

# СОДЕРЖАНИЕ

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

Издается с 2002 года  
выходит 1 раз в три месяца  
№ 2 (48) июнь 2011

### Главный редактор:

С.Ш. Сулейманов

### Заместитель главного редактора:

Г.В. Чижова

### Редакционная коллегия:

В.Е. Воловик (ответственный секретарь)

В.В. Егоров

О.В. Молчанова

В.М. Савкова

С.К. Сухотин

И.В. Ткаченко

### Редакционный совет:

П.А. Воробьев (Москва)

Г.А. Зайнутдинов (Магадан)

А.З. Зурдинов (Бишкек)

В.Н. Канюков (Оренбург)

В.Н. Карпенко (Петропавловск-  
Камчатский)

Г.А. Пальшин (Якутск)

Д.А. Сычев (Москва)

А.П. Тяжелков (Комсомольск-на-Амуре)

### Редактор:

Е.Г. Вожжова

### Корректор:

Н.А. Швайко

### 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

http://zdravdv.ucoz.ru

<b>I. КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА</b> .....	3
<b>II. ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ</b>	
<b>Савкова В.М., Сулейманов С.Ш.</b> Модернизация здравоохранения: положительные и отрицательные стороны .....	4
<b>III. ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	
<b>Ступак В.С., Поштаев К.Е., Пудовиков С.С., Свередюк М.Г., Петров Г.Г., Шишова Н.Н., Попова И.Е.</b> Актуальные проблемы реализации нового закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в системе здравоохранения Хабаровского края .....	9
<b>Егоров В.В., Бадюгина С.П., Смолякова Г.П.</b> Итоги работы Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» в 2010 году .....	14
<b>Хробрых С.Б., Наконечная О.В.</b> Актуальные вопросы медицинского освидетельствования граждан, исполняющих воинскую обязанность, при наиболее часто встречающихся неврологических заболеваниях .....	17
<b>Бессонова Н.Н., Щукин Н.Н., Киселева Т.А., Ким Э.В.</b> Динамика первичной инвалидности вследствие первичной открытоугольной глаукомы в Хабаровске и Хабаровском сельском районе по данным нейрофтальмологического бюро за период 2008–2010 годов .....	21
<b>Ступак В.С., Чумакова О.А., Левкова Е.А., Карташев К.В.</b> Младенческая смертность – показатель эффективности реализации программы модернизации здравоохранения Хабаровского края .....	24
<b>IV. ОБМЕН ОПЫТОМ</b>	
<b>Даненков А.С., Николаев Е.В., Бояринцев Н.И.</b> Выбор метода лечения поздних осложнений после применения полиакриламидного геля для контурной пластики ...	28
<b>Данилова И.В.</b> Значение ультразвукового скринингового обследования новорожденных, поступивших под наблюдение в поликлинику в 2008–2010 годах, проводимого в рамках Национального проекта «Здоровье» в ранней диагностике патологии .....	30
<b>Новикова Н.В., Ванчикова О.В., Филиппова В.В., Курилович И.А., Финке Г.И.</b> Результаты внедрения современных реконструктивно-пластических операций у женщин (по материалам гинекологического отделения краевой больницы г. Петропавловска-Камчатского) .....	33
<b>Когут И.Д., Чернатова И.А., Сушкова М.А., Новолодская О.И.</b> Анализ патологии, выявленной при полном офтальмологическом диагностическом обследовании .....	35
<b>V. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ</b>	
<b>Макарова Т.Е., Головкова Н.Ф., Протасеня И.И., Заварцева Л.И., Миропольская Н.Ю., Солодовникова О.Н.</b> Клинические проявления бактериального гнойного менингита смешанной этиологии у детей .....	38
<b>Кузьмичев П.П., Тропивской А.М., Ефременко А.Д., Костенко В.Н.</b> Случай успешного лечения гемангиомы носа у ребенка .....	40
<b>Люлин А.Ф., Черникова Н.А.</b> Эффективность гомеопатического лекарственного средства «Млекоин» в лечении гипогалактии у кормящих матерей .....	41
<b>Чиняева Н.М., Брызгалина А.О., Брежнева Л.Ф., Ефременко Ж.А., Кожарская О.В., Обухова В.Т.</b> Редкие случаи ультразвуковой диагностики дополнительных сосудов печени у новорожденных .....	43
<b>VI. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ</b>	
<b>Яценко С.К., Скляр С.Д., Ткаченко И.В.</b> Энтеровирусная инфекция у детей Хабаровского края .....	47
<b>Тяжелков А.П.</b> Отдаленные результаты хирургического лечения детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса .....	49
<b>Кузьмичев П.П., Гандуров С.Г., Воловик В.Е., Зарецкий В.Т., Мешков А.В., Брызгалин А.В., Сова В.В.</b> Синдром Поланда у детей .....	53
<b>Иванов С.С., Развин С.Б., Канин Е.С.</b> Клинико-морфологический аудит причин смерти больных, умерших на дому .....	55
<b>VII. СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ</b>	
<b>Лазарева И.Г., Волочаева М.В., Ткаченко И.В.</b> Стандартизация сестринской деятельности – путь к становлению системы управления качеством медицинской помощи .....	61
<b>Петухова Г.М., Николаевская Т.И., Левченко С.С.</b> Особенности физического развития детей, проживающих в МУЗ «Дом ребенка специализированный № 2» .....	69
<b>VIII. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ</b>	
<b>Новикова Н.В., Чижова Г.В., Горшкова О.В., Фельдшерова Г.И.</b> Бесплодный брак. Современные методы обследования .....	74
<b>IX. ФАРМАЦИЯ</b>	
<b>Шамина Я.А., Сулейманов С.Ш., Абросимова Н.В.</b> Региональные аспекты самолечения боли по результатам анкетирования посетителей аптек и данным розничных продаж аптечных организаций .....	83
<b>X. ИНФОРМАЦИЯ</b>	
Институту повышения квалификации специалистов здравоохранения – 10 лет .....	87
<b>XI. ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	
Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы эндокринологии Хабаровского края. Эндокринология – 21 век» (окончание) .....	91

ISSN 1728-1261

**Public health of the Far East**  
**Peer-reviewed scientific**  
**and practical journal**

№ 2 (48) June 2011

**Editor-in-Chief:**

S.Sh. Suleymanov

**Assistant Editor-in-Chief:**

G.V. Chizhova

**Editorial Board:**

V.E. Volovik

V.V. Egorov

O.V. Molchanova

V.M. Savkova

S.K. Sukhotin

I.V. Tkachenko

**Advisory Board:**

P.A. Vorobiev (Moscow)

G.A. Zainutdinov (Magadan)

A.Z. Zurdinov (Bishkek)

V.N. Kanyukov (Orenburg)

V.N. Karpenko (Petropavlovsk-Kamchatsky)

G.A. Palshin (Yakutsk)

D.A. Sychev (Moscow)

A.P. Tyazhelkov (Komsomolsk-on-Amur)

**Editor:**

E.G. Vozhzhova

**Proofreader:**

N.A. Shvayko

**Designer:**

E.V. Badyaeva

**Journal of:**

Postgraduate Institute for  
Public Health Workers  
Khabarovsk Krai Ministry of Public Health

**Publisher:**

Postgraduate Institute for  
Public Health Workers  
www.ipksz.ru

**Journal is registered by**

Federal Service for Supervision  
of Mass Communication  
and Cultural Heritage Protection  
for Khabarovsk Krai  
24 April 2008 (ПИ № ФС 27-0710 P)

680009, Khabarovsk, Russia  
9, Krasnodarskaya str  
E-mail: rec@ipksz.khv.ru  
http://zdravdv.ucoz.ru  
Phone/fax: +7 (4212) 72-87-15

## CONTENTS

<b>I. EDITOR'S NOTE</b> .....	3
<b>II. EDITORIALS</b>	
<b>V.M. Savkova, S.S. Suleymanov</b> – Modernization of Public Health: Benefits and Penalties .....	4
<b>III. ECONOMICS AND HEALTH CARE</b>	
<b>V.S. Stupak, K.E. Poshataev, S.S. Pudovikov, M.G. Sveredyuk, G.G. Petrov, N.N. Shishova, I.E. Popova</b> – Actual Problems of Realization of New Law "About Compulsory Health Insurance in Russian Federation" within the System of Health Care of Khabarovsk Territory .....	9
<b>V.V. Egorov, S.P. Bagodina, G.P. Smolyakova</b> – Results of Work of Khabarovsk Affiliation of FSI "Scientific-Technical "Eye Microsurgery" Complex of acad. S.N. Fyodorov Rosmedtechnology" in 2010 .....	14
<b>S.B. Khrobrykh, O.V. Nakonechnaya</b> – Topical Issues of Medical Clearance among Citizens Carrying out Military Obligations under Most Frequently Neurological Condition .....	17
<b>N.N. Bessonova, N.N. Shchukin, T.A. Kiseleva, E.V. Kim</b> – Dynamics of Primary Disability due to Primary Open-angle Glaucoma in Khabarovsk and the Khabarovsk Rural Area according to the Neurophthalmologic Offices during 2008 and 2010 .....	21
<b>V.S. Stupak, O.A. Chumakova, E.A. Levkova, K.V. Kartashev</b> – Infant Mortality-Index of Effective Realization of Modernization Health Care Programme in Khabarovsk Territory .....	24
<b>IV. EXCHANGE OF EXPERIENCE</b>	
<b>A.S. Danenkov, E.V. Nikolaev, N.I. Boyarintsev</b> – Choice of Treatment of Late Complications of Polyacrylamide Gel for Contouring .....	28
<b>I.V. Danilova</b> – Value Ultrasonic Inspections of the Newborns who Have Arrived under Supervision in Polyclinic in 2008–2010, Spent within the Limits of the National Project «Health» in Early Diagnostics of a Pathology .....	30
<b>N.V. Novikova, O.V. Vanchikova, V.V. Filippova, I.A. Kurilovich, G.I. Finke</b> – Deliverables of Modern Reparative-Plastic Operations of Women in accordance with Gynecology Department of Regional Hospital of Petropavlovsk-Kamchatskiy City .....	33
<b>I.D. Kogut, I.A. Chernatova, M.A. Sushkova, O.I. Novolodskaya</b> – The Analysis of Abnormity Identified under Complete Ophthalmologic Diagnostic Examination .....	35
<b>V. CLINICAL OBSERVATIONS</b>	
<b>T.E. Makarova, N.F. Golovkova, I.I. Protasenyia, L.I. Zavartseva, N.Y. Miropolskaya, O.N. Solodovnikova</b> – Clinical Aspects of Bacterial External Pyocephalus of Mixed Etiology among Children .....	38
<b>P.P. Kuzmichev, A.M. Tropivskoy, A.D. Efremenko, V.N. Kostenko</b> – Case of Successful Treatment of Children with Hemangioma of Nose .....	40
<b>A.F. Lyulin, N.A. Chernikova</b> – Efficiency of Homeopathic Medicine "Mlekoim" in the Hypogalaktiya Therapy of Nursing Mothers .....	41
<b>N.M. Chinyayeva, A.O. Bryzgalina, L.F. Brezhneva, J.A. Efremenko, O.V. Kozharskaya, V.T. Obukhova</b> – Rare Cases of Ultrasonic Diagnosis of Additional Vessels of the Liver in Newborns .....	43
<b>VI. GUIDELINES FOR PRACTITIONERS</b>	
<b>S.K. Yatsenko, S.D. Sklyarov, I.V. Tkachenko</b> – Enterovirus Infection among Children of Khabarovsk Territory .....	47
<b>A.P. Tyazhelkov</b> – Remote Results of Surgical Service among Children Suffering from Legg-Calve-Perthes Disease .....	49
<b>P.P. Kuzmichev, S.G. Gandurov, V.E. Volovik, V.T. Zaretskyi, A.V. Meshkov, A.V. Bryzgalin, V.V. Sova</b> – Poland Anomaly among Children .....	53
<b>S.S. Ivanov, S.B. Razvin, E.S. Kanin</b> – Clinicopathologic Audit of Death Causes among Analysands Who Died Domiciliary .....	55
<b>VII. GUIDELINES FOR PARAMEDICAL WORKERS</b>	
<b>I.G. Lazareva, M.V. Volochaeva, I.V. Tkachenko</b> – Standardization of Nursing Activity – Way to the Evolvement of Supervision System of Qualified Medical Care .....	61
<b>G.M. Petuhova, T.I. Nikolaevskaja, S.S. Levchenko</b> – Features of Physical Development of Children Living in Children's Home .....	69
<b>VIII. CLINICAL LECTURE</b>	
<b>N.V. Novikova, G.V. Chizhova, O.V. Gorshkova, G.I. Feldsherova</b> – Infertile Couple. Complex Survey Techniques .....	74
<b>IX. PHARMACY</b>	
<b>Y.A. Shamina, S.S. Suleymanov, N.V. Abrosimova</b> – Zonal Aspects of Pain Self-Treatment according to the Results of Questioning among Drug-Store Visitors and Retail Sales of Pharmacy Organizations .....	83
<b>X. INFORMATION</b>	
10 <sup>th</sup> Anniversary of the Postgraduate Institute for Public Health Workers .....	87
<b>XI. SUPPLEMENT</b>	
Files of Research and Practice Conference "Current Problems of Endocrinology within the Territory of Khabarovsk Region. Endocrinology – 21 Century" (ending) .....	91

# КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



## *Уважаемые читатели!*

Традиционно июнь – праздничный месяц для медицинских работников.

В третье воскресенье этого месяца в России отмечается профессиональный праздник – день медицинского работника. В это время о людях в белых халатах вспоминает власть, общество, благодарные пациенты...

На торжественных приемах и собраниях медицинских работников благодарят за самоотверженный труд, спасенные жизни, возвращенное здоровье миллионам наших сограждан, и даже средства массовой информации находят в своих материалах место для добрых слов о российской медицине и ее людях.

Все сказанное и напечатанное в этот день абсолютно справедливо и заслуженно, потому что миллионы наших сограждан живут благодаря усилиям врачей, медицинских сестер, санитарок и многих других специалистов, работающих в ведущих клинических центрах, муниципальных больницах и на фельдшерско-акушерских пунктах в самых глухих уголках нашего необъятного государства.

Это усилиями медиков спасено здравоохранение страны в трудные годы социально-экономических перемен, выполняется приоритетный национальный проект «Здоровье» и будет реализовываться программа модернизации здравоохранения России.

Но очень хочется надеяться, что страна будет ценить и любить медиков не только в день профессионального праздника, ведь свою работу они делают каждодневно, днем и ночью, в будни и в свой профессиональный день тоже.

Медикам нужна социальная защищенность, достойная зарплата и уважительное отношение к их труду.

Только тогда в медицину будет стремиться молодежь, и лучшие традиции российской медицины, заложенные нашими предшественниками, в том числе великим доктором и человеком, архиепископом Лукой (профессором В.Ф. Войно-Ясенецким), 50 лет со дня смерти которого отмечается 11 июня этого года, не исчезнут.

С праздником, дорогие коллеги!

Ректор

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sulaimanov'.

С.Ш. Сулейманов

## ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

УДК 614.2

### **Модернизация здравоохранения: положительные и отрицательные стороны**

**В.М. Савкова\*, С.Ш. Сулейманов**

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

**V.M. Savkova, S.S. Suleymanov**

**Modernization of Public Health: Benefits and Penalties**

#### **Резюме**

В статье раскрыты концептуальные аспекты модернизации здравоохранения. Показано, что достижение ожидаемых в обществе результатов предполагает нахождение баланса интересов основных институтов, сложившихся в сфере оказания медицинских услуг.

**Ключевые слова:** модернизация здравоохранения, медицинские организации, финансирование медицинских услуг.

#### **Summary**

Conceptual aspects of modernization of public health are developed in the article. It is showed that achievements of results expected in the society suppose balance of interests a basic institutions which were set up in the sphere of rendering medical services.

**Key words:** modernization of public health, healthcare organizations, financing of medical services.

Конституция Российской Федерации гарантирует своим гражданам право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения, а Основы законодательства об охране здоровья граждан возлагают на государство обязанности создавать все условия, необходимые для осуществления этого конституционного права.

