижова, В.М. Лойфман, Т.В. Попова, Л.Ю. Канина

*ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК,
г. Хабаровск*

Y.M. Buhonkina, G.V. Chizhova, V.M. Loyfman, T.V. Popova, L.Y. Kanina
Coagulopathy in pregnant women with congenital heart disease

Резюме

У беременных с декомпенсированными врожденными пороками сердца в отличие от группы с компенсированными пороками сердца в III триместре гестации выявляются признаки хронического ДВС-синдрома: достоверное повышение значений фактора Виллебранда, фибриногена, агрегационных свойств тромбоцитов и тестов, характеризующих тромбофилическое состояние.

Ключевые слова: беременность, коагулопатия, врожденные пороки сердца.

Summary

In pregnant women with decompensated congenital heart disease in contrast to the group of pregnant women with compensated heart defects in the III trimester of gestation there were revealed signs of chronic disseminated intravascular coagulation: a significant increase in the values of von Willebrand factor, fibrinogen, platelet aggregation properties and tests that characterize the thrombophilic state. It is necessary to continue further study of the hemostasis in the described group and to seek corrective actions to the problem.

Key words: pregnancy, coagulopathy, decompensated congenital heart disease.

Болезни системы кровообращения относятся к одной из наиболее частых патологий, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода [1, 7]. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных часто способствуют дисбалансу звеньев в системе «мать-плацента-плод» и приводят к развитию плацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии и задержке развития плода [6].

Значительную группу риска осложнений со стороны матери и плода составляют женщины, страдающие врожденными пороками сердца (ВПС). У этой категории частота гестоза составляет 11 %, угрозы прерывания беременности – 18,5 %, преждевременных родов – 10,8 %, аномалий родовой деятельности –

13,8 %, кровотечений – 24,6 % [12, 14, 20, 21, 27, 28, 29]. Важнейшими причинами перинатальной смертности служат аномалии развития, задержка развития и внутриутробная гибель плода, геморрагический синдром новорожденных [19, 25].

Во время беременности в системе гемостаза наблюдаются определенные адаптационные перестройки. С одной стороны, в кровотоке женщины происходят изменения, необходимые для быстрой остановки кровотечения из плацентарной площадки после родов, то есть имеется тенденция к гиперкоагуляции. С другой стороны, в межворсинчатом пространстве возникают условия, обязательные для нормального функционирования фетоплацентарного комплекса [9, 3, 22, 23].

* marianna@ipkszh.khv.ru

Данные изменений тромбоцитарного звена в период нормальной гестации достаточно разноречивы. Большинство авторов указывают на уменьшение количества тромбоцитов (ТЦ) на протяжении беременности, что связано с увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК) и с потреблением клеток в маточно-плацентарном кровотоке [3, 4, 15]. Другие исследователи не выявляют достоверных изменений количества ТЦ [22]. Что касается функционального состояния ТЦ, то и в этом случае мнения расходятся. Часть исследователей считает, что их агрегационная активность практически не меняется [17]. Однако есть указания на умеренное повышение агрегационных свойств ТЦ, причем выявлена прямая зависимость между степенью агрегационной активности ТЦ и уровнем фибриногена [4, 15]. В некоторых работах получена только индуцированная агрегация ТЦ, гиперагрегация отмечена у 20 % здоровых беременных [18].

В плазменном звене гемостаза по мере прогрессирования гестации отмечается повышение фибриногена более чем на 70 % по сравнению с небеременными женщинами [8, 9, 10]. Повышение содержания фибриногена приводит к повышению вязкости плазмы, то есть и цельной крови [4].

Также в период беременности повышается активность факторов, составляющих внутренний путь свертывания крови. В основном это VIII, IX, X, XI, XII факторы, увеличение активности которых проявляется укорочением активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и повышением протромбинового индекса [17, 11, 26]. Максимальное увеличение активности (на 50–100 %) наблюдается в отношении VIII и X факторов [11].

В III триместре беременности параллельно с уровнем фибриногена наблюдается повышение уровня плазминогена на 50–60 %, что влияет на сохранение фибринолитического потенциала [23]. Фибринолитическая система играет важную роль в контролировании формирования фибрина в маточно-плацентарном кровотоке и предотвращении отложения фибрина в остальной сосудистой системе. Однако в условиях гиперфибриногенемии время лизиса сгустка крови удлиняется, что раньше ошибочно принималось за снижение фибринолиза [2]. На самом деле степень выраженности процессов фибриногенеза/фибринолиза отражает концентрация растворимых фибриномономерных комплексов (РФМК). Уровень РФМК растет с 8-й недели гестации параллельно повышению концентрации фибриногена, увеличиваясь в 5 раз к концу беременности [23, 24].

Цель исследования

Изучить показатели сосудистого, тромбоцитарного и коагуляционного звена гемостаза у беременных с ВПС в III триместре беременности.

Материалы и методы

В исследование были включены 79 женщин с компенсированными ВПС (КВПС) и 70 пациенток с

декомпенсированными ВПС (ДВПС) в III триместре беременности. Пациентки были госпитализированы в кардиологическое отделение ГУЗ «ККБ № 1 им. С.И. Сергеева» и ГУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска. Все женщины включались в исследование от момента первой госпитализации, в дальнейшем обследовались амбулаторно и при повторных госпитализациях до родов.

Группы КВПС и ДВПС были сравнимы по возрасту беременных ($24,3 \pm 4,1$ vs $25,6 \pm 3,9$), акушерскому анамнезу (7 % случаев – операция кесарева сечения, 1,5 % случаев – гипотоническое кровотечение в родах), варианту ВПС (ДМЖП – 25 %, ДМПП – 20 %, открытый Боталлов проток – 12 %, аортальные пороки – 25 %, стеноз легочной артерии – 11 %) и степени сердечной недостаточности (СН) (0 и I ст. – суммарно 82 %, IIa ст. – 18 %). Группу контроля составили 30 практически здоровых беременных.

Показатели коагулограммы изучались по рекомендуемым методикам [2, 16]. Статистическую обработку результатов исследования проводили с применением пакета программ «Biostatistics, Version 4,03» с использованием стандартных методов вариационной статистики и критерия Стьюдента для оценки различий при парных измерениях показателей. Различия считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Показатели гемостаза у беременных с врожденными пороками сердца в III триместре гестации представлены в таблице 1.

По нашим данным, достоверного изменения АЧТВ в группах ВПС обнаружено не было, при этом минимальные значения фиксировались у женщин с декомпенсированными ВПС. В этой же группе уровень фибриногена и скорость аутокоагуляционного теста (АКТ) были достоверно повышены ($p < 0,05$). Также мы выявили достоверно более активную агрегацию ТЦ и максимальную длительность тромбинового времени (ТВ) у беременных с ВПС, особенно в группе декомпенсации сердечной деятельности ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Значения РФМК у больных ВПС (особенно в группе декомпенсированных пороков сердца) с высокой степенью достоверности превышали контрольные показатели ($p < 0,001$). В этой же группе время XIIa-зависимого фибринолиза и уровень VIII фактора свертывания крови (фактор Виллебранда) были достоверно больше ($p < 0,05$).

Мы не встретили в доступной нам литературе данных о состоянии гемостаза у беременных с компенсированными и декомпенсированными ВПС. Однако известно, что в III триместре гестации у женщин с декомпенсированными приобретенными пороками сердца (ППС) наблюдается увеличение содержания фибриногена (в 1,5 раза) и уменьшение АЧТВ и АКТ. АКТ отражает свертывание крови, происходящее по внутреннему механизму, а конкретно – кинетику

Показатели гемостаза у беременных с врожденными пороками сердца в III триместре гестации

Показатели	Компенсированные ВПС (n = 79)	Декомпенсированные ВПС (n = 70)	Контроль (n = 30)
XIIa-зависимый фибринолиз (мин.)	8,45 ± 1,09**	9,53 ± 2,4**	5,2 ± 0,8
Агрегация ТЦ с адреналином (сек.)	58,0 ± 3,4*	68,33 ± 3,01**	59,4 ± 2,3
РФМК (мкг/мл)	10,09 ± 1,4*, ***	17,62 ± 1,8***	1,2 ± 0,6
Агрегация ТЦ с АДФ (сек.)	52,0 ± 3,1*, **	66,3 ± 2,6**	42,5 ± 2,8
VIII фактор (%)	86,0 ± 7,2*	167,3 ± 4,7**	76,0 ± 5,0
АКТ 10 мин. (сек.)	10,6 ± 2,3*	20,0 ± 1,9**	10,4 ± 0,9
АЧТВ (сек.)	31,8 ± 4,5	27,7 ± 3,4	32,2 ± 4,4
Фибриноген, г/л	3,04 ± 0,4	3,82 ± 0,3**	2,7 ± 0,11
ТВ (сек.)	15,89 ± 1,3*	25,7 ± 4,1**	15,9 ± 5,2

Примечание: * – $p < 0,05$ в сравнении с декомпенсированными ВПС;

** – $p < 0,05$ в сравнении с контролем;

*** – $p < 0,001$ в сравнении с контролем.

образования и инактивации тромба. Одновременно значительно снижается хронометрическое время, характеризующее кинетику свертывания крови. Таким образом, отмечается значительная прокоагуляция и активация тромбоцитарного звена, что указывает на высокую тромботическую опасность [23]. Раннее появление и рост у больных с ППС показателей хронической формы ДВС-синдрома является надежным критерием формирования тромбофилического состояния и прогрессирования СН.

Часть исследователей считает, что агрегационная активность ТЦ во время беременности практически не меняется [17]. Другие авторы указывают на умеренное повышение агрегационных свойств ТЦ, причем выявлена прямая зависимость между степенью агрегационной активности ТЦ и уровнем фибриногена [4, 15].

Так как активация внутреннего каскада свертывания крови (характеризуется посредством АКТ) инициируется ее контактом с субэндотелием [11], можно предположить наличие эндотелиальной дисфункции у беременных с декомпенсированными ВПС, что выражается в повышенных значениях фактора Виллебранда.

Содержание в плазме РФМК резко возрастает при ДВС-синдромах (в том числе хронических) и имеет важное значение для диагностики тромбинемии и внутрисосудистого свертывания крови [4, 23, 24].

ТВ характеризует конечный этап свертывания крови (скорость превращения фибриногена в фибрин)

и зависит от содержания фибриногена и ингибиторов, блокирующих действие тромбина.

В III триместре беременности наблюдается повышение уровня плазминогена на 50–60 %, что влияет на сохранение фибринолитического потенциала [23]. Фибринолитическая система контролирует формирование фибрина в маточно-плацентарном кровотоке и предотвращает отложение фибрина в остальной сосудистой системе. Одним из факторов внутренней активации плазминогена является XIIa фактор в сочетании с калликреином (характеризует так называемый XIIa-зависимый фибринолиз). Замедление лизиса сгустка крови наблюдается при дефиците (истощении) плазминогена [23]. Однако в период гестации время XIIa-зависимого фибринолиза удлиняется за счет гиперфибриногенемии [2], что и было обнаружено у группы декомпенсированных ВПС.

Выводы

1. У беременных с декомпенсированными ВПС, в отличие от женщин с компенсированными ВПС, в III триместре гестации обнаружены признаки хронического ДВС-синдрома: достоверное повышение значений фактора Виллебранда, фибриногена, агрегационных свойств тромбоцитов и тестов, характеризующих тромбофилическое состояние (АКТ, АЧТВ).

2. Необходимо дальнейшее изучение состояния гемостаза в описанной группе и поиски коррекции проблемы.

Список литературы

1. Абрамченко, В. В. *Беременность и роды высокого риска* / В. В. Абрамченко. – М.: МИА, 2004.
2. Баркаган, З. С. *Основы диагностики нарушений гемостаза* / З. С. Баркаган, А. П. Момот. – М.: Ньюдиамед-АО, 1999. – 218 с.
3. Вихляева, Е. М. *Акушерские кровотечения: тезисы пленума правления Всесоюз. науч. о-ва акушеров и гинекологов* / Е. М. Вихляева, А. Д. Макацария. – М., 1996.
4. *Гемореология в акушерстве* / Г. М. Савельева, Г. Д. Джигелегова, Р. И. Шалина и др. – М.: Медицина, 1986. – 224 с.
5. *Гемостаз. Физиологические механизмы, принципы диагностики основных форм геморрагических заболеваний: учеб. пособие* / под ред. Н. Н. Петрищева. – СПб, 1999.

6. Елисеев, О. М. *Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек* / О. М. Елисеев, М. М. Шехтман. – Ростов н/Д., 1997.
7. Елисеев, О. М. *Сердечно-сосудистые заболевания у беременных* / О. М. Елисеев. – М.: Медицина, 1994.
8. Кобалава, Ж. Д. *Артериальная гипертензия* / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская. – М.: Наука, 2001. – 208 с.
9. Кобалава, Ж. Д. *Артериальная гипертония и ассоциированные расстройства при беременности* / Ж. Д. Кобалава, К. Г. Серебрянникова // *Сердце*. – 2002. – № 5. – С. 244–250.
10. Макаров, О. В. *Артериальная гипертензия у беременных* / О. В. Макаров, Н. Н. Николаев, Е. В. Волкова // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 3. – С. 3–6.
11. Макацария, А. Д. *Вопросы циркуляторной адаптации системы гемостаза при физиологической беременности и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания* / А. Д. Макацария, А. Л. Мищенко // *Акушерство и гинекология*. – 1997. – № 1. – С. 38–41.
12. Манухин, И. Б. *Беременность и роды у больных митральным пороком сердца* / И. Б. Манухин, М. М. Шехтман, О. В. Невзоров. – М.: Триада, 2001. – 144 с.
13. Морозова, В. Т. *Лабораторная диагностика нарушений гемостаза: учеб. пособие* / В. Т. Морозова, Н. А. Авдеева. – М., 1999.
14. Невзоров, О. Б. *Реологические и волевические свойства крови у беременных с приобретенными пороками сердца: дис. на соиск. учен. степ. ... канд. мед. наук*. – М., 1982. – 145 с.
15. *Некоторые показатели тромбоцитарного гемостаза у здоровых беременных* / Т. Н. Каширина, А. Д. Макацария, А. Л. Мищенко, С. Г. Нестерова // *Вопросы охраны материнства и детства*. – 1982. – № 6. – С. 61–64.
16. *Пособие для врачей-лаборантов по методам исследования гемостаза*. – М.: «Изд. дом «Рус. врач», 2003. – 94 с.
17. Серов, В. Н. *Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве* / В. Н. Серов, А. Д. Макацария. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
18. Сидельникова, В. М. *Механизмы адаптации и дизадаптации гемостаза при беременности* / В. М. Сидельникова, Р. Г. Шмаков. – М.: Триада-Х, 2004. – 192 с.
19. Шапиро, Н. Э. *Беременность и роды у женщин с синдромом Эйзенменгера* / Н. Э. Шапиро, И. П. Основина, В. М. Лопоткин // *Материнство и детство*. – 2002. – № 10. – С. 26–27.
20. Шехтман, М. М. *Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных* / М. М. Шехтман. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
21. Arnon, R. G. *Medical management of the cyanotic patient with congenital heart disease* / R. G. Arnon, L. Steinfeld // *Cardiovasc. Rev. Rep.* – 1995. – Vol. 6, № 2. – P. 146–156.
22. Beller, F. K. *The coagulation and fibrinolytic enzyme system in pregnancy and in puerperium* / F. K. Beller, C. Ebert // *Europ. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol.* – 2002. – № 13. – P. 177–197.
23. *Fibrinolysis in pregnancy: a study of plasminogen activator inhibitors* / Egbert K. O. Kruithof, Chien Tran-Thang, Annelise Gudinchet et al. // *Blood*. – 1997. – Vol. 69(2). – P. 460–467.
24. Fletcher, A. P. *The influence of pregnancy upon blood coagulation and plasma fibrinolytic enzyme function* / A. P. Fletcher, N. K. Alkjaersing, R. Burstein // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 134. – P. 743–751.
25. *Guidelines for the Management of Patients with Valvular Heart Disease* / R. O. Bonow, B. Carabello, A. C. de Leon, L. Y. Edmunds // *J. Heart Valve Dis.* – 2004. – № 7(6): Nov. – P. 672–707.
26. Komatsu, Y. *Studies on coagulation-fibrinolysis during normal pregnancy, labor and puerperium using recently developed molecular markers* / Y. Komatsu // *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi*. – 1999. – Vol. 47(7). – P. 627–634.
27. Perloff, J. K. *Pregnancy and cardiovascular disease* / J. K. Perloff // *Heart disease* / ed. E. Braunwald. – Philadelphia, 1998.
28. *Pregnancy and congenital heart disease* / R. M. Pitkin, J. K. Perloff, B. J. Koos, M. H. Beall // *Ann. Intern. Med.* – 2003. – Vol. 118. – P. 445–454.
29. Sullivan, J. M. *Management of medical problems in pregnancy-severe cardiac disease* / J. M. Sullivan, K. B. Ramanathan // *New Engl. J. Med.* – 2005. – Vol. 313. – P. 304–309.

ОБМЕН ОПЫТОМ

удк 616.211+616.321-001.17-085

Опыт применения фибробронхоскопии в лечении и диагностике больных с термоингаляционным поражением верхних дыхательных путей

Л.А. Мухамедова*, Н.И. Брянцев, А.В. Войлоков, К.А. Метелкин, В.В. Жеравов, К.Л. Петухов, Е.А. Бачинин, С.А. Брехова, С.П. Виников, Е.К. Железная
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК,
г. Хабаровск

L.A. Mukhamedova, N.I. Bryantsev, A.V. Voylokov, K.A. Metelkin, V.V. Zheravov, K.L. Petukhov, E.A. Bachinin, S.A. Brekhova, S.P. Vinikov, E.K. Zheleznaya
Experience of FBS in diagnostics and treatment in patients with thermal injuries of the upper respiratory tract

Резюме

В этом материале представлен опыт применения фибробронхоскопии у больных с ожоговой травмой, осложненной термоингаляционным поражением верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: термоингаляционное поражение, верхние дыхательные пути, фибробронхоскопия, классификация эндобронхита.

Summary

The clinical experience of fiber-optic bronchoscopy in patients with burn trauma complicated by inhalation injury to the upper airway is presented in the article.

Key words: fire-related inhalation injury, upper respiratory tract, fiber-optic bronchoscopy, classification of endobronchitis.

В структуре ожогового травматизма термоингаляционное поражение (ТИП) верхних дыхательных путей (ВДП) – одна из тяжелых, сложных для диагностики и лечения острых патологий. Горячий воздух, пламя, дым и токсические продукты горения проникают глубоко, вплоть до альвеол, поражая все трахеобронхиальное дерево (ТБД) и паренхиму легких.

Дым вызывает локальную воспалительную реакцию: гиперемию, отек, контактную кровоточивость. Следствием вышеперечисленного является повреждение эпителия ТБД, выброс большого количества биологически активных веществ и нейтрофилов. Это приводит к нарушению сурфактантной системы, гнойному эндобронхиту, бронхообструктивному синдрому (БОС) и ателектазам легких. Итог патологической цепи – острая дыхательная недостаточность (ОДН). Схема патогенеза ТИП ВДП представлена на рисунке 1.

Цель исследования

Определение эффективности применения фибробронхоскопии в диагностике и лечении больных с термоингаляционным поражением верхних дыхательных путей.

Материалы и методы

В отделения анестезиологии и реанимации с сентября 2008 г. по сентябрь 2009 г. пролечено 49 пациентов с диагнозом «ожог пламенем». Фибробронхоскопия (ФБС) с лечебно-диагностической целью проводилась 21 больному. У 16 обнаружено ТИП ВДП.

Сочетание ожоговой травмы и ТИП ВДП отягощает течение ожоговой болезни. В большинстве случаев эти больные требовали проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

* hospital@mail.kht.ru



Рис. 1. Схема патогенеза ТИП ВДП

Нами пролечено 16 больных с ожоговой травмой осложненной термоингаляционным поражением верхних дыхательных путей.

При осмотре больного учитывается закопчение открытых участков головы и видимых слизистых полости рта и носа, наличие копти в мокроте. Степень выраженности закопчения предполагает тяжесть поражение ВДП. Учитывая анамнез, жалобы, клинические проявления, постановка диагноза ТИП не представляет больших трудностей. Но решающее значение в верификации диагноза принадлежит эндоскопическому осмотру (ФБС). Это наиболее простой и объективный метод диагностики глубины и протяженности поражения ВДП. ФБС позволяет выявить локальную воспалительную реакцию, определить степень эндобронхита, наличие копти и ее консистенцию. По нашим наблюдениям, ФБС необходимо выполнять всем пострадавшим, поступившим с диагнозом «ожог пламенем» с подозрением на ТИП ВДП, сразу же при поступлении.

С момента поступления в отделение больному проводился комплекс стандартных лечебных мероприятий. На 2–3 сутки в связи с нарастанием отека слизистых ВДП, усилением БОС выполняется интубация

трахеи. Больной по показаниям переводится на ИВЛ. На 3–4 сутки ТИП ВДП, с целью более полноценной санации ТБД во время ФБС, выполняется трахеостомия. Трахеостома позволяет наиболее полно и безопасно провести санацию дыхательных путей. При этом устраняется воздействие интубационной трубки на голосовую щель, оптимизируется ИВЛ.

Лечебно-санационная ФБС оказывает благоприятное действие. Для аспирации содержимого бронхов, санации ТБД фибробронхоскопия выполняется с асептическими и противовоспалительными растворами по типу «лаважа» с экспозицией раствора до 2–4-х минут. Эндобронхиально применяются препараты, уменьшающие отек слизистой ТБД, разжижающие густую мокроту, смешанную с копотью. Кратность проведения ФБС зависит от степени тяжести эндотрахеобронхита. Санационные ФБС выполняем 2–3 раза в сутки. При наличии вязкого, трудноотделяемого содержимого перед санацией осуществляется внутриbronхиальное введение муколитиков. Выбор антибактериального препарата для эндобронхиального введения проводились по результатам посева мокроты. Это позволяет ускорить очищение ТБД от копти, улучшить течение репаративных процессов слизистой ТБД.

Классификация эндобронхита при ТИП ВДП

Эндоскопическая картина Степень поражения	Слизистая ТБД	Копоть	Мокрота
1 степень – легкая (соответствует катаральной форме эндобронхита) (1–2 сутки)	отек, гиперемия гортани и глотки	черная, нефиксированная, хорошо отмывается при санационной ФБС	скудная, вязкая, прозрачная, отмывается при санационной ФБС
2 степень – среднетяжелая (гнойная форма эндобронхита) (2–3 сутки)	отек более выраженный, гиперемия гортани и глотки, голосовая щель меньше 0,3 см	серая, плотная, фиксированная, ослизненная, с трудом отмывается при санационной ФБС	вязкая, скудная, слизисто-гнойная, с трудом отмывается при санационной ФБС
3 степень – тяжелая (соответствует эрозивно-язвенной форме эндобронхита) (4–6 сутки)	отек слизистой гортани плотный, «стекловидный», слизистая ТБД бледная, хрящевой рисунок «скелетирован», контактная кровоточивость, участки изъязвления, некроза, эрозии	плотная, смешанная со скудной гнойной мокротой, фибрином	скудная, гнойная, зеномато-серая, густая, с пленками фибрина

Учитывая эндоскопическую картину, интубация трахеи и смена трахеостомической канюли у больных с ТИП ВДП сопряжена с опасностью надрыва слизистой, поэтому введение интубационной трубки и трахеостомической канюли выполняется при помощи фибробронхоскопа. В большинстве случаев на 5–7 сутки после начала эндоскопической терапии отмечается регресс отека слизистой и гиперемии, эпителизация изъязвлений, эрозий, при этом мокрота приобретает слизистый характер.

Результаты

Учитывая многолетний опыт использования ФБС ТИП ВДП в нашем отделении, мы дополнили имеющуюся эндоскопическую классификацию степени тяжести поражения ТБД (классификация ТИП ВДП Л.М. Клячкина, В.М. Пинчука, 1969, Л.И. Герасимовой, 1996, [3]) (табл. 1).

Вывод

В комплексе лечебных мероприятий больных с ожоговой травмой осложненной ТИП ВДП большое значение имеет проведение ранней ФБС с лечебно-диагностической целью. Применение эндоскопических методов позволяет локально воздействовать на пораженную слизистую ТБД. Санация ТБД с асептическими растворами по типу «лаважа», применение препаратов, уменьшающих отек слизистой, позволяет ускорить очищение ТБД от копоти, улучшить течение репаративных процессов. Таким образом, применение протокола эндоскопического лечения с оценкой изменений слизистой в динамике улучшает результаты лечения эндотрахеобронхита у пациентов с ТИП ВДП, позволяет уменьшить продолжительность проведения ИВЛ и снизить летальность у данной категории больных.

Список литературы

1. Григорьев, М. Г. Сочетанная черепно-мозговая травма / М. Г. Григорьев. – Б. м., 1977.
2. Елова, М. Я. Бронхоскопия в клинике внутренних болезней / М. Я. Елова. – М., 1980.
3. Лукомский, Г. И. Бронхопульмонология / Г. И. Лукомский. Б. м., 1987.
4. Материалы ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Росмедтехнологий. – М., 2006.
5. Материалы Центра экстренной медицинской помощи г. Москвы. – М., 2003.
6. Руководство по клинической эндоскопии / под ред. А.С. Балалыкина. – М., 1991.
7. Стручков, В. И. Бронхологические методы при заболеваниях легких / В. И. Стручков. – Б. м., 1982.
8. Термические поражения / под ред. Б. С. Вихирева, В. М. Бургомистрова. – Б. м., 1995.
9. Черняховская, Н. Е. Современные технологии в эндоскопии / Н. Е. Черняховская. – М., 2004.

УДК 616.155.194-085.5273]-06:616.61-008.64

Анализ влияния ЭПО-терапии на течение ХБП 4–5 стадии у больных на додиализном периоде, принимавших эпрекс

И.А. Рыбина*

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК,
г. Хабаровск

I.A. Rybina

Analysis of the impact of EPO therapy on the course of CKD stage 4–5 in patients on Eprex during prediffusion period

Резюме

В статье представлен опыт применения ЭПО-терапии (эпоэтина альфа) и анализ ее влияния на прогрессирование хронической почечной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек ХБП, эритропоэтин (ЭПО), гемоглобин (Hb), скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

Summary

The article presents the clinical experience of the EPO therapy (epoetin alpha) and its impact on the progression of chronic renal failure.

Key words: chronic kidney disease CKD, erythropoietin (EPO), hemoglobin (Hb), glomerular filtration rate (GFR).

Одним из основных проявлений хронических болезней почек (ХБП) является анемия. Связана она со многими факторами, но основной ведущий фактор – интерстициальный фиброз в почках, приводящий к снижению синтеза эритропоэтина (ЭПО). Анемия обнаруживается при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 30–50 мл/мин. По Российским национальным рекомендациям, анемией считается снижение Hb у мужчин менее 135 г/л, у женщин – ниже 115 г/л, и рекомендуется начинать лечение при уровне Hb менее 110 г/л. При хронической анемии развивается гипоксия органов и тканей, которая вызывает периферическую вазодилатацию, снижение ОПСС, а в ответ на артериальную гипотензию активизируется симпатическая нервная система, и как следствие, происходит сужение периферических сосудов, в том числе и сосудов почек, что приводит к уменьшению кровотока, снижению СКФ, прогрессированию склероза и ухудшению функции почек. Страдают не только почки, но другой жизненно важный орган – сердце: увеличивается частота сердечных сокращений, сердечного выброса, ГМЛЖ, развивается кардиоренально-анемический синдром, который является главной причиной внезапной смерти больных. Поэтому не леченая анемия

приводит к прогрессированию хронической почечной и хронической сердечной недостаточности.

В статье проанализировано влияние коррекции анемии эпоэтином альфа (эпрекс, Янссен-Силаг) у больных, страдавших ХБП 4–5 ст. на додиализном периоде, получавших непрерывно в течение 2-х лет (с 2006–2008 гг.) эпрекс в дозе 6000–12000 МЕ в неделю подкожно в стадии коррекции анемии и в поддерживающей стадии – в дозе 2000–6000 МЕ.

Под наблюдением находилось 14 больных: 6 мужчин и 8 женщин в возрасте от 34 до 70 лет: 7 пациентов с хроническим гломерулонефритом (ХГН), 1 – с волчаночным нефритом, 2 – с артериальной гипертензией (АГ), по 1 – с подагрой, коралловидным нефролитиазом, хроническим пиелонефритом и диабетической нефропатией. Все больные, кроме этого, получали комплексную гипотензивную терапию, коррекцию урикемии, P-Ca нарушений, препараты железа внутривенно, сорбенты и по показаниям другие лекарственные препараты. Уровень Hb до лечения составлял от 78 до 105 г/л. СКФ – от 8,6 до 23 мл/мин (СКФ определялась по формуле Кокрофта – Гаулта). Основными жалобами до лечения у больных были слабость, снижение физических нагрузок, плохой аппетит, похудание, головные боли.

* kkb@dvmc.khv.ru

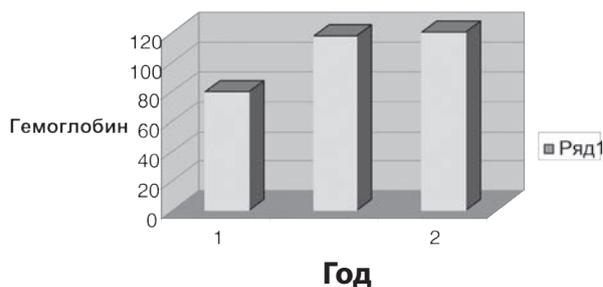


Рис. 1. Уровень гемоглобина на фоне ЭПО-терапии

Через 4–6 месяцев у всех больных уровень Hb был на уровне в среднем 120 г/л (рис. 1).

В динамике за два года у 5 больных отмечено повышение СКФ с 8,6 до 12,2 мл/мин, у 4 – с 14,5 до 17,8 мл/мин и с 22,7 до 23,2 мл/мин, у 2 – СКФ осталась на прежнем уровне, а у 3 больных с диабетической нефропатией, волчаночным нефритом, гломерулонефритом отмечено снижение СКФ в среднем на 7 мл/мин, нарастание гиперазотемии, но это не отразилось на самочувствии больных (рис. 2). У всех больных отмечено уменьшение стенки левого желудочка в среднем на 0,3–0,5 см и задней стенки левого желудочка на 0,2–0,3 см (рис. 3). Больные отмечали заметное улучшение качества жизни:

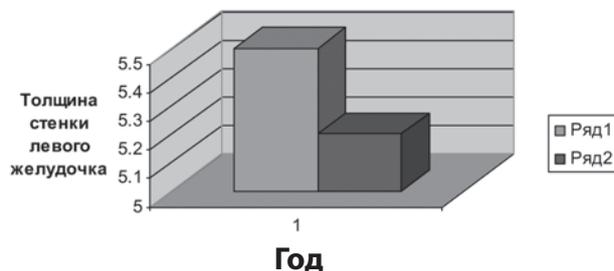


Рис. 3. Динамика толщины стенки левого желудочка на фоне ЭПО-терапии

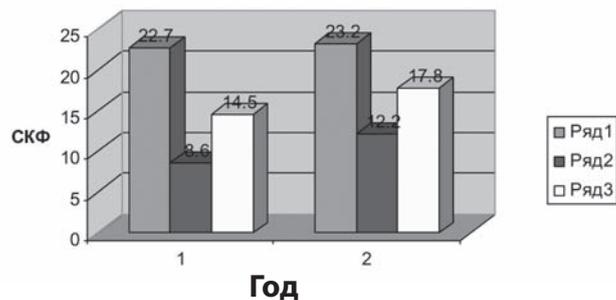


Рис. 2. Динамика СКФ на фоне ЭПО-терапии

появление аппетита и увеличение массы тела и физических нагрузок, уменьшение слабости. Лечение заместительной почечной терапией за прошедшие два года не потребовалось даже пациентам, СКФ у которых соответствовала ХБП 5 ст.

Проведен также анализ течения впервые выявленной ХБП 5 стадии у 3 больных (1 женщина и 2 мужчин в возрасте от 32 до 54 лет) на додиализном периоде, отказавшихся от лечения, в том числе и ЭПО-терапии. Женщина страдала ХГН, мужчины – АГ и подагрой. Уровень гемоглобина составлял от 100 до 76 г/л, СКФ – от 8 до 15 мл/мин.

Двум больным через 8–10 месяцев экстренно начато лечение заместительной почечной терапией, один больной, страдавший подагрой, умер через 2 месяца.

Выводы

1. Анемия – главное осложнение хронических болезней почек в преддиализном периоде.
2. Анемия является фактором риска прогрессирования почечной и сердечно-сосудистой недостаточности.
3. Лечение анемии в додиализном периоде улучшает качество жизни и отодвигает сроки начала лечения ЗПТ.

Список литературы

1. Ватазин, А. Ю. Практические рекомендации по лечению анемии / А. Ю. Ватазин, А. Ю. Николаев. – М., 2000.
2. Ермоленко, В. М. Уремия и эритропоэтин / В. М. Ермоленко, В. А. Иващенко. – М., 2000. – 104 с.
3. Николаев, А. Ю. Лечение почечной недостаточности / А. Ю. Николаев, Ю. С. Милованов. – М.: МИА, 1999. – 363 с.
4. Румянцев, А. Г. Эритропоэтин в диагностике, профилактике и лечении анемий / А. Г. Румянцев, Е. Ф. Морщакова, А. Д. Павлов. – М.: Медпрактика, 2003. – 448 с.
5. Сердечно-сосудистые эффекты эритропоэтина / Л. В. Козловская, Ю. С. Милованов, В. В. Фомин и др. // Врач. – 2004. – № 10. – С. 57–59.
6. Шостка, Г. Д. Анемия и пути ее коррекции / Г. Д. Шостка // Лечение хронической почечной недостаточности. – СПб., 1997. – С. 242–273.

УДК 616-002.5-053.2-085.2 (571.620-25)

Лекарственно-резистентный туберкулез у детей

С.А. Кикоть, Л.Г. Прусакова*

ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер» МЗ ХК,

г. Хабаровск

S.A. Kikot, L.G. Prusakova

Drug resistant tuberculosis in children

Резюме

В статье представлен случай лекарственно-резистентного туберкулеза у ребенка семилетнего возраста, лечение которого проводилось противотуберкулезными препаратами II ряда в течение 19 месяцев, что привело к благоприятному исходу заболевания.