В рамках указанных обязанностей, начиная с 1993 г., проведен комплекс мероприятий по перечню, декларируемому принципами объявленных социальных реформ. В здравоохранении децентрализована вертикаль управления, взамен которой выстроена система лицензирования и стандартизации; введен дополнительный источник финансирования в виде средств обязательного медицинского страхования (ОМС); установлены договорные отношения между страховщиком и производителем медицинских услуг в пользу пациента. Однако за эти же годы сформировался консенсус по поводу того, что ни один из принципов реформы не был реализован в полном объеме. Здраво-

охранение продолжает финансироваться по остаточному, но теперь более затратному способу; значительная часть россиян испытывает затруднения в доступе к качественным медицинским услугам; ранняя хронизация заболеваний и сверхсмертность населения остаются главными демографическими проблемами России в контексте европейских тенденций здоровья [2].

Анализ новых нормативно-правовых актов показал, что к институциональным преобразованиям в сфере здравоохранения отнесен целый комплекс мер, включая изменение полномочий органов власти, формирование медицинских организаций рыночного типа, а также замену административных рычагов управления экономическими, прежде всего бюджетными и налоговыми. В период преобразований, однако, важна не только новизна законодательного регулирования, но и ее адекватность целевым установкам. К сожалению, до настоящего времени на государственном уровне не принята Концепция развития здравоохранения на ближайшие годы и в стратегической пер-

---

\* muz\_pv5@medadmin.info



спективе, не определена также и цель (или нам ее не сообщают) – какую систему здравоохранения предполагается создать в результате объявленных преобразований. А поэтому не вполне ясны основные параметры модернизации здравоохранения не на уровне деклараций, а в плоскости целеполагания и конкретных организационно-правовых механизмов достижения.

Задачи модернизации здравоохранения сформулированы Президентом России Д.А. Медведевым в 2008 г. на Красноярском экономическом форуме (<http://www.rosfincom.ru/news/9276.html>). Их решение может быть организовано по-разному, в зависимости от того, как и насколько будут учтены объективные факторы концептуального характера, способные вызвать проблемы (угрозы) в развитии здравоохранения и здоровье сберегающих технологий. Угрозы для здоровья, как известно, вытекают из действий самого человека и окружающей среды, несчастных случаев и стихийных бедствий. Другая сторона вопроса связана с медицинской деятельностью, поскольку финансовые ресурсы государства, направляемые в здравоохранение, доходят до граждан только через получение ими товаров, работ и услуг медицинского назначения. Какие проблемы требуют реакции и какова иерархия вопросов, ответы на которые позволят преодолеть угрозы для системы оказания качественных медицинских услуг и таким образом обеспечить ожидаемые в обществе результаты от объявленной модернизации здравоохранения? По нашему мнению, стратегия модернизации здравоохранения должна включать три блока взаимосвязанных вопросов: общегосударственные, экономико-структурные, медико-организационные.

Среди общегосударственных вопросов ключевой – по какой модели будет развиваться Россия как государство и вся его социальная сфера, включая отрасль здравоохранения. Как известно, с начала 90-х г. прошлого столетия в России идет построение либеральной модели государственного устройства, в рамках которой реформирование здравоохранения почему-то сопровождалось делением отрасли по имущественному признаку (государственное, муниципальное, частное) вместо различения медицины на коммерческую и некоммерческую. Новая попытка реформирования здравоохранения по либеральной модели означает, что государство, подобно другим странам, будет участвовать в медицинском обеспечении своих граждан в минимальном объеме, а все недостающее, что выходит за рамки госгарантий, гражданин должен обеспечивать самостоятельно, реализуя таким образом свое право выбора и личную инициативу. Такая модель объясняет причины, по которым все эти годы применялся регресс при уплате страховых взносов, и отвечает на вопрос: почему финансовое наполнение платежной системы ОМС и сегодня не в полной мере соответствует Конституции Российской Федерации. Можно также утверждать, что созданная система ОМС находится в определенном про-

тиворечии с либеральной моделью государственного устройства, поскольку она изначально выстраивалась из идеала, что 90 % объема медицинских услуг будет для граждан бесплатным [3].

С принятием нового законодательства об ОМС это противоречие сохраняется. Так, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 21 января 2011 г. № 15-н (зарегистрирован в Минюсте РФ 2 февраля 2011 г., регистрационный номер 19661) «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» к задачам территориального фонда ОМС отнесено обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программы ОМС, а также создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам. Однако сама по себе платежная система ОМС не производит и не оказывает медицинские услуги. Она лишь собирает страховые взносы и оплачивает публичные обязательства государства по оказанию застрахованным гражданам бесплатной медицинской помощи. При этом программа ОМС достаточно декларативна, так как не обеспечена ни финансово, ни организационно для оказания практически всех видов медицинской помощи на бесплатной для застрахованных граждан основе.

В проблемном поле выделяется несколько взаимосвязанных аспектов.

Первая группа проблем связана с отсутствием утвержденных в установленном порядке медико-экономических стандартов, вследствие чего остается открытым вопрос о том, сколько должна тратить Россия на свое здравоохранение. Официально заявлено, что доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте России увеличится к 2020 г. до 5,5 % [7]. Однако по-прежнему законодательно не определен минимальный набор медицинских услуг как в виде госгарантий, так и в виде госзаданий, отсутствуют также и официальные разъяснения, чем эти понятия отличаются друг от друга. Такая правовая неопределенность в сочетании с заниженными нормативами объема медицинской помощи (они не изменились с 1998 г.) и подушевыми нормативами финансирования деструктивно влияет на функционирование учреждений здравоохранения и вызывает разочарование граждан в системе медицинского обслуживания.

Изменение статуса учреждений здравоохранения, наделение их широкими правами по оказанию платных услуг сверх госзаданий не только не устранил недовольство граждан, но и неизбежно повлечет за собой несостыковки среди медико-организационных вопросов, включающих в себя структуру и принципы построения сети стационаров и поликлиник, набор и порядок предоставления медицинских услуг, контроль их качества. В новых условиях получается, что медицинские услуги могут быть оплачены трижды: из на-

логов граждан, из страховых взносов, из кармана пациента. Острые вопросы встают и перед медицинскими бюджетными учреждениями. Насколько будет полным госзадание, чтобы его неполнота не стимулировала наращивание «платных» для граждан услуг? Насколько адекватны госзаданию будут госсубсидии? Какова будет судьба долгов учреждения, если по ним будет нечем отвечать, а «платные» услуги окажутся неподъемными для населения? И наконец, как будет обеспечиваться взаимодействие между лечебно-профилактическими учреждениями, если исключена субсидиарная ответственность государства по их обязательствам? К сожалению, официальные документы по модернизации здравоохранения не дают ответы и на эти вопросы.

Так, согласно Федеральному закону от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения», призванному «запустить» медицинские бюджетные организации в рыночные отношения, им будет предоставляться право заниматься приносящей дополнительные доходы деятельностью и самостоятельно распоряжаться ими. При этом государство «сбрасывает» с себя обязательства по содержанию бюджетных медицинских учреждений, переводит их со сметного финансирования на субсидии в рамках установленного госзадания, а все остальное вынуждает их зарабатывать самим. Это означает, что законом закрепляется обязательное участие государства в здравоохранении только в качестве плательщика в пользу граждан за оказанные им медицинские услуги, а ЛПУ перестает быть только потребителем бюджетных (страховых) средств. Этим условиям соответствует предложенная А.В. Тихомировым и поддержанная рядом правовых норм (действующих и проектных) институциональная основа модернизации здравоохранения, призванная «запустить» механизм конкуренции в медицинской среде. Она состоит из взаимосвязанных элементов, включая партикуляризацию учреждений здравоохранения без их приватизации через отделение юридической судьбы субъектов (юридических лиц) от объектов (недвижимости и особо ценного имущества); оформление имущественных отношений на основе обязательного, а не вещного права (оперативного управления); придание врачу статуса субъекта гражданско-правовых отношений и вовлечение его в оборот медицинских услуг; и наконец, обособление потока финансирования в пользу государства (органы управления) в казначействе, а в пользу общества (средства оплаты медицинских услуг) – в банке медико-социального развития.

С «запуском» рыночных отношений в медицинской среде правила существующей организации здравоохранения должны быть подчинены нормам гражданского оборота, а не подведомственному администрированию, облеченному в форму обязатель-

ных директив. Проблематика организационного реализма состоит не только в доминировании государственной собственности, но и в сохранившейся с советских времен организационной общности органов управления (нетоварный институт) и подведомственных им учреждений (товарный институт). Ее урегулирование лежит в плоскости законодательного разграничения функций Минздравсоцразвития и территориальных органов управления здравоохранением, связанных с регулированием отрасли и управлением деятельностью хозяйствующих субъектов (учреждений). В рыночной экономике данная общность противоречит принципам позиционирования субъектов товарооборота. Следует также иметь в виду, что в действующей организационной модели товарообмен не может происходить по определению, так как и плательщики по закону (фонды ОМС), и поставщики медицинских услуг (учреждения здравоохранения) совпадают по принадлежности единому собственнику в лице государства. И несмотря на изменение названия учреждений здравоохранения (автономные, бюджетные, казенные) и их полномочий, с сохранением публичной имущественной принадлежности, оказание ими медицинских услуг, оплачиваемых собственником, товарообменом не становится.

Таким образом, правовая проблематика организационного реализма в здравоохранении – это вопрос несоответствия модели Семашко товарной организации общества. Действительно, сохранившаяся с советских времен система государственного здравоохранения (модель Семашко) работает в ограничивающих конкуренцию параметрах: в территориальных образованиях функционирует минимальное число лечебно-профилактических учреждений, пропускная способность которых рассчитана на определенное число жителей; эффективность деятельности ЛПУ достигается за счет четкой регламентации выполняемых функций и задач на каждом этапе оказания медицинской помощи. Благодаря этой четкости на рубеже 90-х гг. в нее удалось встроить столь же четкую административно-платежную систему ОМС. С одной стороны, такая гибридизация неизбежно воспроизводит высокие издержки, адресуемые в конечном счете потребителям медицинских услуг, а с другой – является весьма проблемной для осуществления самостоятельной хозяйственной деятельности ЛПУ.

Новый закон об ОМС воссоздает централизованную модель ОМС с жесткой вертикалью управления денежными потоками, что по сути означает возврат к бюджетной модели финансирования. Так, единственным страховщиком, собирающим страховые взносы, установлен Федеральный фонд ОМС. Сюда идут все деньги, поступающие из страховых взносов, а также все средства, выделяемые регионами на обязательное медицинское страхование неработающих граждан. Далее следует их двойное распределение: вначале территориальные фонды ОМС, а потом в страховые медицинские организации посредством целевого

финансирования. Принцип здесь осуществляется по душевой: сколько за ними числится застрахованных граждан – на такое количество человек поступят средства с учетом единого тарифа. Заметим, в централизованной модели ОМС страховые медицинские организации не несут никакие риски, в силу чего могут существовать в рамках тарифных ограничений и не иметь долгов. Для основных производителей медицинских услуг (из 13 тыс. медицинских организаций, участвующих в программе госгарантий, только 400 – частные), ситуация не столь оптимистичная.

Учреждения здравоохранения вынуждены работать по заниженным тарифам, установленным из имеющихся средств, а не из необходимости выполнения медицинской помощи, соответствующей современным стандартам. Причина этого кроется в специфике ОМС и особенностях российской экономики. Так, низкий уровень официальной заработной платы подавляющего большинства россиян и соответственно начислений на страховые фонды предопределяет недостаточность средств, аккумулируемых в системе ОМС. А всеобщий характер страхования населения и абсолютное равенство всех граждан в получении практически всех видов бесплатной медицинской помощи неизбежно приводит к тому, что в платежной системе ОМС происходит разрыв между уровнем рисков и страховыми взносами, значительная часть из которых отвлекается на посреднические операции, связанные с деятельностью частных страховых медицинских организаций. Однако в любом случае идеология воспроизводства медицинских услуг требует соблюдения принципа, согласно которому государственные тарифы на медицинские услуги должны соответствовать их стоимости и обеспечивать производителям заданный уровень рентабельности.

К сожалению, в новом законе никак не определено, чем гарантированы ЛПУ в обеспечении своих экономических интересов в системе ОМС, никак не определено, что тарифы должны обеспечивать расширенное воспроизводство и рентабельность. Это означает, что повышая устойчивость платежной системы ОМС и новая схема движения страховых взносов сохраняет прежние проблемы и рождает новые для ЛПУ. Очевидно также, что содержать продолжающееся ветшать имущество здравоохранения, а тем более его обновлять, согласно стандартам оказания медицинских услуг, становится не под силу значительному числу муниципалитетов.

Согласно поправкам, внесенным в Федеральный закон о местном самоуправлении № 131-ФЗ для реализации централизованной модели ОМС, практическое здравоохранение перестает касаться муниципальных органов власти, так как за ними закрепляются полномочия по созданию условий для оказания медицинской помощи, правовой смысл которых неясен. Ответственность за предоставление всех видов бесплатной медицинской помощи возлагается на органы государственной власти субъектов РФ. С одной

стороны, это означает восстановление государственной системы здравоохранения и той самой вертикали в управлении отраслью, а с другой – важным становится вопрос об объемах наполнения единственного финансового канала. «Одноканалка» уже была при прежней государственной системе, причем как при формировании, так и при расходовании средств государственной казны, направляемых на здравоохранение. Она имела свои достоинства (контроль за средствами и обеспечением реализации общенациональных приоритетов), но от нее отказались, поскольку одноканальный механизм требует главного – полноценного финансового наполнения, и только в этих условиях пациент будет уверен, что государственные гарантии реально обеспечены.

Практика последних двух десятилетий такова: система ОМС никогда не обеспечивалась достаточным финансированием. Решение этой проблемы связывается с ростом страховых взносов, которые, как известно, с 2011 г. увеличиваются на 2%. Это обещает системе ОМС прибавку в 460 млрд рублей, которые планируется направить на обновление основных фондов ЛПУ, информатизацию и насыщение тарифов дополнительными средствами. Но для каждого конкретного ЛПУ рост страховых взносов в социальные фонды – это новая и весьма серьезная налоговая нагрузка. Она увеличивается с 26 до 34%: 26% – взнос на пенсионное страхование; 2,9% – на социальное страхование; 5,1% – на ОМС. При этом остается открытым вопрос: насколько это увеличение может сделать бездефицитным бюджет ЛПУ для реализации им госзадания. Объявлено лишь, что единый подушевой норматив финансирования в 2013 г. составит 4065 рублей и будет включать все расходы, за исключением капиталовложений и расходов на оборудование стоимостью более 100 тысяч рублей. Установленный по жестким нормативам, он ограничивает возможность ЛПУ маневрировать численностью персонала, его загрузкой, заработной платой, тогда как рыночные условия требуют главного – гибкости в работе. Кроме того, «нормативный» тариф плохо соотносится с рыночными ценами всех эксплуатационных услуг, необходимых для осуществления медицинской деятельности и покупаемых ЛПУ по коммерческим возмездным договорам. А поскольку денег на качественное улучшение медицинских услуг не станет больше, предлагается лучше хозяйствовать в ЛПУ, искать дополнительные источники финансирования и обеспечивать экономически выгодное распределение заработанных средств. Однако решение проблемы недостаточности финансирования ЛПУ не должно быть односторонним и только снизу. Нужны соответствующие изменения на государственном уровне, исключающие сложные ситуации, с которыми на практике сталкивается ЛПУ в сфере оказания «платных» медицинских услуг.

В правовом поле существует несколько групп проблем. Первая связана с отсутствием законодательно установленной границы между видами и количе-

ством медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках госзадания и платными медицинскими услугами, которые должны оказываться без снижения объема и качества бесплатной для пациентов лечебно-диагностической помощи. Вторая обусловлена двойственностью правового статуса бюджетного медицинского учреждения. С одной стороны, учреждение выступает как самостоятельная структурная единица, которая наделена самостоятельностью в осуществлении деятельности, связанной с извлечением и распределением дохода, а с другой – полностью связано бюджетным законодательством не только в части бюджетного финансирования, но и в части внебюджетной деятельности. Третья группа проблем обусловлена задачами развития конкурентной среды в сфере предоставления гражданам медицинских услуг. Включение в реализацию программы госгарантий частных медицинских организаций, выбор клиники и поликлиники по усмотрению пациента выглядит очень привлекательно. Однако потребуются адаптация всей здравоохранительной системы к новым реалиям.