Ключевые слова: лекарственно-резистентный туберкулез (МЛУ, полирезистентный), микобактерии туберкулеза (МБТ), противотуберкулезные препараты (I и II ряда), патогенетическая терапия.

Summary

This article presents a case of drug resistant tuberculosis of a 7-year-old child, whose treatment included the antituberculous medicines of II rank during 19 months; as a result, we had a positive effect.

Key words: drug resistant tuberculosis (multiresistant), tuberculosis Koch's bacillus, antituberculous medicines (I and II rank), pathogenetic therapy.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу органов дыхания с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) остается напряженной на протяжении ряда лет. Лечение больных туберкулезом с МЛУ представляет большие сложности. На сегодняшний день предложены различные варианты ведения этой группы больных. Проблема роста туберкулеза с МЛУ актуальна не только среди взрослого, но и среди детско-подросткового населения. Лечение таких больных осуществляется в соответствии с нормативными документами Минздрава РФ: Приказ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Предложенный режим химиотерапии (ХТ) – IV – стандартный для лечения взрослых пациентов и детей. Однако назначение этого режима ХТ детям сопряжено с рядом проблем. Заражение детей микобактериями туберкулеза (МБТ), устойчивыми к большинству основных и резервных препаратов, делает невозможным включение в комбинацию 6–7 препаратов, к которым сохранена чувствительность. Некоторые препараты резерва (офлоксацин, циклосерин, каприомицин) противопоказаны до 12 лет, а возможность назначения фторхинолонов ограничено сроком 3 месяца.

Кроме того, прием такого набора препаратов и длительность их приема от 1,5 до 2-х лет опасно появлением побочных реакций (аллергических,

гепатотоксических, эмоциональной лабильности с депрессивным настроением и др.).

Лечение обязательно должно быть комплексным и сочетать в себе подбор противотуберкулезных препаратов I и II ряда, а также включать в схему патогенетическую терапию для уменьшения токсического влияния их на организм ребенка и курсы физиопроцедур, что позволяет добиться положительного результата в лечении МЛУ туберкулеза.

В статье представлен случай лечения лекарственно-резистентного туберкулеза у ребенка 7-летнего возраста.

К.С., 08.11.1998 г. р., переведена 17.11.2005 г. в детское отделение ГУЗ ПТД г. Хабаровска из противотуберкулезного диспансера г. Николаевска-на-Амуре с диагнозом: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ), осложненный бронхолегочным поражением слева, фаза распада и обсеменения, МБТ (+).

Из анамнеза известно: БЦЖ 13.11.1998 г. – рубец 7 мм. Реакция Манту 2ТЕ: с 1999 по 2001 гг. – отрицательная, 2002 г. – папула 6 мм (вираж туберкулиновых проб), 2003 г. – папула 14 мм. 14.01.2005 г. – папула 15 мм, 15.11.2005 г. – папула 19 мм (гиперергическая). Был тубконтакт с соседом, умершим в 2003 г. с диагнозом: инфильтративный туберкулез обоих легких, фаза распада, МБТ (+). Ребенок наблюдался у фтизиатра по месту жительства с 2003 г. по сентябрь 2005 г.

* 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 1.

и получал периодически курсы химиопрофилактики изониазидом амбулаторно.

25.09.2005 г. появились жалобы на кашель, насморк, недомогание, повышение температуры тела от 37 до 38 °С. В течение пяти дней лечилась амбулаторно, а с 30.09. по 10.11.05 г. – в стационаре общего профиля. В связи с ухудшением состояния проведено рентгенологическое обследование, и с подозрением на спецпроцесс ребенок 10.11.05 г. переведен в детское отделение тубдиспансера, где при дополнительном обследовании в мокроте обнаружены МБТ. Это явилось показанием для дальнейшего обследования и лечения в краевом противотуберкулезном учреждении.

При поступлении жалобы на кашель, слабость.

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0 °С. Кожные покровы бледные, под глазами легкая синева. Тургор тканей и подкожно-жировой слой снижены. Периферические лимфоузлы в V группах II–III размеров плотно-эластичные, подвижные, безболезненные. Слизистая зева гиперемирована, разрыхлена. В легких с лева в верхних отделах дыхание ослаблено, прослушиваются крепитирующие и мелкопузырчатые влажные хрипы. Справа без особенностей. ЧД – 30 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Проведено обследование:

Анализ крови от 18.11.05 г.: эр. – 4,35; Нб – 149 г/л; цв. пок. – 1,0; L – 6,1; э. – 1; с/я – 63; л. – 31; м. – 4; СОЭ – 6 мм/ч.

Анализ мочи от 18.11.05 г.: без особенностей.

ЭКГ от 24.11.05 г.: умеренные изменения в миокарде.

ФВД от 24.11.05 г.: значительные нарушения бронхиальной проходимости при значительном снижении ЖЕЛ.

Иммунограмма от 25.11.03 г.: лейкоцитоз с лимфоцитозом. Синдром дисбаланса иммунорегуляторных клеток. Синдром активации ферментов нейтрофилов.

Мокрота от ноября 2005 г.: кум № 3 (++) , посев № 3 (+++) – обильное.

Рентгенологически от 8–18.11.05 г.: левое легкое уменьшено в объеме за счет гиповентиляции верхней доли с наличием в ней инфильтрации и полости распада $d \approx 2,0$ см с гладким внутренним контуром. В S 3, 4, 5, 6, 9, 10 – множественные очаги бронхогенного отсева на фоне выраженного перибронхиального компонента. Увеличены паратрахеальные лимфоузлы лева. В правом легком без особенностей (фото 1).

ФБС от 25.11.05 г.: диффузный катарально-гнойный эндобронхит лева I–III степени активности, стеноз сегментарных бронхов I–II степени.

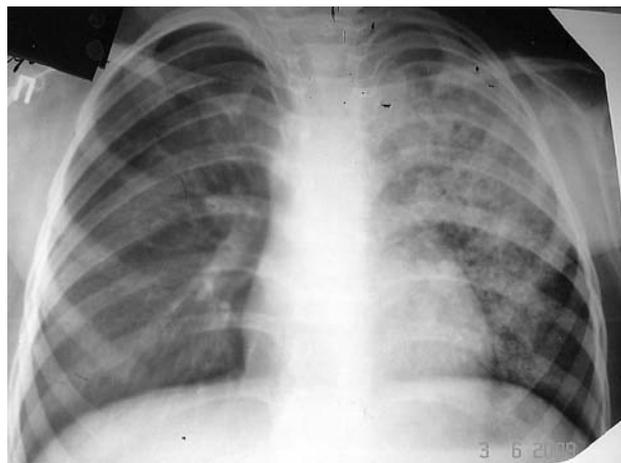


Фото 1

С учетом наличия туберкулезного анамнеза, характера туберкулиновых проб (гиперергическая), данных рентгенологического обследования и клинико-лабораторных показателей был установлен диагноз: туберкулез внутригрудных лимфоузлов, паратрахеальная группа лева, осложненный бронхолегочным поражением в S 1, 2 с распадом и обсеменением в S 3, 4, 5, 6, 9, 10, МБТ (+). ДН 2. А 15,0. 05.12.05 г. диагноз подтвержден на ЦВК.

С 18.11.05 г. начато лечение по I режиму терапии. Интенсивная фаза лечения (ИФЛ) – 90 доз: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z), стрептомицин (S) в возрастных дозах в комплексе с патогенетической терапией (витамины группы B, C, E, гепатопротекторы, кардиопротекторы). При контрольном R-обследовании от 13.02.06 г. получена положительная динамика за счет полного рассасывания очагов в S 4, 5, 6, 9, 10, уменьшения инфильтрации и размеров полости. В S 3 очаги сгруппировались в фокус с довольно четким контуром $d \approx 1,5$ см. Лимфоузлы уменьшились (фото 2).

С января 2006 г. прекращено бактериовыделение (кум – отр.), посевы мокроты не проводились по

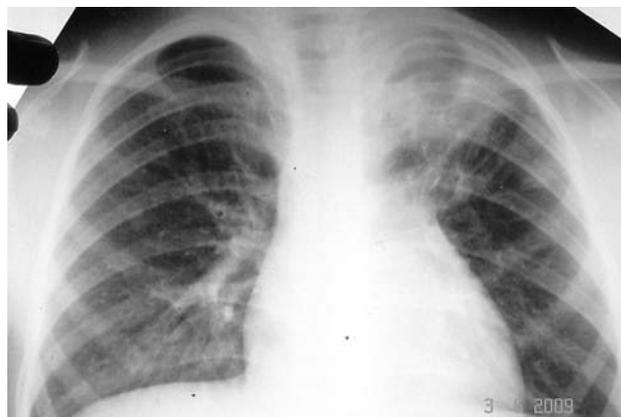


Фото 2

техническим причинам лаборатории. 16.02.06 г. через КЭК больная переведена на фазу продолжения лечения (ФПЛ) – H, R, Z. В мае 2006 г. на МСЭ оформлена инвалидность.

На фоне проводимой терапии в июне 2006 г., через 7 месяцев лечения, в мокроте скопически вновь обнаружены МБТ (++) . Рентгенологически от 14.06.06 г.: инфильтрация в S 1, 2 слева уплотнилась, сохраняется тонкостенная полость правильной формы $d \approx 1,5$ см. Фокус в S 3 уплотнился, границы четкие. Лимфоузлы уменьшаются.

В это же время получен результат анализа на лекарственную чувствительность МБТ, где определена устойчивость к H, S, E, каприомицину и чувствительность к R, канамицину (K), этионамиду, ПАСК, фторхинолонам.

В связи с полученными изменениями 05.07.06 г. больная представлена на КЭК, где лечение по I режиму терапии признано неэффективным, т. к. не произошло закрытие полости распада и вновь появилось бактериовыделение.

У данной больной имеет место лекарственно-полирезистентный туберкулез. Случай заболевания перерегистрирован, назначено лечение по IV режиму терапии с учетом полученной чувствительности к препаратам. ИФЛ: Z, K, протионамид, ПАСК, таваник, циклосерин в комплексе с патогенетической терапией (6 месяцев).

Через месяц от начала лечения произошло санирование мокроты скопически и методом посева. В январе 2007 г. рентгенологически отмечалось закрытие полости распада, уменьшение размеров и количества очагов и фиброза в S 1, 2 слева. В S 3 очаг прежних размеров, интенсивность его несколько уменьшилась. В связи с этим 12.01.07 г. больная переведена на ФПЛ: оставлены все препараты, кроме канамицина. С этого времени к основному курсу лечения подключены физиопроцедуры: лазеротерапия, фонофарез с 1 % гидрокортизоновой мазью, электрофорез с тиосульфатом натрия 30 %, йодистым калием 3 %, лидазой 32 ед.

Необходимо отметить, что на фоне лечения у ребенка периодически отмечалась побочная реак-

ция в виде эмоциональной лабильности с депрессивным настроением, в связи с чем осматривалась психоневрологом. Купировалось данное состояние применением комплекса витаминов, коротких курсов седативной терапии, дарсонваля на волосистую часть головы, а также изменением режима дня с продолжительным дневным сном и прогулками на свежем воздухе.

В результате проводимой терапии в январе 2008 г. рентгенологически в S 1, 2 слева определяются несколько мелких плотных очагов на фоне грубого пневмофиброза. В S 3 **плотный очаг средних размеров** без четких контуров. Лимфоузлы в корнях не определяются (фото 3).

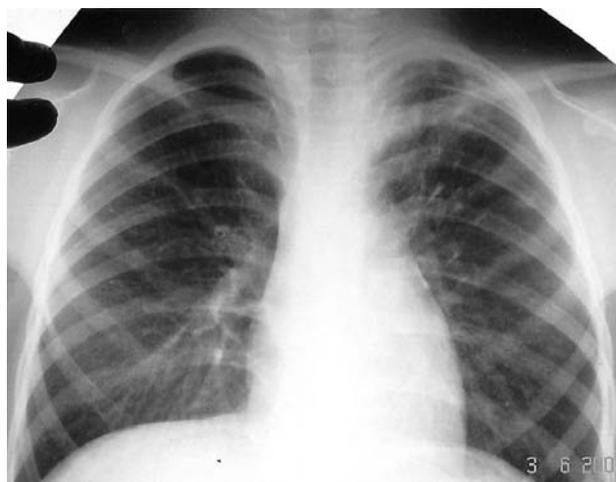


Фото 3

Таким образом, через 1 год 7 месяцев основной курс лечения по IV режиму терапии был закончен, ребенок выписан домой.

Вывод

В данном случае имело место осложненное течение туберкулеза внутригрудных лимфоузлов вследствие несвоевременного его выявления у ребенка, развившегося от больного с устойчиво-резистентным туберкулезом, что потребовало длительного лечения с применением препаратов резерва и привело к благоприятному исходу.

Список литературы

1. Аксенова, В. А. Лекарственно-резистентный туберкулез у детей и подростков / В. А. Аксенова, Е. Ф. Лугинова // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 1. – С. 19–25.

2. Панова, Л. В. Лечение и исходы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ у детей и подростков / Л. В. Панова, Е. С. Овсянкина // Проблемы

туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 5. – С. 20–23.

3. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью: партнеры во имя здоровья / под ред. А. Пасечникова, Майкла Л. Рич. – междунар. изд. – М., 2003. – 32 с.

4. Туберкулез. Выявление, лечение и мониторинг по К. Томену. – М.: ВОЗ, 2004.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 618.39-021.3

Случай вынашивания беременности двойней при антенатальной гибели второго плода в сроке 16 недель

В.А. Чигринец, Т.С. Брежева*, Н.Н. Чигринец

МУЗ «Центральная районная больница» Николаевского муниципального района, г. Николаевск-на-Амуре

V.A. Chigrinets, T.S. Brezheva, N.N. Chigrinets

A case of antenatal death of one fetus at term of 16 weeks in twin pregnancy

Резюме

Статья описывает случай вынашивания беременности двойней, 2-й плод погиб в сроке 16 недель. Беременность протекала на фоне анемии беременных и длительно текущего сочетанного гестоза. Родоразрешена в условиях акушерского отделения МУЗ «ЦРБ» Николаевского муниципального района живым доношенным ребенком без возможных акушерских и перинатальных осложнений.

Ключевые слова: мумификация плода, роды срочные.

Summary

The article describes a case of twin pregnancy, the second fetus died at term of 16 weeks. A pregnant woman was suffering from anaemia and long-term combined gestosis during pregnancy. She delivered a live full-term baby without any possibility of obstetric and perinatal complications at the obstetrical department of Municipal Health Care Institution «Central Regional Hospital», Nickolaevsk area.

Key words: mummification, birth in time.

Приводим краткую выписку из истории родов № 338. Беременная П., 37 лет, жительница села, социально неблагополучная. Состояла на учете по беременности с 11 недель. Беременность 4-я, предстоят 3 роды.

09.12.08 г. амбулаторно проведено УЗИ плода. Заключение: «Беременность 11 недель. Двойня. Хорион по передней стенке, не изменен». Назначено клиничко-биохимическое обследование согласно плану ведения беременных по 2-й группе риска.

С 27.01. по 05.02.09 г. проводилось стационарное лечение в гинекологическом отделении с диагнозом: «Беременность 17 недель. ОАА. Двойня. Угрожающий

поздний выкидыш. Rh-отрицательная кровь без титра антител. Гипохромная анемия I степени. Хроническая никотиновая интоксикация».

Назначена сохраняющая беременность терапия (спазмолитики, витамины), гемостимулирующая терапия, обследование согласно КСГ. При обследовании методом УЗИ выявлена антенатальная гибель второго плода в сроке 16 недель. С целью проведения дополнительного обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременная направлена в Перинатальный центр г. Хабаровска.

С 05.02. по 19.02.09 г. беременная находилась в Перинатальном центре г. Хабаровска с диагнозом:

* konst@nikol.ru



Фото 1. Мумифицированный плод в сроке 16 недель беременности, полученный в результате срочных нормальных родов здорового доношенного ребенка

«Беременность 21–22 недели. ОАА. Угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш. Анемия беременных I степени. Дихориальная диамниотическая двойня. Внутриутробная гибель второго плода. Rh-отрицательная кровь без титра антител. Хроническая никотиновая интоксикация». УЗИ плода от 16.02.09 г.: «Беременность 21 неделя. Дихориальная диамниотическая двойня. Плацента по передней стенке, толщиной 23 мм. Внутриутробная гибель второго плода на 16 неделе беременности (вод нет, ЧСС нет)». Рекомендовано: витаминотерапия, гемостимулирующая терапия, курантил 0,25 × 3 раза в день 4–6 недель, клинический анализ крови, гемостаз, УЗИ плода в динамике.

В дальнейшем: в женской консультации и по месту жительства наблюдалась нерегулярно. От планового лечения и обследования в условиях акушерского стационара уклонялась.

Поступила экстренно 23.06.09 г. в акушерское отделение МУЗ ЦРБ с диагнозом: «Беременность 38–39 недель. ОАА. Длительнотекущий сочетанный

ОГ-гестоз I степени на фоне ожирения 2 ст. Rh-отрицательная кровь без титра антител. Дихориальная диамниотическая двойня. Внутриутробная гибель второго плода. Хроническая никотиновая интоксикация. ХФПН».

Назначено клинико-лабораторное обследование согласно КСГ, лечение ХФПН, гестоза, антибиотикотерапия.

Обследование: кровь на RW, ВИЧ отрицательная; Rh-антител в крови нет; гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $3,66 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,7 \times 10^9/л$, СОЭ – 18 мм/ч, п/я – 16, с/я – 59, моноциты – 5, лимфоциты – 19, ВСК по Сухареву: начало – 5 мин. 45 сек., конец – 7 мин. 30 сек., ДК по Дуке – 1 мин. 45 сек.; мазки на флору без патологии, ОАМ без патологии.

Коагулограмма крови: ПТИ – 105 %, АЧТВ – 35,5 сек., РФМК 21,0 – мг/100 мл; фибриноген – 4,0 г/л. Глюкоза крови – 5,3 ммоль/л, общий белок – 62,0 г/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, общий билирубин – 9,0 мкмоль/л. Обследована на ЗППП, результаты отрицательные. Лечение согласовано с терапевтом. Планировалось направить беременную на родоразрешение в Перинатальный центр г. Хабаровска, но 26.06.09 г. в 09:05 началась активная родовая деятельность. В родах проводился КТГ-контроль, лечение гестоза и ХФПН, профилактика кровотечения, ДВС-синдрома. 1-й период родов длительностью 7 ч. 20 мин., 2-й – 5 мин., 3-й – 10 мин. Безводный период – 3 ч. 5 мин. Вес ребенка – 3596 г, рост – 55 см. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Кровопотеря – 200 мл. Плацента обычных размеров с петрификатами и жировыми перерождениями.

В одной из амниотических оболочек мумифицированный плод соответствует 16 неделям беременности (фото 1). Период адаптации новорожденного и послеродовой период протекали без осложнений. Женщина выписана с живым доношенным ребенком под наблюдение врача женской консультации. Даны рекомендации по диете, гигиене, контрацепции.

Гистологическое исследование плаценты № 3467–3476: «Лимфолейкоцитарный плацентит, ХПН 2 ст.». Данный случай заслуживает внимания в плане ведения беременности и родов.

Возможные осложнения: прерывание беременности, развитие хориоамнионита, эндометрита, ДВС-синдрома. Профилактические мероприятия были затруднены в связи с асоциальным образом жизни женщины. Несмотря на существующие проблемы, беременность и роды были завершены рождением живого доношенного ребенка в условиях МУЗ ЦРБ.

Ложный женский гермафродитизм у новорожденного, обусловленный материнской андрогенпродуцирующей опухолью

Д.Б. Дрозд*, С.А. Гончар, Н.К. Лыскова, Е.С. Моргунова, Н.В. Сикора
ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,
г. Хабаровск

D.B. Drozd, S.A. Gonchar, N.K. Lyskova, E.S. Morgunova, N.V. Sikora
Female pseudohermafroditism in newborn causing mother's androgen-producing tumor

Резюме

Приводится наблюдение интерсексуального строения наружных половых органов у новорожденного ребенка, вызванного редкой причиной (андрогенпродуцирующая опухоль у матери). Подчеркивается важность ранней этиологической диагностики интерсексуализма для полноценной реабилитации ребенка.

Ключевые слова: врожденные аномалии, интерсексуализм, ложный женский гермафродитизм, андрогенпродуцирующая опухоль.

Summary

One clinical case of intersexualism in newborn child caused by rare reason (mother's androgen-producing tumor) is presented. Importance of early diagnosis for further full-fledged rehabilitation is emphasized.

Key words: congenital anomalies, intersexualism, female pseudohermafroditism, androgen-producing tumor.

Интерсексуальное строение наружных половых органов (НПО) регистрируется с частотой 1:10 000 живорожденных и 1:350 мертворожденных детей. Чрезвычайная важность ранней этиологической диагностики интерсексуализма в целях адаптации ребенка в общебиологическом, социальном и психосексуальном плане делает его актуальной медицинской проблемой [1, 2]. В настоящее время большинство заболеваний, сопровождающихся патологией формирования пола, принято относить к генетически обусловленным. Значительно реже интерсексуальное строение НПО можно связать с внешними факторами: нарушением гормональной функции плаценты или гормонального баланса беременной женщины (прием гормональных препаратов, гормонально-активные опухоли).

Приводим собственное наблюдение.

В межрегиональную медико-генетическую консультацию ГУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края по направлению врача-неонатолога обратилась 19-летняя женщина Т. с жалобами на аномальное строение наружных половых органов у новорожденного. Пробанд – ребенок от первой беременности, срочных родов, с массой 3710 г и длиной тела 54 см при рождении, зарегистрирован в акушерском мужском поле.

Антропоскопически: фенотип ребенка с пороговым накоплением врожденных морфогенетических

вариантов. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Пеноскротальная гипоспадия, гипоплазия мошонки, крипторхизм (вирилизация IV–V ст. по Prader).

Для уточнения генетического пола ребенка неоднократно проведено исследование кариотипа лимфоцитов периферической крови по модифицированной методике Moorhead с применением «G» и «С» окрасок хромосом (модификации Seabright – Summer). Кариотип пробанда 46, XX (100 метафаз); цитогенетический пол – женский.

Ребенок обследован в отделении патологии новорожденных Перинатального центра с диагнозом ложного женского гермафродитизма. УЗИ внутренних половых органов: лоцирована матка в виде тяжа размерами 1,5 × 0,4 см, яичники удовлетворительно не визуализированы. Определялись уровни калия, натрия плазмы крови, 17-оксипрогестерона, дегидроэпиандростерона и андростендиона (возрастная норма). В дальнейший план было рекомендовано включить идентификацию гонадного пола пробанда и молекулярно-генетическое обследование.

Через 2 месяца мать пробанда была оперирована по поводу гормонально-активной опухоли правого надпочечника.

Таким образом, стало ясным, что морфогенез наружных половых органов внутриутробного плода

* drozdz@rambler.ru

протекал на фоне искаженного баланса материнских и, как следствие, собственных половых гормонов.

Пробанд зарегистрирован и адаптируется в женском паспортном поле, планируется хирургическая коррекция наружных гениталий (пластика вульвы, кольпопоз). Заключительный диагноз ребенка:

ложный женский гермафродитизм, внутриутробная андрогенизация плода женского пола, материнского внегонадного (надпочечникового) происхождения.

Единственным клинически значимым предиктивным симптомом материнской эндокринопатии в данном случае был низкий тембр голоса консультировавшейся женщины.

Список литературы

1. Беникова, Е. А. Генетика эндокринных заболеваний / Е. А. Беникова, Т. И. Бужиевская, Е. М. Сильванская. – Киев: Наук. думка, 1993. – 400 с.

2. Касаткина, Э. П. Дифференциальная диагностика и лечение гермафродитизма / Э. П. Касаткина. – М.: ЦИУВ, 1992. – 116 с.

УДК 616.71-02:616.972 + 616.72-02:616.972

Поражение костей и суставов при вторичном сифилисе

Д.И. Левинская*

НУЗ «Отделенческая поликлиника на станции Хабаровск-1» ОАО «РЖД», г. Хабаровск

D.I. Levinskaya

Bones and joints disorders at a secondary syphilis

Резюме

Во вторичном периоде сифилиса поражения опорно-двигательного аппарата могут быть самостоятельными или сочетаться с поражением других органов. Необходимо использовать метод экспресс-диагностики сифилиса как скрининговый для верификации различных нозологий.

Ключевые слова: сифилис, периоститы, остеопериоститы, ночные боли, экспресс-диагностика сифилиса.

Summary

In the secondary period of syphilis there may appear independent lesions of musculoskeletal system or ones combined with the lesions of other organs. It is necessary to use a method of express diagnostics of syphilis as the standard for diagnostics of various diseases.

Key words: a syphilis, periostitis, ostioperiostitis, night pains, syphilis express diagnostics.

Во вторичном периоде сифилиса в специфический процесс могут быть вовлечены практически все органы и системы организма больного.

О том, что при сифилисе происходит поражение костей, известно с 1544 года, когда Виго сообщил об экзостозах и ночных болях в костях при сифилисе.

Костная система может быть поражена во всех периодах сифилиса. Однако частота и характер поражения костей при различных формах сифилиса далеко не одинаковы. Сифилитическое поражение двигательного аппарата может встречаться как самостоятельное проявление сифилитической инфекции или сочетаться с поражением других органов и тканей.

В конце первичного периода у 20 % больных отмечаются ломота и боли в костях (преимущественно в длинных трубчатых), усиливающиеся ночью и не сопровождающиеся какими-либо объективными их изменениями. Поражения костей во вторичном периоде в виде периоститов или остеопериоститов (в основном больших берцовых костей) наблюдаются чаще.

При вторичном свежем сифилисе поражения костей не дают рентгенологических изменений, так как периоститы редко подвергаются обызвествлению. При вторичном рецидивном сифилисе на рентгенограммах можно обнаружить ясно выраженные костные поражения.

* opvss1@mail.com

Основным проявлением сифилитического поражения суставов являются артралгии в ночное время (главным образом плечевых и коленных суставов) вследствие развития сифилитического синовита или остеоартрита. Иногда заболеванию сопутствуют повышение температуры тела, недомогание, потеря аппетита и др. Лишь в очень редких случаях возникают гидроартрозы, сопровождаемые высокой температурой, выраженной болью, появлением серозного выпота в суставах (особенно в коленном, локтевом, плечевом). Очень характерно появление болезненности при попытке к движению и исчезновение болей в суставе во время движения.

Перечисленные изменения протекают доброкачественно и обычно быстро регрессируют, не вызывая деструктивных изменений; разрешаются бесследно, особенно под влиянием специфической терапии.

В качестве иллюстрации приводим случай наблюдения больной с поражением костей в виде периостита во вторичном периоде сифилиса.

Больная М., 29 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на боли в коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся в ночное время, повышение температуры тела до 38 °С, недомогание, снижение аппетита. Был установлен диагноз: реактивный артрит, полиартрит с поражением суставов стоп, коленных и голеностопных суставов. Нарушение функции суставов I степени. Дифференциальный диагноз с дебютом ревматоидного артрита.

На рентгенограмме коленных суставов в 2-х проекциях костных изменений не выявлено, высота

рентгеновского суставного пространства без видимых изменений. Суставные поверхности четкие, гладкие, конгруэнтные. При биохимическом анализе выявлены отрицательные показатели СРБ, ревматоидного фактора. Назначенная специфическая противовоспалительная терапия не оказала эффекта, и после консультации терапевта и получения результатов общего анализа крови и ЭДС (экспресс-диагностики сифилиса) больная была направлена на прием к дерматовенерологу.

При осмотре: больная нормального телосложения, умеренного питания, в зеве увеличение миндалин до II степени. На коже обеих стоп множественные лентиккулярные папулы бледно-коричневого цвета с шелушением. При проведении лабораторного исследования методом ИФА к *Treponema pallidum* (суммарные антитела) выявлен положительный результат с оптической плотностью, равной 2,518.

Данной пациентке был установлен диагноз: сифилис вторичный рецидивный, назначено лечение дюрантными препаратами пенициллина. Под влиянием специфической терапии клинические проявления разрешились, суставной синдром купирован, больная находится на клинико-серологическом контроле.

Представленное нами наблюдение демонстрирует возможность вовлечения в патологический сифилитический процесс всех органов и систем, в том числе и опорно-двигательного аппарата, что следует учитывать врачам разных специальностей и обязательно применять метод экспресс-диагностики сифилиса как стандарт для верификации различных нозологий.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 618.14-07-02:618.177

Роль гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии у женщин, страдающих бесплодием

М.А. Губченко*, О.А. Литвинова, Ю.Н. Колесников
ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,
г. Хабаровск

M.A. Gubchenko, O.A. Litvinova, Y.N. Kolesnikov
The role of hysteroscopy in the diagnosis of intrauterine pathology in women suffering from infertility

Резюме

В статье представлена роль гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии у женщин, страдающих бесплодием. Исследование проведено в ГУЗ «Перинатальный центр» 610 женщинам, 93 % из которых страдали бесплодием различного генеза в течение 2007–2009 гг. При исследовании выявленным основным маточным фактором бесплодия является хронический эндометрит. Результаты исследования позволяют включить гистероскопию в алгоритм обследования пациентов с бесплодием.

Ключевые слова: гистероскопия, бесплодие, внутриматочная патология, хронический эндометрит.

Summary

The article presents the role of hysteroscopy in the diagnosis of intrauterine pathology in women suffering from infertility. The study was conducted during 2007–2009 in Khabarovsk Perinatal Center among 610 women, 93 % of whom suffered from infertility of different genesis. It is identified that the main uterine factor of infertility is chronic endometritis. The results allow to include hysteroscopy in the algorithm of examination of patients with infertility.

Key words: hysteroscopy, infertility, intrauterine pathology, chronic endometritis.

Последние годы характеризуются широким внедрением в практическую медицину эндоскопических методов обследования и лечения [1].

В гинекологической практике гистероскопия – метод, позволяющий осмотреть полость матки, – способствует совершенствованию как диагностики, так и терапии многих заболеваний женской половой сферы [3, 6].

Современную гистероскопию среди всех инструментальных методов исследований считают наиболее информативной для диагностики и эффективной для лечения практически всех видов внутриматочной патологии. Визуальный осмотр полости матки позволяет обнаружить внутриматочную патологию, провести

топическую диагностику и при необходимости прицельную биопсию или хирургическое вмешательство в пределах полости матки [2, 3, 4, 5, 6].

Показаниями к выполнению гистероскопии являются:

- нарушения менструального цикла в различные периоды жизни женщины (ювенильный, репродуктивный, перименопаузальный);
- кровяные выделения в постменопаузе;
- подозрение на внутриматочную патологию (подслизистую миому матки, рак эндометрия, аденомиоз, anomalies развития матки, внутриматочные синехии, наличие в полости матки остатков плодного яйца, наличие инородного тела в полости матки, перфорацию стенки матки);

* perinatalcenter@rambler.ru

Выявленная внутриматочная патология при гистероскопии

Внутриматочная патология	Абс.	%
Гиперпластические процессы эндометрия	68	14
Полип эндометрия	39	8
Миома матки	28	5,7
Аденомиоз	33	6,7
Синехии полости матки	5	1
Хронический эндометрит	305	62,4
Пороки развития матки: неполная перегородка матки двурогая матка	10 7 3	2
Инородное тело матки (остатки костной ткани плода)	1	0,2
Всего	489	100

– уточнение места расположения ВМК или его фрагментов;

- бесплодие;
- привычное невынашивание беременности;
- контрольное исследование полости матки после ранее перенесенных операций на матке, пузырного заноса, хорионэпителиомы, после выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся беременности;
- оценка эффективности и контроль при проведении гормонотерапии;
- осложненное течение послеродового периода [3, 4, 5, 6].

Особый интерес метод гистероскопии представляет для диагностики и лечения внутриматочной патологии у пациенток, страдающих бесплодием. По нашим данным, за 2007–2009 гг. в ГУЗ «Перинатальный центр» проведено 610 гистероскопий, в том числе 568 (93 %) женщинам, страдающим бесплодием различного генеза. Из них 421 (70 %) гистероскопия проведена амбулаторно.

При проведении гистероскопии пациенткам с бесплодием маточный фактор выявлен у 489 (86 %) пациенток. Выявленная внутриматочная патология представлена в таблице 1.

Таким образом, анализ собственных данных свидетельствует о том, что основным маточным фактором бесплодия является хронический эндометрит, что подтверждается многочисленными данными литературы [3, 4, 5, 6].

Гистероскопически хронический эндометрит сочетался с гиперпластическими процессами эндометрия в 265 (87 %) случаев, с полипом эндометрия в 19 (6 %) и гипоплазией эндометрия в 21 (6,9 %) случаев.

При сочетании гистероскопии с трансвагинальным УЗИ и биопсией эндометрия можно диагностировать 90 % маточной патологии. Следует отметить, что стандартный метод раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала не всегда позволяет точно диагностировать

внутриматочную патологию и провести комплекс необходимых лечебных мероприятий.

Приводим наблюдение. Пациентка К., 28 лет, в феврале 2009 г. находилась на лечении в гинекологическом отделении ГУЗ «Перинатальный центр» по поводу остатков костных фрагментов после медицинского аборта. Из анамнеза: медицинский аборт (2004 г.) осложнился остатками плодного яйца, по поводу чего проведены выскабливания полости матки – в 2004, 2007 гг. В январе 2009 г. по УЗИ вновь заподозрены остатки костной ткани в полости матки, в отделении пациентке проведена гистероскопия, удалены остатки костной ткани. Выписана в удовлетворительном состоянии. После удаления костной ткани плода из полости матки у пациентки К. беременность наступила через 2 месяца, в настоящее время срок беременности – 32 недели.

Данный пример свидетельствует об эффективности гистероскопии не только как диагностического, но и лечебного метода бесплодия.

Таким образом, гистероскопия является:

- единственным методом, позволяющим визуально осмотреть полость матки;
- дает возможность сразу установить характер внутриматочной патологии;
- позволяет без промедления приступить к внутриматочным оперативным вмешательствам;
- дает возможность выполнять оперативные вмешательства под контролем зрения.

Данная операция:

- является малотравматичной;
- легко переносится больными;
- сокращает сроки пребывания больного в стационаре;
- уменьшает стоимость лечения больных.

Учитывая высокую информативность, клиническую и экономическую эффективность лечения, гистероскопия должна быть включена в алгоритм обследования пациенток с бесплодием в 100 % случаев.