Во-первых, должен быть разработан четкий механизм балансировки: если в освоение средства ОМС включится много частных медицинских организаций, значит сократится число государственных. А если «частники» сочтут не выгодным работать по тарифам ОМС и через год уйдут из программы, то кто и как будет искать им замену? Должен быть также разработан четкий правовой механизм и для выбора пациентом страховой компании (в чем и как они будут конкурировать), медицинской организации и врача, чтобы реализация этого права не дошла до абсурда и не повлекла ухудшение доступности и качества медицинской помощи в целом. Риски здесь

вполне реальные: могут возникнуть очереди на госпитализацию в больницу, оборудованную лучше других, или на прием к конкретному врачу первичного звена. Не исключены риски, связанные с фактическим лишением части граждан медицинской помощи, которые по разным причинам не получили страховой полис, а для ЛПУ, оказавших таким гражданам медицинскую помощь, – риски ее неоплаты. Сейчас такие пациенты могут получить хотя бы скорую медицинскую помощь, которая пока финансируется за счет средств соответствующего бюджета. С 2013 г. скорая медицинская помощь включается в программу ОМС, но при этом остается неопределенным порядок ее финансирования в случае ее оказания гражданам без полисов.

Масштаб «бесполисной» проблемы нельзя игнорировать, так как в прошлом году каждый 10-й гражданин получил отказ в плановой медицинской помощи из-за его отсутствия. Наконец, необходим регламентированный порядок финансирования оказанных в клиниках и поликлиниках сверхдоговорных объемов медицинской помощи, поскольку законодательство РФ не предусматривает такого основания для отказа в медицинской помощи, как отсутствие установленного источника финансирования, а конституция является гарантом прав граждан и государственных учреждений здравоохранения.

Таким образом, вопросы модернизации, формирования новой идеологии в здравоохранении требуют разработки механизмов, которые позволят обеспечить баланс интересов основных институтов, придать им необходимую устойчивость и динамику для последующего развития в существующих политических, экономических и юридических реалиях.

## **Список литературы**

1. Борисов, Д. А. Организация и экономика публичного здравоохранения // *Главный врач: хозяйство и право*. – 2010. – № 3. – С. 45–47.
2. Герасименко, Н. Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2009. – № 3. – С. 10.
3. Гришин, В. Г. Пишем концепцию, раз // *Мед. вестник*. – 2010. – № 1 (516).
4. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных и муниципальных учреждений: федер. закон от 08.05.2010 №83-ФЗ.
5. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ.
6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1994 № 5487-1 (в ред. от 28.09.2010). – Ст. 34.
7. Собрание законодательства РФ. 2008. № 47. – Ст. 5489.
8. Тихомиров, А. В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – С. 234.



# ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2:368 (571.620)

## **Актуальные проблемы реализации нового Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в системе здравоохранения Хабаровского края**

**В.С. Ступак\*<sup>1</sup>, К.Е. Пошатаев<sup>2</sup>, С.С. Пудовиков<sup>3</sup>, М.Г. Сверedyuk<sup>1</sup>, Г.Г. Петров<sup>5</sup>,  
Н.Н. Шишова<sup>4</sup>, И.Е. Попова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,

<sup>2</sup>ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК,

<sup>3</sup>ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.И. Сергеева» МЗ ХК,

<sup>4</sup>ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,

<sup>5</sup>ГУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ ХК,

г. Хабаровск

**V.S. Stupak, K.E. Poshataev, S.S. Pudovikov, M.G. Sveredyuk, G.G. Petrov, N.N. Shishova,  
I.E. Popova**

**Actual Problems of Realization of New Law "About Compulsory Health Insurance in Russian  
Federation" within the System of Health Care of Khabarovsk Territory**

### **Резюме**

В статье авторы проводят анализ существующих проблем по реализации положений законодательства в области обязательного медицинского страхования. Предлагается решение ряда вопросов с помощью пересмотра существенных условий типового договора, разработки и внедрения административных регламентов, изменения тарифной политики.

**Ключевые слова:** здоровье, пациент, регламент, полис.

### **Summary**

The authors analyze the existing problems in the implementation of the provisions of the legislation on compulsory health insurance-of. The decision of a number of issues by revising the conditions exist-governmental model agreement, developing and implementing administrative regulations, changes in tariff policy.

**Key words:** health, patient, regulations, policy.

В настоящий момент взаимодействие в системе обязательного медицинского страхования регулируется новым Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации» (далее Закон об ОМС) и Приказом министерства здравоохранения и соци-

ального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158-н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», другими нормативными актами Российской Федерации и Хабаровского края.

Закон об ОМС закрепил общие нормы, установил рамочные требования к правоотношениям, возникаю-

\* vsstupak@rambler.ru

щим внутри системы ОМС, определил правила поведения субъектов правоотношений, которые в свою очередь необходимо реализовывать, посредством разработки правовых механизмов. Между тем существуют следующие нерешенные проблемы, которые влияют на качество медицинской помощи населению и сводятся к следующему:

1. Отсутствие механизмов реализации норм Закона об ОМС.

Формирование механизмов реализации правовых норм, закрепленных в Законе об ОМС на территории края, становится актуальной проблемой в период реализации программы модернизации здравоохранения.

Переход на новые качественные отношения субъектов правоотношений в системе медицинского страхования является в настоящее время определяющим с позиции новой ступени развития качественной и безопасной медицинской помощи жителям Хабаровского края.

Актуальным является вопрос формирования порядка реализации правовых норм по реализации Закона об ОМС на территории Хабаровского края путем внедрения административных регламентов на уровне органов исполнительной власти.

На наш взгляд, посредством разработки административных регламентов и локальных правовых актов необходимо сформировать четкий механизм реализации законодательных положений, сформировать внутрисистемные и межсистемные взаимосвязи, решить вопросы координации и контроля управляющего субъекта с объектом управления, то есть самого Фонда, страховых организации и медицинских учреждений. В частности, в более детальном изложении нуждаются следующие аспекты:

– приведение к нормативным требованиям договора между лечебно-профилактическими учреждениями и страховыми медицинскими организациями и КФОМС;

– привести в соответствие с новыми требованиями законодательства осуществление персонализированного учета пациентов и обмен информацией между субъектами медицинского страхования;

– разработать порядок этапного перехода на тарифы с полным возмещением расходов на оказание медицинской помощи, стоимости оказанной медицинской услуги;

– отработать четкий регламент осуществления платежей за оказанную медицинскую услугу;

– привести в соответствии с положениями главы 9 Федерального закона об ОМС контроль качества оказания услуг медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в сфере ОМС;

– оформить порядок обжалования актов, принятых в результате проведения контрольных мероприятий и экспертиз в отношении страховых медицинских организаций, так как в Законе об ОМС он не установлен.

– в административных регламентах необходимо четко прописать ответственных сотрудников, алгоритм последовательных действий по исполнению обязанностей, включая сроки, объемы проверки, применительно к экспертизе качества, сроки платежей.

2. Проблемы взаимодействия медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

На сегодняшний день временный порядок координационного взаимодействия в системе ОМС Хабаровского края, утвержденного правлением фонда от 19.03.2010 г. (далее временный порядок ОМС), утратил действие с 22.02.2011 г., с момента введения правил ОМС.

Основными проблемами взаимодействия медицинских организаций и страховых медицинских организаций, по нашему мнению, являются: неурегулированность вопросов оплаты неидентифицированных в системе ОМС пациентов, оплаты объемов медицинской помощи, оказанной сверх плановых, установленных распоряжением министра здравоохранения, несбалансированность тарифа на оказание медицинской помощи в части заработной платы, перерасчет стоимости оказанных медицинских услуг, связанный с фактическим пребыванием больного менее 60 % от срока, предусмотренного клинико-статистическими группами, вне зависимости от понесенных затрат на оказание медицинской помощи.

Согласно положениям закона об ОМС (ст. 1–4, ст. 10, ст. 16) основными положениями реализации мероприятий оказания медицинской помощи в Российской Федерации являются: доступность и качество, бесплатность и охват гарантиями оказания медицинской помощи всего населения страны, субъектов Федерации. Таким образом, существуют гарантии охвата медицинским страхованием всего населения страны – как ее граждан, так и граждан других государств, находящихся на ее территории, т. е. все лица являются застрахованными.

Согласно правилам ОМС «страховые медицинские организации могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица...» медицинская организация может ходатайствовать об идентификации застрахованного лица Территориальным фондом ОМС на основании предполагаемых сведений о застрахованном. «Территориальный фонд осуществляет в течение пяти рабочих дней со дня получения ходатайства проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц. Результаты проверки Территориальный фонд в течение трех рабочих дней представляет в медицинскую организацию...».

Следовательно, обязанность идентификации неидентифицированного в системе ОМС пациента и реализации полномочий финансового обеспечения медицинской помощи такой группе больных лежит на Территориальном фонде ОМС.

Например, в ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2»:

– обращается в сутки более 200 пострадавших и больных (травмпункт и приемные покои). Большинство из них не имеет при себе полиса ОМС, поэтому затруднительно идентифицировать в системе ОМС на момент пребывания в стационаре около 6 % пострадавших, травмпункте больницы – 10 %. Затраты на оказание помощи этой группе не возмещаются.

В связи с этим необходимо регламентировать правила идентификации пациентов, поступающих в учреждения, организовать при Территориальном фонде ОМС отдел идентификации пациентов с круглосуточным режимом работы для идентификации и выдачи временных полисов на период оказания помощи в режиме реального времени.

3. Необходимость в гибкости планирования и корректировки объемов медицинской помощи.

Согласно положениям современного законодательства в сфере гарантий бесплатной медицинской помощи (закон ОМС, правила ОМС, проекта закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») гражданин вправе выбирать медицинскую организацию, врача и др.

Согласно правилам ОМС (ст. 123) «объемы медицинской помощи устанавливаются медицинской организации на год с последующей корректировкой при необходимости исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и с учетом их права выбора медицинской организации и врача с учетом: ...показателей потребления медицинской помощи, видов, условий оказания медицинской помощи и врачебных специальностей».

Краевые учреждения, оказывающие экстренную и срочную медицинскую помощь, не могут самостоятельно регулировать объемы такой медицинской помощи.

Так, например, ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» 90 % медицинской помощи оказывает по экстренным и срочным показаниям. Остальные больные госпитализируются в плановом порядке. Ежегодно перевыполнение плана по пролеченным больным составляет 8–13 %. ГУЗ «Перинатальный центр» имеет высокую востребованность в акушерской помощи, перевыполнение объемных показателей по акушерской службе за последние три года составляет 15 %.

Следовательно, возможность корректировки объемов медицинской помощи в соответствии со сложившимися объемами в течение периода времени есть.

В связи с вышеизложенным необходимо проведение корректировки планового задания на выполнение объемов медицинской помощи в течение года по результатам квартала и за 9 месяцев работы.

4. Несбалансированность тарифа на оказание медицинской помощи в части заработной платы.

Общеизвестно, что среднепрофильные тарифы на оказание медицинской помощи не покрывают расходы на заработную плату, исходя из тарификации существующего штатного расписания, рассчитанного на объемы оказываемой медицинской помощи.

В настоящее время медицинские организации покрывают дефицит фонда оплаты труда в тарифе за счет значительного дефицита кадров, интенсификации труда работников при оплате за совмещение в пределах финансового обеспечения этого раздела расходов.

Иными словами, при гипотетической укомплектованности штатами 100 % фонда заработной платы не хватит на оплату труда работников, выполняющих объемы медицинской помощи.

Попытка снизить плановые объемы помощи и тем самым «подогнать» штатное расписание под имеющиеся финансовые ресурсы ведет к еще большей интенсификации труда работников при снижении материальных стимулов и как результат – к снижению качества оказываемой медицинской помощи.

Необходим анализ объемов оказываемой в Хабаровском крае медицинской помощи в разрезе диагностических родственных групп заболеваний, обеспечение единых сроков пребывания больного на койке для каждой группы, т. е. сокращение числа коек в крае за счет развития стационарзамещающих видов медицинской помощи и за счет этого – полное обеспечение финансовой составляющей тарифов в части заработной платы в пределах финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Хабаровском крае.

Кроме того, необходимо обратить внимание на необходимость перехода от возмещения затрат на оказание медицинской помощи по среднепрофильному тарифу к системе оплаты по дифференцированным тарифам в зависимости от сложности и продолжительности курации, объема применения современных методов диагностики и лечения.

5. Проблемы ведения персонифицированного учета.

Федеральным законом № 326-ФЗ предусматриваются условия для организации единого информационного пространства в рамках системы ОМС на основе введения персонифицированного учета.

Программа по персонифицированному учету построена в соответствии с устаревшими нормативными документами и рассчитана, на примере акушерских стационаров, на родильные отделения (родильные дома), оказывающие первичную медико-санитарную помощь. Об этом свидетельствует необоснованное ограничение используемых кодов по МКБ-10 в отделениях патологии беременности (ОПБ) и акушерских отделениях.

Например, акушерская служба ГУЗ «Перинатальный центр» выполняет отличные от обычного родильного дома (отделения) функции и задачи, оказывает специализированную помощь беременным и роженицам. Так, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 г. № 808-н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» (п. 13 приложения 1) «в случаях преждевременных родов после 22 недель беременности госпитализация осуществляется в перинатальный центр, где имеется

возможность выхаживания новорожденных с массой тела 500–999 г». Но в соответствии с государственной статистической отчетностью данные случаи до сих пор регистрируются как выкидыш (код диагноза по МКБ-10 O03). Поэтому в соответствии с третьей группой акушерского стационара количество выкидышей с 22–28 недель в центре ежегодно увеличивается.

Кроме того, в акушерское наблюдение госпитализируются беременные со сроками более 25 недель беременности для прерывания по медицинским показаниям в соответствии с решением Краевой комиссии по тактике ведения женщин с пренатальной патологией плода. Эти случаи тоже кодируются как выкидыш.

В свою очередь отеки беременных (код O12.0 по МКБ-10) уже давно не подлежат стационарному лечению (необоснованная госпитализация в ОПБ) и корригируются на амбулаторном этапе.

Следует срочно внести изменения в программу по персонализированному учету в соответствии с уровнем учреждения и третьей группой акушерского стационара и дать четкое письменное руководство по кодированию заболеваний в соответствии с настройкой программы.

6. Несогласованность и нарушение закона в части обслуживания полисов.

В связи с тем, что согласно Закону об ОМС полисы ОМС, выданные до 01.01.2011 г., считаются действительными, медицинские организации обязаны принимать пациентов с такими полисами и не имеют права им отказывать.

Например, ГУЗ «Перинатальный центр» принимает всех застрахованных с полисами старого образца. При формировании реестров на проверку выходит, что многих граждан нет в веб-регистре. Часто приходится звонить в компанию «РОСНО-МС» и подолгу выяснять, почему застрахованный отсутствует в регистре. На это уходит много времени и часто заканчивается ничем, так как на другом конце телефонного провода застрахованного найти не могут, хотя (дословно) «эта серия полисов у нас действующая». При сдаче счетов реестров за февраль по причине неверных данных полисов ОМС компаниями «РОСНО», «ДАЛЬРОСМЕД», «СО-ГАЗМЕД» не оплачено более 60 пролеченных больных.

Медицинская организация не занимается страхованием граждан, а пользуется только данными предъявленных документов, веб-регистром и телефонной связью со страховыми компаниями, поэтому считаем, что ответственность за правильные сведения о страховом медицинском полисе, а следовательно, и за четкое формирование веб-регистра, лежит целиком на страховых медицинских организациях (СМО), и штрафные санкции должны быть применены в данном случае к ним.

Пользуясь программой VipNet, страховые медицинские организации запросы информации, нередко конфиденциальной, не оформляют на официальном бланке, а посылают как простые записки. Меди-

цинскую документацию не запрашивают официальным письмом, а ссылаются на закон об ОМС и не проявляют заинтересованности в ее получении в том случае, если медицинская организация запрашивает оплатить страховой случай за фактически проведенные дни лечения.

В настоящее время предлагаемый для ведения персонализированного учета программный продукт не работает должным образом: не осуществляется его информационная поддержка, нет единства в требованиях к его заполнению ни со стороны Территориального фонда обязательного медицинского страхования, ни со стороны страховых медицинских организаций.

До устранения возникших коллизий считаем возможным и необходимым предоставлять сведения о пролеченных на бумажном носителе. Данный вариант в полном объеме соответствует действующему законодательству. Так, в частности, в части 5 ст. 44 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сказано: «Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов как в письменной форме, так и в электронной форме...». Кроме того, предоставление информации в письменной форме позволит получать информацию без потерь и без дефектов.