Список литературы

1. Дрягунова Ю. С. Повышение информативности эндоскопических исследований у женщин, страдающих бесплодием / Ю. С. Дрягунова, М. Ю. Заруба // Проблемы репродукции: материалы второго международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2008. – С. 280.
2. Невынашивание беременности: метод. рекомендации для врачей акушеров-гинекологов / Ю. И. Ишпахтин, И. П. Коваль, Е. В. Новицкая и др. – Владивосток: ВГМУ, 2007. – 74 с.
3. Савельева, Г. М. Гистероскопия / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каннушева. – М.: ГЭОТАР, 2001.
4. Corfman, R. S. Complications laparoscopy and hysteroscopy / R. S. Corfman, M. P. Diamond, A. H. Decherney. – 2th ed. – w. p.: Blackwell Publishers, 1998.
5. Donnez, J. Atlas of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy / J. Donnez // Encyclopedia of Visual Medicine. – 3th ed. – w. p.: Informa Healthcare, 2007.
6. Practical Manual of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy / R. Azziz, A. A. Murphy, R. W. Powers, J. Taylor. – New York: Springer, 20

УДК 616.831.9-002-022.6-053.2

К вопросу о диагностике и лечении вирусных менингоэнцефалитов у детей

Т.Е. Макарова, И.В. Луцкекова, П.А. Пиотрович*, Г.В. Савосина, Н.Л. Шафир, Н.Ф. Головкова

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, МУЗ «Детская инфекционная клиническая больница им. А.К. Пиотровича» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска, г. Хабаровск

T.E. Makarova, I.V. Luschekova, P.A. Piotrovich, G.V. Savosina, N.L. Shafir, N.F. Golovkova
On the diagnosis and treatment of viral meningoencephalitis in children

Резюме

В статье представлен анализ истории болезни детей с вирусным менингоэнцефалитом, вызванным вирусами гриппа, герпеса, цитомегаловируса. Рассмотрены основные клинические проявления заболевания и методы диагностики. Даны рекомендации по ведению больных с диагнозом вирусного менингоэнцефалита. Представлены варианты исходов вирусных менингоэнцефалитов.

Ключевые слова: вирусный менингоэнцефалит, герпетический, гриппозный, цитомегаловирусный, дети, общемозговой синдром, ПЦР-диагностика, синдром двигательных нарушений, апаллический синдром.

Summary

The article presents an analysis of case histories of children with viral meningoencephalitis, caused by influenza viruses, herpes, cytomegalovirus. The main clinical implications of the disease and diagnostic methods, the recommendations on the management of patients with diagnosis of viral meningoencephalitis as well as variants of outcomes of viral meningoencephalitis are given in the article.

Key words: viral meningoencephalitis, herpes, influenza, cytomegalovirus, children, cerebral syndrome, PCR diagnostics, the syndrome of musculoskeletal disorders, apallic syndrome.

Вирусные менингоэнцефалиты (ВМЭ) занимают ведущее место в структуре летальных исходов в детской инфектологии [4]. Кроме того, после перенесенного заболевания часто остаются грубые остаточные явления в виде полной или частичной декорткации, тяжелых двигательных нарушений, нейросенсорной тугоухости, амавроза [2, 3].

Термин «энцефалит» введен в медицинскую практику в середине XIX века для обозначения вос-

паления в веществе мозга. Одним из отечественных основоположников учения об энцефалите был Э.С. Маргулис. Истинные энцефалиты характеризуются воспалительными изменениями нейронов и нервных волокон, вызванными непосредственным воздействием возбудителя. К группе энцефалитов принято относить поражение головного мозга, обусловленное инфекционным, аллергическим или токсическим повреждением стенок мозговых сосудов. Вирусные

* muzdib1@mail.kht.ru

энцефалиты – полиэтиологическое заболевание вещества головного мозга воспалительного характера с преобладанием признаков очагового поражения ЦНС при наличии или отсутствии менингеальных и общеинфекционных симптомов. В структуре инфекционных заболеваний нервной системы у детей вирусные энцефалиты составляют в среднем 8,4 % [3].

Мы проанализировали 22 истории болезни детей, госпитализированных в детскую инфекционную больницу с диагнозом вирусного менингоэнцефалита. Детей до 1 года было госпитализировано 8, от 4 до 7 лет – 9, от 7 до 10 лет – 3 и от 10 до 14 лет – 3 детей.

Как правило, дети поступали в среднем на 3-й день от начала заболевания. Поздние сроки госпитализации объяснялись несвоевременным обращением к врачу, в единичных случаях – отказом от госпитализации.

Одна треть детей имела неблагоприятный преморбидный фон в виде перинатальной энцефалопатии с наличием гипертензионного синдрома.

При анализе анамнеза заболевания выявлено, что у 13,67 % детей заболеванию предшествовала ОРВИ, у 4,5 % детей – боли в мышцах, боли в животе, 17,3 % детей накануне перенесли ветряную оспу.

Направительный диагноз совпал с клиническим диагнозом только у 54,64 % госпитализированных. Остальные дети поступали с диагнозами: ОРВИ; грипп; ОРВИ, судорожный синдром; кишечная инфекция; энтеровирусная инфекция; менингизм и т. д. Частота совпадений диагноза при поступлении была больше и составила 87,5 %. Заключительный клинический диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных.

По данным ПЦР-диагностики, самым частым возбудителем, вызвавшим поражение вещества и оболочек головного мозга, оказался вирус гриппа А(Н1N1, Н3N2 – **31,81 %**). У **18,18 %** причиной менингоэнцефалита являлся вирус простого герпеса I типа (ВПГ I). У 13,63 % ВПГ I сочетался с цитомегаловирусом. У 17,3 % детей установлен диагноз поствентриального энцефалита. Таким образом, только у 19,08 % детей диагноз вирусного менингоэнцефалита оказался этиологически не уточненным.

Вирусный менингоэнцефалит у 85,62 % детей протекал в тяжелой форме, у 14,38 % – в среднетяжелой.

По статистике, самым частым осложнением ВМЭ является отек головного мозга. По нашим данным, у 36,36 % ВМЭ осложнился отеком головного мозга, у 13,63 % – спастическим тетрапарезом и апаллическим синдромом, у 27,27 % – гидроцефалией, у 4,5 % – эписиндромом.

У большей части больных заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 38–39 °С. У одного больного заболевание протекало с нормальной температурой тела.

В клинике вирусного менингоэнцефалита ведущим был общемозговой синдром, который выявлен у 75,62 % детей в виде нарушения сознания, судорог, очаговой симптоматики. Нарушение сознания до сте-

пени сомноленции зарегистрировано у 36,36 % детей, сопор – у 9,03 %, кома I ст. – у 18,18 %, кома II ст. – у 13,63 % и кома III ст. – у 9,04 % пациентов. В среднем сознание отсутствовало в течение 5,8 дня. Судороги регистрировались более чем у половины больных (54,54 %), от миоклонических, клонико-тонических до генерализованных. У 2-х больных на фоне судорог произошла остановка дыхания. Сохранялись судороги 5,3 дня. Очаговая симптоматика выявлена нами у 13,63 % больных в виде анизокории (9,09 %), птоза (13,63 %), сходящегося косоглазия (4,5 %). Двигательные нарушения в виде спастического тетрапареза зарегистрированы у 13,63 % пациентов, гемипарез – у 4,5 %, у 13,63 % детей выявлена децеребрационная ригидность. У большей части детей обнаружена мышечная дистония (18,18 %), гипотония – у 27,27 %.

Тяжесть течения вирусного энцефалита в значительной степени определяется нарушениями внутричерепного гомеостаза, в частности развитием внутричерепной гипертензии и отека головного мозга, обусловленными не только деструктивными изменениями мозговой паренхимы, но и сосудистыми реакциями, гиперпродукцией ликвора, недостаточностью его резорбции. Выраженность воспалительной реакции при вирусных энцефалитах не столь велика, как при бактериальных менингитах, и объективным критерием, отражающим выраженность воспалительной реакции, является состав спинномозговой жидкости (СМЖ).

По нашим данным, у $\frac{2}{3}$ больных вирусными МЭ цитоз спинномозговой жидкости (СМЖ) был нормальным и у $\frac{1}{3}$ – двухзначным, лимфоцитарного характера. Содержание общего белка оказалось увеличенным у 69,23 % детей. Т. е. существующее до настоящего времени утверждение, что для вирусного энцефалита характерно увеличение белка в СМЖ, не всегда находит подтверждение.

Что касается исследования общего анализа крови, то оказалось, что в остром периоде заболевания у детей выявлен умеренный лейкоцитоз до $11,66 \times 10^9$ /л. В периоде реконвалесценции количество лейкоцитов уменьшалось до $6,8 \times 10^9$ /л. Кроме того, наблюдалось умеренное увеличение СОЭ до 15,22 мм/час, со снижением в последующем до 10,16 мм/час. Формула периферической крови изменялась следующим образом: палочкоядерный сдвиг наблюдался у 80,23 % больных и составил в среднем 9,22 %. В периоде реконвалесценции количество палочкоядерных нейтрофилов уменьшалось до 9,2 %. Сегментоядерных нейтрофилов в острый период заболевания было в среднем 48,2 %, в период реконвалесценции – 40,46 %.

Для этиологической расшифровки вирусного энцефалита использовались 2 метода – ПЦР-диагностика и серологическое исследование крови и СМЖ. При исследовании смывов из носоглотки на вирусы методом ПЦР у 18,18 % выявлен вирус гриппа А(Н1N1), у 13,63 % – вирус парагриппа, у 9,09 % – аденовирус и грипп В, у 9,09 % – энтеровирус. При серологическом исследовании методом

ИФА получены следующие данные: ВПГ выявлен у 4-х больных (18,18 %), вирус гриппа А – также у 4-х больных (18,18%), у 3-х детей выявлены антитела JgM сразу к двум вирусам – ВПГ и цитомегаловирусу. Для оценки структурных нарушений мозга в последние годы широко используются методы нейровизуализации [5]. На компьютерной томограмме (КТ) выявляются зоны пониженной плотности, расположенные чаще в передних отделах полушарий головного мозга. Магнитно-резонансная томография (МРТ) определяет сигналы пониженной интенсивности в T_1 -взвешенном изображении и сигналы повышенной интенсивности в T_2 -взвешенном изображении той же локализации, что и КТ, т. е. с преобладанием в передних отделах мозга. Считается, что МРТ при вирусных энцефалитах обладает большими возможностями, чем КТ. Она выявляет очаги в более ранние сроки, и с помощью МРТ чаще можно обнаружить поражение белого вещества головного мозга. Следует отметить, что изменения на КТ и МРТ выявляются не с первых дней от начала заболевания, а спустя 7–14 дней.

По нашим данным, у 10 больных были использованы методы нейровизуализации. МРТ-диагностика была проведена у 6 больных и КТ головного мозга – у 4-х больных. По данным МРТ-исследования, у 4-х больных выявлены признаки энцефалита, расположенные в обоих полушариях. У 2-х больных, по данным МРТ-исследования, обнаружена мультикистозная лейкомаляция. У 5 больных выявлена гидроцефалия, разной степени выраженности, при этом у 2-х больных – со смещением срединных структур. Следует отметить, что более грубые изменения были зарегистрированы у детей, больных герпетическим менингоэнцефалитом с последующим формированием грубых рубцовых изменений (КТ и МРТ проводили в динамике через 30–40 дней).

Исходы вирусных энцефалитов зависят от адекватной терапии. В последние годы в качестве стартового этиотропного средства стал чаще использоваться ацикловир, который подавляет репликацию вируса герпеса.

Ацикловир назначается при подозрении на вирусный энцефалит, с первых часов поступления больного в стационар, т. к. он эффективен до формирования некрозов мозга. Одновременно проводится экспресс-диагностика ВМЭ. Если диагноз подтверждается в пользу герпетического МЭ, лечение продолжается в течение 10–14 дней в зависимости от тяжести и характера заболевания в виду возможности рецидивов в случае отмены препарата. Если диагноз герпетического

энцефалита не подтверждается, лечение отменяют.

По нашим данным, 11 больных ВМЭ получали ацикловир из расчета 30 мг/кг в/в капельно. Средняя продолжительность курса ацикловира составила 5,6 дня. Четверо детей с подтвержденным герпетическим энцефалитом получали его в течение 10 дней.

Параллельно с этиотропной терапией применяется комплексное лечение, направленное на уменьшение отека мозга, купирование судорожного синдрома, нормализацию сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, предупреждение бактериальных осложнений.

Все дети получали инфузионную терапию, включая ВИГ-внутривенный иммуноглобулин (68,18 %). 63,36 % детей получали альбумин, 36,36 % – свежемороженную плазму, 18,18 % – реамберин. Дегидратационные средства включали лазикс из расчета 1 мг/кг в/в струйно, дексаметазон 1–2 мг/кг (77,27 % детей) в течение 3–5 дней. Для профилактики бактериальных осложнений с момента поступления больным был назначен цефотаксим в дозе 100 мг/кг. В качестве нейропротективной терапии мы применяли следующие препараты: у 63,36 % – кортексин, у 45,45 % – актовегин, у 80,81 % – пантогам. В качестве вазоактивного препарата использовали кавинтон из расчета 0,5 мг/кг. Симптоматическая терапия включала противосудорожные средства (седуксен, оксибутират натрия, депакин, клоназепам).

Большая часть детей по тяжести состояния была госпитализирована в ОПИТ (81,81 %). Одна треть из них нуждалась в ИВЛ. Средний койко-день составил 20,76. Исход заболевания у 21 ребенка был благоприятным. Один ребенок умер на 5-й день болезни от отека головного мозга, развившегося синдрома вклинения.

Выводы

Таким образом, по нашим данным, этиологическая расшифровка ВМЭ оказалась достаточно высокой (более 80 %). Чаще всего этиологическим агентом, вызывающим заболевание, является вирус гриппа А и вирус простого герпеса I типа.

Вирусный энцефалит у 85,62 % детей протекает тяжело и у 36,36 % детей – с развитием отека-набухания вещества головного мозга.

У 20 % детей развиваются грубые остаточные явления в виде двигательных нарушений, гидроцефального синдрома, эписиндрома.

В качестве этиотропной терапии стартовым препаратом ВМЭ является ацикловир.

Список литературы

1. Деконенко, Е. П. Лечение вирусных энцефалитов / Е. П. Деконенко // *Невролог. журн.* – 1999. – № 6. – С. 4–7.
2. Лобзин, Ю. В. Менингиты и энцефалиты / Ю. В. Лобзин, В. В. Полипенко, Ю. Н. Громыко. – СПб.: Фолиант, 2001. – 128 с.
3. Петрухина, А. С. Герпетический энцефалит у детей: пособие для врачей / А. С. Петрухина, В. Ф. Учайкин, Ж. Ж. Идрисова. – М., 2001. – 32 с.
4. Сорокина, М. М. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей / М. М. Сорокина, Н. В. Скрипченко. – М.: Медицина, 2004. – 416 с.
5. Хелин, А. В. Магнитнорезонансная томография при заболеваниях ЦНС / А. В. Хелин. – СПб.: Гиппократ, 1999. – 192 с.

ИНФОРМАЦИЯ

УДК 614.2:681.3(571.620) "2010/2017"

Концепция информатизации отрасли здравоохранения Хабаровского края на 2010–2017 годы

Утверждена распоряжением Губернатора Хабаровского края от 12.02.2010 № 49-р

1. Общие положения

Современные информационные технологии являются сегодня важнейшим инструментом управления здравоохранением. Комплексная автоматизация медицинских учреждений и органов управления здравоохранением позволяет достичь прозрачности производственных процессов, обеспечить экономию ресурсов, предоставляет возможность полноценного системного анализа, существенно сокращает предпосылки для злоупотреблений в отрасли здравоохранения.

Концепция информатизации отрасли здравоохранения Хабаровского края на 2010–2017 годы (далее – Концепция) разработана на основе анализа текущей ситуации в области информатизации отрасли здравоохранения края, возможности автоматизации процессов сбора, обработки и представления информации, необходимой органам управления здравоохранением и лечебно-профилактическим, образовательным и другим учреждениям здравоохранения Хабаровского края (далее – УЗ) для обеспечения эффективного управления отраслью.

Концепция разработана на основе следующих нормативных актов:

– Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;

– Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

– Указ Президента Российской Федерации от 17 марта 2008 г. № 351 «О мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации при использовании информационно-телекоммуникационных сетей международного информационного обмена»;

– распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2009 г. № 1993-р;

– Концепция региональной информатизации до 2010 года, одобренная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 июля 2006 г. № 1024-р;

– федеральная целевая программа «Электронная Россия (2002–2010 годы)», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 28 января 2002 г. № 65;

– доклад Минздравсоцразвития России о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития России на 2007 год и на период до 2010 года;

– материалы Минздравсоцразвития России «О подготовке и реализации пилотных проектов в субъектах Российской Федерации».

2. Цель и задачи Концепции

Целью Концепции является определение приоритетных направлений и базовых принципов информатизации отрасли здравоохранения Хабаровского края (далее – край), обеспечивающих достижение значимого социального и экономического эффектов от внедрения информационных технологий в деятельность отрасли.

Задачами Концепции являются:

– определение текущего состояния процесса информатизации отрасли здравоохранения края;

– выявление основных проблем, препятствующих эффективному внедрению информационных технологий;

– выработка единого подхода к информатизации отрасли здравоохранения края, предоставлению услуг в сфере здравоохранения, основанных на ис-

пользовании современных технических решений;

- разработка социально значимых и измеримых показателей эффективности информатизации отрасли здравоохранения;

- формирование системы действий по привлечению внешних инвестиций (из федерального бюджета, внебюджетных источников) на развитие информационных технологий в отрасли здравоохранения.

3. Анализ текущей ситуации

К настоящему времени в отрасли здравоохранения края сложилась информационная инфраструктура, базирующаяся на современных технологиях и включающая в себя локальные вычислительные сети крупных лечебно-профилактических учреждений края (далее – ЛПУ), развитое программное обеспечение и достаточно хорошую оснащенность вычислительной техникой. Многие ЛПУ имеют и активно используют доступ к сети Интернет.

Последовательно реализуются мероприятия, направленные на создание единого информационного пространства, формируется единая краевая многоуровневая система сбора, обработки и хранения медико-статистической и экономической информации.

Общее количество персональных компьютеров в учреждениях здравоохранения края превышает 4 тыс. единиц. В связи с внедрением информационных систем в государственных учреждениях здравоохранения края расходы на информатизацию объектов здравоохранения составили в 2008–2009 годах более 160 млн рублей.

В регионе активно развивается телекоммуникационная инфраструктура единой дежурно-диспетчерской службы Хабаровского края и единая мультисервисная телекоммуникационная сеть г. Хабаровска, предусматривающие, в том числе, подключение к единому информационному пространству всех учреждений здравоохранения края.

Вводимые в строй новые или капитально отремонтированные учреждения здравоохранения края обеспечены компьютерной техникой, локальными сетями, многие подключены к высокоскоростным каналам связи.

В настоящее время реализуются проекты по комплексной информатизации ряда специализированных государственных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края (консультативно-диагностический центр «Вивея», перинатальный центр в г. Хабаровске, территориальный консультативно-диагностический центр в г. Комсомольске-на-Амуре).

Ведется проектирование медицинских информационно-коммуникационных систем в государственных учреждениях здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края: краевая клиническая больница № 2, детская краевая клиническая больница, краевой клинический центр онкологии в г. Хабаров-

ске, строящегося корпуса онкологического диспансера в г. Комсомольске-на-Амуре.

Таким образом, сегодняшнее состояние информатизации отрасли здравоохранения позволяет перейти от автоматизации отдельных процессов учета медицинских услуг к созданию интегрированных систем, обеспечивающих возможность накопления, долгосрочного высоконадежного хранения и непрерывной автоматизированной обработки информации.

Вместе с тем накопленный за последние годы опыт показал, что отсутствие единого централизованного управления субъектами информационной системы приводит к разобщенности и дублированию работ по информатизации, ограничению функциональности подсистем, нерациональному расходованию средств.

В частности, следует отметить следующие проблемы:

- существующие информационные системы частично перекрывают друг друга по реализуемым функциям, слабо связаны структурно, поддерживают разные форматы данных и не могут быть интегрированы в одну систему без существенных переработок;

- отсутствует единая инфраструктура сбора, хранения, обработки, передачи и использования информации в отрасли здравоохранения края;

- существующие информационные системы не рассчитаны на работу в едином информационном пространстве, а используемые технологии передачи данных не способны обеспечить актуализацию данных в необходимом масштабе времени;

- отсутствует возможность соотнесения, сопоставления и анализа данных из различных информационных подсистем для получения полной, достоверной и актуальной информации о состоянии отрасли здравоохранения края;

- существует дублирование информации вследствие недоступности данных из различных информационных систем друг для друга;

- ряд подсистем устарели как с точки зрения программного обеспечения, так и аппаратных средств;

- отсутствует единая нормативная правовая, организационная и методическая база функционирования и использования информационных систем;

- ограничиваются возможности предоставления населению электронных услуг в сфере здравоохранения.

Указанные проблемы в совокупности с ограниченностью финансовых средств УЗ, направляемых на приобретение программного обеспечения и вычислительной техники, требуют формирования единой политики в сфере информатизации отрасли здравоохранения с выделением приоритетных направлений деятельности органов исполнительной власти края и органов местного самоуправления.

4. Основные направления информатизации отрасли здравоохранения

Приоритетными направлениями информатизации отрасли здравоохранения края в 2010–2017 годах являются:

4.1. Комплексная информатизация учреждений здравоохранения края и формирование интеграционной среды для медицинских информационных систем.

Реализация данного направления в период 2010–2017 гг. подразумевает внедрение в работу ряда государственных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края (краевые клинические больницы № 1, 2, детская краевая клиническая больница, краевой противотуберкулезный, краевой психиатрический, краевой кожно-венерологический диспансеры, поликлиника восстановительного лечения в г. Хабаровске, онкологический диспансер в г. Комсомольске-на-Амуре) полнофункциональных медицинских информационных систем, накапливающих и обрабатывающих медицинскую информацию, а также экспортирующих все данные в централизованное хранилище медицинских электронных записей, организованное на базе государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее – ГУЗ МИАЦ). Приоритетность выбора именно этих учреждений в означенный Концепцией временной период обусловлена тем, что на базе данных ЛПУ в соответствии с иерархической моделью оказания медицинской помощи в крае осуществляется основной объем наиболее ресурсоемких с технологической и финансовой точек зрения видов высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Промышленная эксплуатация медицинских информационных систем на уровне вышеназванных учреждений здравоохранения края позволит не только значительно увеличить эффективность управления ЛПУ, но и существенно повысить качество и доступность оказываемой жителям края специализированной медицинской помощи за счет оптимизации планирования лечебного и диагностического процесса, сокращения временных затрат на документооборот и внедрения программного контроля качества медицинских услуг в мониторинговом режиме, сокращения сроков обследования и лечения.

Реализация этого направления Концепции позволит не только получить все преимущества комплексной информатизации отдельных УЗ, но и за счет организации на базе ГУЗ МИАЦ интеграционной среды для учрежденческих медицинских информационных систем (далее – МИС) предоставить министерству здравоохранения края необходимую для высокоэффективного управления сетью краевых специализированных центров возможность оперативного анализа консолидированной информации

о наиболее дорогостоящих видах медицинской помощи на территории края. Кроме того, накопление и обработка массива вышеназванных электронных медицинских записей позволит формировать на базе централизованного хранилища ГУЗ МИАЦ информационную систему «Единая медицинская электронная карта жителя Хабаровского края», отражающую детализированную историю всех его обращений за специализированной медицинской помощью. «Единая электронная медицинская карта жителя Хабаровского края» будет доступна по удаленному запросу медицинских работников из любого медицинского учреждения края (при условии подключения данного учреждения к ведомственной вычислительной сети, а также наличия разрешения пациента на доступ к его персональным данным), а также по авторизованному на специальном интернет-ресурсе запросу самих жителей края. Кроме того, на базе дата-центра ГУЗ МИАЦ будет организован веб-сервис, предоставляющий жителям края возможность дистанционной записи на получение медицинских услуг в любом (в том числе сразу нескольких) медицинском учреждении края, подключенном к ведомственной сети. Дистанционная самозапись пациентами будет осуществляться из информационных киосков медицинских учреждений, а также через сеть Интернет, в том числе и с помощью мобильных устройств связи.

Медицинские информационные системы специализированных ЛПУ рядом своих программных модулей будут бесшовно интегрированы также и в региональную информационно-аналитическую медицинскую систему края.

4.2. Создание региональной информационно-аналитической медицинской системы края.

Региональная информационно-аналитическая медицинская система края (далее – РИАМС) должна стать интеграционной основой, позволяющей организовать обеспечение полной, достоверной и актуальной информацией о состоянии дел в сфере здравоохранения, предоставить возможность для оперативной обработки и анализа указанной информации и ее использования в целях управления и эффективного использования для выполнения основных направлений и задач развития здравоохранения.

РИАМС создается в целях:

- формирования единой методологической, информационно-аналитической и управленческой основы для реализации основных направлений и задач развития здравоохранения;

- формирования комплексной унифицированной системы сбора и обработки информации, создания и развития системы мониторинга и прогнозирования показателей, характеризующих реализацию основных направлений и задач развития здравоохранения;

- формирования единого источника информации для принятия управленческих решений, повышения качества принимаемых решений в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования;

– координации действий и повышения эффективности взаимодействия учреждений и организаций, участвующих в оказании и финансировании медицинской помощи населению, осуществления реального управления указанными процессами со стороны управляющих структур всех уровней;

– управления процессами информатизации отрасли здравоохранения, комплексного использования информационных ресурсов указанными учреждениями и организациями;

– создания основы для повышения эффективности медицинской помощи, снижения количества необоснованных выплат, улучшения обслуживания граждан, в том числе путем оказания медицинских услуг в электронном виде.

Для создания РИАМС необходимо разработать и осуществить комплекс организационных, нормативных, методических и технических мер по созданию, поддержке, эксплуатации, сопровождению и развитию данной системы, а также создать необходимую инфраструктуру для обеспечения функционирования РИАМС (оснащение учреждений здравоохранения необходимой компьютерной техникой, сетевой инфраструктурой и т. д.).

РИАМС должна включать следующие информационные подсистемы:

– паспортизации УЗ и учета ресурсов здравоохранения;

– мониторинга сети УЗ и ресурсов здравоохранения;

– персонафицированного учета застрахованного населения;

– персонафицированного учета оказания медицинской помощи;

– персонафицированного учета оплаты медицинской помощи с учетом результатов экспертизы счетов ЛПУ;

– формирования территориальной программы государственных гарантий;

– мониторинга показателей здоровья населения, объемов и структуры оказанной медицинской помощи, в том числе профилактической;

– мониторинга дополнительного лекарственного обеспечения.

4.3. Создание краевой радиологической сети.

Целесообразным подходом, направленным на повышение качества лучевой диагностики, а также оптимизацию использования медицинских графических данных врачами ЛПУ края и экспертами федеральных медицинских центров при существующем парке оборудования (а также при постепенном его обновлении в долгосрочной перспективе) является опережающее использование компьютерных и информационных технологий. Наиболее перспективным с данной точки зрения является модульное построение на территории края единой радиологической сети с распределенной базой данных (профилизованные кластерные хранилища) и обеспечением удаленного

доступа к таковой заинтересованных пользователей (медицинские работники разных специальностей) по скоростным каналам связи.

В качестве программной среды для данной сети планируется использование системы архивирования и передачи данных «PACS», поддерживающей кластерный и телемедицинские режимы функционирования. Такая информационная система обеспечивает ввод (в том числе автоматизированный захват), обработку, передачу по каналам связи, архивирование и долгосрочное хранение данных лучевых и эндоскопических исследований в соответствии с требованиями международного стандарта для медицинских изображений DICOM.

На уровне медицинских учреждений, интегрированных в краевую радиологическую сеть, планируется обеспечение следующих эффектов:

– возможность качественной обработки аналоговых изображений в целях повышения их диагностической ценности;

– возможность экономии материальных затрат на пленочную технологию визуализации медицинских изображений;

– формирование персонафицированного архива данных лучевых исследований с возможностью эффективной навигации и быстрого поиска;

– возможность проведения экстренной и многоуровневой (включая экспертный уровень) дистанционной диагностики по данным лучевых исследований.

На уровне краевого здравоохранения функционирование единой радиологической сети:

– позволяет значительно повысить качество диагностики, особенно на ранних этапах развития патологического процесса;

– обеспечивает оптимизацию инвестиционных расходов на краевую службу лучевой диагностики, обеспечивая тем самым практическую реализуемость проекта;

– обеспечивает высокоэффективную организацию взаимодействия медицинских учреждений в процессе лучевой диагностики;

– формирует распределенный краевой персонафицированный архив графических медицинских данных, интегрированный с информационной системой «Единая электронная медицинская карта жителя Хабаровского края», с возможностью эффективной навигации и быстрого поиска (как для медицинских работников, так и для населения).

Модульное формирование краевой радиологической сети подразумевает, с одной стороны, последовательную организацию (техническое и программное оснащение, пуск и интеграцию в единое информационное пространство) сетевых узлов – профилизованных хранилищ, агрегирующих различные данные лучевых исследований (нейрохирургические, кардиологические, торакальные, травматологические, онкологические и т. д.). Данные узлы будут сформированы на базе крупных краевых государственных учреждений здравоохране-

ния министерства здравоохранения края, имеющих развитые отделы лучевой диагностики и/или большие объемы специализированных лучевых исследований (Консультативно-диагностический центр «Вивея», краевые клинические больницы № 1, 2, Краевой клинический центр онкологии, Перинатальный центр, Краевой противотуберкулезный диспансер в г. Хабаровске, Территориальный консультативно-диагностический центр в г. Комсомольске-на-Амуре). С другой стороны, формирование и развитие единой радиологической сети края подразумевает последовательное подключение к базе данных прогрессивно растущего количества пользователей – медицинских работников краевых и муниципальных ЛПУ, а также (при использовании безопасного немедицинского интерфейса на специализированном интернет-ресурсе) жителей края.

4.4. Создание ведомственной сети министерства здравоохранения края.

Ведомственная сеть министерства здравоохранения края представляет собой совокупность технических и программных средств, позволяющих осуществлять информационное взаимодействие в отрасли здравоохранения края. Целью создания ведомственной сети является организация единого информационного пространства отрасли здравоохранения края.

Сеть предназначена для организации:

- доступа учреждений здравоохранения к информационным ресурсам министерства здравоохранения края;
- системы ведомственного электронного документооборота;
- системы ведомственной IP-телефонии;
- сеансов видеоконференцсвязи, организуемых министерством здравоохранения края (совещания, конференции, обучение);
- системы экспертного контроля производительности и работоспособности, развертывания и обновления программного обеспечения учреждений здравоохранения;
- системы хранения и восстановления данных;
- системы управления ресурсами ведомственной сети;
- системы сбора статистической отчетности и мониторингов;
- доступа в глобальную сеть Интернет;
- контроля качества оказания услуг;
- предоставления электронных услуг в сфере здравоохранения различным категориям потребителей (лицензирование, аттестация специалистов, организация оказания специализированной и высокотехнологичной помощи, дополнительного лекарственного обеспечения, медико-социальной экспертизы, записи на прием к врачу), в том числе через установленные в медицинских учреждениях инфоматы (информационные киоски).

Ведомственная сеть министерства здравоохранения края должна стать основным элементом

транспортной инфраструктуры единого информационного пространства отрасли здравоохранения края. Ведомственная сеть обеспечивает безопасность передаваемых данных, управление правами пользователей сети. Создание ведомственной сети позволит консолидировать ресурсы по обслуживанию программных комплексов и поддержке пользователей на уровне ядра системы, которое планируется организовать на базе ГУЗ МИАЦ, существенно снизить расходы на использование каналов связи за счет блокирования доступа к нежелательным интернет-сайтам и поступления нежелательных сообщений электронной почты. Обеспечивает соблюдение единых политик информационной безопасности всеми абонентами ведомственной сети за счет централизации администрирования сети и тем самым исключает нецелевое использование компьютерной техники в учреждениях. Объединение УЗ в ведомственную сеть позволит централизовать расходы на приобретение лицензионного программного обеспечения и тем самым позволит приобретать его по более выгодным ценам и с дополнительными опциями (программа лицензирования Microsoft Enterprise).

Внедрение ведомственной IP-телефонии позволяет существенно снизить расходы на междугородную связь, так как использует среду передачи данных ведомственной сети. Оптимизирует использование имеющихся абонентских пунктов телефонных сетей общего пользования.

Ведомственная сеть обеспечивает масштабируемость и упрощает (удешевляет) внедрение новых технологий (сервисов), которые возможно со временем будут появляться (например, удостоверяющий центр электронных цифровых подписей).

Реализация Концепции призвана обеспечить условия системной интеграции локальных вычислительных сетей и корпоративных информационных систем в региональное информационное пространство. Такая интеграция позволит кардинально повысить эффективность региональной системы управления и уровень информационного сервиса, создать основу для реализации крупномасштабных проектов.

Основные элементы регионального информационного пространства – локальные и региональные ведомственные вычислительные сети, позволяющие обеспечить взаимодействие вычислительных средств и другого оборудования в рамках одного или нескольких учреждений или организаций с возможностью подключения к внешним (глобальным) сетям.

Использование при развитии телекоммуникационной системы отрасли здравоохранения общих телекоммуникационных каналов региона, максимальная кооперация и координация в организации систем связи с другими органами исполнительной власти края является основой системной интеграции информационных ресурсов здравоохранения в единое региональное информационное пространство.

В целях дальнейшего развития телекоммуникационных средств передачи данных необходимо дальнейшее проведение работ по:

- поэтапному объединению автоматизированных рабочих мест в УЗ в локальные вычислительные сети с создания малых локальных сетей до полной автоматизации УЗ;
- развитию и модернизации единой краевой телекоммуникационной медицинской сети на основе современных технологий, использованию глобальных сетей передачи данных с применением современных средств защиты информации;
- использованию телемедицинских систем в обучении и повышении квалификации медицинских кадров;
- организации коллективного доступа к информационным ресурсам по различным разделам медицины;
- ведению эталонных баз данных нормативно-справочных документов и обеспечению доступа к ним с использованием современных телекоммуникационных технологий всех субъектов информационного обмена.

Необходимы дальнейшее развитие центральных узлов доступа к информационным ресурсам здравоохранения края, разработка схемы подключения к ним субъектов информационного обмена с учетом стоимостных показателей, сложившейся телекоммуникационной сети и с возможностью использования как выделенных, так и коммутируемых каналов.

Обоснованный выбор провайдеров, использование льготных тарифов оплаты и организация частных каналов должны повысить эффективность ведомственной сети.

4.5. Создание сети телемедицинских центров и узлов.

Актуальность создания сети телемедицинских центров и узлов заключается в необходимости повышения доступности специализированной медицинской помощи жителям отдаленных районов края на основе современных телекоммуникационных технологий.

К настоящему времени в отрасли здравоохранения края создано несколько телемедицинских центров в крупных государственных учреждениях здравоохранения края, созданы телемедицинские узлы на базе нескольких центральных районных больниц муниципальных образований края. Использование телемедицинских систем за годы их эксплуатации в здравоохранении края демонстрирует их эффективность и экономичность.

Дальнейшее развитие этого направления предусматривает расширение телемедицинской сети.

Социально-экономический эффект от создания сети телемедицинских центров и узлов в отрасли здравоохранения края планируется получить путем:

- улучшения качества и повышения доступности медицинской помощи населению края;

- снижения затрат и рисков, связанных с транспортированием пациентов из сельского или поселкового муниципального образования в клинические центры с консультативной целью;

- повышения профессионального уровня медицинских работников и закрепления медицинских кадров путем повышения доступности последипломного образования для медицинских работников региона (дистанционное обучение);

- повышения оперативности и качества управления УЗ, особенно в периоды ликвидации стихийных бедствий, техногенных аварий и катастроф, а также при проведении противоэпидемических мероприятий.

5. Принципы и механизмы реализации Концепции

Информатизация отрасли здравоохранения края должна проводиться с учетом следующих основных принципов:

- 1) системность разработки и реализации проектов по информатизации отрасли здравоохранения;
- 2) отработка технологий и стандартов информационного обеспечения на пилотных проектах;
- 3) концентрация финансовых ресурсов на решении наиболее приоритетных задач с привлечением финансовых средств из разных источников;
- 4) вертикальная и горизонтальная, межведомственная и межтерриториальная интеграция имеющихся и вновь создаваемых информационных систем;
- 5) открытость и масштабируемость информационных систем;
- 6) обеспечение информационной безопасности при организации информационного обмена;
- 7) разумное сочетание централизованного и децентрализованного управления информацией на всех уровнях.

Механизм реализации Концепции представляет собой систему мероприятий, стимулирующих процессы информатизации отрасли здравоохранения края:

- 1) мероприятия по организационному и материально-техническому обеспечению создания региональной информационно-аналитической медицинской системы;
- 2) мероприятия по кадровому обеспечению информатизации отрасли здравоохранения;
- 3) мероприятия по правовому обеспечению внедрения информационных технологий в деятельность УЗ и органов управления здравоохранением края;
- 4) мероприятия по поддержке межрегионального научно-технического сотрудничества в сфере информационных технологий. Реализация Концепции должна осуществляться на основе комплексного плана мероприятий, включающего все направления информатизации отрасли здравоохранения края с конкретизацией сроков их выполнения, ответственных исполнителей и достигаемых результатов.

6. Финансовое обеспечение Концепции

Финансирование проектов и мероприятий, направленных на реализацию Концепции, предполагается осуществлять за счет средств краевого и муниципальных бюджетов, средств федерального бюджета и внебюджетных фондов.

Важным направлением работы в этой части является привлечение средств федерального бюджета путем участия в конкурсах, проводимых федеральными органами исполнительной власти.

За период действия Концепции объем финансирования, привлеченного из федерального бюджета и внебюджетных фондов, должен составить не менее 50 процентов от совокупных расходов на информатизацию отрасли здравоохранения края.

7. Ожидаемые результаты и показатели реализации Концепции

К 2017 году основными качественными и количественными результатами реализации Концепции должны стать:

- повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи в медицинских учреждениях края;
- рациональное использование ресурсов здравоохранения края;

- рост производительности труда медицинских работников;

- подключение к ведомственной сети министерства здравоохранения края не менее 150 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения края;

- комплексное внедрение муниципального сегмента краевой информационной системы во всех муниципальных образованиях края;

- увеличение количества автоматизированных рабочих мест медицинских работников в ЛПУ до трех тысяч;

- сокращение времени поликлинического обслуживания пациентов не менее чем на 20 процентов;

- повышение эффективности управления здравоохранением края (повышение оперативности управления основными фондами отрасли, управление финансовыми потоками в системе обязательного медицинского страхования и бюджетного финансирования, снижение количества необоснованных выплат в системе обязательного медицинского страхования и др.) с суммарным экономическим эффектом до 60 млн рублей ежегодно;

- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения на основе телемедицинских технологий с суммарным экономическим эффектом до 12 млн рублей ежегодно.

ПРИЛОЖЕНИЕ

удк 616-089.5 + 616-083.98]:614.21

К 40-летию отделения анестезиологии и реанимации ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК

К 40-летию отделения анестезиологии и реанимации ККБ № 1

С.К. Сухотин*, Ф. Д. Кычакова, В.Ф. Тарабарин, С.И. Уткин
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. С.И. Сергеева» МЗ ХК,
г. Хабаровск

S.K. Sukhotin, F.D. Kychakova, V.F. Tarabarin, S.I. Utkin
**On the 40th anniversary of the department of anesthesiology and resuscitation at the re-
gional clinical hospital No.1**

В 60-х годах прошлого века в нашей стране было положено начало созданию анестезиолого-реанимационной службы многопрофильных больниц. За прошедшие годы служба миновала период становления, обрела клиническую самостоятельность, стала важной составной частью структуры и функции многих лечебных учреждений. Отделению анестезиологии и реанимации Краевой клинической больницы № 1 им. С.И. Сергеева 15 февраля 2010 года исполнилось 40 лет. Нелегкий, но славный трудовой путь прошел коллектив этого специализированного отделения. Его летопись вобрала в себя сложное, но насыщенное свершениями медицины время. Эта история жизни врачей анестезиологов и реаниматологов, медицинских сестер анестезистов и палат интенсивной терапии, а также сотрудников вспомогательных служб отделения.

По инициативе С.И. Сергеева впервые были созданы послеоперационные палаты (в сущности, палаты интенсивной терапии – прообраз реанимационного отделения). Безусловно, ему, профессору, а в дальнейшем ректору ХГМИ и главному хирургу края принадлежит заслуга развития хирургии и обезболивания в больнице и крае. Первый наркоз эндотрахеальным методом проводили хирурги В.И. Кустов и Е.И. Махова в 1957 г. Прошел всего год после выхода памятного

Приказа МЗ СССР от 19.12.1959 г. № 573, впервые утвердившего положение о враче-анестезиологе. Этот день ежегодно отмечается анестезиологами края как профессиональный праздник.

Евдокия Ивановна Махова была первой переведена на штатную должность врача-анестезиолога в 1960 г. после специализации в г. Ленинграде (1958 г.). Получив блестящую хирургическую подготовку в клинике, участвовала в Великой Отечественной войне в качестве хирурга, с 1958 по 1960 гг. заведовала хирургическим отделением. В 2009 г. Евдокия Ивановна отметила 90-летие. В настоящее время проживает в г. Твери. В 1963 г. в больнице на базе хирургического отделения создано анестезиологическое отделение (Приказ от 15.02.1963 г. № 28). В отделении работали врачи Е.И. Махова, Л.И. Захарчук, Р.К. Зелик и медсестры-анестезисты Л. Змеул, Г. Юрлова и др. В операционных в основном были аппараты для эфирного наркоза «Хейнбринк», подаренные нам во время войны наряду с прочим оборудованием английской королевой, и использовались они без кислорода! Позднее появились первые отечественные наркозные аппараты «Красногвардеец» с испарителями для эфира, дозиметрами для кислорода и закиси азота, затем усовершенствованные аппараты УНА-1, УНАП-2, АН-4, «Наркон», «Полинаркон».

* rec@ipkszh.khv.ru



Коллектив ОАО накануне юбилея. Декабрь 2009 г.

Решительно качественный подъем в развитии анестезиологии в больнице произошел после открытия нового торакального корпуса краевой больницы. В 1967 г. организовано отделение анестезиологии, которое возглавила Е.И. Махова. В отделение приходят новые врачи: Ю.А. Лаврентьев, Е.С. Шетникова, медсестры-анестезисты: В.И. Кольцова (В.И. Белова), Н. Подгорная, Т. Любимова, Г. Ковальская. Через два года в торакальном корпусе открылось реанимационное отделение на 10 коек, которым заведовал Н.И. Охремчук.

С 1967 г. при кафедре общей хирургии был создан доцентский курс специализации и усовершенствования врачей по анестезиологии и реаниматологии, преобразованный позже в 1989 г. в кафедру, которой заведовал доцент М.А. Чередниченко, а с 1994 г. – профессор С.К. Сухотин.

15 февраля было 1970 г. создано единое реанимационно-анестезиологическое отделение, ставшее впоследствии крупнейшим в больнице (заведующий – М.А. Чередниченко). В течение 25 лет Михаил Александрович Чередниченко руководил курсом, а затем – кафедрой анестезиологии и реаниматологии ДВГМУ, при этом заведовал отделением в краевой больнице № 1 до 1989 г. Им воспитаны специалисты высокой квалификации, работающие анестезиологами, реаниматологами в России и за рубежом. В 1966 г. он успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Сравнительные данные по применению эфирно-воздушного и эфирно-кислородного наркоза». За большой вклад в развитие анестезиологии и реаниматологии Михаилу Александровичу присвоено звание «Заслуженный врач России». С 1989 г. отделением заведует доцент А.Ф. Лопатин, а с 2005 г. – В.Ф. Тарабарин. В 2006 г. организовано новое кардиоанестезиологическое и реанимационное отделение во главе с П.Н. Старухиным.

Памятные даты развития ОАР ККБ № 1:

1957 г. – первый эндотрахеальный наркоз (Е.И. Махова, В.И. Кустов.).

1960 г. – введена должность врача-анестезиолога (Е.И. Махова).

1963 г. – организовано отделение анестезиологии (зав. отделением Е.И. Махова).

1967 г. – при кафедре общей хирургии организован курс анестезиологии и реаниматологии для обучения врачей и студентов (зав. курсом к.м.н. М.А. Чередниченко).

1968 г. – зондирование сердца (к.м.н. М.А. Чередниченко, Ю.А. Лаврентьев).

1968 г. – катетеризация перидурального пространства (к.м.н. М.А. Чередниченко, Н.Б. Ямполь).

1969 г. – организовано отделение реанимации на 10 коек (зав. отделением Н.И. Охремчук).

1970 г. – операция на сухом сердце в условиях общей краниocereбральной гипотермии (к.м.н. М.А. Чередниченко).

1970 г. – Приказом от 15.02.70 г. № 6 открыто единое реанимационно-анестезиологическое отделение на 10 коек. Зав. отделением М.А. Чередниченко.

1972 г. – реинфузия аутокрови в операционной (Э.И. Зайцев, к.м.н. М.А. Чередниченко).

1974 г. – операция на сухом сердце в условиях искусственного кровообращения (перфузиолог Б.Н. Гребенюк, анестезиолог Тарабарин В.Ф.).

1976–1990 гг. – выполнено 24 анестезиологических пособия при аутотрансплантации почек (к.м.н. С.К. Сухотин, А.Н. Акулов, А.Г. Филиппов).

1978 г. – переезд в новый корпус краевой больницы – Дальмедцентр.

1979 г. – расширение ОАР до 18 коек.

1982 г. – 1 января открыто подразделение гнойно-септических больных (С.И. Уткин, К.Ю. Зю-Со-Чун).

1982 г. – ультрафиолетовое облучение аутокрови (А.Ф. Лопатин, Э.И. Зайцев).

1982 г. – 15 декабря открыто подразделение ГБО (А.Е. Распопов).

1983 г. – сорбционная детоксикация крови (А.Ф. Лопатин).

1985 г. – ультрафильтрация крови (А.Ф. Лопатин, Е.Н. Исаков).

1986 г. – оказание помощи больным с ботулизмом (возглавил и.о. зав. отделением, к.м.н. С.К. Сухотин).

1988 г. – открытие кабинета экстракорпоральной

детоксикации. Проведение плазмафереза (С.И. Уткин, Ю.Н. Збарацкий).

1989 г. – организация кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ХГМИ (доцент М.А. Чередниченко).

1989 г. – 15 марта заведующим ОАР ККБ № 1 назначен к.м.н., доцент А.Ф. Лопатин.

1995 г. – оказание помощи пострадавшим при землетрясении в г. Нефтегорске (о. Сахалин).

1998 г. – организация кабинета терапии острой и хронической боли (к.м.н. В.Э. Пятко).

2002 г. – организация кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПКСЗ (зав. кафедрой профессор С.К. Сухотин).

2002 г. – ремонт и переоснащение ОАР современной аппаратурой.

2004 г. – открытие отделения кардиореанимации (зав. отделением П.Н. Старухин, старшая медсестра Л.А. Соснина).

2005 г. – заведующим ОАР назначен В.Ф. Тарабарин.

2009 г. – оказание помощи больным тяжелой внебольничной пневмонией на фоне свиного гриппа А(Н1N1). Участвовали все сотрудники отделения.

2010 г. – отделение ОАР продолжает трудиться...

В настоящее время отделение анестезиологии и реанимации является самым крупным в Дальневосточном регионе. Оно представлено 5 подразделениями:

- Анестезиологическая служба (ст. ординатор А.С. Пономарчук, старшая медсестра Т. Шурубур) обеспечивает подготовку и проведение анестезиологических пособий на 24 операционных столах, а также в 5 хирургических кабинетах и перевязочных хирургических отделений.

- Подразделение реанимации развернуто на 18 койках во главе со старшим ординатором С.В. Антоновым и врачами А.Г. Филипповым, Н.В. Агеевым, старшей сестрой Т.В. Халиной.

- Подразделение экспресс-лаборатории (заведующая Л.М. Германовская) обеспечивает круглосуточное проведение лабораторного мониторинга.

- Подразделением экстракорпоральных методов детоксикации руководит В.И. Белова.

- Кроме того, в отделении работает кабинет для лечения острого и хронического болевого синдрома, который возглавляет к.м.н. В.Э. Пятко.

В отделении работает около ста сотрудников, из них 28 врачей, 19 анестезиологов-реаниматологов имеют высшую категорию, 14 – первую. В 1995 г. сотрудники отделения участвовали в медицинской эвакуации и интенсивном лечении пострадавших от землетрясения в г. Нефтегорске (о. Сахалин). Врачи В.И. Белова, В.Ф. Тарабарин, Э.И. Зайцев, С.И. Уткин и медицинская сестра Е.В. Кандабаева награждены орденами и медалями России за особые заслуги при оказании помощи пострадавшим. Высокий уровень профессионализма сотрудников ОАР позволил стать победителями краевого конкурса «Признание» врачам В.Ф. Тарабарину, П.Н. Старухину, А.Г. Филиппову, Ф.Д. Кычаковой, а также

медицинским сестрам Н.В. Коровиной, Н.Н. Маковецкой, Е.А. Новоселовой, О.А. Асадчей, Н.П. Никитенко, лаборантам Т.Н. Малышевой, Г.М. Акуловой. В отделении работают и работали заслуженные ветераны труда Е.С. Шетникова, В.Ф. Тарабарин, Э.И. Зайцев, И.А. Сорокопуд, Ф.Д. Кычакова, С.И. Уткин, А.Н. Таенков, Н.Н. Маковецкая, Л.В. Шабалина, Э.В. Копылова. Являются отличниками здравоохранения: С.К. Сухотин, В.Ф. Тарабарин, Н.П. Кучер, Г.Б. Ковальская. Отмечены высоким званием «Заслуженный врач России» профессор С.К. Сухотин и доцент М.А. Чередниченко. Сестры реанимации становились победительницами конкурсов «Лучшая медицинская сестра больницы»: 1973 г. – Л. Шишкина, 1976 г. – Т. Ряснянская (Басалаева), 1977 г. – Н. Заруцкая (Никитенко), 1981 г. – Ю. Чумак, 1983 г. – Н. Беланюк, 1987 г. – Л. Машкова, 1988 г. – Т. Зарицкая (Халина), 2000 г. – Т. Примакова, 2004 г. – Е. Кандабаева, 2008 г. – А. Лыкова.

Сотрудниками отделения ежегодно выполняется более шести тысяч анестезиологических пособий в специализированных разделах хирургии.

На 18 койках реанимационного отделения ежегодно получают высококвалифицированную и специализированную помощь около двух тысяч больных (это каждый десятый, поступающий в краевую больницу). В критическом состоянии поступают 10 % больных, в состоянии и неустойчивой гемодинамики – 25 %. Многим больным (30 %) требуется проведение искусственной вентиляции легких.

За последние годы сотрудниками отделения освоены современная наркозно-дыхательная аппаратура, методы респираторной поддержки у больных с острым респираторным дистресс-синдромом, тяжелой внебольничной пневмонией и нарушением мозгового кровообращения, гемофильтрация, анестезиологические пособия при эндопротезировании суставов. В отделении применяется сочетанная анестезия, используются новые ингаляционные анестетики (севоран), мышечные релаксанты (эсмерон). В послеоперационном периоде у многих пациентов осуществляется продленная анестезия наротином. Большинство препаратов вводятся с помощью инфузоматов (инсулин, пропофол, гепарин, наротин и др.). Всем больным с острым инфарктом миокарда по показаниям проводится тромболитический препарат «Актилизе», что позволило уменьшить летальность до 5,6 %. В группе больных, где он не применялся, летальность была выше (18,5 %).

Отделение анестезиологии и реанимации ККБ № 1 является клинической базой ИПКСЗ, где проходят обучение и специализацию врачи, клинические ординаторы и интерны, а также медицинские сестры-анестезисты Хабаровского края и Дальневосточного региона. За последние два года отделение пополнилось группой молодых врачей: П.В. Любарец, А.Л. Котов, А.В. Ефимов, Н.И. Скуртова, А.В. Куликов.

Кузницей кадров стало отделение для руководителей новых подразделений анестезиологии и

реанимации в городе и крае. А.Н. Таенков является зав. ОАР Дорожной больницы с 1990 г., его брат А.Н. Таенков – зав. отделением анестезиологии и реанимации ДЦМК с 2000 г., С.И. Уткин – зав. анестезиологическим отделением МНТК с 2000 г., П.Н. Старухин – зав. отделением ОАР КККЦ с 2004 г., В.В. Чиграй – зав. ОАР Перинатального центра с 2008 г. С 1997 г. депутатом

Законодательной думы Хабаровского края является бывший врач ОАР Е.Н. Исаков.

Благодаря таланту врачей анестезиологов и реаниматологов, хирургов краевой больницы № 1 медицина критических состояний успешно прошла 40-летний путь своего развития и превратилась в важную и необходимую дисциплину.

удк 616.127-005.8-036.11-085.2

Тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда в условиях отделения анестезиологии и реанимации

А.Л. Котов, С.В. Антонов, С.К. Сухотин*, В.Ф. Тарабарин, Н.В. Агеев, А.С. Пономарчук, П.В. Любарец

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК,

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

A.L. Kotov, S.V. Antonov, S.K. Sukhotin, V.F. Tarabarin, N.V. Ageev, A.S. Ponomarchuk, P.V. Lyubaretc

Trombolytic therapy at an acute heart attack of a myocardium in the conditions of anesthesiology and resuscitation branch

Резюме

Целью исследования являлось определение значимости применения тромболитической терапии как одного из методов восстановления коронарного кровотока у больных с острым инфарктом миокарда.

Ключевые слова: тромболитическая терапия, острый инфаркт миокарда, актилизе, элевация сегмента ST, коронарный кровоток.

Summary

The research objective was to identify the importance of thrombolytic therapy application, as one of the methods of restoration of a coronary flow in patients with an acute myocardial infarction.

Key words: thrombolytic therapy, acute myocardial infarction, actilizе, ST-elevation, coronary blood-circulation.

Тромболитическая терапия (ТЛТ) является медикаментозным способом устранения стойкой окклюзии крупной эпикардиальной коронарной артерии недавно сформировавшимся тромбом. Прекращение кровотока по коронарной артерии приводит к возникновению типичной для ишемии миокарда боли в грудной клетке в покое (или ее эквивалентов), не исчезающей после применения нитроглицерина и сопровождающейся появлением на ЭКГ быстро не проходящих подъемов сегмента ST. В ранние сроки заболевания такую форму обострения ИБС называют острым коронарным синдромом с подъемами сегмента ST или острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемами сегмента ST [1, 3]. Причиной ее выделения, помимо особенностей патогенеза, является особый подход к лечению – необходимость как можно более

быстро, полноценно и стойко восстановить проходимость коронарной артерии, кровоснабжающей зону инфаркта миокарда. От того, насколько успешным окажется это первоначальное лечение, во многом зависят глубина и протяженность формирующегося ИМ, а также исходы заболевания [2].

Показаниями к ТЛТ при остром инфаркте миокарда являются: загрудинная боль длительностью более 30 мин., несмотря на прием нитроглицерина, элевация сегмента ST более 1 мм в двух смежных отведениях ЭКГ, менее 6 часов от начала загрудинной боли, сохраняющийся болевой синдром в течение 6–12 часов от начала заболевания, отсутствие противопоказаний к проведению ТЛТ [1, 2, 6].

Абсолютные противопоказания к ТЛТ: ранее перенесенный геморрагический инсульт или инсульт

* rec@ipkszh.khv.ru

неизвестной этиологии; ишемический инсульт, перенесенный в течение последних трех месяцев; опухоль мозга, первичная и метастатическая; подозрение на расслоение аорты; наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза (за исключением менструации); существенные закрытые травмы головы в последние три месяца; изменение структуры мозговых сосудов, например артериовенозная мальформация, артериальные аневризмы [4, 5].

К относительным противопоказаниям тромболитической терапии причисляют: устойчивую высокую плохо контролируемую артериальную гипертензию в анамнезе; ишемический инсульт давностью более трех месяцев; деменцию или внутричерепную патологию, не указанную в «абсолютных противопоказаниях»; травматичную или длительную (более 10 мин.), сердечно-легочную реанимацию (СЛР) или оперативное вмешательство, перенесенное в течение последних трех недель; недавнее (в течение предыдущих 2–4-х недель) внутреннее кровотечение; пункцию сосуда, не поддающегося прижатию; для стрептокиназы – введение стрептокиназы более 5 суток назад или известная аллергия на нее; беременность; обострение язвенной болезни; прием антикоагулянтов непрямого действия (чем выше МНО, тем выше риск кровотечения); недавнюю лазеротерапию сетчатки [4, 5, 7].

К идеальному фибринолитику предъявляются следующие требования: быстрое возникновение лечебного эффекта, высокая эффективность в течение первых полутора часов после введения, низкая частота побочных эффектов, простота в отношении подбора режима дозирования [1].

Активизе имеет ряд очевидных преимуществ, заключающихся в фибриноспецифичности препарата; на него не вырабатываются антитела, что позволяет повторно использовать препарат; редко вызывает артериальную гипотонию. У пациентов в возрасте до 75 лет при переднем инфаркте, когда терапия начата в первые 4 часа болезни, летальность к 30-му дню инфаркта миокарда оказывается существенно ниже и составляет 6,3 и 7,2 % на фоне применения активизе и стрептокиназы соответственно. Помимо этого, при лечении активизе реже развивается такое тяжелое осложнение инфаркта миокарда, как кардиогенный шок, – 5,5 и 7,4 % (GUSTO I, 1997) [6].

Цель исследования

Целью исследования являлось определение значимости применения тромболитической терапии как одного из методов восстановления коронарного кровотока у больных с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 157 больных, получивших лечение в первые 9 часов от начала ОИМ в отделении анестезиологии и реанимации Краевой клинической больницы № 1 им. проф. С.И. Сергеева с апреля 2008 г. по январь 2010 г.

Время госпитализации больных исследуемых групп составляло до 9 часов от начала ОИМ, среднее время от начала ОИМ – $6,18 \pm 0,2$ часа. Соотношение мужчин и женщин составило соответственно 69 и 31 %. Средний возраст больных, включенных в исследование, составил 61 ± 1 год (от 42 до 78 лет).

Использовались препараты, которые в период проведения данной работы были зарегистрированы и разрешены к применению в России: фибринолитический препарат «Стрептокиназа»; тканевой активатор плазминогена «Активизе» (компания «Берингер Ингельхайм ГмБХ»). Прямой антикоагулянт «Гепарин»; антитромбоцитарный препарат «Аспирин» (ацетилсалициловая кислота).

Больных разделили на 3 группы в соответствии с критериями отбора: по возрасту, полу, локализации ОИМ, гемодинамическому статусу, наличию в анамнезе ИМ, сахарного диабета, алиментарного ожирения, хронического бронхита, курения, язвенной болезни, инсульта, сердечной недостаточности (табл. 1).

В первую группу ($n = 51$) включены больные ОИМ, получавшие ТЛТ препаратом «Активизе» 100 мг внутривенно за 90 мин. (15 мг болюсно + 50 мг за 30 мин. + 35 мг за 60 мин.). Затем аспирин 250 мг, гепарин 5 тыс. ед. болюсно с последующей постоянной инфузией 1 тыс. ед/час на период 48 часов. Кроме того, назначались плавикс 300 мг, ингибиторы АПФ, статины, β -блокаторы, наркотические анальгетики.

Во вторую группу ($n = 74$) включены больные ОИМ, получавшие ТЛТ препаратом «Стрептокиназа» 1,5 млн ед. внутривенно за 30–60 мин., затем «Аспирин» 250 мг, «Гепарин» 20 тыс. ед/сут, β -блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины, наркотические анальгетики.

В третью группу ($n = 32$) были включены пациенты, не получавшие ТЛТ. Им назначались: аспирин 250 мг, гепарин 20 тыс. ед/сут, β -блокаторы, нитраты, наркотические анальгетики, ингибиторы АПФ, статины.

Существенных различий в назначении препаратов базисной терапии больным исследуемых групп не было. Медикаментозные средства назначались индивидуально и по показаниям.

Длительность обследования больных при поступлении составляла 25–30 минут. ТЛТ назначали немедленно при поступлении больных в отделение анестезиологии и реанимации. Среднее время от поступления до начала терапии составляло 28 минут.

Оценивали клиническое течение острого периода инфаркта миокарда, 30-дневную летальность, данные непрерывного суточного мониторинга, динамику ЭКГ.

ЭКГ проводили на электрокардиографе «ECG-9010K», производства фирмы NIHON KONDEN cardiofax GEM, до начала ТЛТ, через 180 минут после проведенной ТЛТ и через 24 часа после ТЛТ в 12 стандартных отведениях. Измеряли амплитуду элевации сегмента ST, выбирая наиболее информативное отведение с максимальным подъемом, и использовали его для анализа изменений.

*Клинико-anamнестические данные больных с ОИМ при госпитализации**

Признаки	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	Абс.	р ± m (%)	Абс.	р ± m (%)	Абс.	р ± m (%)
Время от начала ОИМ, ч.	5,18	± 0,22	5,19	± 0,20	8,18	± 0,18
Артериальная гипертензия	26	50,98 ± 4,99	39	52,70 ± 5,66	19	59,37 ± 6,93
Алиментарное ожирение	17	33,33 ± 3,36	25	33,78 ± 5,03	11	34,37 ± 5,53
Сахарный диабет	6	11,76 ± 3,32	9	12,16 ± 3,32	3	9,37 ± 3,01
Курение	23	45,09 ± 5,89	39	52,70 ± 5,66	18	56,25 ± 6,79
Постинфарктный кардиосклероз	7	13,72 ± 3,57	11	14,86 ± 3,63	4	12,50 ± 3,46
Хронический бронхит	7	13,72 ± 3,57	9	12,16 ± 3,32	5	15,62 ± 3,85
Язвенная болезнь	0		0		19	59,37 ± 6,93
Инсульт в анамнезе	0		1	1,35 ± 1,15	8	25 ± 4,79
Состояние после операции	0		0		4	12,50 ± 3,46
Состояние после СЛР	0		0		1	3,12 ± 1,75
Пароксизмы мерцательной аритмии	3	5,88 ± 2,38	8	10,81 ± 3,15	6	18,75 ± 4,19
Недостаточность кровообращения	22	43,13 ± 5,80	35	47,29 ± 5,54	15	46,87 ± 6,31
Дисциркуляторная энцефалопатия	26	50,98 ± 6,14	38	51,35 ± 5,64	19	59,37 ± 6,93
Передний инфаркт миокарда	35	68,62 ± 6,67	56	75,67 ± 5,77	23	71,87 ± 7,43
Задний инфаркт миокарда	16	31,37 ± 5,13	18	24,32 ± 4,46	9	28,12 ± 5,05

Примечание: * – у одного больного могло быть несколько сопутствующих заболеваний.

Использовали следующие показания для проведения ТЛТ: несомненный клинический диагноз ОИМ, на ЭКГ – подъем сегмента ST или остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса, первые 6 часов от начала болевого синдрома, отсутствие противопоказаний.

Статистическая обработка материала осуществлялась методами многомерного статистического анализа данных, реализованных в пакете прикладных программ для ПК Statistica for Windows 7.0. В работе для оценки достоверности поставленной цели использовался однофакторный дисперсионный анализ, а также непараметрический метод Крускала – Уоллиса. Кроме того, производился расчет ошибок и достоверности разности показателей.

Результаты

В первой группе (ТЛТ актилизе) у 70 % пациентов был полностью купирован болевой синдром. После перевода в отделение кардиологии не отмечено развитие рецидива ИМ.

Во второй группе (ТЛТ стрептокиназой) у 24 % пациентов в первые двое суток наблюдался рецидив коронарных болей. У 9 % пациентов был рецидив ИМ.

В третьей группе (без ТЛТ) у 28 % пациентов сохранялась постинфарктная стенокардия. Рецидив ИМ отмечен у 12,5 %.

Учитывая, что количество наблюдений в трех исследуемых группах различалось (варьировалось от 32 до 74), был применен однофакторный дисперсионный анализ. В результате расчетно-факторной и остаточной дисперсии, а также F-критерия было обнаружено, что $F_{\text{набл}}$ попадает в критическую область при уровне значимости $\alpha = 0,05$. Это свидетельствует о значимом влиянии ТЛТ на клиническую эффективность при ОИМ. Данные о течении острого периода заболевания представлены в таблице 2.

При исследовании таких аритмических осложнений ОИМ, как фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия (табл. 2), установлено, что в группах лиц, получавших ТЛТ, у 20 % пациентов появлялись нарушения ритма. Данные осложнения наблюдаются достоверно чаще, чем в третьей группе ($p < 0,05$). Появление грозных реперфузионных осложнений, несомненно, отягощают течение острейшего периода ОИМ, но именно эти клинические симптомы могут

Таблица 2

Клиническая эффективность лечения больных с ОИМ

Показатель	1 группа n = 51	2 группа n = 74	1 группа n = 32
Постинфарктная стенокардия	6 (11,76%)	18 (24,32%)	9 (28,12%)
Рецидивы ИМ	0	7 (9,45%)	4 (12,50%)
Фибрилляция желудочков	0	5 (6,75%)	2 (6,25%)
Желудочковая тахикардия	10 (19,6%)	18 (24,32%)	3 (9,37%)
Летальность	3 (5,88%)	5 (6,74%)	6 (18,75%)

быть маркером восстановления кровотока в окклюзированной коронарной артерии.

При оценке достоверности разности уровня снижения сегмента ST на ЭКГ как одного из неинвазивных маркеров реперфузии миокарда у больных с ОИМ на фоне проводимого лечения (табл. 3) выявлено следующее. В первой исследуемой группе (ТЛТ актилизе) снижение сегмента ST произошло у 70 % больных в первые 180 минут, что достоверно превышает показатели третьей группы ($p < 0,05$), где ТЛТ не проводилась. После 24 часов в первой и второй группах пациентов, получивших ТЛТ, также наблюда-

лось заметное снижение сегмента ST по сравнению с третьей группой ($p < 0,05$).

В качестве показателя не только эффективного, но и стойкого открытия окклюзированной коронарной артерии были использованы показатели 30-дневной летальности. Летальность в группе больных с острым инфарктом миокарда, которым была проведена тромболитическая терапия, составила 6,3 %, тогда как без проведения тромболитической она составляет 18,8 % (табл. 2). Однако оценка достоверности разности показала, что критерий $t < 2,6$. Это может быть связано с малым числом наблюдений в третьей группе.

Таблица 3

Степень снижения сегмента ST у больных с ОИМ на фоне проводимого лечения в наиболее информативном отведении (Δ%)

Время регистрации ЭКГ	1 группа n = 51	2 группа n = 74	3 группа n = 32
До лечения	100	100	100
180 минут	70	56	40
24 часа	82	72	58

Выводы

1. Ранний тромболитический препарат препятствует необратимому повреждению, развитию дисфункции миокарда и внезапной смерти.

2. Применение тканевого активатора плазминогена позволяет в короткие сроки улучшить клиническую картину заболевания и снизить вероятность рецидива ИМ.

3. Уровень летальности у пациентов после ТЛТ значительно ниже, чем у больных, не получивших тромболитический.

Список литературы

1. Международное руководство по инфаркту миокарда / под ред. В. Ф. Рональда. – М.: ООО «Информполиграф», 1997.

2. Руда, М. Я. Острая недостаточность кровообращения у больных инфарктом миокарда и ее лечение / М. Я. Руда // *Клин. фармакология и терапия*. – 1993. – № 4. – С. 40–46.

3. Современная стратегия лечения острого инфаркта миокарда / В. К. Гринь, О. И. Столика, Р. Н. Романенко, В. Б. Костогрыз // *Острые и неотложные состояния в практике врача*. – 2007. – № 3. – С. 19–20.

4. Структурные единицы в задаче прогноза исхода трансмурального инфаркта миокарда / И. М. Гельфанд, М. Л. Извекова, А. Л. Сыркин и др. // *Информатика и медицина* / под ред. И. М. Макарова. – М., 1997. – С. 49–72.

5. A patent infarct-related artery is associated with reduced long-term mortality after percutaneous transluminal coronary angioplasty for postinfarction ischemia and an ejection fraction $< 50\%$ / F. K. Welty, M. A. Mittleman, S. M. Lewis et al. // *Circulation*. – 2006. – Vol. 93(8). – P. 1496–1501.