### 7. Защита персональных данных.

Много вопросов возникает по персональным данным пациентов (пол, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, данные о страховой медицинской организации и др.).

К примеру, ГУЗ «Перинатальный центр» начал работу в рамках ОМС с 01.01.2011 г. С этой же даты вступил в силу Федеральный закон № 326-ФЗ, согласно которому медицинское учреждение предоставляет в страховые медицинские организации и Территориальный фонд ОМС только сведения об оказанной медицинской помощи, но не какие-либо другие сведения о застрахованном лице (ст. 47 часть 1).

В данном вопросе страховые медицинские организации и Территориальный фонд ОМС ссылаются на приложение 11 правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития от 28.12.2010 № 1219-н. Однако данный приказ, так же как и приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.11 № 158-н, противоречит нормативному акту, имеющему большую юридическую силу, – Федеральному закону.

8. Нарушения положений п. 2 части 3 ст. 50 Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В нем, в частности, сказано: «Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на следующие цели: ...внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого об-



разца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде...».

Для примера: специалисты ГУЗ «Перинатальный центр» неоднократно обращались в Территориальный фонд ОМС с просьбой обеспечить за счет средств фонда ОМС рабочие места в количестве двенадцати с комплектами оргтехники (системный блок, монитор, принтер, блок бесперебойного питания) для работы со сводным регистром застрахованных в режиме реального времени (онлайн), а также программным обеспечением VipNet.

По разным причинам фонд ОМС Хабаровского края уклонился от исполнения обязательств, предусмотренных действующим законодательством, и учреждение вынуждено было приобрести оргтехнику и программное обеспечение за счет средств, полученных от приносящей доход деятельности.

На основании вышеизложенного авторы предлагают:

- Сформировать механизм реализации законодательных положений, восстановить внутрисистемные и межсистемные взаимосвязи, решить вопросы координации и контроля управляющего субъекта с объектом управления, то есть самого фонда, страховых организации и лечебных учреждений.

- Привести к нормативным требованиям закона об ОМС договоры между лечебно-профилактическими учреждениями и страховыми медицинскими организациями и ФОМС; ведение персонифицированного учета и обмен информацией.

- Разработать новый порядок расчета тарифов с этапами перехода на оказание медицинской помощи по полной стоимости оказанной медицинской услуги; сформировать четкий регламент осуществления платежей за оказанную медицинскую услугу.

- Предусмотреть в новых порядках обязательное проведение корректировки планового задания на выполнение объемов медицинской помощи в течение года, поквартально (за 9 месяцев работы).

Учитывая практику на других территориях Российской Федерации, необходимо разработать и ввести единые дифференцированные тарифы на оплату медицинской помощи по дополнительному профилю отделений, по диагностическим родственным группам, а также выделить отдельно тарифы на один койко-день по реанимационной медицинской помощи, оплату по которым проводить за каждый день пребывания больного.

Производить оплату медицинской помощи пациентам с фактическим пребыванием больного менее 60% от срока в случае летального исхода по фактически понесенным расходам после проведения медико-экономической экспертизы по каждому представленному медицинской организацией случаю.

Учитывая несовершенство программы ведения персонифицированного учета, недостаточную информационную поддержку, отсутствие единства в требованиях к его заполнению и со стороны Территориального фонда обязательного медицинского страхования и со стороны страховых медицинских организаций, до устранения возникших проблем считаем возможным и необходимым предоставлять реестр о пролеченных в СМО в письменной форме для окончательного расчета.

На основании вышеуказанного авторы предлагают:

- Разработать порядок обжалования актов, принятых в результате проведения контрольных мероприятий и экспертиз в отношении страховых медицинских организаций в соответствии с новым законом об ОМС.

- В целях защиты прав пациента в срочном порядке обязать СМО и ФОМС организовать деятельность Территориального фонда ОМС по идентификации пациентов и выдаче временных полисов на период оказания помощи в режиме реального времени в круглосуточном режиме.

- Внести в обязательные условия для СМО непрерывное оказание консультативной помощи населению в соответствии с круглосуточным режимом работы лечебно-профилактических учреждений.

- Усилить роль медицинских ассоциаций в реализации положений Закона об ОМС.

## Список литературы

1. Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации: федер. закон от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ.

2. Об утверждении правил обязательного медицинского страхования: приказ министерства здра-

воохранения и социального развития от 28 февраля 2011 г. № 158-н.

3. Пешкова, Х. В. Место Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджетном устройстве России // Медицинское право. – 2011. – № 1. – С. 15–19.

*УДК 617.7:614.21 (571.620) «2010»*

## **Итоги работы Хабаровского филиала ФГУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» в 2010 году**

**В.В. Егоров\*, С.П. Бадогина, Г.П. Смолякова**

*Хабаровский филиал ФГУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С.Н. Федорова  
Росмедтехнологии»,  
г. Хабаровск*

**V.V. Egorov, S.P. Bagodina, G.P. Smolyakova**

**Results of Work of Khabarovsk Affiliation of FSI “Scientific-Technical “Eye Microsurgery”  
Complex of acad. S.N. Fyodorov Rosmedtechnology” in 2010**

### **Резюме**

В статье представлены основные итоги работы Хабаровского филиала ФГУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» за 2010 год. Рассмотрено участие филиала в реализации квот по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи жителям ДФО. Представлены новые лечебные технологии, внедренные в филиале в 2010 году.

**Ключевые слова:** квоты ВМП, офтальмологическая помощь, глаукома, витреоретинальная патология.

### **Summary**

The main resumes of the work of Khabarovsk affiliation of FSI “Scientific-technical “Eye Microsurgery” Complex of acad. S.N. Fyodorov Rosmedtechnology” were presented in the article. We considered the participation of affiliation in taking up quota on rendering high technological medical care to the people of FEFD. We also presented new medical technologies which were introduced in the affiliation during the year 2010.

**Key words:** HTMC quota, ophthalmological care, glaucoma, vitreoretinal pathology.

В настоящее время Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» (Филиал) является ведущим лечебным учреждением по оказанию как высокотехнологичной, так и специализированной офтальмологической помощи жителям Дальневосточного федерального округа (ДФО).

### **Цель исследования**

Проведение анализа лечебной и научной работы Филиала за 2010 г.

В 2010 г. консультативно-диагностическая и лечебная помощь пациентам с заболеваниями органа зрения оказывалась в 10 лечебных профильных отделениях и лечебно-диагностическом кабинете (ЛДК), расположенном обособленно от основного места нахождения. За прошедший год количество профильных отделений не изменилось, и в ближайшей перспективе какой-либо потребности в увеличении или уменьшении их не планируется.

Различные виды лечебной и диагностической помощи в 2010 г. оказывали 59 врачей (офтальмохирурги – 39 человек; офтальмологи – 10; анестезиологи-реаниматологи – 4; терапевты – 2; физиотерапевты – 2; бактериолог – 1; эпидемиолог – 1).

Являясь федеральным государственным учреждением, Филиал принимал участие в оказании высокотехнологической медицинской помощи (ВМП) жителям ДФО. Согласно приказу Минздравсоцразвития РФ № 1047 от 30.12.2009 г. Филиалу был определен объем лечебной помощи в виде 869 квот.

Выполнение квот по ВМП по регионам ДФО в 2010 г. представлено в табл. 1.

**Таблица 1**

### **Статистический анализ выполнения квот ВМП по регионам в 2010 году**

№ п/п	Регион	План 2010 г.	Закрыто 2010 г.
1	Приморский край	151	143
2	Хабаровский край	398	441
3	Амурская область	93	90
4	Камчатский край	62	67
5	Магаданская область	20	29
6	Сахалинская область	115	90
7	Еврейская АО	10	3
8	Чукотский АО	23	6
Итого		872	869

\* vegorov@rykhvmtntk.ru

В течение года количество квот ВМП для Хабаровского филиала было уменьшено на 13 и на конец года составило 869.

Наибольшее количество (474 квоты) использовано для хирургического или лучевого лечения при отслойке, разрыве сетчатки и витреоретинальной хирургии при сочетанной патологии глаза.

Для лечения диабетической ретинопатии в 2010 г. было реализовано 147 квот.

Оставшиеся квоты были реализованы для проведения микроинвазивной энергетической хирургии катаракты с имплантацией эластичных интраокулярных линз, комбинированного лечения злокачественного новообразования глаза и его придаточного аппарата и других заболеваний глаза.

Динамика обращаемости в Филиал за офтальмологической помощью жителей ДФО в 2010 г. представлена в табл. 2.

**Таблица 2**

**Динамика обращаемости в Филиал пациентов различных регионов**

№ п/п	Регион	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1	г. Хабаровск	37,2	37,3	37,4	38,9	38,7
2	Хабаровский край	26,5	25,0	24,5	23,9	23,0
3	Приморский край	19,8	20,7	20,8	20,1	22,0
4	Амурская область	4,4	4,7	4,1	4,2	4,5
5	Сахалинская область	3,6	3,2	4,0	4,1	3,7
6	Магаданская область	0,7	2,9	0,9	0,9	0,9
7	Камчатский край	2,1	2,1	2,1	1,7	1,5
8	Еврейская АО	2,9	1,8	3,2	3,8	3,5
9	Республика Саха (Якутия)	1,9	1,0	1,5	1,6	1,6
10	Прочие	0,9	1,3	1,5	0,8	0,6

Как видно из представленной табл. 2, наибольший удельный вес по обращаемости занимает г. Хабаровск и Хабаровский край. В течение последних 5 лет количество жителей Хабаровского края, обратившихся в Филиал, превышает 60 % от числа пациентов и стабильно удерживается последние годы.

Несмотря на появление частных офтальмологических структур в соседней территории (Приморский край), количество пациентов из этого субъекта Федерации за последний год увеличилось и составило 22 % от общего объема принятых пациентов. Каким бы ни были изменения по обращаемости из других субъектов Российской Федерации за 2010 г. не произошло.

Экономический кризис и его последствия какой-либо негативной роли в изменении потребности в офтальмологической помощи не сыграли. Об этом свидетельствует тот факт, что в 2010 г. в Филиале было проведено 22 193 курса лечения по сравнению с 22 104 курсами в 2009 г.

В структуре курсов лечения в 2010 г. наибольший удельный вес заняли хирургические вмешательства – 18 506 (83,6 %). Курсов консервативного лечения (в том числе плеопто-ортоптического) было проведено 3867, что составило 16,4 %.

Традиционно, в течение многих лет, хирургическое лечение пациентов с катарактой занимает наибольший удельный вес. Так, в 2010 г. в Филиале была выполнена 7171 операция по поводу катаракты, что составило 37,8 % от общего объема выполненных хирургических операций. В 2009 г. удельный вес хирургии катаракты в общем объеме хирургического лече-

ния составлял 36,9 %. Несмотря на увеличение с каждым годом количества выполняемых операций по поводу катаракты, потребность в удовлетворении запросов населения в этом виде офтальмологической помощи пока не может быть удовлетворена. В связи с этим необходима дальнейшая работа по улучшению материально-технической базы лечебных офтальмологических учреждений ДФО, рациональное использование имеющегося коечного фонда.

Продолжает увеличиваться и удельный вес современных технологий хирургического лечения катаракты (факоэмульсификация). В 2010 г. с помощью безшовной микроинвазивной технологии было выполнено 94,1 % операций по поводу катаракты. В 2009 г. этот показатель составлял 92,4 %.

Широкое клиническое применение в 2010 г. нашел метод имплантации торических ИОЛ для коррекции афакии и роговичного астигматизма [5, 6, 7, 8]. Об эффективности данного метода лечения и первых клинических результатах было доложено на научно-практических конференциях в различных субъектах России (Хабаровск, Владивосток, Казань), а также за рубежом (Кипр).

Оптимальным методом коррекции афакии продолжает оставаться имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ). По итогам 2010 г., в 96,6 % случаев пациентам после экстракции катаракты была имплантирована ИОЛ, арсенал которых на сегодняшний день достиг более 10 моделей.

Основным звеном в лечении врожденной катаракты (ВК) в настоящее время является аспирация хру-

сталика с имплантацией ИОЛ в раннем возрасте. Значимый вклад в разработку этой технологии и широкое внедрение ее в клиническую практику принадлежит специалистам Филиала [1, 2, 3, 4].

Для освоения различных методик хирургии катаракты в Филиале создан тренажерный зал «Wetlab», в котором на глазах животных можно отрабатывать различные этапы хирургических технологий по лечению катаракты.

Дальнейшее развитие в Филиале получили технологии по лечению заболеваний сетчатки и стекловидного тела.

Отделение витреоретинальной патологии Филиала на сегодняшний день является единственным на Дальнем Востоке, где проводится весь арсенал операций при заболеваниях сетчатки и стекловидного тела.

В 2010 г. было выполнено 1569 операций (в 2009 г. – 1178) при заболеваниях сетчатки и стекловидного тела.

Внедрялись новые технологии для лечения данной патологии: витрэктомия с силиконовой тампонадой при персистирующих и рецидивирующих идиопатических макулярных разрывах; 23 и 25 гейчевая витрэктомия и пневморетинопексия при регмантогенных отслойках сетчатки и другие. Профессионализм специалистов, техническая оснащенность лечебного процесса позволили добиться и высокого лечебного эффекта при проведении операций при витреоретинальной патологии. По итогам 2010 г., после проведенных операций в 97,4 % случаев получен положительный эффект, что соответствует лучшим мировым показателям.

В 2010 г. продолжалась активная работа по совершенствованию диагностики, лечению и реабилитации пациентов с глаукомой. Проводимая в последние годы деятельность Филиала в этом направлении позволила добиться улучшения такого показателя, как стадия глаукоматозного процесса у пациентов, направленных на хирургическое лечение. В 2010 г. у 68 % больных, поступивших на оперативное лечение, была I–II стадия заболевания, у 32 % – III–IV стадия. В прошедшем году было выполнено 1527 антиглаукоматозных операций, из них 370 хирургических и 1157 с использованием лазерного излучения. Продолжалось внедрение новых медицинских технологий в лечении глаукомы: микроинвазивная НГСЭ, радиохирurgia терминальной болящей глаукомы.

Пациенты с глаукомой, жители г. Хабаровска, продолжают находиться на диспансерном наблюдении и при необходимости получают курсы консервативного лечения в Филиале.

В то же время следует отметить, что имеющиеся в настоящее время достижения не могут решить всех проблем по лечению и диспансеризации больных глаукомой. Необходима активизация раннего выявления глаукомы в амбулаторно-поликлинической службе Хабаровского края, создание глаукомных кабинетов в городах Хабаровского края (Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре), которые могли бы улучшить работу по снижению слепоты и слабосвидения от глаукомы.

Особого внимания в 2010 г. заслуживала работа по раннему выявлению и лечению детей с ретинопатией недоношенных (РН). Проведенные ранее под руководством министерства здравоохранения Хабаровского края совместно с ГУЗ «Перинатальный центр» (г. Хабаровск) мероприятия позволили исключить ошибки в диагностике РН, выявлять начало заболевания и своевременно проводить профилактическое лазерное лечение. Это привело к обратному развитию патологического процесса у 88 % детей с пороговыми стадиями РН. Достигнутый ранее эффект в этом направлении работы подтвержден и результатами лазеркоагуляции (ЛК) при лечении РН в 2010 г. Произведено 49 ЛК (44 глаза) при пороговых стадиях РН. Регресс заболевания достигнут в 88,6 % случаев (39 глаз). Хирургические эндовитреальные вмешательства проведены у 32 детей, выполнена 41 операция.

Повышение качества диагностической и лечебной работы Филиала не возможно без улучшения материально-технической базы. В 2010 г. на приобретение нового диагностического и лечебного оборудования было потрачено 32,7 млн рублей, что в 2,4 раза больше, чем в 2009 г. Произведена замена операционных микроскопов, появилось новое лазерное оборудование, современные диагностические приборы, которые позволяют повысить качество выявления заболеваний глаза.

В 2010 г. продолжалась совместная работа с офтальмологами ДФО по продвижению новых лечебных и диагностических технологий. С этой целью было проведено 6 клинических конференций в Амурской, Еврейской автономной, Сахалинской и Магаданской областях и Камчатском крае. В рамках IX Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения» была проведена офтальмологическая секция для врачей ДФО с приглашением ведущих специалистов из г. Москвы и г. Санкт-Петербурга.

По итогам проведенных научных исследований в 2010 г. врачами-офтальмологами Филиала было защищено 3 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Результаты проведенных исследований внедрены в клиническую практику врачей-офтальмологов амбулаторно-поликлинических учреждений Хабаровского края.

Издательским центром ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» подготовлена и опубликована монография «Физиотерапия в офтальмологии», которая будет полезна в клинической работе как офтальмологам, так и физиотерапевтам.

Таким образом, Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» продолжает оставаться ведущим офтальмологическим лечебным учреждением Дальнего Востока и нацелен на реализацию главного принципа системы МНТК: «Прекрасные глаза – каждому!».



## Список литературы

1. Васильев, А. В. Характеристика экссудативно-пролиферативных осложнений после аспирации врожденной катаракты с имплантацией ИОЛ у детей различного возраста периода раннего детства / А. В. Васильев, В. В. Егоров, Г. П. Смолякова // *Офтальмохирургия*. – 2010. – № 6. – С. 18–21.
2. Васильев, А. В. Анатомо-физиологические параметры глаз у детей, оперированных в течение первого года жизни по поводу врожденной катаракты методом аспирации с имплантацией ИОЛ. Ч. 1: Динамика анатомических и оптических параметров артифактных глаз / А. В. Васильев, В. В. Егоров, Г. П. Смолякова // *Рефракционная хирургия и офтальмология*. – 2010. – № 3. – С. 27–29.
3. Васильев, А. В. Анатомо-физиологические параметры глаз у детей, оперированных в течение первого года жизни по поводу врожденной катаракты методом аспирации с имплантацией ИОЛ. Ч. 2: Состояние и динамика зрительных функций артифактных глаз / А. В. Васильев, В. В. Егоров, Г. П. Смолякова // *Рефракционная хирургия и офтальмология*. – 2010. – № 3. – С. 30–33.
4. Егоров, В. В. Клинико-иммунологический анализ развития вторичной катаракты у детей раннего возраста после аспирации врожденной катаракты с имплантацией ИОЛ / В. В. Егоров, А. В. Васильев, Г. П. Смолякова // *Рос. педиатр. офтальмология*. – 2009. – № 4. – С. 29–33.
5. Федяшев, Г. А. Результаты использования торических линз Acrysof Toric после ФЭК у пациентов с роговичным астигматизмом / Г. А. Федяшев, М. В. Евстифеев, В. В. Егоров // *Актуальные проблемы офтальмологии: сб. науч. раб. V Всерос. науч. конф. молодых ученых*. – М., 2010. – С. 205–207.
6. Метод одномоментной коррекции афакии и роговичного астигматизма при проведении факэмульсификации катаракты / Г. А. Федяшев, М. В. Евстифеев, В. В. Егоров, Г. П. Смолякова // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2010. – № 2. – С. 60–62.
7. Федяшев, Г. А. Оценка ротационной стабильности торических линз «Acrysof Toric» после ФЭ возрастной катаракты / Г. А. Федяшев, В. В. Егоров, А. В. Егорова // *Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2010: сб. науч. ст. / ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза»*. – М., 2010. – С. 208–212.
8. Федяшев, Г. А. Коррекция астигматизма в хирургии катаракты при помощи имплантации торических интраокулярных линз Acrysof Toric / Г. А. Федяшев, В. В. Егоров, А. В. Егорова // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2010. – № 4. – С. 46–49.

УДК 61 : 356 . 33 : 616 . 8

## Актуальные вопросы медицинского освидетельствования граждан, исполняющих воинскую обязанность, при наиболее часто встречающихся неврологических заболеваниях

**С.Б. Хробрых\*, О.В. Наконечная**

МУЗ «Городская клиническая больница № 10»,  
г. Хабаровск

**S.B. Khrobrykh, O.V. Nakonechnaya**

**Topical Issues of Medical Clearance among Citizens Carrying out Military Obligations under Most Frequently Neurological Condition**

### Резюме

В статье представлены актуальные вопросы медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на воинскую службу по Отделу военного комиссариата Хабаровского края по Кировскому и Краснофлотскому районам г. Хабаровска, изучены показатели годности граждан к воинской службе по наиболее часто встречающимся неврологическим заболеваниям, проведен их анализ. Исследуемые показатели даны в динамике по годам (2008–2010 гг.).

**Ключевые слова:** медицинское освидетельствование, показатели годности, неврологические заболевания, структура заболеваемости.

\* muz\_sv10@medadmin.info

**Summary**

The article presents topical issues of medical clearance among citizens who are subject to call within the department of military commissariat of Kirovsky and Krasnoflotsky districts of Khabarovsk city, ability factor of citizens of mostly frequently neurological condition studied, their analysis was held. Examined data are shown on the dynamics by years (2008–2010).

**Key words:** medical clearance, ability factor, neurological condition, disease structure.

В современных условиях формирования Вооруженных Сил РФ проблема здоровья человека перестала быть чисто медицинской и рассматривается военной доктриной РФ в качестве одного из основных факторов национальной безопасности. Поэтому роль и значение военно-врачебной экспертизы, проводимой врачами, участвующими в медицинском освидетельствовании граждан при ППВУ и призыве на военную службу, с каждым годом возрастает.

Согласно приказу Министра обороны РФ от 2003 г. № 200, медицинское освидетельствование при призыве на военную службу проводится всем лицам мужского пола в возрасте от 18 до 27 лет. Рассматривая результаты призывов в Отделе военного комиссариата Хабаровского края по Кировскому и Краснофлотскому районам г. Хабаровска, врачами медицинской комиссии было осмотрено в 2008 г. 2756 человек, в 2009 г. – 2525 человек, в 2010 г. – 2490 человек. Это показывает, что в Российской Федерации в период 1991–1993 гг. наблюдался спад рождаемости.

Проведен анализ показателей военно-врачебной экспертизы. В результате медицинского освидетельствования при призыве граждан на военную службу в 2010 г. процент годности категории «А + Б» – годен к военной службе – составил в 2010 г. 70,2 %, что значительно ниже, чем в 2009 г. – 78,2 % и в 2008 г. – 75,3 %. Это объясняется высоким процентом категории «В» – ограниченно годен к военной службе – в 2010 г. 27,1 %, в 2009 г. – 20,2 %, в 2008 г. – 21 %, а также категорий «Г» – временно не годен к военной службе – 2 % и «Д» – не годен к военной службе – 0,7 %.

В структуре общей заболеваемости, послужившей освобождению от военной службы (2008–2010 гг.), на первом месте – заболевания костно-мышечной системы (2008 г. – 110 человек, 2009 г. – 130 человек, 2010 г. – 177 человек), на втором месте – болезни органов пищеварения (2008 г. – 106 человек, 2009 г. – 110 человек, 2010 г. – 130 человек), на третьем месте – болезни нервной системы (2008 г. – 82 человека, 2009 г. – 102 человека, 2010 г. – 105 человек).

В приказе Министерства обороны от 2003 г. РФ № 200 и приложении к постановлению Правительства РФ о военно-врачебной экспертизе от 2003 г. № 123, имеется 9 статей расписания болезней нервной системы:

- ст. 21 – «Эпилепсия»;
- ст. 22 – «Инфекционные, паразитарные и вирусные болезни ЦНС и их последствия»;
- ст. 23 – «Прогрессирующие органические заболевания ЦНС, наследственные и дегенеративные болезни ЦНС»;
- ст. 24 – «Сосудистые заболевания головного и спинного мозга»;
- ст. 25 – «Травмы головного и спинного мозга и их последствия»;
- ст. 26 – «Болезни периферической нервной системы»;
- ст. 27 – «Травмы периферической нервной системы и их последствия»;
- ст. 28 – «Временные расстройства нервной системы»;
- ст. 88 – «Энурез».

По результатам основных показателей медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу, в структуре Отдела военного комиссариата по Кировскому и Краснофлотскому району г. Хабаровска среди болезней нервной системы первое место занимает статья 25 – «Травмы головного и спинного мозга и их последствия». В 2010 г. по этой статье из категории «В» – ограниченно годен к воинской службе – 62 человека, что составляет 60 %. В 2009 г. их было 58 человек (55,2 %), в 2008 г. – 55 человек (52,2 %).

Второе место делят две статьи нервных болезней:

- ст. 22 – инфекционные, паразитарные и вирусные болезни центральной нервной системы (ЦНС) и их последствия. При призыве на военную службу в 2010 г. к ней относилось 12 человек (11 %);

- ст. 23 – прогрессирующие органические, наследственные и дегенеративные заболевания ЦНС – 14 человек (13 %).

Третье место занимает статья 24 – «Сосудистые заболевания головного мозга» – 9 человек (6%).

Следует обратить внимание на количество негодных к военной службе по статье 21 «Эпилепсия». В 2010 г. – 6 человек, тогда как в 2009 г. их было 3, а в 2008 г. – 1 человек.

По определению Всемирной организации здравоохранения, «здоровье – это полное физическое, психическое и социальное благополучие, а не толь-

ко отсутствие болезней, то есть это физическая, социальная, психологическая гармония человека, доброжелательные отношения с людьми, природой и самим собой». Причинами роста числа заболеваний призывников, подлежащих призыву на военную службу, являются травматизм, распространение среди подростков вредных привычек (курение, наркомания, употребление алкоголя), нерациональное питание, повышение учебной нагрузки, малоподвижный образ жизни, увлечение компьютерами, рост малоимущих семей, особенности поведения подростков – пренебрежительное отношение к своему здоровью и нежелание выполнять назначения врачей, что приводит к хронизации заболеваний.

По данным ВОЗ, за последние 10 лет частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) возрастает в среднем на 2 % в год. Травмы головного мозга составляют 30–35 % от общего травматизма. Нейротравматизм как причина инвалидности стоит на втором месте после заболеваний органов кровообращения и составляет от 14,5 до 26 %.

Общепринятой классификацией последствий ЧМТ, которая принята за основу работы призывной комиссии края, является классификация А.Б. Лихтермана (1990), в которой выделено 3 базисных периода в лечении травм головного мозга.

1. Острый – характеризуется взаимодействием травматического субстрата, реакцией повреждения и реакцией защиты. По времени он длится от момента повреждающего воздействия механического фактора на головной мозг с внезапным расстройством его интегративно-регуляторных и очаговых функций до стабилизации на том или ином уровне нарушенных общемозговых и общеорганизменных функций либо смерти пострадавшего. Временная протяженность его составляет от 2 до 10 недель в зависимости от клинической формы ЧМТ.

2. Промежуточный – происходит рассасывание и организация поврежденных участков мозга, максимально полное выключение компенсаторно-приспособительных реакций и процессов, что сопровождается полным или частичным восстановлением или устойчивой компенсацией нарушенных в результате травмы функций головного мозга и организма в целом.

Длительность этого периода: при легкой ЧМТ до 2 месяцев, при среднетяжелой – до 4 месяцев, при тяжелой – до 6 месяцев.

3. Отдаленный – характеризуется наличием местных и дистантных дегенеративных и репаративных изменений. Продолжительность отдаленного периода: при клиническом выздоровлении до 2 лет, при прогрессирующем течении ЧМТ – не ограничена.

Ведущие (базисные) посттравматические неврологические синдромы:

- сосудистый, вегетативно-дистонический;
- ликвородинамических нарушений;
- церебрально-очаговый;
- посттравматической эпилепсии;
- астенический;
- психоорганический.

В зависимости от степени выраженности и тяжести ведущего синдрома и группы вышеизложенных синдромов, периода и характера течения степени нарушения функций травматические энцефалопатии подразделяются на 3 степени:

1. Первая степень – синдромы: астенический, сосудистый, вегетативно-дистонический, церебрально-очаговый в виде рассеянной органической недостаточности, ликвородинамический с легкой гидроцефалией или гипогипертензией, мнестических нарушений в виде легкого снижения памяти и внимания при легких нарушениях функций и отсутствии прогрессирующего типа течения

2. Вторая степень – синдромы: астенический, сосудистый, вегетативно-дистонический при выраженных нарушениях функций или прогрессирующем типе течения, умеренно выраженные парезы, экстрапирамидные и мозжечковые нарушения, умеренно выраженная гидроцефалия, кистознослипчивый арахноидит с умеренно-выраженными атрофическими процессами мозгового вещества, эпилептический синдром с редкими (3 и менее в год) припадками, легкие психоорганические нарушения функций.

3. Третья степень – синдромы: церебрально-очаговый при наличии грубых органических проявлений, грубые спаечные процессы оболочек головного мозга, выраженная гидроцефалия, атрофия мозга, частые эпилептические припадки или наличие психических изменений вне припадков, выраженный психоорганический синдром, прогрессирующий тип течения или стойкие и выраженные нарушения функций.

Синдром вегето-сосудистой дистонии (ВСД) по своей структуре является психовегетативным. Для него характерны: переходящая артериальная гипертония, гипотония, синусовая тахикардия, брадикардия, ангиоспазмы, нарушения терморегуляции, реже развиваются обменные нарушения. Субъективно доминируют головные боли, объективно отмечаются переходящие изменения тонуса, анизорефлексии, нарушения болевой чувствительности по пятнисто-мозаичному и псевдокорешковому типу изменения сенсорно-болевой адаптации.

Астенический синдром – простой и сложный варианты, в каждом из которых гипостенический и ге-

перстенический (повышенная раздражительность, аффективность, гиперестезия).

Синдром ликвородинамических нарушений в виде ликворной гипертензии и гипотензии. Причины: нарушения ликвопродукции, целостности оболочек мозга, использование дегидратирующих препаратов. Выделяют посттравматическую гидроцефалию, прогрессирующую общемозговыми и психоорганическими синдромами (утренние головные боли, тошнота, рвота, головокружения, интеллектуально-мнестические нарушения, заторможенность, медлительность, лобная атаксия, застойное глазное дно). Посттравматический арахноидит включает в себя общемозговой синдром (астения, головокружения, снижение памяти, физической работоспособности с симптомами ВСД) и симптомы отражающие локализацию процесса.

Церебрально-очаговый синдром: корковая (лобная, височная, теменная, затылочная в сочетании с ликвородинамическими нарушениями в виде церебрального арахноидита с симптомами раздражения и выпадения), подкорковая, стволовая, проводниковая, диффузная формы.

Посттравматическая эпилепсия возникает обычно в первый год после травмы. На компьютерной томограмме обнаруживают очаговые атрофии, кисты, «мозговые рубцы».

Психоорганический синдром характеризуется, прежде всего, нарушениями памяти; наиболее часты варианты астено-невротического, ипохондрического, обсессивно-фобического, психопатоподобного синдромов.

Больные, перенесшие травмы головного мозга, наблюдаются у врача-невролога в поликлинике. В диагностике и лечении больных с ЧМТ необходимо наблюдение в течение двух лет с применением дополнительных методов дообследования: КТ головного мозга (для исключения гидроцефалии), электроэнцефалограмма. Для профилактики лептоменингита в промежуточном периоде травмы показано проведение курсов медикаментозного восстановительного лечения (микроциркулянты), препараты нейротрофического

ряда, нейропротекторы). В случаях частых цефалгий, метеозависимости, нарушений сна необходимо взять пациентов на диспансерное наблюдение.

К сожалению, не все больные следуют советам врача. Врач должен акцентировать внимание каждого пациента на здоровье и убедить в необходимости своевременного и комплексного лечения.

#### **Выводы**

В результате анализа медицинского освидетельствования граждан, исполняющих воинскую обязанность с 2008 по 2010 гг., выявлено, что:

- В течение последних лет неуклонно растет число призывников с неврологическими заболеваниями;
- Сокращается количество юношей с высоким физическим развитием;
- Сохраняется высокий процент юношей, состоящих на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний;
- Причинами роста заболеваний среди подростков являются:
  - повышенный травматизм;
  - неблагоприятная социальная обстановка: рост малоимущих семей, распространение среди подростков вредных привычек (табакокурение, ранняя алкоголизация, токсикомания, наркомания);
  - пренебрежительное отношение к собственному здоровью, нежелание выполнять назначения врачей, приводящее к хронизации имеющейся патологии.

Для повышения показателей здоровья подростков и призывников необходимо более тщательно проводить медицинские осмотры юношей 15–16 лет, консультировать узкими специалистами (при наличии хронических заболеваний), проводить беседы о необходимости лечения с детьми и их родителями, повышать ответственность должностных лиц учебных заведений за проведение медицинских осмотров и ежегодной диспансеризации.

В условиях социально-экономического кризиса проблемы здоровья подростков и призывников остаются предельно острыми, и их безотлагательное и комплексное решение жизненно необходимо.