6. Barbagelata, A. Frequency Significance and cost of recurrent ischemia after thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. TAMI Study / A. Barbagelata, C. B. Granger, E. J. Topol // *Am. J. Cardiol.* – 2005. – Vol. 76. – P. 1007–1013.

7. Christian, T. F. Severity and response of chest pain during thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: useful indicator of myocardial salvage and infarct size / T. F. Christian, R. Gibbson // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2003. – Vol. 15. – P. 1311–1316.

Нейропротективная терапия острого нарушения мозгового кровообращения в условиях отделения анестезиологии и реанимации

А.В. Куликов, П.В. Любарец, Н.В. Агеев, С.К. Сухотин*, В.Ф. Тарабарин, С.В. Антонов, А.Л. Котов, А.С. Пономарчук

*ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК,
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
г. Хабаровск*

A.V. Kulikov, P.V. Lyubarets, N.V. Ageev, S.K. Sukhotin, V.F. Tarabarin, S.V. Antonov, A.L. Kotov, A.S. Ponomarchuk

Neuroprotection therapy of sharp infringement of brain blood circulation in the conditions of anesthesiology and resuscitation branch

Резюме

Целью данной статьи является показание значимости стандартизации в лечении больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, проведение нейропротекции и тромболитика как относительно новых методов терапии у данной категории пациентов.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, нейропротекция, тромболитическая терапия, цераксон, актовегин, актилизе.

Summary

The purpose of given article is the indication of the importance of standardization in treatment of patients with sharp infringements of brain blood circulation; carrying out neuroprotection and thrombolysis, as concerning new methods of therapy at the given category of patients.

Key words: sharp infringement of brain blood circulation, neuroprotection, thrombolysis, ceraxon, aktovegin, aktilize.

ОНМК остается важнейшей медико-социальной проблемой, вызывая трагические исходы как минимум у 2-х человек на 1000 населения в год. В РФ инсульт ежегодно развивается у 400–450 тыс. человек. Соотношение ишемических и геморрагических инсультов составляет 4–5:1. При этом около 30–35 % случаев заканчивается летально в остром периоде заболевания (НАБИ, 2004). По результатам аутопсий, проведенных в стационарах трех мегаполисов РФ, летальность от ишемического и геморрагического инсульта составила 27 и 67 % соответственно. По некоторым данным, частота летального инсульта увеличивается в 1,8–2,0 раза с каждым последующим десятилетием. Все пациенты с инсультом должны лечиться в специализированных отделениях (класс I, уровень А) и, при необходимости, получать высокотехнологичную медицинскую и хирургическую помощь (класс III, уровень В) [1, 5].

Основной целью и задачами ведения пациентов с ОНМК является своевременная диагностика и адекватное лечение, в основе которого лежит нейропро-

текция, восстановление перфузии головного мозга, протезирование витальных функций, если требуется такая необходимость, и поддержание гомеостаза.

Диагностика ОНМК. Основу инструментальной диагностики при инсульте составляют методы нейровизуализации, в частности КТ и МРТ. Данные методы используются для дифференциальной диагностики между инсультом и другими формами внутричерепной патологии, для уточнения характера инсульта (ишемический или геморрагический), для контроля за характером тканевых изменений в зоне поражения при лечении инсульта.

Для определения патогенетического варианта необходим комплекс обследований сердечно-сосудистой системы: ультразвуковые методы исследования сосудов (дуплекс магистральных артерий головы, транскраниальная доплерография, магниторезонансная ангиография), сердца (включая ЭКГ, чреспищеводную Эхо-КГ, суточное мониторирование АД), а также системы крови (липидограмма, коагуло-

* rec@ipkszh.khv.ru

грамма, агрегатограмма, гомоцистеин, С-реактивный белок) и прочего.

Основания для нейропротективной терапии.

Длительность существования ишемизированной, но «живой» ткани головного мозга индивидуальна у каждого больного и определяет границы временного периода, за которое необходимо начинать адекватное лечение (терапевтическое окно). Формирование центральной области инфаркта заканчивается через 3–6 часов с момента появления первых симптомов инсульта. Основная цель нейропротективной терапии – сократить объем очага поражения ткани головного мозга. В «идеальном» варианте при остром инсульте цель нейропротекции заключается в предотвращении нарастания реакций ишемического каскада в клетках головного мозга (цитиколин). При хронической недостаточности кровообращения (дисциркуляторная энцефалопатия) – в обеспечении выживания клеток мозга в условиях хронической гипоксии, а также в создании условий для их оптимального функционирования (актовегин) [2].

Преимуществом нейропротективной терапии является возможность ее использования как на догоспитальном этапе, так и на всех этапах оказания медицинской помощи больному; до проведения диагностических мероприятий и выяснения характера нарушения мозгового кровообращения.

1. Догоспитальный этап (бригады СМП):

- без диагностики;
- при геморрагическом ОНМК.

2. Отделение анестезиологии и реанимации.

3. Неврологическое отделение.

4. Этап реабилитации.

За счет раннего начала нейропротективной зашиты происходит:

- 1) удлинение «терапевтического окна» с расширением возможностей для тромболизиса с 3 до 6 часов;
- 2) уменьшение размеров инфаркта мозга;
- 3) увеличение удельного веса транзиторных ишемических атак и «малых» инсультов в структуре ОНМК (Wahlgren N.G. et al., 2004).

Безусловно, нейропротективная терапия должна проводиться на основе грамотной базисной и, при возможности, реперфузионной терапии [3, 4].

Основными показаниями к нейропротекции служат: острая фаза нарушений мозгового кровообращения, лечение осложнений и последствий нарушения мозгового кровообращения; черепно-мозговая травма и ее последствия; когнитивные, сенситивные, моторные и другие неврологические нарушения вследствие церебральной патологии дегенеративного и сосудистого происхождения.

Цель исследования

Изучение эффективности тромболитической и нейропротективной терапии у больных с ОНМК.

Материалы и методы

За три года (2007–2009) на лечении по поводу ОНМК в ОАР ККБ № 1 находился 151 пациент. Из них

111 больных с ишемическим инсультом, а 40 – с геморрагическим. Нахождение пациентов составляло от 10 дней при небольшом очаге поражения головного мозга до 30 и более суток при массивных полушарных ишемических ОНМК. Всем больным, по возможности, мы проводили раннюю дифференциальную диагностику ОНМК с целью установления его типа. Около 50 % больных нейровизуализация (КТ или МРТ) проведена в первые сутки, 35 % пациентов МРТ удалось выполнить только со 2-х или с 3-х суток от начала заболевания. Менее 15 % проведение диагностических мероприятий не выполнено по техническим причинам и по тяжести состояния больных, находящихся в ОАР (нестабильность гемодинамики, ИВЛ и др.). И только 5 пациентам (3,3 %) за 2009 год было возможным в течение 3–6 часов от начала заболевания провести адекватную нейровизуализацию и назначить реперфузионную тромболитическую терапию препаратом «Актилизе» (0,9 мг/кг, max – 90 мг) по схеме: 10 % – болюсно в/в струйно в течение 1 мин. и далее 90 % – в/в капельно в течение 60 мин. Для статистической обработки использовался критерий χ^2 , а при малом числе значений ($n < 5$) – точный критерий Фишера.

Обсуждение и результаты

В отделении анестезиологии и реанимации ККБ № 1 активно применяется нейропротективная терапия препаратами, которые признаны как в России, так и за рубежом. Актовегин обладающий такими свойствами, как: увеличивает поступление O_2 и глюкозы внутрь клетки; переводит анаэробный путь окисления глюкозы на аэробный; в 18 раз повышает уровень АТФ внутри ишемизированной клетки; снижает образование свободных радикалов и продуктов перекисного окисления липидов; оказывает выраженное антигипоксическое и антиоксидантное действие; предупреждает развитие ишемического каскада; применение актовегина способствует лучшему восстановлению неврологических функций к 14-м суткам заболевания.

Нейропротектор последнего поколения, который мы стали применять с 2008 года, – это цераксон, у него имеются следующие свойства: уменьшает выброс глутамата, нейромедиатора, запускающего ишемический каскад; нормализует работу ионных насосов, препятствует деполяризации клеточной мембраны; препятствует патологическому току кальция внутрь клетки; уменьшает синтез арахидоновой кислоты и других медиаторов воспаления; защищает мембрану клетки от разрушения [3, 4].

Показаниями к тромболитической терапии у данных больных являются: клинический диагноз ишемического инсульта; возраст 18–80 лет; время не более 3 часов от начала заболевания до тромболитической терапии (класс I, уровень A). Но следует отметить, что имеются строгие противопоказания к проведению реканализации мозговых артерий: малый неврологический дефицит или значительное клиническое улучшение перед началом терапии; тяжелый инсульт (более 25 баллов по шкале NIHSS); клинические при-

знаки субарахноидального кровоизлияния; судорожный припадок в дебюте инсульта; САД > 185 мм рт. ст. или ДАД > 105 мм рт. ст.; более 3 часов от начала заболевания или в случае если точное время заболевания неизвестно; применение гепарина в предшествующие 48 часов до инсульта; больные с любым инсультом в анамнезе и сопутствующим сахарным диабетом; недавнее или имеющееся выраженное кровотечение; количество тромбоцитов менее 100 000; гликемия менее 2,8 или более 22,5 ммоль/л и др. [4].

В целом, интенсивную терапию цереброваскулярных поражений по ишемическому типу в условиях ОАР ККБ № 1 можно представить в следующем виде: в первую очередь мы назначаем нейротекторную терапию в объеме: цераксон 1000 мг в сутки в/в в течение 2-х недель с последующим уменьшением дозы вдвое; актовегин 1200 мг в сутки в/в в течение всего острого периода течения заболевания. Купирование отека головного мозга проводится введением SMgSO_4 25 % в пределах 65 ммоль/сут. Назначение антикоагулянтной терапии низкомолекулярными гепаринами: клексан 0,4–0,8 мл в сутки, а также фраксипарин или фраксипарин в эквивалентных дозах, под контролем ВСК и ПТИ. Инфузионная терапия кристаллоидами (р-р NaCl 0,9 %) и микроциркулянты (реополиглюкин 400 мл/сут) в общем объеме 20 мл/кг массы тела в сутки, под контролем ЦВД и диуреза. Дополнительно применяем трентал (пентоксифиллин) для повышения реологических свойств крови, а также витамины С и группы В как антиоксиданты и препараты, улучшающие метаболические процессы в организме. Кислородотерапия проводится посредством инсуффляции O_2 через лицевую маску.

При тяжелом течении ОНМК и нарастании отека головного мозга зачастую требуется перевод больных на ИВЛ. Мы проводим ИВЛ больным в режиме

SIMV + PS с относительной гипервентиляцией, под контролем кислотно-основного состояния и газового состава крови (pCO_2 не менее 35,0 и не более 40 мм Hg). Синхронизация с ИВЛ миорелаксантами и/или препаратами бензодиазепинового ряда. Нутритивная терапия за счет энтерального и парентерального питания при расчете энергопотребности основного объема по уравнению Харисса – Бенедикта. Энтеральный компонент начинаем как можно раньше: устанавливаем назогастральный зонд (в 100 % случаев) и проводим питание смесью «Нутрикомп» или «Нутризон», изокалорическим раствором в объеме 1000 мл в сутки. Парентеральное питание проводим постоянной внутривенной инфузией, в течение суток, раствором «Нутрифлекс-липид». Распределение доли энтерального и парентерального питания – примерно 50–50 % от расчетной энергопотребности организма. Антибактериальная терапия (по показаниям). Симптоматическая терапия.

Почти все случаи ОНМК по геморрагическому типу сопровождались массивными поражениями головного мозга. Каждому такому больному приглашался на консультацию нейрохирург. В 97 % случаев был отказ от оперативного лечения по поводу геморрагического инсульта, в связи с тяжестью патологического процесса. При возможности проведения своевременных диагностических мероприятий мы могли бы более адекватно и, что самое главное, вовремя проводить реперфузионную тромболитическую терапию головного мозга, тем самым повышая показатели выживаемости у этой тяжелой группы пациентов.

Структура летальности больных с диагнозом ОНМК, пролеченных в отделении реанимации, представлена в таблице 1. Данные свидетельствуют о том, что показатели смертности совпадают с таковыми данными по России (НАБИ, 2004 г.).

Таблица 1

Структура летальности пролеченных больных

Год	Пролечено больных		Умерло		Летальность	
	ОНМК ишемический	ОНМК геморрагический	ОНМК ишемический	ОНМК геморрагический	ОНМК ишемический	ОНМК геморрагический
2007	40	21	12	12	30 %	57,1 %
2008	41	5	11	3	28,6 %	60 %
2009	30	14	6	9	20 %	64,3 %

В сравнении с 2007 годом летальность в группе больных ишемическим ОНМК достоверно снизилась на 10 % ($\chi^2 = 7,002$, $p = 0,008$). В группе больных с ОНМК по геморрагическому типу (2007–2009 гг.) статистические измерения недостоверны ($p = 0,737$), так как

летальность у этих групп сравнения составляла 57,1 и 64,3 % соответственно. По нашему мнению (которое согласуется с мировыми данными), основным методом лечения больных с такой тяжелой патологией, как ОНМК, является хирургический.

Выводы

1. Введение стандарта лечения ОНМК позволило за истекшие годы снизить показатели летальности у этой группы больных.

2. Проведение нейропротективной защиты, особенно на раннем этапе, позволяет уменьшить процент церебрального «остаточного» дефицита у данной категории пациентов.

3. Ранняя нейровизуализация и дифференциальная диагностика церебральных катастроф в полной мере позволила, наряду с нейропротективной защитой, проведение тромболитической терапии препаратами последнего поколения.

Список литературы

1. Инсульт как медико-социальная проблема / Н. Н. Яхно, Б. С. Виленский // Рус. мед. журн. – 2005. – Т. 13, № 12. – С. 807–815.

2. Клинико-фармакологические аспекты нейропротективной терапии при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения / А. Л. Верткин, М. И. Лукашов, А. В. Наумов, Ю. С. Скорикова // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 15, № 2. – С. 106–114.

3. Метаболическая терапия в остром периоде ишемического инсульта / Е. И. Гусев, Г. С. Бурд, А. Б. Гехт и др. // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1997. – Т. 10. – С. 24–28.

4. Парфенов, В. А. Метаболическая терапия ишемического инсульта // Рус. мед. журнал. – 2002. – Т. 10, № 25. – С. 21–30.

5. Неврология и нейрохирургия: клин. рекомендации / под ред. Е.И. Гусева. – М., 2007.

УДК 618.1-089.5

Ксефокам в комплексе анестезиологического пособия и послеоперационного обезбоживания у пациентов гинекологического профиля

Д.А. Николайко, Ф.Д. Кычакова, Т.С. Яковлева, В.Э. Пятко*, Э.В. Головачева, В.С. Гашков
 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,
 г. Хабаровск

D. A. Nikolayko, F. D. Kychakova, T. S. Yakovleva, V. E. Pyatko, E. V. Golovachyova, V. S. Gashkov
Xefocam in anaesthesia and postoperative analgesia administrations on gynecology patients

Резюме

Ксефокам – один из последних нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) группы оксикамов, с анальгетической активностью, сравнимой с опиатами. Исследование подтверждает правоту принципа упреждающей анальгезии, реализуемой в терапии послеоперационной боли.

Ключевые слова: ксефокам, послеоперационная боль, превентивная анальгезия.

Summary

Xefocam is one of the new NSAID of the oxycam group with analgesic properties comparable with that of opioids. This study aimed to evaluate the preemptive analgesic effects of the drug in the management of postoperative pain.

Key words: Xefocam, postoperative pain, preemptive analgesia.

Актуальность

В последние годы существенно возрос интерес к проблеме послеоперационной боли и методам борьбы с ней, что обусловлено появлением современных эффективных методов анальгезии. Адекватная после-

операционная анальгезия является основным условием реализации программы активной послеоперационной реабилитации.

Существующие современные методы интенсивной терапии и профилактики послеоперационной

боли не отвечают современным требованиям к анестезиолого-реанимационному обеспечению хирургических вмешательств и послеоперационного периода. Лечение послеоперационного болевого синдрома должно иметь мультимодальный характер, а его эффективность в значительной степени обусловлена профилактикой послеоперационной боли [3].

Для обезболивания в послеоперационном периоде основной группой лекарственных средств остаются опиоидные анальгетики. Ряд авторов указывает на то, что после обширных внутриполостных хирургических вмешательств для достижения адекватного обезболивания у каждого третьего больного требуется введение опиоидов в дозах, превышающих стандартно рекомендуемые [1].

Интенсивная боль является одним из факторов реализации катаболического гормонального ответа на травму: задержка воды и натрия с увеличением секреции АДГ и альдостерона, а также гипергликемией за счет гиперсекреции кортизола и адреналина. Отрицательный азотистый баланс в послеоперационном катаболическом периоде нарастает за счет гиподинамии, отсутствия аппетита и нарушения нормального режима питания. Усиливается нагрузка практически на все жизненно важные системы организма [2].

В связи с этим значительный интерес представляет клиническая реализация концепции предупреждающей аналгезии (pre-emptive analgesia). Ее результатом является предотвращение развития послеоперационного болевого синдрома или максимальное снижение его интенсивности. Основное условие – лечебные мероприятия должны проводиться до начала хирургического вмешательства [4].

Цель исследования

Изучить эффективность ксефокама в схеме анестезиологического пособия в целях оптимизации течения раннего послеоперационного периода, а также применения для профилактики послеоперационной боли у пациентов гинекологического профиля, с различным объемом оперативного лечения, в сравнении со стандартными методиками проведения анестезии и ближайшего послеоперационного периода.

Материалы и методы

Исследования проводились среди пациенток гинекологического профиля в возрасте 34–60 лет, оперированных в плановом порядке в объеме экстирпации матки с придатками, ампутации матки, пластики влагалища с вентрофиксацией. Все больные были устно проинформированы о проводимом исследовании и дали устное согласие на участие.

Проведен сравнительный анализ 40 историй болезни основной и контрольной групп. Критериями исключения из исследования явились повышенная чувствительность и аллергические реакции на любой представитель группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), геморрагические диатезы, кровотечение в до- и послеоперационном периоде, язва желудка или двенадцатиперстной киш-

ки, умеренные и тяжелые нарушения функции печени, почек, свертывающей системы крови, выраженная гиповолемия, имеющееся в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, беременность, возраст младше 18 лет.

В контрольной группе (20 пациенток) применялись традиционные схемы премедикации: фентанил 1,8–2,3 мкг/кг, атропин 0,01 мг/кг, дроперидол 2,5 мг в/в. В качестве основного анальгетика в ближайшем послеоперационном периоде являлись опиаты – промедол 2 % – 1,0.

В схеме премедикации основной группы (20 пациенток) больных использовался препарат «Ксефокам» производства фирмы Nycomed в дозе 0,15–0,2 мг/кг. Препарат вводился болюсно за 10 мин. до начала оперативного вмешательства и далее в первые сутки послеоперационного периода в общей дозировке 24–32 мг.

Методика общей сбалансированной анестезии в группах идентична, но при необходимости дополнялась адывантами (клофелин). Премедикация на операционном столе, включала фентанил 1,8–2,3 мкг/кг, атропин 0,5 мг, дроперидол 2,5 мг в/в. Индукция тиопентал натрия 1 % 5–7 мг/кг в/в. Основной анальгетик фентанил 4,7–8,2 мкг/кг (0,08–0,14 мкг/кг/мин) в/в. Миоплегия тракриум 0,6 мг/кг, дитилин 20 мг/кг веса в/в. Нейровегетативная защита: дроперидол 0,03–0,06 мг/кг в/в. ИВЛ $N_2O + O_2 = 2 : 1$ аппаратом «AESPIRE S/5» D. Ohmeda.

Во время общей анестезии и в ближайшем послеоперационном периоде проводился мониторинг неинвазивного артериального давления (НИАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульсоксиметрия. Периоперационный лабораторный контроль гликемии крови, уровня мочевины, креатинина, показателя экскреторной фракции азота мочевины.

Методы исследования:

1. Визуально-аналоговая шкала субъективной оценки боли (ВАШ).

2. Статистические показатели по данным карт стационарного больного:

– время первого требования наркотического анальгетика после окончания оперативного вмешательства (ВПТ), выраженное в минутах;

– доза наркотического анальгетика в первые сутки после оперативного вмешательства (ДвПС), выраженная в миллиграммах;

– оценка восстановления после анестезии по шкале PARS (Post Anesthesia Recovery Score), средний балл в группе;

– показатели гликемии, мочевины плазмы, показателя экскреторной фракции азота мочевины как косвенные индикаторы качества стрессорной защиты;

– отрицательные эффекты и побочное действие препаратов в раннем послеоперационном периоде.

Результаты

Основные данные, полученные при исследовании, отображены в таблице 1.

Таблица 1

Основные данные, полученные при исследовании

Объем операции Данные	Контрольная группа (n = 20)			Основная группа (n = 20)		
	Экстирпация матки с придатками (n = 10)	Ампутация матки (n = 5)	Пластика влагалища с вентрофиксацией (n = 5)	Экстирпация матки с придатками (n = 9)	Ампутация матки (n = 7)	Пластика влагалища с вентрофиксацией (n = 4)
ВАШ, баллы	5,5	5,1	4,5	2,6	1,9	1,6
ВПТ, мин.	80	90	80	240	360	320
ДвПС, мг	52	56	44	8	12	4
Уровень гликемии средний через час, ммоль/л	6,9	6,7	7,5	5,9	6,2	6,1
PARS, баллы	9,2			11,8		

Итак, выраженность послеоперационного болевого синдрома по ВАШ в группе контроля составила свыше 5 баллов более чем у половины пациенток (выраженный болевой синдром), что потребовало назначения наркотического анальгетика уже в первый час после оперативного вмешательства (рис. 1). При сравнении, в группе ксефокама выраженность болевого синдрома по ВАШ составила 2 балла, и анальгезия оценивалась как удовлетворительная. В этой же группе время первого требования наркотического анальгетика составило 306,5 мин. и значительно превысило ВПТ в группе контроля ($p < 0,05$), что снижает риск сочетания наркотических анальгетиков и остаточной постнаркозной депрессии в ближайшем послеоперационном периоде. Следует отметить, что пациенты группы ксефокама имели более высокий балл по оценочной шкале восстановления после анестезии (PARS), который составил 11,8 против 9,2 балла в группе контроля. Что указывает на эффективность использования ксефокама в комплексе упреждающей анальгезии.

Визуально-аналоговая шкала, баллы

* достоверные отличия от контрольной группы



Рис. 1. Выраженность болевого синдрома после пробуждения в группе традиционного обезболивания и группе превентивной анальгезии

Доза наркотического анальгетика в первые сутки в группе ксефокама, как показано на рисунке 2, уменьшилась на 65 % ($p < 0,05$), что достоверно меньше по сравнению с группой контроля. Отмечено, что применение промедола в группе ксефокама чаще всего приходилось на последние два часа восьмичасового промежутка между введениями лорноксикама.

По нашим данным, включение в премедикацию ксефокама не повлияло на расход фентанила во время операции. А также показатели мониторинга неинвазивного артериального давления (НИАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации SpO_2 во время оперативного вмешательства, регистрируемые с помощью монитора Philips, существенно не различались в обеих группах.

В целом, лорноксикам хорошо переносился больными. В послеоперационном периоде анальгетик не оказывал влияния на АД, ЧСС, SpO_2 , ЧД, и в целом по группе нежелательные эффекты отмечены лишь у 1 (5%) больной. У данной пациентки во время введения

Суммарная доза 2% промедола в первые сутки, мг

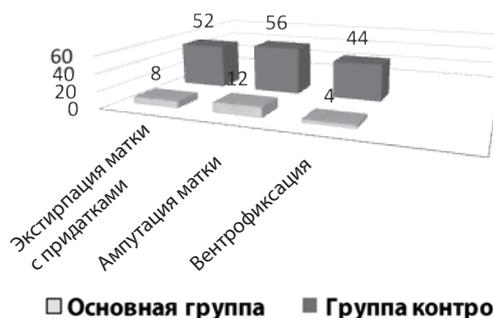


Рис. 2. Суммарная доза наркотического анальгетика в первые сутки после оперативного вмешательства

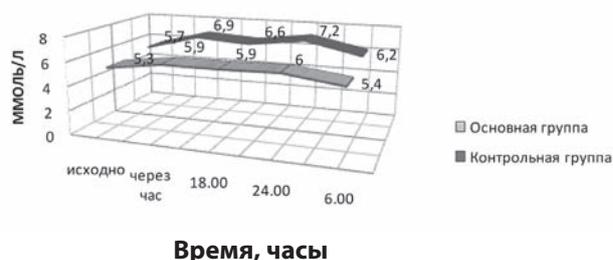


Рис. 3. Среднесуточные колебания уровня гликемии в группе с экстирпацией матки

анальгетика появилось сильное головокружение, тошнота. В связи с чем в дальнейшем лорноксикам не вводился. В группе контроля отмечены нежелательные эффекты у 6 (30 %) больных: это сильный седативный эффект у 3 пациенток, тошнота и рвота у остальных 3.

При оценке качества стрессорной защиты по показателям суточной гликемии показано, что в группе ксефокама среднесуточные колебания гликемии были

в пределах нормы. В то время как в группе контроля содержание глюкозы крови являлось повышенными, но не требующим коррекции (рис. 3). Показатели мочевины плазмы в обеих группах не превышали предельно допустимых значений.

Выводы

1. Наш опыт применения препарата «Ксефокам» показал, что он обладает мощным обезболивающим и противовоспалительным действием, и его анальгетический потенциал не уступает традиционным опиатам.

2. Использование препарата «Ксефокам» с целью профилактики послеоперационной боли уменьшает потребность в наркотических анальгетиках и частоту побочных эффектов, связанных с применением опиатов.

3. Пробуждение после оперативного вмешательства наиболее комфортно у пациентов с применением ксефокама в премедикации, улучшает качество течения послеоперационного периода.

4. Учитывая вышесказанное, необходимо, на наш взгляд, шире использовать данный препарат.

Список литературы

1. Лебедева, Р. Н. Фармакотерапия острой боли / Р. Н. Лебедева, В. В. Никода. – М., 1998. – 183 с.
2. Никода, В. В. Послеоперационная боль: применение нестероидных противовоспалительных средств / В. В. Никода // Фармацевт. вестн. – 2001. – № 13(164).
3. Осипова, Н. А. Мультимодальная системная фармакотерапия послеоперационного болевого синдрома / Н. А. Осипова, В. А. Береснев // Consilium Medicum. – 2001. – Т. 3, № 9. – С. 432–437.
4. Предупреждающая анальгезия: реальная возможность профилактики послеоперационного болевого синдрома / А. М. Овечкин, А. В. Гнездилов и др. // Анестезиология и реаниматология. – 1996. – № 4. – С. 35–39.

удк 617-089-089.5

Методика сочетанной анестезии в различных областях хирургии

А.С. Пономарчук, В.Э. Пятко*, С.К. Сухотин, В.Ф. Тарабарин, Д.А. Николайко, С.В. Антонов, А.В. Калинин, А.В. Ефимов, Г.В. Изотов, А.Л. Котов, П.В. Любарец, А.В. Кандабаев, Э.В. Головачева, М.Ю. Чечелев

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. И. Сергеева» МЗ ХК,

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

A.S. Ponomarchuk, V.E. Pyatko, S.K. Suhotin, V.F. Tarabarin, D.A. Nikolaiko, S.V. Antonov, A.V. Kalinkin, A.V. Efimov, G.V. Izotov, A.L. Kotov, P.V. Lubarets, A.V. Kandabaev, E.V. Golovachova, M.Yu. Chechelev

Methods of combined anaesthesia in different areas of surgery

Резюме

Сочетанная анестезия, основанная на продленной эпидуральной блокаде в качестве ведущего ее компонента и эндотрахеального ингаляционного наркоза, отвечает современным требованиям адекватного анестезиологического пособия. Эффективность этой методики подтверждена при выполнении высокотравматичных операций у 596 пациентов отделений общей и торакальной хирургии, травматологии и ортопедии.

Ключевые слова: сочетанная анестезия, пролонгированная эпидуральная блокада, ингаляционная анестезия.

Summary

Combined anesthesia based on prolonged epidural blockade, as a component conducting it, and endotracheal inhalation narcosis meets modern requirements for an adequate anesthetic management. Efficiency of this technique is confirmed at performing highly traumatic operations in 596 patients of general and thoracic surgery departments, and at traumatology and orthopaedics.

Key words: combined anesthesia, prolonged epidural blockade, inhalation anesthesia.

Положительный результат выполнения высокотравматичных хирургических вмешательств, сведение к минимуму периоперационных осложнений напрямую зависят от адекватности анестезиологического обеспечения. В своей работе авторы не стремились противопоставлять общую и регионарную анестезии, но исходили из понимания целесообразности их комплексного применения.

В последнее время во многих клиниках в России и за рубежом ведущим методом анестезии при выполнении обширных, травматичных оперативных вмешательств, за исключением области головы и шеи, стал метод сочетанного применения длительной эпидуральной блокады и общей ингаляционной анестезии с интубацией трахеи и ИВЛ [1, 4, 5, 7, 9].

Такой метод анестезиологического обеспечения, на наш взгляд, отвечает современным требованиям адекватности, так как:

1) построен на селективном управлении всеми компонентами обезболивания, возможности измене-

ния его глубины с варьированием степени подавления избыточных стрессовых реакций и сохранением целесообразных, компенсаторных гемодинамических реакций [1, 3, 5, 8];

2) обладает многоуровневой антиноцицептивной защитой [1, 2, 3, 9];

3) контролирует необходимый уровень нейровегетативного торможения [2, 3, 9, 10];

4) поддерживает оптимальный гемодинамический профиль пациента [1, 2, 9];

5) обеспечивает стабильный газообмен и метаболизм [1, 3, 5, 7];

6) сохраняет и хорошо поддерживает органный кровоток [1, 3, 8, 9];

7) оптимизирует реакции системы гемостаза на операционную травму, блокируя сверхактивацию коагуляционного потенциала и в то же время уменьшая операционную кровопотерю [5, 6, 7, 9];

8) минимизирует риск кардиальных и тромбоэмболических осложнений [5, 7, 8];

9) создает комфорт для больного и наилучшие условия для работы оперирующей бригады [4, 5, 7];

10) способствует быстрому восстановлению и ранней активизации пациентов в ближайшем послеоперационном периоде [1, 2, 4, 5, 7, 10];

11) эффективно препятствует развитию послеоперационной дисфункции ЖКТ [1, 2, 3];

12) позволяет проводить качественное послеоперационное обезболивание [1, 2, 5, 7, 10].

Цель исследования

Проанализировать эффективность продленной эпидуральной анестезии в качестве компонента анестезиологического обеспечения в сочетании с эндотрахеальным ингаляционным наркозом смесью севорана и закиси азота с кислородом при проведении особо травматичных операций у пациентов торакальной хирургии, травматологического и общехирургического профиля.

Материалы и методы

В период с 2006 по 2009 гг. в отделениях травматологии и ортопедии, торакальной и общей хирургии Краевой клинической больницы № 1 г. Хабаровска обследовано 596 больных в возрасте от 24 до 85 лет (319 мужчин и 277 женщин), имевших физический статус 2-4 по ASA. Характеристика оперативных вмешательств у исследованных больных представлена в таблице 1. Большинство пациентов имели сопутствующую или сочетанную патологию: сердечно-сосудистой системы – 453 больных (76 %), хронические неспецифические заболевания легких – 168 (28 %), ожирение 2-3 ст. – 187 (31 %), сахарный диабет 1-2 типа – 34 (6 %), ревматоидный полиартрит – 27 (5 %). Оценку операционно-анестезиологического риска проводили по классификации МНОАР, для многофакторной оценки риска осложнений периоперационного периода использовали индекс риска кардиальных осложнений по L. Goldman.

Таблица 1

Характеристика оперативных вмешательств у исследованных больных

Виды оперативных вмешательств	Количество оперированных больных
Варианты металлоостеосинтеза и реконструктивно-пластических вмешательств на костях нижних конечностей и таза	299 (50,17 %)
Тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов	172 (28,86 %)
Резекции легких и плевры	68 (11,41 %)
Устранение гемо-, пневмотораксов	18 (3,02 %)
Удаление образований средостения	7 (1,17 %)
Реконструктивно-пластические вмешательства на трахее и бронхах	4 (0,67 %)
Резекции желудка, тонкого и толстого кишечника	19 (3,19 %)
Удаление опухолей надпочечников	2 (0,33 %)
Пластика обширных абдоминальных грыж	7 (1,18 %)
Всего	596 (100 %)

Гемодинамику контролировали с помощью стандартного мониторинга: ЭКГ, ЧСС, неинвазивного АД (систолическое, диастолическое, среднее), насыщения гемоглобина кислородом и центрального венозного давления (ЦВД). Производился мониторинг газообмена с анализом SpO_2 , Fi и $Pet CO_2$, концентраций на вдохе и выдохе севорана и N_2O , газового состава крови, кислотно-щелочного равновесия (КЩР), лактата. Для оценки функции симпатико-адреналовой системы во время операций у всех больных исследовали количество глюкозы в периферической крови глюкозоксиантным методом. Забор крови производили на трех этапах операции: 1-й этап – после премедикации

в операционной; 2-й этап – наиболее травматичный момент вмешательства (манипуляции на корне легкого, стимуляция рефлексогенных зон органов средостения, верхнего этажа брюшной полости, обработка костного канала etc); 3-й этап – в конце операции. Темп диуреза оценивали при помощи катетера Foley, установленного в мочевом пузыре.

Стержневым компонентом анестезиологического пособия являлась упреждающая и продленная эпидуральная анестезия (анальгезия). Ее оптимальный стресс-модулирующий эффект зависел от концентрации местного анестетика, уровня и протяженности симпатической блокады зон иннервации органов,

ответственных за формирование неблагоприятных последствий хирургического стресса: надпочечников, тонкой кишки, печени, почек, сердца [1, 3].

Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства выполняли в сидячем положении или на боку с помощью стандартной техники и одноразовых эпидуральных наборов «V. Braun», «Portex». Всем больным вводили тест-дозу 2 мл 2 % раствора лидокаина. Через 5 мин., при отсутствии признаков спинальной анестезии, начинали болюсное введение в эпидуральное пространство 0,5–1 % наропина по 2–5 мл, с интервалами 15–20 мин., строго контролируя величины АД и ЧСС. Уровень сенсорного блока определялся при помощи обычной инъекционной иглы. При вмешательствах на нижней половине тела оптимальным считался верхний уровень симпатического блока T4–T6, а при операциях в грудной полости и верхнем этаже брюшной полости – T1–T2. Общеизвестно, что уровень симпатического блока всегда на 3–4 сегмента выше

сенсорного [2, 3]. У 408 пациентов (68 %) эпидуральное введение наропина комбинировалось с адьювантами, разрешенными Фармакологическим комитетом РФ и перечисленными вместе с их дозами в таблице 2. В 107 случаях (17,95 %) больным после катетеризации эпидурального пространства и введения тест-дозы лидокаина мы начинали эпидуральную инфузию смеси в модификации G. Niemi и H. Breivik, состоящей из наропина 2 мг/мл, фентанила 2 мкг/мл и адrenalина 2 мкг/мл, со скоростью 4–12 мл/час [10]. Темп эпидурального введения такой смеси во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде (до 2-х суток) менялся в зависимости от эффективности анальгезии и гемодинамического профиля пациента. У 148 (24,83 %) оперированных больных эпидурально вводился морфин в дозе 2–5 мг с интервалами 12–24 часа. Характеристика выполненных эпидуральных блокад в зависимости от области оперативного вмешательства дана в таблице 2.

Таблица 2

Характеристики выполненных эпидуральных блокад в зависимости от области оперативного вмешательства

Область операции	Уровень катетеризации эпидурального пространства	Концентрация наропина	Используемые адьюванты, их дозы
Грудная полость	Th4–Th7	2–7,5 мг/мл	фентанил 2 мкг/мл, морфин 2–3 мг, адrenalин 2 мкг/мл
Верхний и средний этаж брюшной полости	Th6–Th9	2–7,5 мг/мл	фентанил 1–2 мкг/кг, морфин 2–4 мг, фентанил 2 мкг/мл, адrenalин 2 мкг/мл
Бедро и кости таза	Th12–L2	5–10 мг/мл	фентанил 1–2 мкг/кг, морфин 2–5 мг, фентанил 2 мкг/мл, адrenalин 2 мкг/мл

Премедикация у всех больных включала инъекцию бензодиазепина, антигистаминного средства и, по показаниям, анальгетика накануне в 22.00 и утром в 7.00 в день операции. В соответствии с современными рекомендациями по периоперационной тромبوпротекции, не ранее чем за 12 часов до катетеризации эпидурального пространства и оперативного вмешательства пациентам под кожу живота вводился клексан в дозе 0,2–0,4 мл или фраксипарин – 0,3 мл. На операционном столе подключали к пациенту мониторинговую аппаратуру, катетеризировали центральную вену и непосредственно перед анестезией осуществляли превентивную внутривенную инфузию плазмозаместителей в объеме 8–10 мл/кг. Индукцию в анестезию производили внутривенным введением атропина (0,4 мг), фентанила (1,5–3 мкг/кг), дипривана (1,5–2,5 мг/кг) или тиопентала Na (3–6 мг/кг). Интубация трахеи

выполнялась после достижения полной миоплегии тракриумом (0,8 мг/кг). ИВЛ наркозно-дыхательным аппаратом «Aespiro» компании DATEX OHMEDA проводили смесью севорана (севофлуран компании «Эбботт Лэбораториз Лтд.», Великобритания) в концентрации 0,25–1 об. % и закиси азота с кислородом в соотношении 1,5–2:1. Продолжительность оперативного вмешательства колебалась от 94 до 328 мин., в среднем 211 ± 117 мин.

Результаты и обсуждение

У всех пациентов к началу выполнения операции наблюдался достаточный сенсорный блок. Развитие эпидуральной блокады проявлялось закономерными изменениями гемодинамики в виде снижения среднего артериального давления и ЧСС (в начале операции – на 17,9 и 12,5 % соответственно, а в ходе основного этапа – максимально на 27,8 и 28,4 %) и

было связано с локальной симпатической блокадой и уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления. Отсутствие тахикардии, поддержание среднего АД в диапазоне значений от 65 до 85 мм Нг и ЦВД 60–100 мм вод. ст. при адекватно проводимой инфузионно-трансфузионной терапии способствовали оптимальной перфузии тканей и улучшению микроциркуляции. Подтверждением этому служили клинические наблюдения, анализ ЭКГ (неизмененные сегменты ST и T) и данных фотоплетизмографии, отсутствие лактат-ацидоза и удовлетворительный темп интраоперационного диуреза, который составлял более 1,5 мл/кг/ч. Однако у 9 пациентов (1,51 %) во время основного этапа операции отмечалась избыточная артериальная гипотензия со средним АД 55–60 мм Нг, которая была скорректирована инфузией дофамина 3–6 мкг/кг/мин или адреналина до 0,01 мкг/кг/мин. Четырем больным мы продолжили эпидуральную анестезию, на фоне короткого введения небольших доз кардиовазотоников. В остальных случаях переходили на внутривенное введение кетамина и фентанила. После полной компенсации возникшей кровопотери и гиповолемии возобновлялась продленная эпидуральная аналгезия.

Проведение больным травматологического и общехирургического профиля ИВЛ в режиме нормовентиляции с FiO_2 0,3–0,4 обеспечивало стабильный газообмен, компенсированное состояние по газовому составу крови, КЩР, нормальные величины SpO_2 . Пациентам торакальной хирургии при необходимости проведения однократной вентиляции мы существенно ограничивали подачу N_2O , применяя газонаркологическую смесь севорана (до 1 минимальной альвеолярной концентрации) с кислородом (FiO_2 0,5 и выше).

Когда вентиляция легких была возможна только с помощью ВЧ ИВЛ (4 клинических случая), наркозный сон поддерживался небольшими дозами дипривана или (и) кетамина. У 4 пациентов (0,67 %) с цементным эндопротезированием тазобедренного сустава на этапе цементирования ножки протеза отмечалось

кратковременное снижение SpO_2 до 92–94 %, что рассматривалось как проявление имплантационного синдрома. Использование севорана для ингаляционной анестезии улучшало синхронизацию больных с ИВЛ, уменьшало расход миорелаксантов в 1,5–2 раза, создавало пациентам оптимальный позиционный комфорт, особенно у ортопедических и торакальных больных при боковом положении. Шести пациентам после крупных вмешательств в грудной полости, сопровождавшихся значительной кровопотерей, потребовалась непродолжительная послеоперационная ИВЛ. Остальным больным произведена своевременная экстубация трахеи в операционной. Медикаментозная депрессия по окончании операции была минимальной. Отмечалась незначительная потребность в интраоперационном использовании наркотических аналгетиков. Суммарная доза фентанила, внутривенно вводимого, как правило, в первой половине операции, редко превышала 3–4 мкг/кг. Объем проводимой инфузионной терапии составил у травматологических пациентов 2650 ± 450 мл при кровопотере 560 ± 340 мл, у больных общехирургического профиля – 3150 ± 1150 мл и 1050 ± 750 мл соответственно, у пациентов торакальной хирургии – 3025 ± 1175 мл и 1570 ± 1330 мл соответственно. Соотношение коллоидов и кристаллоидов было 1:1,5–1:2. Трансфузии эр/массы и аутокрови выполнялись по показаниям. Уровень гликемии пациентов, проанализированный на 3-х этапах операции, находился в пределах «стресс-нормы» и свидетельствовал о метаболической и вегетативной стабильности.

Вывод

Сочетанная анестезия, основанная на продленной эпидуральной блокаде нарпином в качестве ведущего компонента анестезиологического обеспечения и эндотрахеальном ингаляционном наркозе смесью севорана и закиси азота с кислородом, отвечает современным требованиям адекватности анестезиологической защиты при проведении особо травматичных оперативных вмешательств.

Список литературы

1. Горобец, Е. С. Варианты использования эпидуральной блокады нарпином в онкохирургии / Е. С. Горобец // *Вестн. интенсивной терапии*. – 2006. – № 3. – С. 64–65.
2. Овечкин, А. М. Спинальная и эпидуральная анестезия в хирургии: клиническое значение и влияние на исход лечения / А. М. Овечкин // *Регионарная анестезия и лечение острой боли*. – 2006. – № 1. – С. 16–20.
3. Овечкин, А. М. Хирургический стресс-ответ, его патофизиологическая значимость и способы модуляции // *Регионарная анестезия и лечение острой боли*. – 2008. – Т. 11, № 2. – С. 54.
4. Сбалансированная анестезия на основе регионарных блокад – от седации к психоэмоциональному комфорту / В. А. Светлов, А. Ю. Зайцев, С. П. Козлов, А. П. Николаев // *Анестезиология и реаниматология*. – 2002. – № 4. – С. 19–23.
5. Сочетанная анестезия при тотальном замещении коленного и тазобедренного суставов / А. С. Пономарчук, В. Э. Пятко, А. В. Калинин, В. Ф. Тарабарин // *Материалы Первого съезда травматологов-ортопедов Дальневосточного федерального округа*. – Хабаровск, 2009. – С. 192–194.
6. Эпидуральная анестезия и стресс-ответ системы гемостаза при абдоминальных операциях высокой травматичности / П. А. Любашевский, Н. И. Артамонова, А. В. Забусов, И. Л. Денисенко // *Регионарная анестезия и лечение острой боли*. – 2007. – Т. 1, № 4. – С. 31–37.

7. Эпидуральная анестезия ропивакаином в качестве компонента анестезиологического пособия при операциях на легких / В. Э. Пятко, А. С. Пономарчук, С. К. Сухотин, А. В. Калинин // *Материалы десятого съезда анестезиологов и реаниматологов, 19–22 сентября 2006 г.* – СПб., 2006. – С. 367–368.

8. Beattie, W. S. *Epidural anesthesia reduces postoperative myocardial infarction: a metaanalysis* / W. S. Beattie, N. H. Badner, P. Choi // *Anesth. Analg.* – 2001. – № 93. С. 853–858.

9. Heller, A. *Optimizing clinical pathways using regional anesthesia* / A. Heller. – Madrid: ESA Refresher course book, 2006. – P. 3.

10. Niemi, G. *Epinephrine markedly improves thoracic epidural analgesia produced by a small-dose infusion of ropivacaine, fentanyl, and epinephrine after major thoracic or abdominal surgery: a randomized double-blinded crossover study with and without epinephrine* / G. Niemi, H. Breivik // *Anesth. Analg.* – 2002. – № 94. – P. 1598–1605.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

УДК 616-006-082 (571.620)

Об организации онкологической помощи населению края в рамках реализации краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009–2011 годы)» (по материалам коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края)

РЕШЕНИЕ КОЛЛЕГИИ

07.10.2009 г.

Заслушав и обсудив доклад заместителя начальника управления – начальника отдела развития специализированных видов медицинской помощи управления организации лечебно-профилактической помощи населению министерства здравоохранения Хабаровского края Баглай И.А., коллегия отмечает.

В Хабаровском крае, как в целом в Российской Федерации, наблюдается рост заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований (далее – ЗНО) за последние пять лет увеличилось на 5,4 %, в 2008 г. в крае взято на учет 4636 больных, в том числе 29 детей. Наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в динамике: в 2004 г. – 312,2, в 2008 г. – 329,9 на 100 тыс. населения при среднероссийском показателе 341,5.

В структуре заболеваемости ведущее место занимают опухоли легкого – 15,6 %, кожи – 12,2 %, молочной железы – 11,6 %.

В целом по краю наблюдается снижение показателя смертности от ЗНО с 194,5 в 2004 г. до 173,9 на 100 тыс. населения в 2008 г. (среднероссийский показатель составляет 147,0 на 100 тыс. населения). Вместе с тем рост показателя смертности отмечается в Амурском (с 137,6 до 214,4), Вяземском (с 155,1 до 204,4), Комсомольском (с 103,9 до 161,8), Советско-Гаванском (с 160,9 до 172,3), Тугуро-Чумиканском (с 72,3 до 270,6) и Хабаровском (с 96,5 до 147,4 на 100 тыс. населения) муниципальных районах края.

Организация специализированной онкологической помощи населению в соответствие с действующим законодательством Российской Федерации о разграничении полномочий является компетенцией органов государственной власти субъекта Российской Федерации.

Специализированная помощь онкологическим больным оказывается на онкологических койках, в том числе: в Краевом клиническом центре онкологии – 300 коек (из них – 90 радиологических), в онкологическом диспансере г. Комсомольска-на-Амуре – 91 койка (из них 19 коек дневного стационара).

Кроме того, функционирует гематологическое отделение на 43 койки в составе Краевой клинической больницы № 1 им. проф. С.И. Сергеева. Больные с опухолями опорно-двигательного аппарата, нервной системы получают лечение на койках ортопедического и нейрохирургического отделений ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2». Детские онкологические койки (25 коек) развернуты в государственном учреждении здравоохранения «Детская краевая клиническая больница».

С 2008 г. государственному учреждению здравоохранения «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края выделяется за счет средств федерального бюджета государственное задание на оказание высокотехнологичных видов онкологической помощи. Число квот, выделенных учреждению, увеличилось с 50 в 2008 г. до 75 в 2009 г.

Внедрение новых высокотехнологичных видов медицинской помощи онкологическим больным позволило снизить показатели годичной летальности с 34,5 до 32,2 %, первичного выхода на инвалидность – с 13,7 до 12,4 %.

Вместе с тем структура специализированной онкологической помощи тесно связана с деятельностью учреждений здравоохранения, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь.

Несмотря на наметившуюся тенденцию снижения удельного веса больных злокачественными новообразованиями, выявленных в III–IV стадии опухолевого процесса (с 24,7 в 2006 г. до 22,9 в 2008 г.), одной из основных проблем является позднее выявление злокачественных новообразований в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В большинстве муниципальных районов края (Аяно-Майский, Верхнебуреинский, Комсомольский, им. Лазо, Нанайский, Николаевский, им. П. Осипенко, Советско-Гаванский, Ульчский, Хабаровский) запущенность превышает среднекраевой показатель. По сравнению с 2007 г. данный показатель снизился только в г. Хабаровске и Амурском муниципальном районе.

Самая высокая запущенность зарегистрирована: при раке желудка – в Верхнебуреинском (81,8 %), Бикинском, Комсомольском и Ульчском муниципальных районах (по 80,0 %), при раке ободочной кишки – Аяно-Майском (100 %) и Верхнебуреинском муниципальном районах (66,7 %), при раке легкого – Охотском (100 %), Нанайском (50,0 %), Бикинском и Солнечном муниципальных районах (по 42,9 %).

Это обусловлено крайне недостаточным использованием современных методов раннего выявления заболеваний, неэффективностью профилактических осмотров населения, диспансерного наблюдения за больными с хроническими и предопухолевыми заболеваниями, недостаточной онкологической настороженностью врачей основных клинических специальностей и ликвидацией кабинетов доврачебной медицинской помощи.

Более 30 % выявленных больных в запущенной стадии заболевания не были осведомлены о признаках онкологических заболеваний и о необходимости своевременного обращения к врачу, что свидетельствует о недостаточной профилактической и санитарно-просветительной работе среди населения.

Низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие эффективной системы амбулаторного долечивания и реабилитации сдерживает внедрение новых медицинских технологий и значительно снижает эффективность лечения больных злокачественными новообразованиями.

Учитывая сложившуюся ситуацию по заболеваемости ЗНО, министерством здравоохранения края проводится работа по развитию и совершенствованию онкологической службы.

В 2009 г. Хабаровский край по итогам конкурсного отбора включен в перечень субъектов Российской Федерации, реализующих мероприятия, направленные на совершенствование организации онкологической помощи населению (далее – Мероприятия).

В соответствии с Соглашением, заключенным между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Правительством Хабаровского края о реализации Мероприятий, из федерального бюджета в край поступило 448,5 млн рублей на приобретение высокотехнологичного медицинского оборудования. Из краевого бюджета на софинансирование мероприятий выделено 134,6 млн рублей.

Распоряжением Правительства края от 04 июля 2009 г. № 311-рп «О реализации мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению Хабаровского края» утвержден перечень приобретаемого медицинского оборудования для краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Проведены конкурсные процедуры и заключены государственные контракты на оснащение ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края высокоэнергетическим линейным ускорителем 20 МВ, гамма-камерой (ОФЭТ/КТ сканнера), видеоэндоскопическим комплексом с установками для ультразвуковой и флуоресцентной эндоскопии, оборудованием для проведения брахитерапии, производства теневого блока, рентгенаппаратом с С-дугой, аппаратом УЗИ и информационно-аналитической системой управления, которая позволит создать единое информационное поле по оказанию специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи онкологическим больным.

С целью укрепления материально-технической базы первичного звена здравоохранения края Верхнебуреинского, Николаевского и Советско-Гаванского муниципальных районов проведены конкурсы и открытые аукционы на поставку следующего медицинского оборудования: 4-х эндоскопических аппаратов, 2-х маммографов, 1-го рентгенологического комплекса на 3 рабочих места, 1-го микроскопа, 2-х центрифуг.

Ведется подготовка и переподготовка специалистов соответствующего профиля в ведущих НИИ г. Москвы и г. Санкт-Петербурга, привлекаются специалисты из других регионов.

Возможность участия Хабаровского края в общенациональной программе по совершенствованию организации онкологической помощи населению позволит реализовать идею поэтапного оснащения радиологической службы в полном объеме с внедрением в практику современных методов высокотехнологичной лучевой терапии.

Министерством здравоохранения края разработана Концепция развития радиационной онкологии

в Хабаровском крае, которая одобрена главным онкологом России В.И. Чиссовым. Конечной целью Концепции является создание на базе государственного учреждения здравоохранения «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения края окружного центра высокотехнологичной лучевой терапии в Дальневосточном федеральном округе.

Лучевая терапия является наиболее эффективным методом консервативного лечения рака. Создание центра высоких технологий позволит более 15 % онкологических больных получить радикальную медицинскую помощь, исключить направление больных на лечение за пределы региона.

В целях обеспечения доступной и качественной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощью, совершенствования организации медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями в Хабаровском крае

КОЛЛЕГИЯ РЕШИЛА:

Считать приоритетными задачами по совершенствованию медицинской помощи онкологическим больным на среднесрочную перспективу:

– повышение показателя выявления больных с визуальной локализацией опухолей I–II стадии не менее чем на 6 %;

– снижение показателя запущенности выявления больных с 22,9 до 20 %;

– снижение показателя смертности от злокачественных новообразований не менее чем на 4 %;

– обеспечение доступности и качества высокотехнологичной, в том числе радиологической медицинской помощи онкологическим больным;

– совершенствование системы диспансеризации и реабилитации онкологических больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях;

– совершенствование существующей системы льготного обеспечения больных злокачественными образованиями лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;

– развитие радиационной онкологии в крае и внедрение лучевой терапии широкого спектра локализаций злокачественных новообразований в объеме до 50 % впервые зарегистрированных больных со злокачественными новообразованиями,

– создание на базе ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края окружного центра высокотехнологичной лучевой терапии.

2. Государственному учреждению здравоохранения «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края (Локалов Е.Г.) обеспечить:

2.1. Во взаимодействии с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения края ведение и ежегодную сверку в установленном порядке территориального ракового регистра больных.

Срок – постоянно.

2.2. Работу клиничко-диагностического, маммологического центров, поликлиники в 1,5-сменном режиме с учетом оптимального маршрута онкологических больных и особенностей различных локализаций злокачественных новообразований.

Срок – с 01 декабря 2009 года.

2.3. Эффективное использование медицинского оборудования, внедрение технологии кольцевого забора крови, организацию скрининговых исследований крови на онкомаркеры с распределением объемов на ИФА и РИА.

Срок – с 01 декабря 2009 года.

2.4. Своевременную и в полном объеме реализацию мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» по развитию высокотехнологичных видов медицинской помощи онкологическим больным и подпрограммы «Онкология» краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009–2011 годы)».

Срок – ежегодно.

2.5. Проведение анализа эффективности использования оборудования в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения.

Срок – до 15 января 2010 года.

2.6. Постоянное взаимодействие с краевыми государственными учреждениями здравоохранения и органами управления здравоохранением городских округов и муниципальных районов края по обеспечению этапности оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным с учетом локализации злокачественного новообразования.

Срок – постоянно.

2.7. Организацию ежедневной работы по передаче в учреждения здравоохранения края выписок на больных со злокачественными новообразованиями, содержащих сведения о сроках повторного осмотра больного в ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии», тактике его дальнейшего ведения, дополнительного обследования, схемах лечения.

Срок – постоянно.

2.8. Методическое руководство работой по профилактике и раннему выявлению онкологической патологии в крае.

Срок – постоянно.

2.9. Осуществление консультаций врачей и оказание выездной лечебной помощи больным злокачественными новообразованиями в других учреждениях здравоохранения края.

Срок – постоянно.

2.10. Разбор на краевой онкологической комиссии каждого случая позднего выявления злокачественных новообразований, с приглашением на комиссию специалистов муниципальных учреждений здравоохранения.

Срок – ежеквартально.

2.11. Подготовку и повышение квалификации врачей-онкологов, врачей основных клинических

специальностей и средних медицинских работников во взаимодействии с ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (Сулейманов С.Ш.) и Хабаровским филиалом Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина (Боровская Т.Ф.), ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Росздрава (Молочный В.П.).

Срок – постоянно.

2.12. Совместно с Хабаровским филиалом Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина (Боровская Т.Ф.) обеспечить:

2.12.1. Разработку Концепции развития онкологической службы края и представить на утверждение.

Срок – до 01 декабря 2009 года.

2.12.2. Подготовку проектов типовых нормативных правовых и распорядительных документов органов местного самоуправления по организации профилактики, диагностики, диспансеризации и реабилитации онкологических заболеваний и разработке соответствующих муниципальных целевых программ.

Срок – до 01 апреля 2010 года.

2.12.3. Анализ качества оказания медицинской помощи населению, причин случаев позднего выявления злокачественных новообразований, качества составляемых протоколов на случай выявления у больных запущенной формы злокачественных новообразований, обоснованности диагноза злокачественного новообразования, указываемого в справках о смерти, выдаваемых медицинскими работниками с разработкой рекомендаций по повышению эффективности онкологической помощи в разрезе муниципальных образований края.

Срок – постоянно.

2.12.4. Изучение и внедрение в практику здравоохранения передовых форм организации онкологической помощи, организацию и проведение симпозиумов, конференций, семинаров и выставок по актуальным проблемам онкологии.

Срок – постоянно.

2.12.5. Организацию и проведение активной санитарно-просветительской работы среди населения по здоровому образу жизни, профилактики онкологических заболеваний.

Срок – постоянно.

3. ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. профессора С.И. Сергеева (Пудовиков С.С.), «Краевая клиническая больница № 2» (Пошатаев К.Е.), «Детская краевая клиническая больница» (Петров Г.Г.) министерства здравоохранения Хабаровского края обеспечить взаимодействие с ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» по соблюдению этапности оказания медицинской помощи онкологическим больным.

4. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением городских округов и муниципальных районов края, ведомственных учреждений здравоохранения обеспечить:

4.1. Условия для реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению.

4.2. Выполнение мероприятий по раннему выявлению злокачественных новообразований, в том числе путем организации работы «смотровых» кабинетов, проведение скрининга, с последующим направлением больных с подозрением на злокачественное новообразование в онкологический кабинет.

4.3. Оказание ургентной, паллиативной и симптоматической медицинской помощи онкологическим больным.

4.4. Работу по организации учета выписанных больных и их активному патронажу в соответствии с информацией, предоставляемой ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии».

Срок – постоянно.

4.5. Диспансерное наблюдение онкологических больных и лиц группы риска.

4.6. Оценку деятельности учреждений здравоохранения с учетом показателей, характеризующих состояние онкологической помощи населению: удельный вес активно выявленных онкологических больных с ранней стадией заболевания, показатель одногодичной летальности, смертности, показатель первичного выхода на инвалидность.

4.7. Организацию и проведение активной санитарно-просветительской работы среди населения по здоровому образу жизни, профилактики онкологических заболеваний.

Срок – постоянно.

5. ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (Сулейманов С.Ш.):

5.1. Включить в учебные программы подготовки врачей изучение вопросов онкологии, в том числе профилактики и раннего выявления онкологической патологии, формирования групп диспансерного наблюдения.

5.2. Продолжить разработку территориальных стандартов оказания специализированной медицинской помощи больным с различными нозологическими формами онкологической патологии.

6. Управлению организации лечебно-профилактической помощи населению министерства здравоохранения Хабаровского края (Балабкин И.В.) обеспечить:

6.1. Реализацию мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению Хабаровского края в соответствии с распоряжениями министерства здравоохранения Хабаровского края от 29 июня 2009 г. № 457-р «О совершенствовании организации онкологической помощи населению Хабаровского края», от 15 июля 2009 г. № 508-р «О мероприятиях по реализации Распоряжения Правительства Хабаровского края от 04.07.09 г. № 311-рп».

6.2. Контроль за организацией взаимодействия между учреждениями здравоохранения Хабаровского

края по оказанию медицинской помощи онкологическим больным на территории Хабаровского края.

6.3. Организовать и провести совещание с представителями ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» по вопросу госпитализации и лечению больных онкогематологического профиля.

Срок – до 05 ноября 2009 года.

7. Управлению планирования, финансового и ресурсного обеспечения, технического контроля министерства здравоохранения края (Радомская И.Н.) обеспечить своевременное финансирование мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению края и мероприятий подпрограммы «Онкология» краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009–2011 гг.)» и контроль за целевым использованием финансовых средств.

8. Управлению кадровой политики, информационно-аналитической работы и контроля (Малы-

шев С.А.) обеспечить контроль за подготовкой и повышением квалификации специалистов здравоохранения (в том числе инженерных кадров) по вопросам онкологии, укомплектованностью кадрового состава ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края.

9. Информацию о выполнении решения коллегии представлять ежегодно в срок до 01 февраля.

10. Контроль за выполнением решения коллегии возложить на начальника управления организации лечебно-профилактической помощи населению министерства здравоохранения Хабаровского края Балабкина И.В.

**Председатель коллегии,
министр здравоохранения Хабаровского края
А.В. Витько**

удк 616-006:615.849 (571.620)

Концепция развития радиационной онкологии в Хабаровском крае (согласована с В.И. Чиссовым* и утверждена А.В. Витько)**

Министерство здравоохранения Хабаровского края,
г. Хабаровск

The concept of the development of radiation oncology in the Khabarovsk territory (agreed with V.I. Chissov and approved by A.V. Vitko)

Резюме

Приведены данные онкологической помощи в Хабаровском крае. Научно обоснованы методы лучевой терапии при злокачественных новообразованиях. Предложена организационная модель радиационного отделения на базе Краевого клинического центра онкологии с соответствующим материально-техническим и кадровым обеспечением.

Ключевые слова: онкология, лучевая терапия, организация онкологической помощи.

Summary

Data concerning cancer care in the Khabarovsk territory, including evidence-based methods of radiotherapy of malignant tumors are presented. We propose an organizational model of radiological department based on regional clinical cancer detection center with appropriate logistics and staffing.

Key words: oncology, radiation therapy, the organization of cancer care.

Концепция развития радиационной онкологии представляет собой анализ состояния радиологической службы в Хабаровском крае, основные цели, задачи и способы ее совершенствования на основе систематизации подхода с учетом отечественного и зарубежного опыта.

Цель: создание окружного центра высокотехнологической лучевой терапии в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) на базе государственного учреждения здравоохранения «Краевой клинический центр онкологии» для обеспечения устойчивости социально-экономического развития Хабаровского

* Директор ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена», профессор, академик РАМН, главный онколог России.

** Министр здравоохранения Хабаровского края.

края на основе доступности и качества высокотехнологической медицинской помощи (ВМП).

Задачи: эффективность функционирования радиационной онкологии определяется основными системообразующими факторами:

1. Создание условий, возможностей и мотивация развития радиологической службы.

2. Совершенствование инфраструктуры и ресурсного обеспечения, включая финансирование, материально-техническое и технологическое оснащение на основе инновационных подходов и принципов стандартизации.

3. Рациональная организационная структура радиотерапевтической службы служит основным источником повышения эффективности работы, которая должна соответствовать определенным критериям:

3.1. Комплексность – концентрация в одном отделении технологий, обеспечивающих потребности населения края в лучевой терапии.

3.2. Доступность – возможность проведения лучевой терапии контингенту больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) и неопухолевыми заболеваниями.

3.3. Минимизация очередности на лечение.

3.4. Информатизация.

3.5. Направленность на потребителя – обеспечение максимальной удовлетворенности пациентов качеством проводимого лечения.

3.6. Рациональное управление кадрами.

3.7. Динамичность – создание гибкой структуры для обеспечения возможности расширения материально-технической базы и успешного внедрения технологий.

3.8. Экономичность – использование технологий с наилучшим соотношением цена-качество.

3.9. Экологическая безопасность.

4. Осуществление единой кадровой политики подготовки, закрепления и непрерывного повышения квалификации медицинского и технического персонала, способного решать задачи, поставленные перед радиационными онкологами.

На основе анализа состояния радиационной онкологии в крае и стандартизации радиологической помощи для достижения поставленных целей определены основные этапы решения поставленных задач.

Конкретизация мероприятий основных этапов будет осуществляться ежегодной корректировкой с целью определения возможности включения мероприятий в общенациональные программы и привлечения дополнительных инвестиций.

Основные этапы развития радиационной онкологии в Хабаровском крае

Первый этап. 2005–2008 годы.

Основные задачи:

1. Создание радиологической службы 1–2 уровня оснащения, рекомендованных Ассоциацией

медицинских физиков России (АМФР) в ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» (ГУЗ ККЦО).

2. Утверждение организационной структуры отделения в соответствии с технологической линией лучевой терапии.

3. Осуществление лучевой терапии основных локализаций в объеме до 25–30 % от общего числа впервые зарегистрированных онкологических больных.

4. Обеспечение хорошего уровня качества конвенционального облучения, начального уровня конформности облучения, использование радионуклидной терапии открытыми источниками (стронций-89), контактной терапии закрытыми источниками кобальт-60 (внутриполостной) при злокачественных новообразованиях женской половой сферы и прямой кишки.

5. Подготовка, закрепление и обучение медицинских физиков, инженеров, дозиметристов, врачей-радиологов.

6. Локальная информатизация отделения для решения вопросов планирования и автоматизации управления облучением.

Второй этап. 2009–2011 годы.

Основные задачи:

1. Создание регионального центра высокотехнологической лучевой терапии 3–4 уровней оснащения на базе ГУЗ ККЦО.

2. Анализ деятельности радиологической службы на первом этапе и совершенствование организационной структуры с системой гарантий качества.

3. 100 % реализация проектных решений на основе модернизации имеющегося оборудования, приобретения нового оборудования с учетом перспективного внедрения инновационных технологий.

4. Выполнение лучевой терапии широкого спектра локализаций опухолей в объеме до 50 % впервые зарегистрированных больных с ЗНО.

5. Обеспечение высокого уровня качества конформного облучения с использованием методик формирования поля и планирования облучения, методик прецизионного облучения малых мишеней, методик модуляции интенсивности облучения, синхронизации по дыханию, визуального контроля в широком рентгеновском пучке, стереотаксической радиотерапии и радиохирургии. Использование однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ), компьютерной томографии (КТ), ультразвукового исследования (УЗИ) для топометрии, применение радионуклидной терапии открытыми источниками (йод-131), внутритканевой терапии рака пищевода, бронхов, простаты, молочной железы, полости рта закрытыми источниками кобальт-60. Совершенствование медицинской реабилитации.

6. Обеспечение достаточности и качества высокотехнологической лучевой терапии для жителей края, участие в реализации государственного заказа на высокотехнологическую медицинскую помощь (ВМП) для жителей края.

7. Дальнейшее наращивание и совершенствование кадрового и квалификационного потенциала службы. Привлечение квалифицированных специалистов из других территорий для работы на постоянной основе и по контракту на период внедрения инновационных технологий.

8. Информатизация радиологии (создание внутреннего информационного поля) для решения вопросов оперативного учета, контроля, анализа деятельности службы и принятия решений на основе объективных данных с обеспечением мероприятий по защите информации.

Третий этап. 2011–2015 годы.

Основные задачи:

1. Создание окружного центра высокотехнологичной лучевой терапии на базе ГУЗ ККЦО.

2. Анализ деятельности радиологической службы на втором этапе и совершенствование организационной структуры.

3. Создание филиала специализированной радиологической помощи в МУЗ «Онкологический диспансер» г. Комсомольска-на-Амуре с целью обеспечения жителей города и прилегающих Северных районов конвенциональной лучевой терапией как этапом комплексного лечения и оказания паллиативной медицинской помощи.

4. Строительство специализированного комплекса для позитронно-эмиссионной томографической (ПЭТ) диагностики (циклотрон, ПЭТКТ-центр) с размещением магнитно-резонансной томографии (МРТ) на базе ГУЗ ККЦО.

5. Обеспечение доступности и качества высокотехнологичной лучевой терапии, увеличение объемов государственного задания для жителей ДФО.

6. Дальнейшее совершенствование кадровой политики, взаимодействие науки и практики.

7. Информатизация радиационной онкологии (создание внешнего информационного поля) – создание единого информационного пространства в сфере здравоохранения Хабаровского края, информационное взаимодействие с другими регионами, федеральными центрами с использованием телемедицинских технологий.

Реализация этапов развития радиационной онкологии в Хабаровском крае обеспечит достаточность и качество высокотехнологичной лучевой терапии жителям ДФО, обеспечит реализацию лучевой терапии в объемах мирового уровня 50–60 %, снижение смертности и инвалидизации от ЗНО, повысит продолжительность и качество жизни онкологических больных.

Финансовое обеспечение мероприятий

Финансовое обеспечение происходит за счет краевых бюджетных средств по капитальному строительству, текущего финансирования по отрасли «Здравоохранение», а также за счет средств федерального

бюджета и консолидированного бюджета отрасли в рамках реализации общенациональных проектов и программ.

Общие положения

Хабаровский край является стратегическим центром России на Дальнем Востоке, занимает 5 % территории России и 4-е место в РФ по размерам субъекта. Площадь его территории составляет 787,6 тыс. кв. км, протяженность с севера на юг составляет почти 1800 км; 80 % территории края относится к труднодоступным районам Крайнего Севера.

Численность постоянно проживающего населения составляет 1,4 млн человек. Административная структура включает 17 муниципальных районов и 2 городских округа: г. Хабаровск (578 тыс. человек) и г. Комсомольск-на-Амуре (272 тыс. человек).