## **Список литературы**

1. *Актуальные вопросы медицинского освидетельствования граждан, исполняющих воинскую обязанность, при наиболее часто встречающихся заболеваниях: метод. пособие для врачей.* – М.: МО РФ, 2006.

2. *Актуальные проблемы подростковой медицины / под ред. А. Г. Румянцева, Д. Д. Панкова.* – М., 2002.

3. *О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в вооруженных силах российской федерации: приказ Министра обороны РФ № 200 от 2003 г.*

4. *Приложение к постановлению Правительства РФ о военно-врачебной экспертизе № 123 от 2003 г.*



УДК 617.7-007.681-036.865 (571.620) «2008/2010»

## **Динамика первичной инвалидности вследствие первичной открытоугольной глаукомы в Хабаровске и Хабаровском сельском районе по данным нейроофтальмологического бюро за период 2008–2010 годов**

**Н.Н. Бессонова\*, Н.Н. Щукин, Т.А. Киселева, Э.В. Ким**

ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю», г. Хабаровск

**N.N. Bessonova, Shchukin N.N., T.A. Kiseleva, E.V. Kim**

**Dynamics of Primary Disability due to Primary Open-angle Glaucoma in Khabarovsk and the Khabarovsk Rural Area according to the Neurophthalmologic Offices during 2008 and 2010**

### **Резюме**

В настоящее время глаукома является одной из основных причин слепоты и слабовидения. Уровень инвалидности вследствие глаукомы неуклонно растет.

В статье предоставлена динамика первичной инвалидности вследствие первичной глаукомы по данным бюро № 13 г. Хабаровска за период 2008–2010 гг.

**Ключевые слова:** глаукома, первичная инвалидность, заболевания органа зрения, слепота.

### **Summary**

Nowadays glaucoma is one of the basic reasons of blindness and low vision. Because of glaucoma disability level is steadily growing.

In this article presented the dynamics of primary disability due to primary glaucoma according to center № 13 of Khabarovsk by years 2008–2010.

**Key words:** glaucoma, primary disability, eye diseases, blindness.

По данным ВОЗ, во всем мире наблюдается тенденция к постоянному росту количества слепых. Глаукомой страдает от 70 до 105 млн человек на планете. На протяжении многих лет глаукома является одной из главных причин слепоты в мире и, несмотря на успехи современной офтальмологии, занимает одно из первых ранговых мест как причина инвалидности. В России она также продолжает оставаться одной из основных причин неизлечимой слепоты. Почти в 2 раза (с 14 до 24 %) в последние годы увеличилась доля глаукомы в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней глаз ( $p < 0,001$ ).

Структура населения России такова, что самой быстрорастущей группой являются люди в возрасте старше 60 лет. К началу 90-х годов их число составило 16 % населения. Процесс старения прогрессирует, и ожидается, что к 2015 г. эта цифра увеличится до 20 %. В связи с этим прогнозируется рост числа больных глаукомой. Социальное значение глаукомы определяется распространенностью, потенциально тяже-

лыми последствиями, социально тяжелой адаптацией. Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения глаукомы, расширение арсенала медицинских препаратов для консервативной терапии, низкое качество диспансерного наблюдения за больными глаукомой, отсутствие регулярных профилактических осмотров населения с учетом факторов развития глаукомы отрицательно сказываются на уровнях заболеваемости глаукомой и зачастую приводят к слепоте и инвалидности вследствие данного заболевания.

### **Результаты и обсуждения**

Большинство лиц, освидетельствованных в учреждениях медико-социальной экспертизы (МСЭ) по глаукоме, страдают первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Остальные формы глаукомы составляют единичные случаи. По результатам основных показателей инвалидности в г. Хабаровске и Хабаровском сельском районе, обслуживаемом специализированным офтальмологическим бюро, ПОУГ стабильно занимает первое место как причина инвалид-

\* [bessa2006@yandex.ru](mailto:bessa2006@yandex.ru)

ности по зрению. За период 2008–2010 гг. офтальмологическим бюро впервые признано инвалидами с ПОУГ 162 человека, что составило  $16,8 \pm 1,21$  % от всех пер-

вично признанных инвалидами и  $40 \pm 2,43$  % от всех впервые признанных инвалидов по зрению, освидетельствованных на данном бюро (табл. 1).

**Таблица 1**  
**Показатели впервые признанных инвалидами по данным офтальмологического бюро за период 2008–2010 гг.**

Показатели	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Всего
Всего признано инвалидами (абс. ч.), из них удельный вес ПОУГ ( $M \pm m$ , %)	363 $17,3 \pm 1,99$	298 $14 \pm 2,01$	301 $19 \pm 2,26$	962 $16,8 \pm 1,21$
Заболевания органов зрения (абс. ч.)	143	117	145	405
Удельный вес в структуре первичной инвалидности ( $M \pm m$ , %)	$39,6 \pm 2,57$	$39,2 \pm 2,83$	$48,1 \pm 2,88$	$42,1 \pm 1,59$
Признано инвалидами с ПОУГ (абс. ч. / $M \pm m$ , %)	62 $43,4 \pm 4,15$	42 $35 \pm 4,41$	58 $40 \pm 4,07$	162 $49,6 \pm 2,48$

Доля больных ПОУГ в общей структуре первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения составила в 2008 г. 43,4 %, в 2009 г. – 35 %, в 2010 г. – 40 %, что выше показателей данного бюро в предыдущие годы: 2003 г. – 17 %, 2004 г. – 19 %, 2005 г. – 31,3 % ( $p < 0,001$ ). Для сравнения можно отметить, что в спе-

циализированном бюро МСЭ г. Санкт-Петербурга первичная инвалидность вследствие глаукомы составила в 1999 г. 23,1 %, в 2000 г. – 26,5 %, в 2001 г. – 28,2 % [4]. Таким образом, в нозологической структуре первичной инвалидности по зрению отмечается прогрессирующий рост ПОУГ как основной этиологической причины.

**Таблица 2**  
**Распределение впервые признанных инвалидов с ПОУГ по группам инвалидности по данным офтальмологического бюро за 2008–2010 гг.**

Группы	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Впервые признанные инвалидами	62	42	58
Первая (абс. ч. / $M \pm m$ , %)	19 $30,6 \pm 5,76$	11 $26,2 \pm 6,79$	26 $44,8 \pm 6,53$
Вторая (абс. ч. / $M \pm m$ , %)	18 $29 \pm 5,76$	16 $38 \pm 7,49$	21 $36,2 \pm 6,31$
Третья (абс. ч. / $M \pm m$ , %)	25 $40,4 \pm 6,23$	15 $35,8 \pm 7,4$	11 $19 \pm 5,15$

Как показало настоящее исследование (табл. 2), ПОУГ является источником тяжелых последствий, приводящих к стойкой утрате зрительных функций. В указанном интервале времени первая группа инвалидности вследствие ПОУГ установлена в 2008 г. в 29 % случаев, в 2009 г. – 26,2 %, в 2010 г. – 44,8 %. Вторая группа составила в 2008 г. 29 %, в 2009 г. – 38 %, в 2010 г. – 36,2 %. Третья группа инвалидности определена в 2008 г. в 40,3 % случаях, в 2009 г. – 35,8 %, в 2010 г. – 19 %. В динамике отмечается значительный рост инвалидов 1-й и 2-й групп и незначительный спад инвалидов 3-й группы, что гово-

рит о явной тенденции к утяжелению инвалидности вследствие ПОУГ.

Такая же картина прослеживается при анализе групповой структуры инвалидности больных с ПОУГ среди общего контингента инвалидов вследствие патологии органа зрения (табл. 3). Инвалиды 1-й группы составили в 2008 г. 45,2 %, в 2009 г. – 40 %, в 2010 г. – 52 %, 2 группа – 40, 39 и 51 % соответственно и 3-я группа – 44; 30,6 и 20 % соответственно. Утяжеление инвалидности вследствие ПОУГ продолжает расти и до настоящего времени остается одной из актуальных социальных проблем.

**Таблица 3**

**Сравнительная структура первичной инвалидности по группам вследствие ПОУГ и всей патологии органа зрения по данным офтальмологического бюро за период 2008–2010 г.**

Группы	2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	по зрению (абс. ч.)	ПОУГ (абс. ч. / М ± m, %)	по зрению (абс. ч.)	ПОУГ (абс. ч. / М ± m, %)	по зрению (абс. ч.)	ПОУГ (абс. ч. / М ± m, %)
<b>Первая</b>	42	19 45,2 ± 7,68	27	11 40 ± 9,43	50	26 52 ± 7,07
<b>Вторая</b>	46	18 40 ± 7,22	41	16 30 ± 7,16	41	21 51 ± 7,81
<b>Третья</b>	56	25 44 ± 6,63	49	15 30,6 ± 6,58	54	11 20 ± 5,44
<b>Всего</b>	143	62 43,3 ± 4,07	117	42 35,8 ± 4,01	145	58 40 ± 4,1

За исследуемые 3 года (табл. 4) впервые признаны инвалидами вследствие ПОУГ 162 человека, из них большую долю составляют лица пенсионного возраста (80,9 ± 3,09 %), меньшую – лица молодого возраста (4,3 ± 1,59 %) и средней возрастной группы (14,9 ± 2,8 %). Анализ показал, что инвалидность 1-й группы устанавливается в большинстве случаев лицам

60 лет и старше 73,1 ± 6,15 %. Это самая многочисленная группа, отчасти потому, что возраст больных и низкий уровень адаптации к зрительному дефекту данного контингента при освидетельствовании является дополнительным критерием оценки степени ограничения ориентации в пространстве, самообслуживания и передвижения.

**Таблица 4**

**Результаты повторно признанных инвалидов по возрасту и группам вследствие ПОУГ по данным офтальмологического бюро за период 2008–2010 г.**

Год	Призна-но инва-лидами	До 44 лет, ж. До 49 лет, м.			До 54 лет, ж. До 59 лет, м.			55 лет и старше, ж. 60 лет и старше, м.					
		всего (абс. ч. / %)	группа			всего (абс. ч. / %)	группа			всего (абс. ч. / %)	группа		
			1	2	3		1	2	3		1	2	3
<b>2008</b>	62	4 6,5	3	–	1	9 14,5	5	3	3	49 80	18	15	16
<b>2009</b>	42	–	3	2	1	2 4,8	2	–	–	40 95,2	12	16	12
<b>2010</b>	58	3 5,2	–	3	–	13 24,4	4	3	6	42 72,4	8	16	18
<b>Всего</b>	162	7 4,3	3	3	1	24 14,9	11	6	7	131 80,9	38	47	46

### **Выводы**

1. Уровень первичной инвалидности вследствие ПОУГ прогрессивно растет как в Хабаровском крае, так и в других регионах Российской Федерации.

2. ПОУГ была и остается одной из главных этиологических причин инвалидности по зрению.

3. Отмечается тенденция к утяжелению инвалидности больных с глаукомой. Увеличивается доля впервые признанных инвалидов 1-й и 2-й групп.

Результаты настоящего исследования еще раз доказывают актуальность и высокую социальную значимость проблемы глаукомы, указывают на необходимость принятия мер по координации усилий всех звеньев здравоохранения и социальной защиты населения, ученых и практических врачей с целью совершенствования методов профилактики лечения глаукомы и предупреждения таких тяжелых медико-социальных ее последствий, как слепота и инвалидность.

### **Список литературы**

1. Динамика первичной инвалидности в Санкт-Петербурге, Ленинградской области и других регионах России за период с 1997 по 2001 гг. // Центр. отрасл. бюро науч.-техн. пропаганды и информации. – М., 2004.

2. Ермолаев, В. Г. Современные тенденции и медико-социальные характеристики инвалидности у пациентов с глаукомой / В. Г. Ермолаев, А. Г. Сердюков // Фундаментальные исследования. – 2008. – С. 57–58.

3. Либман, Е. С. Комплексная оценка распространенности глаукомы / Е. С. Либман, Е. А. Чумаева // Гла-

укома на рубеже тысячелетий, итоги и перспективы: материалы всерос. науч.-практ. конф. – М., 1999. – С. 300–306.

4. Либман, Е. С. Состояние и активные задачи социальной офтальмологии // ВТЭК и социально-трудовая реабилитация при патологии органа зрения. – М.: Медицина, 1982. – С. 13.

5. Основные показатели первичной инвалидности в Хабаровском крае 2008–2010 гг.: сб. / под ред. Н. Н. Щукина. – Хабаровск, 2010.

удк 61 : 314 . 442 . 22 ( 571 . 620 )

## **Младенческая смертность – показатель эффективности реализации программы модернизации здравоохранения Хабаровского края**

**В.С. Ступак<sup>\*1</sup>, О.А. Чумакова<sup>2</sup>, Е.А. Левкова<sup>1</sup>, К.В. Карташев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,

<sup>2</sup>ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,

г. Хабаровск

**V.S. Stupak, O.A. Chumakova, E.A. Levkova, K.V. Kartashev**

**Infant Mortality-Index of Effective Realization of Modernization Health Care Programme in Khabarovsk Territory**

### **Резюме**

В статье представлен информационно-аналитический материал динамики младенческой смертности. Определены важные направления деятельности акушерско-гинекологической и неонатологической служб на этапах модернизации здравоохранения края, эффективность которых будет оцениваться по установленным индикаторам, включая и означенный показатель.

**Ключевые слова:** младенческая смертность, показатель эффективности, модернизация здравоохранения, демография.

### **Summary**

In article is represented the informational-analytical material of dynamics of infantile death rate. Important lines of activity of obstetric-gynecological and neonatal service at stages of modernization of public health services of Khabarovsk Territory are defined, the efficiency of current reforms will be estimated on the established indicators, including the marked indicator.

**Key words:** infantile death rate, indicator of efficiency, modernization of public health, demography.

\* vsstupak@rambler.ru



**Актуальность**

Кризисная демографическая ситуация в Российской Федерации, преобладание естественной убыли населения, ставит перед медицинской общественностью задачу государственной важности – модернизация системы здравоохранения с целью повышения качества и доступности оказания медицинской помощи на всех уровнях, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям, профилактика детской инвалидности, снижение материнской и младенческой смертности [2, 3, 5].

В соответствии с Указом Президента России от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» показатели материнской и младенческой смертности являются индикаторами эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации [6, 7, 8, 10]. «Смертность детского населения имеет большое социальное-экономическое, так и медицинское значение» [4, 9].

Потери жизни в детском возрасте сказываются на уровне средней продолжительности жизни, уменьшении числа лиц активного трудоспособного возраста и связанных с этим экономическими потерями общества и государства. С медицинской точки зрения, это один из индикаторов эффективности и качества оказания медицинской и медико-социальной помощи матерям, детям и в целом семьям [1].



**Рис. 1. Динамика показателя младенческой смертности в Хабаровском крае и России за 2001–2010 гг.**



**Рис. 2. Динамика показателя ранней, поздней неонатальной и постнеонатальной смертности в Хабаровском крае за 2001–2010 гг.**

За 10 лет показатель младенческой смертности в Хабаровском крае снизился в 1,8 раза, это аналогично показателю в целом по России (снижение в 1,9 раза). На протяжении всего периода сохраняется разрыв между ними в 1,2–1,4 раза.

На долю показателя младенческой смертности в структуре смертности детского населения края в 2010 г. пришлось 47,7 %.

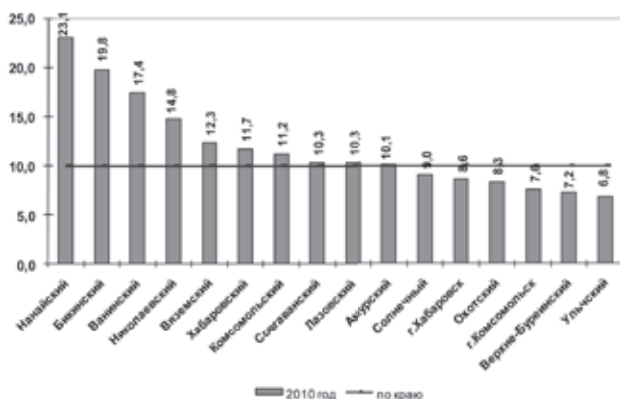
Существенное влияние на значение показателя младенческой смертности оказывает его неонатальный компонент, наиболее чувствительный к изменению здоровья женщин, определяющий качество оказания базовой и доступность специализированной высококвалифицированной медицинской помощи новорожденным детям.

Благодаря внедрению современных перинатальных технологий, ранняя неонатальная смертность в Хабаровском крае уменьшилась в 2,9 раза с 8,1 % в 2001 г. до 2,9 % в 2010 г.

Положительная динамика показателя связана с организацией трехуровневой системы службы родовспоможения, внедрением ежедневного мониторинга беременных группы высокого риска по материнской и перинатальной смертности, эффективностью деятельности бригад РКЦ ГУЗ «Перинатальный центр», обеспечивающих консультативное дистанционное наблюдение беременных женщин высокой группы риска, а также применением технологии «антенатального трансферта».

Поздняя неонатальная смертность напрямую зависит от организации и качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, новорожденным детям в первые минуты и часы их жизни, характеризует работу медицинского персонала детских поликлиник, в том числе организацию патронажей новорожденных на дому после выписки из акушерского стационара. Показатель поздней неонатальной смертности, снизившись в 2006 г. до минимума, далее демонстрирует непрерывный рост и по данным 2010 г. вернулся на уровень 2001 г. (2,1 %).

Показатель постнеонатальной смертности за период 2001–2010 гг. снизился в 1,6 раза, составив 5,2 %. Высокий уровень постнеонатальной смертности в крае определяется не только влиянием социальных факторов, но также организационными дефектами: отсутствием межведомственного взаимодействия при организации и проведении патронажа детей первого года жизни, учета и патронажа социально-неблагополучных семей с детьми, бездействием межведомственных комиссий по обеспечению охраны здоровья матерей и детей, защите их прав; слабой организацией превентивной госпитализации детей при наличии угрозы их здоровью в учреждения здравоохранения; невыполнением в полном объеме стандарта диспансерного (профилактического) наблюдения детей первого года жизни.



**Рис. 3. Показатель младенческой смертности по районам Хабаровского края в 2010 г. в сравнении со среднекраевым уровнем (%)**

Превышает среднекраевое значение уровень младенческой смертности в Нанайском (в 2,3 раза), Бикинском (в 2 раза), Ванинском (в 1,7 раза), Николаевском (в 1,5 раза) и Хабаровском (в 1,2 раза) районах края. Ниже среднекраевого уровня традиционно показатели в г. Хабаровске (в 1,3 раза) и г. Комсомольске-на-Амуре (в 1,5 раза).

Структура причин младенческой смертности представлена преимущественно заболеваниями перинатального периода (47%), на втором месте – врожденные аномалии и пороки развития (22,4%), внешние причины смерти (травмы и несчастные случаи) занимают третье место (9,3%), болезни органов дыхания на четвертой позиции – 5,5%, инфекционные заболевания и болезни нервной системы делят пятое и шестое места – по 5%.

**Таблица 1**

**Структура младенческой смертности за 2001–2010 гг. (%)**

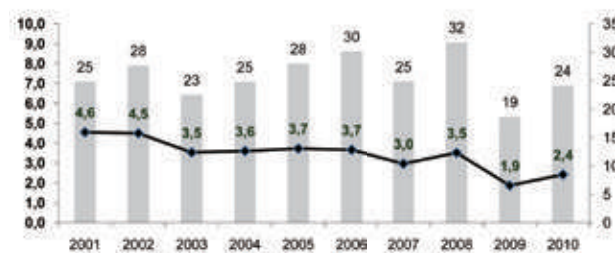
Причины	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Младенческая смертность от всех причин	18	16	15,6	14,7	13,3	12,7	11,9	11,1	10,1	10
Инфекционные болезни	0,4	1	1,1	0,6	0,8	0,9	1,4	0,8	0,9	0,6
Болезни органов дыхания	1,2	1,6	1,2	1,1	1,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6
Врожденные аномалии	5,2	3,7	3,9	4,3	3,3	4,1	2	2,3	1,4	2,4
Перинатальные причины	7,6	6,1	6,8	5,9	5,1	4,1	6	4,1	5,3	4,5
Болезни органов пищеварения	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0
Травмы и отравления	2,1	2,1	1,5	1,6	1,6	1,4	1	1,4	0,6	0,6
Прочие причины	1,2	1,4	1	1,2	1,4	1,2	0,7	1,8	1,1	1,3

Анализируя структуру младенческой смертности, следует отметить, что за 10-летний период снизились показатели смертности от всех основных причин, кроме инфекционных болезней. Так, младенческая смертность от травм и отравлений снизилась в 3,4 раза, от врожденных аномалий – в 2,2 раза, от болезней органов дыхания – в 2 раза, от перинатальных причин – в 1,7 раза. Динамика младенческой смертности от инфекционных болезней хаотично колеблется в пределах 0,4–1,4%.

Однако настораживает ситуация с показателем смертности от врожденных пороков развития. Снизившись в 2009 г. до минимального значения (1,4%), за 2010 г. он вернулся к уровню 2008 г. (2,4%).

Сложившаяся ситуация обусловлена низким охватом беременных женщин трехкратным ультразвуковым скринингом плода (79%), недостаточным уровнем подготовки специалистов ультразвуковой диагностики по выявлению пренатальной патологии плода, а также в ряде случаев некорректной конструкцией патологоанатомического диагноза.

Ежегодно в крае от 19 до 32% случаев смерти детей первого года жизни происходят вне стационара. За исследуемый период данный показатель снизился в 1,9 раза и составил 2,4% (42 случая), оказав существенное влияние на уровень постнеонатальной смертности в крае, т. к. смерть большинства детей, умерших вне стационара (88%), наступила в постнеонатальном периоде.



**Рис. 4. Динамика показателя младенческой смертности вне стационара (%) и его доли в общей младенческой смертности (%)**

Снижение показателя младенческой смертности в крае достижимо рядом целенаправленных усилий, в частности:

- рациональное и эффективное применение ресурсов, выделенных на программу модернизации здравоохранения края;

- оптимизирование системы распределения средств, поступающих по программе «Родовой сертификат»;

- формирование непрерывной системы организации и управления родовспомогательной службой в соответствии с новыми полномочиями органов государственной власти, завершение формирования административных регламентов по управлению объемами и маршрутами оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;

- реструктуризация коечного фонда акушерской службы, увеличение числа коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных, коек патологии новорожденных в соответствии с новыми порядками, утвержденными Минздравсоцразвития России;

- совершенствование системы дистанционного мониторинга беременных, новорожденных и детей первого года жизни;

- повышение профессионализма медицинских работников службы родовспоможения и детства;

- усиление межведомственного взаимодействия (участковый педиатр, акушер-гинеколог, социальный работник, представитель органов правопорядка) при патронаже семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Указанные мероприятия положены в основу утвержденного министерством здравоохранения края «Плана организационных мероприятий по снижению материнской и младенческой смертности на территории Хабаровского края на период 2011–2012 годы».

В целях привлечения административного ресурса в рамках реализации мероприятий по снижению младенческой смертности министерством здравоохранения края разработаны и утверждены «Целевые значения показателей медицинской результативности деятельности органов местного самоуправления муниципальных образований края на 2011 год».

Таким образом, комплексные, в том числе межведомственные усилия в сочетании с дополнительными мероприятиями, должны повлиять на дальнейшее уменьшение показателя младенческой смертности в Хабаровском крае.

## Список литературы

1. Баранов, А. А. *Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения)* / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий. – М.: Союз педиатров России, 2009. – С. 327.

2. Боярский, С. Г. *Концепция развития российского здравоохранения: проблемы обеспечения кадрами в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья* // *Суицидология*. – 2010. – № 2. – С. 54–58.

3. Волкова, Н. С. *Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений* // *Журн. рос. права*. – 2006. – № 4. – С. 12–18.

4. Данишевский, К. Д. *Репродуктивное здоровье: глобальные цели развития и экономический потенциал России* // *Экономика здравоохранения*. – 2010. – № 9. – С. 17–26.

5. Каплунов, О. А. *О некоторых подходах к модернизации здравоохранения в регионах* // *Менеджер здравоохранения*. – 2011. – № 1. – С. 24–28.

6. Козлов, А. П. *Модернизация здравоохранения региона с опорой на развитие инновационных произ-*

*водств и передовые технологии* // *Национальные проекты*. – 2010. – № 12. – С. 31–33.

7. Серегина, И. Ф. *О некоторых вопросах управления и контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации* // *Главврач*. – 2010. – № 11. – С. 60–66.

8. Улумбекова, Г. Э. *Анализ демографии и показателей здоровья населения РФ в динамике с 1990 г. в сравнении с зарубежными странами и некоторые прогнозы до 2020 г.* // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2010. – № 2. – С. 32–40.

9. Филиппов, О. С. *Итоги деятельности и основные направления модернизации службы родовспоможения в Российской Федерации* / О. С. Филиппов, Е. В. Гусева, В. И. Широкова // *Акушерство и гинекология*. – 2011. – № 1. – С. 4–8.

10. Шарпова, О. В. *Основные направления деятельности акушерского стационара в современных условиях* / О. В. Шарпова, Н. Г. Баклаенко, Д. Р. Байбаков // *Главврач*. – 2010. – № 11. – С. 34–44.

## ОБМЕН ОПЫТОМ

*УДК 618.19-089.844 + 617.584*

### **Выбор метода лечения поздних осложнений после применения полиакриламидного геля для контурной пластики**

**А.С. Даненков\*, Е.В. Николаев, Н.И. Бояринцев**

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», г. Хабаровск

**A.S. Danenkov, E.V. Nikolaev, N.I. Boyarintsev**

**Choice of Treatment of Late Complications of Polyacrylamide Gel for Contouring**

#### **Резюме**

Представлен анализ результатов лечения 41 пациентки с поздними осложнениями аугментационной пластики молочных желез и голеней полиакриламидным гелем (ПААГ). Определены показания для использования различных способов лечения с целью получения оптимального эстетического результата.

**Ключевые слова:** полиакриламидный гель, поздние осложнения, аугментационная пластика.

#### **Summary**

The results of treatment 41 patients with late complications of augmentation plastic breast polyacrylamide gels (PAG). The characteristic signs of late complications of the introduction of polyacrylamide gel and methods of surgical treatment in order to obtain optimal aesthetic results.

**Key words:** polyacrylamide gel, late complications, Augmentation plastic.

В 90-х годах для контурной пластики широко использовался полиакриламидный гель (ПААГ) [2, 4, 5]. К врачам различных специальностей до настоящего времени обращаются пациенты с неудовлетворительными результатами после коррекции молочных желез, голеней, лица и т. д. В тоже время оптимальные способы их лечения не определены, что создает значительные трудности для практических врачей. Поэтому и результаты лечения не всегда удовлетворяют пациентов [2, 4].

#### **Цель исследования**

Оптимизировать показания для использования различных способов лечения поздних осложнений после применения ПААГ для контурной пластики молочных желез и голеней.

#### **Задачи исследования**

1. Провести анализ результатов лечения поздних осложнений после аугментационной пластики молочных желез и голеней ПААГ;

2. На основании проведенного анализа уточнить показания для использования различных способов лечения поздних осложнений для получения оптимального эстетического результата.

#### **Материалы и методы**

Исследование основано на анализе результатов лечения 41 пациентки в возрасте от 36 до 62 лет, обратившихся за медицинской помощью в МУЗ «Городская больница № 11» в период с 2003 по 2010 год по поводу осложнений после введения полиакриламидного геля с целью контурной пластики молочных желез (31 больная) и голеней (10 больных). Срок от введения геля до обращения колебался от 6 до 18 лет, поэтому все данные осложнения мы отнесли к поздним. Основной целью лечения неудовлетворительных последствий после применения ПААГ мы считаем его удаление и восстановление эстетически приемлемого для пациентки внешнего вида той части тела, в которой находился гель.

---

\* alex31952@mail.ru



После проведения общеклинических обследований и уточнения мест расположения геля пациенткам проводились следующие виды лечения:

1. Оперативное удаление ПААГ путем вскрытия и дренирования гелиевой полости с одномоментным или отсроченным восполнением (не ранее чем через 5–7 месяцев) утраченного объема оболочечными имплантами или без восполнения;

2. Пункционное его удаление при отказе от оперативного лечения с отсроченным восполнением утраченного объема оболочечными имплантами через 5–7 месяцев или без восполнения.

Оперативное лечение проведено 20 пациенткам с локализацией геля в молочных железах и 6 – в мягких тканях голеней. Одномоментное эндопротезирование оболочечными имплантами проведено соответственно у 16 и 4 пациенток. Пункционное удаление геля из области молочных желез проведено у 11 пациенток и у 6 – из области голеней. Через 6–11 месяцев у 7 пациенток, недовольных внешним видом молочных желез, и у 1 – видом голеней после пункционного удаления ПААГ, проведена аугментационная пластика оболочечными имплантами. Результаты лечения оценивались на основании субъективной оценки пациентками полученного косметического результата. Они прослежены в течение 4–7 лет. Результат воспринимался как хороший в случае адекватного восстановления формы и объема железы и голени, отсутствия

уплотнений и выраженных послеоперационных рубцов. Удовлетворительным результат признавался при приемлемом восстановлении объема железы и голеней, но наличии уплотнений и неполной симметричности их контуров. Все остальные случаи расценивались как неудовлетворительные.

#### Результаты и обсуждение

Во время операции по удалению ПААГ из молочных желез предпочтение отдавалось субмамарному разрезу, позволяющему произвести полноценную ревизию основной локализации геля и отдельно расположенных гелиом. Удаляемый гель в объеме от 50 до 250 мл представлял собой густую массу желтого цвета. При ревизии гелиевых полостей молочных желез в 7 случаях выявлено частичное отсутствие большой грудной мышцы и ее разволокнение. Дном полости были ребра и межреберные мышцы. Во всех случаях отмечалось распространение гелиевой полости за пределы проекции молочной железы.

ПААГ из области голеней во время операции удалялся через разрез в подколенной ямке, используемый для установки импланта. Операция всегда сопровождалась техническими трудностями из-за наличия спаек. Результаты лечения представлены в табл. 1. Как видно из представленной таблицы, хорошие косметические результаты получены при одномоментном или отсроченном восполнении объема и формы оболочечными имплантами.

Таблица 1

Результаты различных видов лечения поздних осложнений после введения ПААГ

Результат лечения	Операции с одномоментным восполнением объема		Операции без восполнения объема		Пункции с восполнением объема через 7 месяцев		Пункции без восполнения объема	
	Молочные железы	Голеней	Молочные железы	Голеней	Молочные железы	Голеней	Молочные железы	Голеней
Хороший косметический результат	11	3	–	–	4	1	–	–
Удовлетворительный косметический результат	4	1	1	1	2	1	1	–
Неудовлетворительный косметический результат	1	–	3	2	1	–	3	1
Всего	16	4	4	3	7	2	4	1

После пункционного удаления ПААГ как из тканей молочных желез, так и голеней, оставались косметические дефекты в виде неровностей ткани, деформации контуров и уплотнения в местах первичной локализации геля, что расценивалось как неудовлетворительный косметический результат.

#### Вывод

Оптимальным способом лечение поздних осложнений после введения ПААГ является его удаление с

санацией гелиевых полостей и одномоментным восполнением объема и формы оболочечными силиконовыми имплантами.

Оперативное и пункционное удаление геля без восполнения объема и формы дает наибольшее количество неудовлетворительных эстетических результатов и могут применяться только при наличии противопоказаний или отказе пациенток от другого лечения.

## Список литературы

1. Виссарионов, В. А. Оценка эффективности применения полиакриламидного гидрогеля для коррекции мягких тканей нижних конечностей / В. А. Виссарионов, В. Г. Якимец, Е. И. Карпова // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2000. – № 3. – С. 61–67.
2. Лопатин В. В. Полиакриламидные материалы для эндопротезирования и их место в ряду полимерных материалов медицинского назначения // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2000. – № 3. – С. 57–61.
3. Миланов Н. О. Дискуссия – рассуждения или факты // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2000. – № 3. – С. 8–12.
4. О перспективах инъекционного введения синтетических гелей с целью увеличения молочных желез с позиций анализа осложнений, характерных для этого метода / А. Е. Белоусов, В. А. Брагилев, С. Х. Кичемасов, Ю. Р. Скворцов, Ю. А. Спесивцев, А. В. Малашенко // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 1998. – № 4. – С. 27–34.
5. Полиакриламидные гели, их безопасность и эффективность / Н. И. Острецова, А. А. Адамян, А. А. Копыльцов и др. // *Анналы пластической и реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2003. – № 3. – С. 72–87.
6. Тканевая реакция на имплантацию инъекционных полиакриламидных гелей с добавлением серебра / А. И. Воложин, А. Б. Шехтер, А. В. Орлов, А. В. Гаврилчак, Т. Х. Агнокова // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 1998. – № 4. – С. 35–43.