Заболеваемость ЗНО в крае ежегодно увеличивается: с 312,2 случая на 100 тыс. населения в 2004 г. до 330,5 случая на 100 тыс. населения в 2008 г. Показатель заболеваемости ЗНО в РФ несколько выше: 328 и 341,3 случая на 100 тыс. населения соответственно, заболеваемость ЗНО по ДФО ниже, чем в Хабаровском крае, но тоже имеет тенденцию к росту: соответственно с 286,1 до 300,5 случая на 100 тыс. населения.

Злокачественные опухоли в крае занимают 3-е место в структуре причин инвалидизации взрослого населения (11,5–13,7 %) и 3-е место в структуре общей смертности (12,2 %). Смертность от ЗНО составляет 187,2 случая на 100 тыс. населения в Хабаровском крае; в России этот показатель – 203 случая на 100 тыс. населения.

Ежегодно в крае регистрируется более 4000 вновь выявленных больных с ЗНО, 30 % из них получают лучевую терапию как самостоятельный метод паллиативной терапии и в комплексе с хирургическим и лекарственными методами лечения.

По оценке международных экспертов, до 40–50 % больных ЗНО потенциально излечимы, причем не менее 18 % с помощью лучевой терапии. В среднем менее 60 % всех первично зарегистрированных больных подлежат облучению. Лучевая терапия остается наиболее эффективным методом консервативного лечения рака.

Совершенствование радиотерапевтической техники и внедрение современных технологий ведет к увеличению точности и конформности облучения, позволяет повысить суммарную очаговую дозу без увеличения риска повреждения окружающих тканей.

Понятие «новые технологии» и «качество» не тождественны. При одних и тех же технологических ресурсах в различных учреждениях качество медицинской помощи может существенно различаться.

Улучшение результатов лечения пациентов необходимо связывать не только с установкой современного оборудования, но и со способностью радиологической службы включать новые технологии

в систему оказания медицинской помощи наиболее эффективным и результативным способом.

Рациональная организация лечебного процесса, использование нетрадиционных режимов фракционирования дозы, методик радиомодификации и медицинской реабилитации входит в круг вопросов обеспечения высококачественной лучевой терапии. Эффективность лучевой терапии зависит от дозы, подведенной к опухоли; тяжесть лучевых реакций и осложнений зависит от дозы в окружающих тканях. Повышение конформности и точности выбора мишени облучения является основополагающим принципом в улучшении гарантии качества.

Реализация первого этапа развития радиационной онкологии в Хабаровском крае и анализ его результатов

Ассоциацией медицинских физиков России (АМФР) под руководством д.ф.-м.н., профессора В.А. Костылева в 2002 г. разработаны «Медико-технические требования (МТТ) к проекту радиологического корпуса и лаборатории радионуклидной диагностики (ЛРНД) терапевтического корпуса краевого онкологического диспансера г. Хабаровска».

Опираясь на потребность края, оценку качества, экономическую и политическую эффективность технического оснащения АМФР, сформированы задания на проектирование отделения лучевой терапии, на организацию технологических процессов, оснащение радиологической службы, обоснованы требования к помещениям, инженерному обеспечению, соблюдению радиационной безопасности, рекомендованы организационная структура и штатная численность с учетом стоящих перед ГУЗ ККЦО задач.

Анализ технического обеспечения ГУЗ «Онкологический диспансер» г. Хабаровска, численность населения края (1,5 млн чел.), заболеваемость ЗНО, перспектива развития ГУЗ ККЦО в межрегиональный онкологический центр для населения Дальнего Востока, рекомендации ВОЗ и МАГАТЭ явились исходными данными для формирования требований по техническому оснащению.

Количество аппаратов дистанционного облучения, рассчитанное на основе литературных данных и по результатам математического моделирования, составило 7–9 аппаратов дистанционной лучевой терапии (ДЛТ). Рекомендуемое количество аппаратов, их перечень скорректированы на объемы лучевой терапии (40 %), ограниченность финансирования, 2-сменный режим эксплуатации.

ФГУП ГСПИ Минатома России в 2004 г. разработало проект радиологического корпуса и ЛРНД в соответствии с МТТ.

Все 6 каньонов для размещения аппаратов лучевой терапии имеют одинаковую конфигурацию радиационной защиты и рассчитаны в перспективе на установку в них новых версий радиотерапевтиче-

ских аппаратов с характеристиками, аналогичными ЛУЭР-20М.

Проект успешно реализован в 2005 г. по гибкому принципу с возможностью поэтапной модернизации и внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения ЗНО. Создана организационная структура службы с централизацией руководства в составе двух стационарных отделений на 90 коек, ЛРНД, отделения лучевой терапии. Получены разрешительные документы надзорных органов на эксплуатацию оборудования и обращение с радиоактивными веществами.

Общая стоимость строительства ККЦО составила 2,17 млрд руб., в том числе за счет средств федерального бюджета 12 % (256 млн руб.).

Общая стоимость медицинского оборудования ККЦО составила почти 800 млн руб., в том числе радиационного оборудования 399 млн руб. За счет средств федерального бюджета поставлен ускорительный комплекс стоимостью 139 млн руб.

В соответствии с Проектом отделение лучевой терапии оснащено:

1. Линейным ускорителем 6 МэВ (Mevatron Primus, производства «Сименс»).
2. Двумя гамма-терапевтическими аппаратами дистанционного облучения (Theratron Elite 80, Канада) с источниками кобальт-60, активностью 15 000 кюри.
3. Двумя гамма-терапевтическими аппаратами контактного облучения (Multisours, Германия) с источниками кобальт-60, активностью 2 кюри.
4. Двумя компьютерными томографами: Somatom Emotion («Сименс»), Light Speed RT (GE).
5. Рентгеновским симулятором SimView («Сименс»).
6. Системами дозиметрического планирования XiO CE 3D, Theraplan, HDR.
7. Информационно-управляющей системой «ЛАНТИС».
8. Аппаратами магнитотерапии («Магнитотурботрон»), гипертермии («Яхта-5», «Экстратерм»), гипокситерапии («Горный воздух»), аппаратами лазеротерапии.
9. Аппаратом рентгенотерапии Therapax 225, США.
10. Оборудованием для клинической дозиметрии («Голубой фантом», аппараты ДОЗ-1).
11. Оборудованием для радиационного контроля.
12. ЛРНД оснащена ОФЭКТ/КТ сканером Infinia Hawkey (GE) и автоматизированной системой радиоиммунного анализа «Стратег-300» (Чехословакия).

Официально отделение лучевой терапии и ЛРНД были введены в эксплуатацию с 1 июля 2005 г.

Проектный комплекс радиационного оборудования обеспечил выполнение всех технологических этапов лучевой терапии: диагностического, предлучевой топометрии, планирования, модификации, воспроизведения плана облучения, верификации, гарантии качества, медицинской реабилитации.

В 2008 г. завершен первый этап развития радиационной онкологии в крае: освоено установленное

оборудование, связанное в сложную технологическую цепочку, внедрены стандартные методики облучения больных, накоплен опыт конвенциональной лучевой терапии, подготовлены врачи-радиологи и медицинские физики определенного квалификационного уровня.

Это позволило повысить качество лечения больных, повысить профессиональную заинтересованность и удовлетворенность персонала, повысить статус учреждения и получить в 2008 г. государственный заказ на оказание высокотехнологичной медицинской помощи наряду с федеральными центрами высоких технологий в объеме 50 квот.

За 3 года работы службы отмечается стабильный рост числа больных, получивших лучевую терапию, с 800 человек в 2004 г. до 1315 человек в 2008 г. (28 % от числа впервые зарегистрированных с ЗНО) более чем 40 локализаций согласно международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Увеличился удельный вес больных, требующих конформного подведения дозы: с заболеваниями головы и шеи (с 91 до 281 человека), урологических органов (с 16 до 98 человек), молочной железы (со 114 до 219 человек), в 4 раза увеличилось число пациентов, получивших рентгенотерапию по поводу рака кожи.

В 2005 г. подготовлены 4 врача-радиолога (всего 14), 2 физика с медицинским уклоном (всего 3), инженер, 2 дозиметриста, которым для закрепления было выделено 4 квартиры служебного пользования.

Коэффициент обеспеченности врачами-радиологами составил 1/100 тыс. населения (в России он составляет 0,7, в развитых странах – 1,2).

Коэффициент обеспеченности медицинскими физиками и дозиметристами составил 0,36/100 тыс. населения (0,2 – по России, 0,4–1,2 – в развитых странах).

В течение 2005–2006 гг. обучение специалистов радиационной онкологии осуществлялось на центральных базах ведущих онкологических клиник России, ближнего и дальнего зарубежья.

Однако анализ деятельности радиологической службы в 2007–2008 гг. выявил ряд существенных недостатков в организации радиологической помощи населению края в связи со сменой руководителя службы:

1. Децентрализация радиологической службы, разрушение преемственности ведения радиологических больных (диагностика, консультация, стационар, отделение лучевой терапии).

Это привело к утрате использования уже освоенных методик: радионуклидной терапии костных метастазов открытым источником стронций-89, радиоиммунного анализа ЗНО, локальной гипертермии, гипокситерапии; снижению объемов медицинской помощи по медицинской реабилитации лучевых осложнений с использованием магнитотерапии, лазеротерапии, снижению объемов сочетанной лучевой терапии на 20 %, снижению удельного веса методик нетрадиционного фракционирования дозы на 20 %.

Отчеты службы не информативны, не содержат анализа создания стандартов радиологической помощи, внедрения порядков ее оказания, внедрения в практику отделения рекомендаций, разработанных профессиональными сообществами, не определены индикаторы качества лечебно-диагностического процесса.

Утрачена система управления качеством оказания медицинской помощи, отсутствует система оперативного учета, оценка качества медицинской помощи по критериям полноты выполнения обязательных лечебно-диагностических мероприятий и сравнительный анализ качества работы отдельных врачей и подразделений лучевой терапии.

Отсутствует анализ работы амбулаторной службы, анализ адекватности обследования, терапии, оценка лечения лучевых повреждений, анализ непрофильных госпитализаций, необоснованной задержки больных на дорогостоящих койках.

2. Анализ решения кадровых вопросов выявил нерациональное управление кадрами, что привело к снижению кадрового и квалификационного потенциала службы (коэффициент обеспеченности врачами-радиологами снизился до 0,7/100 тыс. населения, квалификационный уровень врачебного персонала снизился на 30 %). Кадровый дефицит не восполнен, отсутствует развитие службы медицинской физики.

Возросшее число жалоб пациентов говорит о снижении удовлетворенности пациентов качеством оказываемой помощи.

Отсутствие системы профессионального допуска персонала к определенным видам медицинской деятельности в зависимости от уровня их сложности и материально-техническим ресурсам привело к бесконтрольному использованию дорогостоящей медицинской техники, нарушению требований эксплуатации, что явилось причиной дополнительных финансовых затрат.

Поэтому в переходный период ко второму этапу развития радиационной онкологии выполнены мероприятия по оптимизации работы радиологической службы, по совершенствованию организационной структуры, по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи, созданию системы гарантии качества, совершенствованию систем поэтапного восстановительного лечения и реабилитации, интенсификации работы стационарной койки.

Создан центр лучевой терапии, в состав которого входят два радиологических стационара по 45 коек, ЛРНД, отдел медицинской физики.

Руководителем центра лучевой терапии предусмотрен заместитель главного врача по радиологии, заведующий центром лучевой терапии.

Утверждено штатное расписание для обеспечения внедрения новых технологий (табл. 1).

Приглашены квалифицированные специалисты из других территорий: Амурской области, Приморского

края, г. Челябинска для работы на постоянной основе. Планируется приглашение ведущих специалистов отрасли для работы на контрактной основе на период внедрения новых технологий для непрерывного обучения персонала радиологической службы.

Таким образом, в подготовительный период перехода ко второму этапу развития радиационной онкологии проведена реорганизация структуры и штатного расписания радиологической службы, приглашены квалифицированные специалисты, приняты на работу молодые специалисты, активизирована работа по повышению квалификационного уровня медицинских и технических кадров.

Сегодня ГУЗ ККЦО морально и технически готов к следующему этапу развития – освоению современных методик высокотехнологичного облучения.

Реализация второго этапа развития радиационной онкологии в Хабаровском крае – создание регионального центра высоких технологий и мотивация его необходимости.

Возможность участия Хабаровского края в общенациональной программе по совершенствованию организации онкологической помощи населению позволит реализовать идею поэтапного оснащения радиологической службы в полном объеме с внедрением в практику современных методов высокотехнологичной лучевой терапии.

Дистанционная лучевая терапия:

1. 3D-конформная лучевая терапия (с использованием МЛК).
2. Лучевая терапия с модуляцией интенсивности (IMRT).
3. Лучевая терапия с визуальным контролем в режиме реального времени (IGRT).

Синхронизация облучения по дыханию.

5. Стереотаксическая радиохирurgia.
6. Стереотаксическая радиотерапия.

Внутриканевая лучевая терапия:

1. Радионуклидная терапия с йодом-131.
2. Брахитерапия рака простаты.
3. Брахитерапия рака молочной железы.
4. Брахитерапия рака пищевода.
5. Брахитерапия рака бронхов.
6. Брахитерапия рака прямой кишки.

Это позволит обеспечить 3–4 уровень оснащения и проведение лучевой терапии широкого спектра локализаций; высокий уровень качества и конформности облучения; возможность прецизионного облучения малых мишеней за счет высокоточного пространственного фокусирования фотонных пучков; использовать сложные методики формирования поля и планирования облучения.

Идея создания радиологического центра высоких технологий проанализирована задолго до завершения первого этапа.

Еще в 2006 г. ведущими специалистами России в онкологии и радиологии – академиком РАМН, про-

фессором В.И. Чиссовым (МНИОИ им. П.А. Герцена), профессорами РОНЦ С.И. Ткачевым, Б.И. Долгушиным, академиком РАН и РАМН А.Н. Коноваловым (ГУ НИИ НХ им. академика Н.Н. Бурденко), академиком МАН, профессором МГУ Г.Г. Матякиным (МЦ УДП РФ) – рекомендовано создание в ГУЗ ККЦО центра радиохирургии на базе линейного ускорителя 20 МэВ.

В 2007 г. в крае введен в эксплуатацию нейрохирургический центр (ГУЗ ККБ № 2), кардиохирургический центр (ГУЗ ККБ № 1), которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь больным со злокачественными опухолями головного и спинного мозга, сосудистыми мальформациями, микроаденомами гипофиза, кавернозными ангиомами.

Однако для оказания высокотехнологичной лучевой терапии при данных заболеваниях больные направляются за пределы региона (60–100 человек ежегодно). Стоимость федеральной квоты в ФСМУ по онкологии составляет 109,8 тыс. руб. Затраты федерального бюджета на оказание ВМП в ФСМУ по онкологии составляют более 5 млн руб. ежегодно. Оплата проезда до места лечения за счет краевого бюджета составляет ежегодно более 1 млн руб.

В нейрохирургическом центре г. Хабаровска ежегодно получают лечение в среднем 320–350 человек с заболеваниями головного и спинного мозга, в том числе с опухолями – 150 человек. Доля хирургического лечения составляет 76–80 %, послеоперационная летальность достигает 20 %, инвалидизация после оперативных вмешательств – до 80 %.

Сегодня онкологические пациенты Хабаровского края лишены альтернативы органосохраняющей терапии. Имеется высокая потребность в проведении высокотехнологичного облучения в качестве самостоятельного метода радикальной терапии ранее не курабельных локализаций опухоли, альтернативы сложным (калечащим) хирургическим операциям при лечении опухолей малых размеров, радикальной терапии при лечении опухолей органов грудной клетки и малого таза с оптимальным подбором энергии излучения.

С экономической точки зрения, возможность проведения «бескровной» однократной процедуры снижает затраты на реабилитацию пациента, сокращает сроки пребывания его в стационаре, позволяет больному избежать инвалидизации и вернуться к трудовой деятельности. Такое лечение психологически более комфортно переносится и пациентом, и его близкими.

Создание центра высоких технологий позволит 15 % онкологических больных получить радикальную медицинскую помощь, исключить направление больных за пределы региона (1,5 %).

Результатом реализации второго этапа развития радиационной онкологии в крае ожидается выполнение лучевой терапии широкого спектра локализаций ЗНО в объеме до 50 % впервые зарегистрированных больных с ЗНО, обеспечение высокого уровня ка-

Таблица 1

5	ЦЕНТР ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	СТАВКИ
	Заместитель главного врача, заведующий центром лучевой терапии	1,00
5.1	Радиологическое отделение № 1	
	Врачи	
5.1.1	Заведующий отделением – врач-радиолог	1,00
5.1.2	Врач-радиолог (дежурный)	4,25
5.1.3	Врач-терапевт	2,25
5.2	Радиологическое отделение № 2	
	Врачи	
5.2.1	Заведующий отделением – врач-радиолог	1,00
5.2.2	Врач-радиолог (дежурный)	4,25
5.2.3	Врач-терапевт	1,25
5.2.4	Врач-акушер-гинеколог	1,00
5.3	Лаборатория радионуклидной диагностики	
	Врачи	
5.3.1	Заведующий лабораторией – врач-радиолог (лечение открытыми радионуклидами, РИА)	1,00
5.3.2	Врач-радиолог (2 ОФЭК/КТ)	2,00
5.4	Отдел медицинской физики	
	Врачи	
5.4.1	Заведующий отделом – эксперт-физик	1,00
5.4.2	Врач-радиолог	12,00
5.4.3	Врач-рентгенолог	6,00
5.4.4	Врач-нейрохирург (хирург)	1,00
5.4.5	Врач-онколог (уролог)	0,50
5.4.6	Врач-стоматолог (хирург)	0,50
5.4.7	Врач-эндоскопист	0,50
5.4.8	Врач ультразвуковой диагностики	1,00
5.4.9	Врач-анестезиолог-реаниматолог	0,50
	Прочий персонал	
5.4.18	Инженер	7,00
5.4.19	Эксперт-физик по контролю за источниками ионизирующих и неионизирующих излучений (планирование, радиационный контроль)	9,00
5.4.20	Техник (изготовление блоков, фиксирующих устройств)	1,00
5.4.21	Техник-дозиметрист	3,00
5.4.22	Инженер-программист (администратор)	2,00

чества конформного облучения с использованием методик стереотаксической радиотерапии и радиохирургии.

Использование ОФЭК/КТ, УЗИ для топографии, использование радионуклидной терапии открытыми источниками (йод-131), внутритканевой терапии рака пищевода, бронхов, простаты, мо-

лочной железы, полости рта закрытыми источниками кобальт-60; наращивание кадрового, квалификационного потенциала, увеличение объемов государственного задания обеспечат подготовку учреждения к третьему этапу развития – созданию окружного центра высокотехнологичной лучевой терапии.

Перспектива развития радиационной онкологии до 2015 года – третий этап развития службы – создание окружного центра высоких технологий

Создание окружного центра на базе ГУЗ ККЦО поставит «на поток» высокотехнологичные виды медицинской помощи, обеспечит дополнительный приток финансовых средств в экономику края.

Уже сегодня планируется строительство хирургического корпуса в МУЗ «Онкологический диспансер» г. Комсомольска-на-Амуре, анализируется вопрос создания филиала радиологической службы для проведения конвенциональной лучевой терапии жителям этого города и прилежащих к нему Северных районов (400 тыс. человек).

Изучаются вопросы совершенствования уточняющей диагностики – строительство ПЭТ-центра в г. Хабаровске, проводятся расчеты стоимости проектных работ, монтажа, изучается вопрос кадрового обеспечения.

Реализация данной концепции создаст систему радиационной онкологии, позволит обеспечить достаточность и качество медицинской помощи на основе единых требований и подходов с учетом передовых достижений научно-технического процесса, которая явится залогом устойчивости социально-экономического развития Хабаровского края в долгосрочной перспективе.

Список литературы

1. Костылев, В. А. Организационно-экономические проблемы физико-технического обеспечения радиационной терапии / В. А. Костылев; АМФР, МНИОИ им. П.А. Герцена. – М., 2006.
2. Мардынский, Ю. С. Современные проблемы повышения эффективности лучевой терапии / Ю. С. Мардынский; МРНЦ РАМН. – Обнинск, 2000.
3. Костылев, В. А. Актуальные проблемы радиационной онкологии и пути их решения / В. А. Костылев, Г. В. Голдобенко; ОНЦ РАМН, АМФР. – М., 2002.
4. Служба обеспечения качества лучевой терапии / РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – М., б. г.
5. Концепция проекта «Создание системы высокотехнологичных онкордиологических центров» / РОНЦ им. Н.Н. Блохина; М. И. Давыдов и др. // Мед. физика. – 2006. – № 2.
6. Чиссов, В. А. Проблемы внедрения и эффективного использования лучевой терапии в онкологии / В. А. Чиссов, Ю. А. Рохманин, В. А. Костылев // Мед. физика. – 2002. – № 3.
7. Виноградов, М. И. Перспективные методики лучевой терапии / М. И. Виноградов; ФГУ РНЦХ Росмедтехнологий // Практик. онкология. – 2007. – № 4.
8. Черниченко, А. В. Клинические аспекты обеспечения качества лучевой терапии: рекомендации РАТРО / А. В. Черниченко, А. В. Филимонов. – М., 2008.
9. Костылев, В. А. Медико-технические требования к проекту радиологического корпуса и ЛРНД в терапевтическом корпусе краевого онкологического диспансера г. Хабаровска / В. А. Костылев; АМФР. – Хабаровск, 2002.
10. Концепция развития здравоохранения до 2020 года.

удк 616-006-082 (571.620-25)

Онкологическая помощь в г. Хабаровске: состояние и пути улучшения

К.П. Топалов*, Л.М. Останина, Е.Г. Гандурова

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
 ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» МЗ ХК,
 МУЗ «Городская поликлиника № 7»,
 г. Хабаровск

K.P. Topalov, L.M. Ostanina, E.G. Gandurova

Cancer care in Khabarovsk: situation and ways of improvement

Резюме

Рассмотрены вопросы организации онкологической помощи на муниципальном уровне. Подчеркнута роль создания единой онкологической службы в г. Хабаровске, выделены приоритеты для улучшения специализированной помощи больным со злокачественными новообразованиями.

Ключевые слова: онкологическая помощь, г. Хабаровск.

* ktopalov@mail.ru

Summary

The article highlights the problems of organization of oncological aid to the population at the municipal level. The role of universal oncology service in Khabarovsk is emphasized; priorities for improving specialized care of patients with malignant neoplasms are identified.

Key words: cancer care, Khabarovsk.

Сегодня наблюдается повышенное внимание к онкологической патологии из-за высокой заболеваемости и прогрессивного роста смертности от злокачественных новообразований. Это заставило в 2009 г. принять национальную программу, направленную на улучшение медицинской помощи лицам, страдающим онкологической патологией, повышение результативности профилактических мероприятий с целью более раннего выявления онкологического процесса среди населения.

В г. Хабаровске ежегодно выявляется около 2 тыс. новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО). В 2008 г. показатель смертности от онкологических заболеваний составил 177,9 случая на 100 тыс. населения и является второй причиной смертности городского населения после сердечно-сосудистых заболеваний. На конец 2008 года на диспансерном учете в онкологическом отделении Городской поликлиники № 7, составляющим основу всей специализированной службы г. Хабаровска, находится свыше 10 тыс. боль-

Диаграмма 1
Структура населения Хабаровска в процентах



Диаграмма 2
Заболеваемость ЗНО с впервые установленным диагнозом в Хабаровске, крае и РФ (на 100 тыс. населения)



ных ЗНО, т. е. 1,74 % городского населения страдают онкологической патологией.

и края, что отразилось на возрастной структуре городского населения (диаграмма 1). Доля детей в возрасте до 15 лет в общей структуре населения за эти годы сократилась на 44,4 %, увеличился удельный вес лиц в возрасте 50–59 лет и старше 60 лет (соответственно на 24,1 и 37,0 %).

Диаграмма 3
Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (на 100 тыс. населения)



Диаграмма 4
Уровень смертности от злокачественных новообразований в Хабаровске и РФ (на 100 тыс. населения)

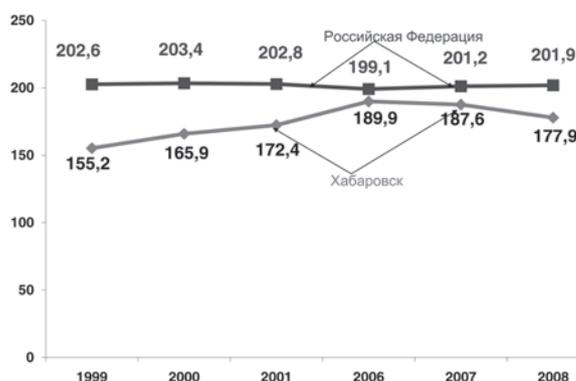
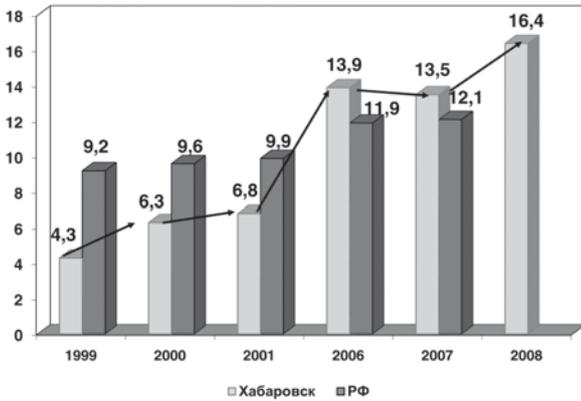


Диаграмма 5

Удельный вес больных с впервые выявленными ЗНО на профилактических осмотрах в %



Наблюдаемый процесс демографического старения городского населения соответственно отразился на уровне онкологической заболеваемости (диаграмма 2).

Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями среди населения г. Хабаровска неуклонно растет; она соответствует краевым и федеральным тенденциям (соответственно γ составил 0,93 и 0,71). Подобная закономерность и среди распространенности ЗНО среди городского населения, где γ составил соответственно 0,95 и 0,87 (диаграмма 3).

Смертность от ЗНО в Хабаровске неуклонно нарастает, о чем свидетельствует диаграмма 4. Однако эти показатели в Хабаровске ниже, чем в РФ. При стандартизации населения по возрасту показатели смертности оказались выше, чем в крае и РФ.

Оказание онкологической помощи городскому населению осуществляет онкологическое поликлиническое отделение при Городской поликлинике № 7, созданное Приказом управления здравоохранением при администрации г. Хабаровска от 1983 г. № 159. Это отделение имеет 32,75 штатной единицы и укомплектовано 16 физическими лицами (48,9 %).

Организация онкологической помощи городскому населению представлена на схеме 1. Для улучшения специализированной помощи населению г. Хабаровска необходима четкая регламентация оказания онкологической помощи городскому населению согласно Приказу от 03.12.2009 г. № 944-н.

Коллектив онкологического отделения работает в две смены, благодаря чему обеспечивается доступность онкологической помощи городскому населению. Из-за отдаленности от онкологического отделения поликлиники № 7 жители Индустриального, Краснофлотского районов, а также жители ст. Хабаровск-II обслуживаются онкологами на местах в поликлиниках № 11, № 16 и ст. Хабаровск-II. Вся информация о состоянии онкологической помощи городскому населению поступает в отдел информации, анализа и статистики.

Диаграмма 6

Запущенность ЗНО, годичной летальности от ЗНО в %, а также удельный вес умерших в течение года с момента установления ЗНО в общем числе умерших от злокачественного процесса в Хабаровске



По сравнению с 1999–2001 гг. улучшилось выявление онкологической патологии среди городского населения (диаграмма 5) с 4,3 до 16,4 % (в РФ в 2007 г. этот показатель составил 12,1 %). Несмотря на такие показатели, в целом по г. Хабаровску остаются актуальными проблемы повышения активного выявления онкологической патологии среди лиц, страдающих болезнями пищеварительной системы, урологической патологией (табл. 1). Недостаточно выявляется рак молочной железы среди женского населения. Имеются территории в России, где выявление этой патологии достигает более 30 % [2].

Низкие показатели выявления ЗНО на профилактических осмотрах, несмотря на положительную динамику в рассматриваемом временном отрезке (диаграмма 5), подчеркивают необходимость активизации работы смотровых кабинетов в ЛПУ города, повышения онкологической настороженности среди врачей первичного контакта при обращении городских жителей за медицинской помощью.

Запущенность злокачественного процесса среди городского населения г. Хабаровска при анализе 2–3-годовых периодов (1999–2001 и 2006–2008 гг.) достоверно снизилась ($t = 2,93$; $p < 0,01$) (диаграмма 6).

Показатели годичной летальности от ЗНО за анализируемые трехгодичные периоды также достоверно снизились с 22,73 до 19,47 %, подобная закономерность и в отношении удельного веса умерших пациентов в течение первого года с момента установления ЗНО (с 42,70 до 35,66 %). Отношение годичной летальности с момента установления ЗНО к удельному весу больных с 4-й стадией первично выявленных случаев онкологической патологии показало, что в ряде случаев онкологи неадекватно оценивают стадии злокачественного процесса. За 2006–2008 гг. этот показатель в г. Хабаровске составил 0,89 (в РФ за 2007 г. – 1,3), что свидетельствует о снижении степени распространенности опухолевого процесса и отказа определенному числу больных в специальном лечении.



Схема 1. Организация онкологической помощи населению г. Хабаровска

Таблица 1

Выявление ЗНО (в %) при профилактических осмотрах в г. Хабаровске

Выявление ЗНО при профилактических осмотрах	1999 г.		2000 г.		2001 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	Все-го	в %	Все-го	в %	Все-го	в %	Все-го	в %	Все-го	в %	Все-го	в %
Полость рта и глотки	1	2,9	1	3,4	1	3,2	2	5,7	5	14,3	1	4,2
Опухоли пищеварения	6	1,5	11	2,8	8	2,8	17	4,6	25	6,7	20	5,5
Пищевод	0	0,0	1	3,1	1	4,5	6	25,0	2	6,7	0	0,0
Желудок	2	1,0	3	1,8	2	1,1	5	3,4	10	7,0	10	6,8
Ободочная кишка	2	2,2	3	2,9	2	1,6	0	0,0	6	5,1	2	1,7
Прямая кишка	2	2,3	4	4,6	3	3,6	6	6,7	7	8,2	8	10,3
Легкие	5	2,4	9	3,6	8	3,3	31	15,5	33	16,8	55	27,1
Кости и мягкие ткани	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	2	14,3
Молочная железа	5	2,3	15	6,7	15	6,0	32	12,4	28	12,6	44	17,8
Опухоли кожи с меланомой кожи	19	7,6	24	11,2	35	14,8	114	35,6	82	28,6	91	30,5
Гинекологические опухоли	34	24,1	50	35,5	50	38,2	22	11,7	36	25,2	50	30,5
Шейка матки	15	35,7	22	44,9	27	62,8	12	17,9	18	40,0	18	37,5
Тело матки	8	20,5	12	26,7	9	17,3	4	5,4	10	20,0	24	33,8
Яичники	11	18,3	16	34,0	14	38,9	6	12,8	8	16,7	8	17,8
Предстательная железа	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7	11	13,8	3	5,4
Мочевой пузырь	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	3	5,7	3	6,5
Щитовидная железа	1	5,0	2	10,5	2	14,3	2	11,1	6	25,0	6	16,7
Прочие органы	1	0,3	5	1,0	4	0,9	41	10,3	13	3,5	16	5,0
Итого	72	4,3	117	6,3	123	6,8	224	13,9	230	13,5	275	16,4

По сравнению с 1999–2001 гг., в г. Хабаровске за 2006–2008 гг. улучшились показатели пятилетней выживаемости пациентов, получивших специальное лечение, с $41,1 \pm 0,38\%$ до $47,0 \pm 0,39\%$ от общего числа больных, находившихся на диспансерном учете на конец года ($t = 10,84$; $p < 0,001$) (диаграмма 7). Однако эти показатели ниже, чем в Российской Федерации (в 2008 г. – 50,4 %).

В 2008 г. доля больных, состоявших на диспансерном учете 5 лет и более с момента установления злокачественного процесса, в г. Хабаровске снизилась до 44,7 % ($t = 3,91$; $p < 0,001$). Уменьшение показателя пятилетней выживаемости свидетельствует о снижении качества оказания медицинской помощи больным, имеющим онкологическую патологию. Высказанный тезис подтверждается также снижением процента морфологической верификации с 99,4 % в 2000 г. до 85,5 % в 2008 г.

В 2008 г. самый низкий показатель морфологической верификации – 29,6 % – был при злокачественных новообразованиях трахеи, бронхов и легкого. Такое положение с верификацией злокачественного процесса требует изменения позиции онкологов в повышении морфологической диагностики опухолевого процесса, из-за которой невозможно назначение адекватной терапии.

На наш взгляд, достичь улучшения онкологической помощи городскому населению г. Хабаровска можно путем систематической работы по следующим направлениям:

- модернизация современной системы оказания онкологической помощи населению, ориентированной на раннее выявление злокачественного процесса, в том числе на основе внедрения специальных программ массового обследования населения, которые обладают высокой медицинской и экономической эффективностью, программ профилактических осмотров [1];

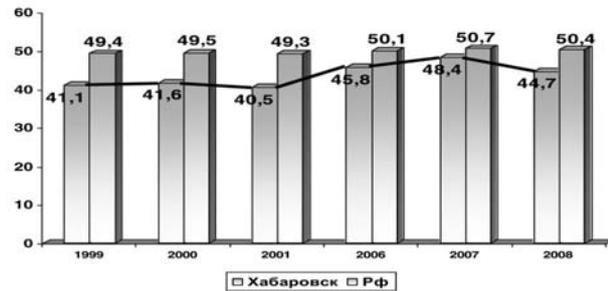
- формирование групп повышенного онкологического риска, подлежащих адекватному лечению и динамическому контролю специалистами первичного звена, включая рентгенолога, эндоскописта, при участии врача-онколога;

- обновление регламента оказания онкологической помощи городскому населению при выявлении подозрения на ЗНО, в том числе если нет возможности верифицировать выявленный патологический процесс;

- улучшение методических и организационных форм по внедрению и соблюдению во всех городских ЛПУ единых стандартов диагностики, лечения больных с ЗНО с целью повышения эффективности и доступности онкологической помощи;

- организация преемственности между онкологическим отделением поликлиники № 7, онкологическими кабинетами городских поликлиник № 10, 11, 16 и поликлиники ст. Хабаровск-II с лечебными учреждениями г. Хабаровска, Краевым клиническим центром

Диаграмма 7
Доля больных, состоявших на учете 5 лет и более с момента установления злокачественного процесса, в Хабаровске и РФ



онкологии на основе завершения информационного пространства в управлении здравоохранением при администрации г. Хабаровска;

- совершенствование ракового регистра для получения достоверной информации о частоте и структуре заболеваемости, проведения эпидемиологического мониторинга заболеваемости, летальности и инвалидизации населения от ЗНО, оценки факторов окружающей среды, влияющих на развитие злокачественного процесса у городских жителей;

- улучшение системы разбора запущенных случаев злокачественного процесса с ежемесячным анализом и разработкой мероприятий по улучшению диагностики ЗНО среди населения г. Хабаровска;

- совершенствование санитарно-просветительных программ для населения города о факторах риска и первых признаках злокачественного процесса в организме человека;

- оптимизация работы, направленной на кадровое обеспечение городской онкологической службы, подготовку и переподготовку специалистов, оказывающих диагностическую, профилактическую, лечебную и реабилитационную помощь больным ЗНО.

Улучшение онкологической помощи населению г. Хабаровска зависит от трех составляющих:

- во-первых, повышение онкологической грамотности врачей первичного звена в городских лечебно-профилактических учреждениях, от которых зависит своевременность выявления злокачественного процесса;

- во-вторых, высокая квалификация и профессионализм самих врачей-онкологов, как в онкологическом отделении и онкокабинетах поликлиник, так и в соответствующих стационарных отделениях ЛПУ города, оказывающих специализированную онкологическую помощь;

- в-третьих, адекватное лечение и наблюдение за онкологическими больными в соответствующих стационарах г. Хабаровска.

Целенаправленная работа по реализации намеченных нами мероприятий будет способствовать совершенствованию онкологической помощи городско-

му населению на следующих принципах [3] (согласно Приказу от 3 декабря 2009 г. 944-н):

- внедрение системы управления качеством онкологической помощи с учетом рекомендаций доказательной медицины;
- реализация приоритета экономичности выполнения специализированных медицинских услуг

с учетом фармакоэкономического анализа и формирования формулярной системы лекарственного обеспечения больных ЗНО;

- применение лечебно-диагностических технологий, адекватных состоянию пациента, с учетом научно-технического уровня, соответствующего современному развитию онкологической науки и практики.

Список литературы

1. Национальная онкологическая программа оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным и этапы ее реализации / В. И. Чиссов, В. В. Старинский, А. П. Гнатюк и др. // Рос. онкол. журн. – 2009. – № 6. – С. 43–45.

2. Петров, Г. В Показатели онкологической помощи больным раком молочной железы в России /

Г. В. Петров, О. П. Грецова, Н. В. Харченко // Рос. онкол. журн. – 2007. – № 4. – С. 42–45.

3. Проблемы оптимизации онкологической помощи населению территорий Дальневосточного федерального округа / С. В. Юдин, П. Ф. Кику, М. В. Жерновой и др. // Здравоохранение РФ. – 2007. – № 3. – С. 25–28.

УДК 616-006-082 (571.620-25)

Состояние онкологической помощи населению г. Комсомольска-на-Амуре и пути ее улучшения в новой системе организации специализированной службы

К.П. Топалов*, И.А. Баглай, Н.А. Сотворенная

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

K.P. Topalov, I.A. Baglai, N.A. Sotvorennaya

The state of cancer care in Komsomolsk-on-Amur and ways of its improvement in the new system of organization of specialized service

Резюме

Рассмотрены вопросы организации онкологической помощи населению г. Комсомольска-на-Амуре, подчеркнута роль раннего выявления злокачественного процесса и адекватного лечения больных с опухолевым процессом. Проанализированы показатели эффективности онкологической помощи населению г. Комсомольска-на-Амуре и г. Хабаровска. Выделены приоритеты для улучшения онкологической помощи населению г. Комсомольска-на-Амуре.

Ключевые слова: онкологическая помощь, г. Комсомольск-на-Амуре.

Summary

The problems of organization of oncological aid to the population of Komsomolsk-on-Amur emphasized the role of early detection of malignant process and adequate treatment of cancer in patients. Efficiency measures of oncological aid to the population of Komsomolsk-on-Amur and Khabarovsk are analyzed. Priorities which are to improve cancer care to the population of Komsomolsk-on-Amur are defined.

Key words: cancer care, Komsomolsk-on-Amur.

* ktopalov@mail.ru

Эпидемиологическая ситуация распространенности злокачественных новообразований (ЗНО) среди населения г. Комсомольска-на-Амуре неразрывно связана с анализом демографической обстановки в городе. Качество здоровья городского населения, его возрастной состав влияют на заболеваемость, распространенность онкологической патологии и смертность от нее.

Начиная с 1992 года, численность населения города сократилась на 48 158 человек, или на 15,1 %, за счет снижения рождаемости, роста числа умерших, миграции людей за пределы города и Хабаровского края. На 1 января 2009 г. в городе проживало 270 962 человека. Количество детей в возрасте до 14 лет сократилось на 39,1 %, прирост населения в возрасте 50–59 лет и лиц 60 лет и старше составил соответственно

39,8 и 40,9 %. Индекс старения (соотношение числа лиц 60 лет и старше к детям в возрасте до 15 лет) на 1 января 2009 г. равнялся 109,2. Отмеченный процесс демографического старения городского населения на фоне низкого его благосостояния отразился на уровне онкологической заболеваемости и смертности [3, 4].

За 2006–2008 гг. в городе регистрируется соответственно 1075, 1018 и 1106 вновь выявленных больных со злокачественными новообразованиями (форма 7); женщины составили 50,2 %, мужчины соответственно 49,8 %. Абсолютное число заболеваний увеличилось за 1989–2008 гг. с 808 до 1106 человек (на 36,9 %) на фоне сокращения численности населения на 14,5 %, что свидетельствует об истинном росте онкологической заболеваемости (диаграмма 1).

Диаграмма 1

Заболеваемость злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения

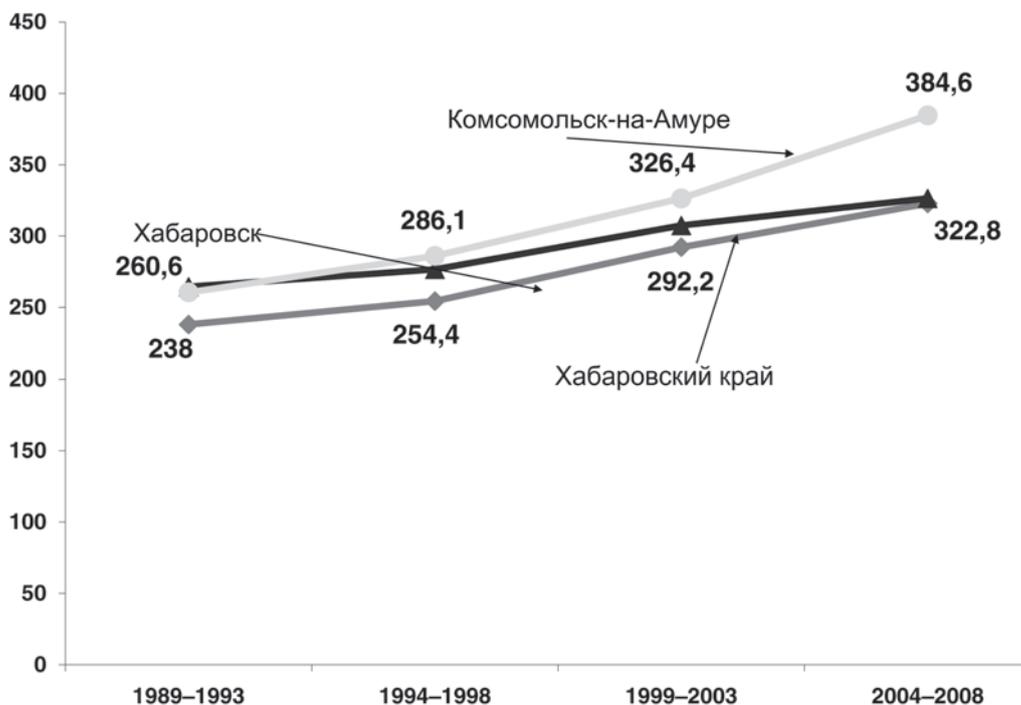


Диаграмма 2

Количество больных ЗНО, стоящих на диспансерном учете на конец года

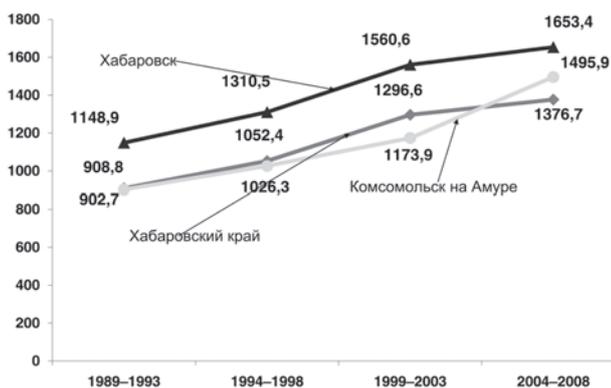
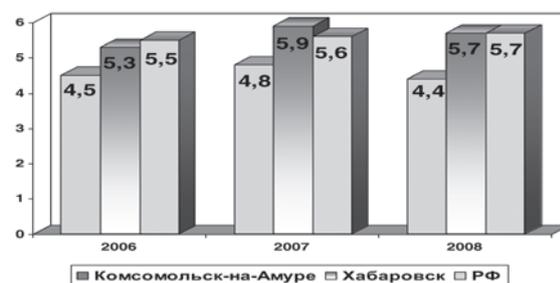


Диаграмма 3

Индекс накопления контингентов, находившихся на учете года по поводу ЗНО



Первичная заболеваемость ЗНО в г. Комсомольске-на-Амуре выше, чем в г. Хабаровске и Хабаровском крае в целом (диаграмма 1). За 2007–2008 гг. намечена тенденция к росту заболеваемости ($t = 1,94$), особенно среди мужского населения ($t = 1,55$), у женщин эта тенденция выражена в меньшей степени ($t = 1,15$).

Первичная заболеваемость ЗНО с возрастом резко возрастает. В 2007–2008 гг. отмечена стабилизация показателей первичной заболеваемости онкологическим процессом среди детского населения в возрасте до 15 лет, некоторое ее снижение у лиц в возрасте 15–49 лет ($t = 1,66$), рост первичной заболеваемости среди лиц 50–59 лет и старших возрастов (соответственно t составил 1,94 и 1,45). Имеется достоверная разница в первичной заболеваемости ЗНО в старших возрастах по сравнению с г. Хабаровском. При стандартизации населения по возрастному составу между двумя сравниваемыми городами (за стандарт взято среднегодовое население РФ за 2005 г.) отмечена более высокая ($p < 0,001$) первичная заболеваемость ЗНО среди населения г. Комсомольска-на-Амуре, чем среди городского населения г. Хабаровска (табл. 1). Очевидно, это связано с особенностями природно-географических и социально-бытовых условий в г. Комсомольске-на-Амуре по сравнению с г. Хабаровском [5].

Результаты лечения больных ЗНО и диспансеризации этой категории пациентов лучше всего определяются по такому показателю, как контингенты больных, находившиеся на конец года на учете. По этому показателю г. Комсомольск-на-Амуре отличается от г. Хабаровска и в целом по краю (диаграмма 2). Только в 2004–2008 гг. этот показатель несколько приблизился к г. Хабаровску и превысил краевое значение.

Пятилетняя выживаемость из числа пациентов, находившихся на диспансерном учете, остается практически на одном уровне. На протяжении 2006–2008 гг. она составила соответственно 41,3; 41,5 и 40,5 %, что значительно ниже, чем в РФ, на 10–11 пунктов. Индекс накопления контингентов, находившихся на диспансерном учете на конец года по поводу ЗНО, позволяет комплексно оценить организацию онкологической помощи населению г. Комсомольска-на-Амуре, которая

в значительной степени отличается по сравнению с г. Хабаровском и РФ (диаграмма 3). Низкий показатель накопления при раке молочной железы (соответственно 8,0; 8,6; 8,0); в РФ есть регионы, где этот показатель значительно выше [1].

Основными показателями, которые характеризуют организацию онкологической помощи населению, являются: проведение профилактических мероприятий и раннее выявление злокачественных новообразований. Именно эти показатели определяют продолжительность жизни больного, эффективность проводимого лечения [6].

Выявление злокачественных новообразований на профилактических осмотрах в г. Комсомольске-на-Амуре остается достаточно низкой (форма 35). Она составила соответственно по годам: 2006 – 2,6 %; 2007 – 4,7 %; 2008 – 4,3 % (в РФ – 12,1 % за 2007 г.). Однако анализ работы смотровых кабинетов в городе показал, что этот показатель в действительности выше. В 2008 г. в смотровых кабинетах было выявлено 99 первичных раков (в форме 35 указано только 40 случаев); в 2007 г. – 80 больных с первичной локализацией опухоли (в форме 35 указано 42 случая). Все случаи ЗНО, выявленные в смотровых кабинетах города, в последующем были подтверждены специалистами городского онкологического диспансера.

В городе имеется 8 смотровых кабинетов, в трех из которых принимают пациентов в две смены. В 2008 г. было осмотрено 43 633 человека. Выявление ЗНО составило 2,27 случая на 1000 осмотренных людей (в 2007 г. соответственно 2,02 ‰). Охват населения профилактическими осмотрами составил соответственно 18,70 и 16,86 %, что явно недостаточно на сегодняшний день. В большей степени подвергаются осмотру в смотровых кабинетах женщины, чем мужчины. В г. Комсомольске-на-Амуре по сравнению с РФ и г. Хабаровском отмечен низкий охват населения профилактическими осмотрами на предмет выявления ЗНО респираторной системы, молочной железы, опухолей женской половой сферы, ЗНО лимфатической и кроветворной ткани (табл. 2). Медицинские работники первичного звена на протяжении 2006–2008 гг. не

Таблица 1

Первичная заболеваемость ЗНО на 100 тыс. соответствующего возраста

Год	Возрастные группы				В целом	Стандартизованные показатели
	0–14 лет	15–49 лет	50–59 лет	60 лет и старше		
г. Комсомольск-на-Амуре						
2006	10,34	107,35	684,37	1603,12	394,60	424,8
2007	15,66	100,42	654,02	1467,55	374,26	394,5
2007	15,61	82,24	768,15	1593,00	407,06	421,0
г. Хабаровск						
2006	13,15	91,23	556,44	1399,39	346,53	364,7
2007	10,53	82,98	570,58	1269,25	327,69	339,3
2008	2,59	74,03	501,77	1296,32	320,45	328,9

выявляют ни одного случая ЗНО кожных покровов, щитовидной железы, мочевого пузыря, предстательной железы.

Имеются принципиальные отличия в качестве оказания онкологической помощи жителям г. Комсомольска-на-Амуре по сравнению с г. Хабаровском, особенно это касается количества пролеченных больных ЗНО, в том числе при онкологическом процессе пищевода, желудка, прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса, трахеи, бронхов и легких, органов женской половой сферы, лимфатической и кроветворной ткани. Только по ЗНО молочной железы жителей г. Комсомольска-на-Амуре имеется положительный результат по сравнению с г. Хабаровском (табл. 2).

В целом по г. Комсомольску-на-Амуре запущенность ЗНО среди населения за три последних года (2006–2008) составила 23,41 % (в РФ в 2007 г. – 22,8 %). Одногодичная летальность (отношение числа умерших на первом году жизни с момента установления ЗНО к общему числу больных с впервые в жизни установленным диагнозом) была равна 34,25 %, что на 13,6 % выше, чем в РФ (в 2007 г. – 30,2 %). Отношение одногодичной летальности к запущенности за 2006–2008 гг. составило 1,46, в г. Хабаровске за этот

период соответственно 0,89 (в РФ в 2007 г. – 1,32). Это свидетельствует о высокой частоте клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса у больных, расширении хирургических вмешательств больным ЗНО, особенно при поражении лимфатической и кроветворной ткани и легких (табл. 2) [2].

Другой показатель, характеризующий уровень диагностики, – это удельный вес больных злокачественным процессом неуставленной стадии. В городе этот показатель за 2006–2008 гг. составил 4,5 %, что ниже показателя по РФ за 2007 г. – 8,0 %.

О качестве онкологической помощи свидетельствует показатель верификации опухолевого процесса. За 2006–2008 гг. этот показатель составил в среднем 71,48 %, что значительно ниже, чем в РФ (в 2007 г. – 82,9 %). В г. Хабаровске этот показатель значительно выше (табл. 2). Особенно неблагоприятные показатели при раках желудка, кишечника – ниже 50%; в 2008 г. эти показатели ухудшились.

Представленные показатели, характеризующие организацию онкологической помощи городскому населению г. Комсомольска-на-Амуре, повлияли на уровень смертности населения от ЗНО, которая выше, чем в г. Хабаровске (диаграмма 4).

Диаграмма 4

Смертность от злокачественных новообразований на 100 тыс. населения



Онкологическая помощь городскому населению г. Комсомольска-на-Амуре осуществляется онкологическим диспансером, который представлен двумя приспособленными зданиями: в одном расположено хирургическое отделение на 42 койки, второе – управление, поликлиническое отделение, отделение для химиотерапии. Указанные здания онкологического

диспансера расположены вдали друг от друга. Прием онколога осуществляется централизованно в диспансере. Имеется регламентирующий Приказ от 30.06.2008 г. № 149 «О проведении консультаций врачей-онкологов в закрепленных поликлиниках» с приложением о должностных обязанностях врачей-онкологов при работе в прикрепленных поликлиниках.

Основные показатели, характеризующие качество онкологической помощи в 2006–2008 гг.

Показатели	Хабаровск		Комсомольск-на-Амуре		t-критерий Стьюдента
	М	± m	М	± m	
% выявления ЗНО на профосмотрах	14,57	0,52	3,84	0,37	16,81
% больных с 4 стадией	21,81	0,63	23,41	0,92	-1,43
% верификации диагноза	88,37	1,27	71,48	1,61	8,24
% пролеченных больных ЗНО	55,51	1,01	35,27	1,13	13,35
Годичная летальность	19,47	0,60	34,25	1,11	-11,71
% 5-летней выживаемости	46,34	0,39	41,08	0,57	7,62
Соотношение годичной летальности к больным, выявленным впервые в жизни с 4 стадией	0,89		1,46		
Заболеваемость ЗНО на 100 тыс. населения	316,38	4,27	338,05	6,44	-2,80
ЗНО пищевода, желудка, прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса					
Показатели	Хабаровск		Комсомольск-на-Амуре		t-критерий Стьюдента
	М	± m	М	± m	
% выявления ЗНО на профосмотрах	7,07	0,96	0,78	0,45	5,93
% больных с 4 стадией	34,03	2,11	32,9	2,92	0,31
% верификации диагноза	90,97	3,45	69,17	4,23	3,99
% пролеченных больных ЗНО	61,24	3,08	32,12	2,88	6,91
Годичная летальность	30,24	1,99	55,44	3,79	-5,89
% 5-летней выживаемости	45,89	1,25	39,44	2,95	2,01
Соотношение годичной летальности к больным, выявленным впервые в жизни с 4 стадией	0,89		1,69		
Заболеваемость ЗНО на 100 тыс. населения	44,08	1,59	47,3	2,41	-1,12
ЗНО трахеи, бронхов и легкого					
Показатели	Хабаровск		Комсомольск-на-Амуре		t-критерий Стьюдента
	М	± m	М	± m	
% выявления ЗНО на профосмотрах	19,87	1,82	16,35	1,97	1,31
% больных с 4 стадией	30,38	2,25	30,57	2,69	-0,05
% верификации диагноза	62,44	3,23	44,55	3,25	3,90
% пролеченных больных ЗНО	51,59	2,93	23,22	2,35	7,55
Годичная летальность	38,23	2,53	55,69	3,63	-3,95
% 5-летней выживаемости	31,72	1,41	22,6	1,69	4,14
Соотношение годичной летальности к больным, выявленным впервые в жизни с 4 стадией	1,26		1,82		
Заболеваемость ЗНО на 100 тыс. населения	34,56	1,41	51,71	2,52	-5,94

ЗНО молочной железы					
Показатели	Хабаровск		Комсомольск-на-Амуре		t-критерий Стьюдента
	М	± m	М	± m	
% выявления ЗНО на профосмотрах	14,27	1,40	3,99	1,11	5,75
% больных с 4 стадией	8,37	1,07	7,57	5,38	0,15
% верификации диагноза	98,22	3,67	94,00	3,25	0,86
% пролеченных больных ЗНО	70,92	3,12	85,40	6,15	-2,10
Годичная летальность	7,41	1,01	11,04	1,84	-1,73
% 5-летней выживаемости	53,4	0,92	53,35	1,41	0,03
Соотношение годичной летальности к больным, выявленным впервые в жизни с 4 стадией	0,89		1,46		
Заболеваемость ЗНО на 100 тыс. населения	42,06	1,56	39,94	2,21	0,78
ЗНО гинекологической природы (шейка и тело матки, яичник)					
Показатели	Хабаровск		Комсомольск-на-Амуре		t-критерий Стьюдента
	М	± m	М	± m	
% выявления ЗНО на профосмотрах	21,82	2,10	3,11	1,18	7,77
% больных с 4 стадией	10,3	1,44	12,89	2,39	-0,93
% верификации диагноза	97,78	4,44	85,78	6,17	1,58
% пролеченных больных ЗНО	62,48	3,33	47,11	4,58	2,71
Годичная летальность	14,75	1,73	18,67	2,88	-1,17
% 5-летней выживаемости	68,14	1,14	56,28	1,86	5,44
Соотношение годичной летальности к больным, выявленным впервые в жизни с 4 стадией	1,43		1,45		
Заболеваемость на 100 тыс. населения	28,56	1,28	27,57	1,84	0,44
ЗНО лимфатической и кроветворной ткани					
Показатели	Хабаровск		Комсомольск-на-Амуре		t-критерий Стьюдента
	М	± m	М	± m	
% выявления ЗНО на профосмотрах	6,15	1,38	0,00	0,00	4,46
% больных с 4 стадией	23,08	2,66	12,00	3,10	2,71
% верификации диагноза	92,62	5,34	96,80	8,80	-0,41
% пролеченных больных ЗНО	16,92	2,28	6,40	4,58	2,06
Годичная летальность	17,85	2,34	30,40	4,93	-2,30
% 5-летней выживаемости	57,32	1,61	47,02	2,34	3,63
Соотношение годичной летальности к больным, выявленным впервые в жизни с 4 стадией	0,77		2,53		
Заболеваемость на 100 тыс. населения	18,75	1,04	15,32	1,37	1,99

Анализа работы прикрепленных врачей-онкологов за второе полугодие 2008 г. и первое полугодие 2009 г. нет. Приказ от 30.06.2008 г. № 150 «Об организации работы городской пульмонологической комиссии» не реализован в полной мере. Охарактеризовать деятельность этой комиссии невозможно, так как отсутствует отчетная документация в диспансере.

Четкого регламентирующего документа по организации онкологической помощи городскому населению с позиции менеджмента качества не имеется.

Нет преемственности между онкологической службой г. Комсомольска-на-Амуре и Краевого клинического центра онкологии, что снижает адекватность лекарственного обеспечения онкологических больных.

В онкологическом хирургическом отделении отмечено удлинение дооперационного койко-дня без достаточного обоснования.

Для улучшения онкологической помощи населению г. Комсомольска-на-Амуре с позиции системного анализа и доказательной медицины в новой системе организации специализированной службы, согласно Приказу Минздравсоцразвития от 03.12.2009 г. № 944-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным», необходимо:

1) обеспечить полноту и качество учета больных с онкологической патологией;

2) повысить качество диагностики злокачественных опухолей внутренних органов, в частно-

сти злокачественных новообразований желудка, пищевода, кишечника и легких, с учетом модернизации материально-технического обеспечения городского онкологического диспансера, ЛПУ и соответствующей квалификации врачей общей сети;

3) улучшить раннее выявление злокачественного процесса путем организации систематических профилактических медицинских осмотров Городского населения, повышения онкологической настороженности врачей первичного звена;

4) активизировать работу в смотровых кабинетах города с целью увеличения охвата населения профилактическими осмотрами на предмет выявления ранней соматической патологии, в том числе и опухолевого процесса;

5) формировать группы повышенного риска и обеспечить их специальными медицинскими осмотрами на предмет раннего выявления предраковых и опухолевых процессов, особенно при патологии органов пищеварения и дыхания, болезнях женской половой сферы, заболеваниях лимфатической и кровеносной ткани;

6) усилить контроль качества оказания онкологической помощи как со стороны управления здравоохранением г. Комсомольска-на-Амуре, так и Краевого клинического центра онкологии на основе стандартизации медицинских услуг.

Список литературы

1. Аксель, Е. М. Статистика рака молочной железы в Москве / Е. М. Аксель, Э. А. Михайлов // *Вопросы онкологии.* – 2005. – Т. 51, № 6. – С. 656–658.

2. Анализ заболеваемости и контингентов больных злокачественными лимфомами в Российской Федерации / А. Г. Толкушин, Е. В. Огрызко, Р. И. Ягудина и др. // *Вопросы онкологии.* – 2006, Т. 52, № 4. – С. 392–397.

3. Мерабишвили, В. М. Статистическая оценка возникновения риска злокачественных новообразований и анализ онкологической ситуации на популяционном уровне / В. М. Мерабишвили // *Вопросы онкологии.* – 2008, Т. 54, № 2. – С. 148–156.

4. Напалков, Н. П. Рак и демографический переход / Н. П. Напалков // *Вопросы онкологии.* – 2004. – Т. 50, № 2. – С. 127–144.

5. Серебров, А. И. Пути изучения краевых особенностей распространения злокачественных опухолей / А. И. Серебров, А. В. Чаклин // *Вопросы онкологии.* – 1955. – Т. 1, № 6. – С. 271–277.

6. Сидоренко, Ю. С. Пути повышения выявляемости злокачественных новообразований в ранних стадиях / Ю. С. Сидоренко, Л. И. Ващенко // *Здравоохранение РФ.* – 2008. – № 6. – С. 3–5.

**План научно-практических конференций,
семинаров, съездов, симпозиумов, конгрессов
министерства здравоохранения Хабаровского края на 2010 год**

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	Ответственные
1	Семинар «Клиника и лечение осложненных форм алкоголизма»	апрель	Панюшкина Н.П., к.м.н., доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии ГОУ ДПО ИПКСЗ
2	Семинар «Прикладные вопросы профилактики, клинко-лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, СПИД-ассоциируемых заболеваний, кровоконтактных вирусных гепатитов»	апрель	Кузнецова А.В., к.м.н., главный врач ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
3	XV краевая научно-практическая конференция медицинских сестер	май	Мансветова Е.Ф., и.о. заведующей кафедрой сестринского дела ГОУ ДПО ИПКСЗ
4	Краевой семинар «Организация медицинского обеспечения детей в летних оздоровительных учреждениях»	май	Романова Н.В, начальник отдела организации медико-социальной помощи детям и развития родовспоможения управления организации лечебно-профилактической помощи населению; Петров Г.Г., к.м.н., главный врач ГУЗ «Детская краевая клиническая больница»
5	Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний на региональном уровне»	май	Ступак В.С., к.м.н., главный врач ГУЗ «Перинатальный центр»; Дрозд Д.Б., заведующий медико-генетической консультацией ГУЗ «Перинатальный центр»
6	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения черепно-мозговой травмы»	май	Пошатаев К.Е., к.м.н., главный врач ГУЗ «ККБ № 2»; Гончаров И.Н., заместитель главного врача по организационно-методической работе ГУЗ «ККБ № 2»
7	Научно-практическая конференция «Новые технологии в акушерстве и гинекологии»	май	Пестрикова Т.Ю., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «ДВГМУ Росздрава», главный внештатный специалист-акушер-гинеколог ДВФО
8	I Съезд педиатров Дальнего Востока «Актуальные вопросы охраны материнства и детства на современном этапе»	20–21 мая	Козлова В.К., директор ХФ ДЦН ФПД СОРАМН-НИИ ОМиД
9	Научно-практическая конференция «Современные аспекты профилактики и лечения гнойно-септической инфекции в акушерстве и гинекологии»	июнь	Чижова Г.В., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ДПО ИПКСЗ

10	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы службы медицины катастроф и гражданской обороны здравоохранения», посвященная 20-летию создания ГУЗ «Хабаровский территориальный центр медицины катастроф»	сентябрь	Поротиков В.Т., директор ГУЗ «Хабаровский территориальный центр медицины катастроф»
11	IX Конгресс «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»	20–24 сентября	Сулейманов С.Ш., д.м.н., профессор, ректор ГОУ ДПО ИПКСЗ
12	Научно-практическая конференция «Современные подходы к диагностике и лечению остеопороза»	октябрь	Оттева Э.Н., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней ГОУ ДПО ИПКСЗ
13	Семинар «Проблемы обеспечения качества лабораторных исследований»	октябрь	Кузнецова А.В., к.м.н., главный врач ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
14	Научно-практическая конференция «Роль акмеологии в системе комплексной профилактики перинатальных поражений»	ноябрь	Ступак В.С., к.м.н., главный врач ГУЗ «Перинатальный центр»; Подворная Е.В., руководитель центра медико-педагогической реабилитации ГУЗ «Перинатальный центр»
15	Семинар «Высокопатогенный грипп – современная эпидемия»	ноябрь	Кузнецова А.В., к.м.н., главный врач ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
16	Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы инфекционной патологии»	декабрь	Макарова Т.Е., к.м.н., доцент, заведующая кафедрой туберкулеза и инфекционных болезней ГОУ ДПО ИПКСЗ
17	Научно-практическая конференция «Современные технологии в эндокринологии»	декабрь	Ушакова О.В., д.м.н., главный врач МУЗ «Клинико-диагностический центр»

Правила для авторов

Уважаемые авторы! Просим вас соблюдать следующие правила.

1. Статьи должны быть написаны на высоком научном и методическом уровне с учетом требований международных номенклатур, отражать актуальные проблемы, содержать новую научную информацию, рекомендации практического характера. При изложении методик исследований необходимо сообщать о соблюдении правил проведения работ с использованием экспериментальных животных.

2. Статья должна иметь сопроводительное направление, подписанное руководителем учреждения, в котором выполнена работа. На изобретение или рационализаторское предложение представляется один экземпляр копии авторского свидетельства или удостоверения.

3. В редакцию направляют:

а) отпечатанные первый и второй экземпляры текста статьи на листах формата А4 (210 x 297 мм) через полтора интервала (оригинальные исследования – до 12 страниц, включая таблицы, рисунки и список литературы; лекции и обзоры – до 15 страниц; опыт клинической работы – до 5 страниц). Текст должен быть набран шрифтом Arial или Times New Roman, кегль 12 или 14, без двойных пробелов;

б) резюме на русском языке, объемом не более $\frac{1}{3}$ страницы, с указанием 3–5 ключевых слов;

в) один экземпляр сопроводительного направления;

г) электронный вариант на CD или DVD-диске, flash-накопителе с текстом и таблицами в формате Word (DOC или RTF), рисунками в форматах TIFF, PSD, JPG (разрешение не ниже 300 dpi) для растровой графики, CDR, AI – для векторной графики. Допустимы таблицы и диаграммы в формате Excel (XLS).

4. На первой странице статьи должны быть: УДК, ее название, фамилии и инициалы авторов, полное, без сокращений, наименование учреждения. Второй экземпляр статьи подписывается всеми авторами с указанием фамилии, имени, отчества и почтового адреса автора для переписки, а также номеров контактных телефонов. Материал статьи должен быть тщательно выверен, без обширных исторических и литературных сведений, без орфографических ошибок и опечаток. Цитаты, формулы, дозы лекарственных средств визируют на полях. В формулах необходимо размечать:

а) строчные «а» и прописные «А» буквы (прописные обозначают двумя черточками снизу, строчные – сверху);

б) латинские (подчеркивают синим карандашом) и греческие (красным) буквы;

в) подстрочные (р.) и надстрочные (Ю) буквы и цифры.

5. Иллюстрации (фотографии, графики, схемы, карты и др.) представляют в черно-белом варианте в двух экземплярах. Фотографии должны иметь контрастное изображение на плотной глянцевой бумаге, без изгибов и повреждений. Рисунки, схемы и карты исполняются черной тушью на плотной бумаге или при помощи компьютерной графики. На обороте каждой иллюстрации простым карандашом указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора, верх и низ. Подрисовочные подписи печатают на отдельном листе с указанием номеров рисунков, их названий и объяснением условных обозначений. При представлении микрофотографий должны быть указаны метод окраски и кратность увеличения.

6. Таблицы представляются на отдельных листах. Они должны быть компактными, иметь название, а головка (шапка) таблицы – точно соответствовать содержанию граф. Цифровой материал необходимо представить статистически обработанным. Фототаблицы не принимаются.

7. Сокращения терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Названия фирм, предприятий-изготовителей медикаментов, реактивов и аппаратуры следует давать в оригинальной транскрипции с указанием страны-производителя. Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ).

8. Пристатейный библиографический список печатают на отдельном листе. Представляют только относящиеся к обсуждаемому вопросу работы на русском и других языках. Список должен быть оформлен в соответствии с ГОСТ 7.1–84 «Библиографическое описание документа» с учетом новейших изменений. Все источники должны быть пронумерованы и соответствовать нумерации (в квадратных скобках) в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные материалы не принимаются. Объем библиографического списка не должен превышать 25 источников.

9. Не подлежат представлению в редакцию статьи, направленные для опубликования в другие журналы или уже опубликованные.

10. Все присланные статьи рецензируются. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать поступившие материалы. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу. Статьи, не принятые к опубликованию, авторам не возвращаются. Переписка между авторами и редакцией в таких случаях не ведется.

11. Редакция оставляет за собой право размещать фрагменты статей, резюме в массовых электронных базах данных и web-страницах Internet.

12. При невыполнении указанных правил статьи к публикации не принимаются.

Редакция

**Уважаемые
рекламодатели!**
**Предлагаем разместить
необходимую вам рекламу
в журнале «Здравоохранение
Дальнего Востока».**
**Расценки самые низкие
в регионе!**

*Наш адрес: 680009, г. Хабаровск,
ул. Краснодарская, 9.*

*Связаться с нами можно по:
тел./факсу: **72-87-15**,
e-mail: **izdat@ipksz.khv.ru***