УДК 616-053.3-07 «2008/2010»

## **Значение ультразвукового скринингового обследования новорожденных, поступивших под наблюдение в поликлинику в 2008–2010 годах, проводимого в рамках Национального проекта «Здоровье» в ранней диагностике патологии**

**И.В. Данилова\***,  
МУЗ «Городская детская поликлиника № 24»,  
г. Хабаровск

**I.V. Danilova**

**Value Ultrasonic Inspections of the Newborns who Have Arrived under Supervision in Polyclinic in 2008–2010, Spent within the Limits of the National Project "Health" in Early Diagnostics of a Pathology**

### Резюме

В статье проведен анализ выявленной патологии среди новорожденных при ультразвуковом обследовании в рамках реализации Национального проекта «Здоровье» по программе «Родовой сертификат». Подчеркивается высокая информативность ультразвукового метода в ранней диагностике различной патологии у новорожденных, что позволяет провести раннюю коррекцию порока с целью снижения уровня заболеваемости и риска инвалидизации детей.

**Ключевые слова:** ультразвуковая диагностика, обследование новорожденных, порок развития, тазобедренные суставы.

### Summary

In article the analysis of the revealed pathology among newborns is carried out at ultrasonic inspection within the limits of realization of the National project "Health" under the program "Birth certificate". It is underlined high information an ultrasonic method in early diagnostics of a various pathology at newborns that allows to spend early correction of defect for the purpose of decrease in disease and disability of the child.

**Key words:** ultrasound diagnostics, inspection of newborns, developmental anomaly, coxofemoral joints.

\* detpol24@mail.kht.ru

Врожденные пороки развития (ВПР) у детей представляет собой наиболее сложную составляющую в структуре детской заболеваемости, инвалидности и причин смерти. По данным ВОЗ, 4–6 % новорожденных в мире ежегодно рождается с ВПР и наследственными болезнями. В структуре ВПР как причин младенческой и перинатальной смертности на территории Хабаровского края наиболее часто встречаются пороки сердца, на втором месте – пороки мочевыделительной системы, на третьем – ВПР центральной нервной системы и множественные аномалии.

Национальный проект «Здоровье» и федеральные правительственные программы развития Дальневосточного региона, посвященные вопросам демографии, призваны решить проблему роста рождаемости, снижения смертности, увеличения продолжительности жизни в РФ. Приоритетное внимание уделено развитию системы охраны материнства и детства. С 2007 года в стандарт наблюдения за детьми первого года жизни в рамках программы «Родовой сертификат» Национального проекта «Здоровье» входит ультразвуковой скрининг новорожденных, который включает в себя: УЗИ головного мозга (нейросонография), вилочковой железы, почек и надпочечников, эхокардиографию, УЗИ тазобедренных суставов.

#### **Цель исследования**

Оценить значение скринингового ультразвукового обследования новорожденных в ранней диагностике патологии у детей первого года жизни, ценность динамического эхографического контроля за детьми.

Проведен анализ результатов УЗИ-обследования новорожденных, поступивших под наблюдение в поликлинику в 2008–2010 гг. За три года по программе «Родовой сертификат» осмотрено 2117 новорожденных.

#### **Результаты**

При УЗИ почек гидронефротическая трансформация почек различной степени выявлена у 116 человек, что составило 5,5 % всех осмотренных детей. Диагноз умеренного гидронефроза (пиелоэктазия) был установлен в 62 % случаев. Диагноз был основан на выявлении увеличенной лоханки при отсутствии расширения чашечек, нормальной эхогенности коркового слоя. Расширение лоханок и чашечек наблюдалось в 32 % случаев. Значительные изменения со стороны почек при УЗИ-обследовании выявлены у 7 человек – 6 %. У этих детей отмечалось увеличение размеров почек, расширение чашечек до 0,8–1,2 см, лоханок до 1–1,5 см, истончение паренхимы различной степени с повышением ее эхогенности.

Начальная стадия гидронефроза, как правило, носит транзиторный характер. Дети с I–II стадией гидронефроза находятся под динамическим наблюдением. Повторные результаты УЗИ-исследования не имели отрицательную динамику, лабораторные показали в пределах возрастной нормы, не выявлено клинических проявлений заболевания почек.

Механизм возникновения транзиторной, так называемой физиологической пиелоэктазии ряд авто-

ров связывают с гормональным влиянием на плод, в частности, эстрогенов и прогестеронов, с индивидуальными особенностями строения чашечно-лоханочной системы, с положением плода в утробе матери, с гипоксией почек плода [4, 6, 7].

Дети, рожденные в 2008–2009 гг. (6 человек) с врожденным уретерогидронефрозом, получают поэтапную коррекцию порока. У половины детей диагноз был заподозрен внутриутробно, у остальных при скрининговом обследовании в возрасте 1 месяца. Ранняя УЗИ-диагностика на доклиническом этапе позволила своевременно начать оперативную коррекцию данного врожденного порока с хорошими результатами. Ребенок 2010 г. р. наблюдается нефрологом поликлиники, прошел стационарное обследование, получает консервативное лечение с положительной динамикой.

Диагноз односторонней гипоплазии почек выявлен у 3 детей, единственная почка – у одного ребенка, поясничная дистопия – у 2 детей, подковообразная почка – у одного ребенка, неполное удвоение чашечно-лоханочной системы – у 4 человек, дети состоят на диспансерном учете. В 2008 г. у одного ребенка выявлен мультикистоз, ребенок выбыл из района обслуживания.

При проведении нейросонограммы (НСГ) при первичном осмотре новорожденных выявлены различные отклонения от нормы у 1270 детей, что составило 60 %.

В настоящее время НСГ стала основным методом исследования головного мозга у новорожденных. Она позволяет проводить оценку различных типов перинатального поражения головного мозга [1, 2, 6].

По данным поликлиники за отчетный период, заболеваемость новорожденных в 95,8 % случаев представлена отдельными состояниями перинатального периода, где ведущее место занимают функциональные отклонения центральной нервной системы (69,6 %). За последние три года в связи с ухудшением экологической обстановки на 60 % увеличилось количество детей с хронической гипоксией (205,5 на 10 тыс. новорожденных в 2010 г.), в 2,4 раза вырос родовой травматизм (травмы шейного отдела позвоночника, кефалогематомы – 38,2 на 1000 новорожденных).

Акт рождения даже здорового ребенка часто сопровождается развитием гипоксии той или иной степени. Частота и тяжесть перинатальных гипоксических поражений головного мозга у новорожденных диктует необходимость их катamnестического наблюдения на протяжении первого года жизни с обязательным проведением НСГ, динамического наблюдения за эффективностью лечения.

Анализ проведенных данных показывает, что среди выявленной патологии наибольшую группу составляют дети, у которых было выявлено расширение ликворных пространств различной степени (673 ребенка, что составило 53 %). Между выраженностью клинической симптоматики и степенью расширения межполушарной щели, субарахноидального пространства по

конвексительным отделам полушарий, боковых желудочков нет абсолютного параллелизма.

Повышение экзогенности в перивентрикулярных областях на уровне базальных ганглиев и зрительных бугров как проявление перенесенной гипоксии в возрасте 1–2 месяцев выявлено в 33 % случаев (423 ребенка). Данные изменения имели транзиторный характер и у доношенных новорожденных исчезали к 3 месяцам, у недоношенных гиперэкзогенность могла сохраняться до 6 месяцев [3, 5, 6].

Следует отметить, что у 86 % детей, перенесших гипоксию средней степени тяжести к 2–4 месяцам, диагностируется различной степени гидроцефальный синдром за счет скопления избыточной жидкости. У 30 % отмечается длительный и выраженный процесс расширения ликворных пространств, а у 5 % детей не происходит нормализации размеров и к году.

Существует тесная патогенетическая связь асфиксии и родовой травмы в развитии субарахноидальных кровоизлияний. При внутрижелудочковых кровоизлияниях (ВЖК) тяжелой степени (интравентрикулярных, субарахноидальных) новорожденные дети получают лечение в перинатальном центре. ВЖК I степени выглядели как экзогенное включение в проекции каудоталиамической вырезки и после 1-го месяца были выявлены в 5 % случаев (64 человека). На месте субэпендимальных гематом к концу 1–2 месяцев жизни формируются псевдокисты, которые локализуются в типичном месте – на уровне головок хвостатых ядер, в области верхних отделов каудо-талиамических борозд, часто сопровождается расширением желудочков. Субэпендимальные кисты были выявлены у 136 детей (10,7 %). Полное рассасывание кист произошло к 6–12 месяцам жизни.

Изменения со стороны сосудистых сплетений в виде асимметрии, повышения экзогенности, их расширения, кист сосудистых сплетений наблюдались в 5 % случаев (66 человек).

Следует отметить, что на протяжении первого года проводилось динамическое наблюдение за детьми с обязательным проведением нейросонографии (НСГ).

При проведении УЗ-исследования вилочковой железы патология была выявлена у каждого четвертого ребенка (516 детей, что составило 24,4 %).

В течение трех лет отмечается снижение тимомегалии с 28 % в 2008 г. до 19 % в 2010 г. Тимомегалия I степени составляет 75 % (516 детей), II степени – 20,6 % (105 человек), III степени – 4,6 % (24 человека).

Нужно отметить, что чаще всего тимомегалия носит транзиторный характер. К 3–4 месяцам размеры вилочковой железы становятся нормальными. Дети с II–III степенью тимомегалии наблюдаются и получают лечение у эндокринолога, нормализация происходит к 6–9 месяцам, редко к первому году. За время наблюдения только один ребенок с тимомегалией III степени наблюдался до 1 года 3 месяцев. И даже ставился вопрос об исключении тимомы в условиях хирургического стационара.

Необходимость проведения УЗИ вилочковой железы связано с тем, что в последние годы группа риска по тимомегалии увеличивается, а также отмечается рост числа детей, умерших от диспластических пороков развития, осложненных иммунно-эндокринной недостаточности (по данным аутопсии) [1].

Обязательным в рамках Национального проекта «Здоровье» по программе «Родовой сертификат» является УЗИ тазобедренных суставов (ТБС). За отчетный период изменения со стороны ТБС были выявлены у 181 ребенка (8,5 %) в виде уплощения вертлужной впадины, асимметричного развития центров оксификации, задержке развития центров оксификации, изменения наружного костного выступа [5, 6].

Раннее выявление патологических изменений позволяло своевременно начать лечение. Консервативное лечение включало массаж, гимнастику, физиолечение, давало положительные результаты. К 6 месяцам до 30 % детей остались на учете по дисплазии ТБС, а к 9–12 месяцам наступило выздоровление у остальных детей при благоприятном течении заболевания. За три года наблюдений только один ребенок в 2009 г. при ранней постановке диагноза был прооперирован в Детской краевой клинической больнице с целью устранения вывиха.

Патология со стороны сердечно-сосудистой системы выявлена у 82 человек (3,9 %), в том числе врожденный порок сердца – 15 случаев: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 8 (9,8 %), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 5 (6,1 %), стеноз легочной артерии – 2 (2,4 %), персистенция открытого овального окна – 67 (81,7 %). Из них внутриутробно диагноз был заподозрен в 50 % случаев (ДМЖП в мышечной части, ДМПП вторичный), остальным детям установлен после рождения, в том числе был выявлен и стеноз легочной артерии. Врожденные диспластические кардиопатии (трабекулы, хорды) не учитывались. Дети наблюдаются кардиологом, течение заболевания благоприятное без нарушения гемодинамики [3].

При эхографическом обследовании органов брюшной полости выявлен единичный случай кисты селезенки при нормальных размерах органа. Один ребенок наблюдался с обширной посттравматической гематомой правой доли печени, полученной в период родов, которая занимала три сегмента. Полное рассасывание гематомы произошло в течение года [1, 4, 6].

Частота выявленных патологических изменений при эхографическом обследовании распределилась следующим образом: изменения по НСГ – 60 %, вилочковой железы – 24,4 %, тазобедренных суставов – 8,5 %, почек – 5,5 %, сердца – 3,9 %, органов брюшной полости менее – 1 %.

### **Выводы**

Проведенный анализ результатов ультразвукового обследования детей первого года жизни в рамках программы «Родовой сертификат» показал высо-



кую информативность ультразвукового метода в ранней диагностике врожденных уродатий, врожденной дисплазии тазобедренных суставов, ВПС, в диагностике патологии головного мозга и вилочковой железы. Сонография является определяющим в совокупности с клиническими, лабораторными, рентгенологически-

ми данными, позволяет осуществить как первичную оценку при любом подозрении на патологические изменения, так и проводить динамическое наблюдение за состоянием ребенка. Ранняя диагностика позволяет своевременно провести коррекцию порока, тем самым снизить инвалидизацию детей.

### Список литературы

1. Васильева, А. Ю. Ультразвуковая диагностика в детской практике / А. Ю. Васильева, Е. Б. Ольхова / Б-ка непрерывного образования врача. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 13–34, 111–117.
2. Ватолин, К. В. Ультразвуковая диагностика перинатальных поражений головного мозга у детей: дис. в виде науч. докл. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. – М.: РМАПО, 2006.
3. Глазун, Л. О. Эхография в диагностике пороков сердца: учеб. пособие / Л. О. Глазун. – Хабаровск, 2005.
4. Дворяковский, И. П. Ультразвуковая диагностика в детской хирургии / под ред. И. В. Дворяковского, О. А. Белозеровой. – М.: Профит, 1997. – С. 78–108.
5. Марочко, Н. В. Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов у детей первого года жизни: учеб. пособие / Н. В. Марочко. – Хабаровск, 2008.
6. Пыков, М. И. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии / под ред. М. И. Пыкова, К. В. Ватолина. – М.: Видар, 1998. – С. 10–91, 359–368.
7. Эрман, М. В. Ультразвуковая диагностика мочевой системы у детей / М. В. Эрман, О. И. Марцулевич. – СПб., 2000. – С. 65–74.

удк 618.1-089.844 (571.66-25)

## **Результаты внедрения современных реконструктивно-пластических операций у женщин (по материалам гинекологического отделения краевой больницы г. Петропавловска-Камчатского)**

**Н.В. Новикова<sup>\*1</sup>, О.В. Ванчикова<sup>2</sup>, В.В. Филиппова<sup>2</sup>, И.А. Курилович<sup>2</sup>, Г.И. Финке<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, г. Хабаровск,

<sup>2</sup>ГУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского» министерства здравоохранения Камчатского края, г. Петропавловск-Камчатский

**N.V. Novikova, O.V. Vanchikova, V.V. Filippova, I.A. Kurilovich, G.I. Finke**  
**Deliverables of Modern Reparative-Plastic Operations of Women in accordance with Gynecology Department of Regional Hospital of Petropavlovsk-Kamchatskiy City**

### Резюме

В настоящее время интерес к реконструктивно-пластическим операциям обусловлен высокой частотой пролапса гениталий у женщин всех возрастов, при этом число рецидивов после оперативного лечения составляет по данным разных авторов 10–40 %.

По запросу министерства здравоохранения Камчатского края в декабре 2008 года кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК был проведен выездной цикл тематического усовершенствования «Реконструктивно-пластическая хирургия у женщин».

**Ключевые слова:** пролапс, синтетическая сетка GYN MESH.

\* nowikowa\_n\_w@mail.ru

**Summary**

Currently interest to reparative-plastic operations is caused by high frequency of prolapse of genital organs among women who belong to different age groups, thereby amount of returns after operative therapy is considered to be 10–40 % according to data of various authors.

Upon the request of the Ministry of Public Health of Kamchatka krai in December, 2008 by the department of tocogynecology of Postgraduate Institute for Public Health Workers, Ministry of Public Health, Khabarovsk krai visiting cycle of subject perfection "Reparative-plastic surgery in women" has been held.

**Key words:** prolapse, fabric GYN MESH.

В настоящее время интерес к реконструктивно-пластическим операциям обусловлен высокой частотой пролапса гениталий у женщин всех возрастов.

Так, в США на лечение женщин, страдающих только недержанием мочи при напряжении (около 10 млн), здравоохранение ежегодно тратит около 10 млрд долларов (J.L. Mostvin, A.Yang, 2002), и каждая десятая женщина в перименопаузе нуждается в оперативном лечении (I.L. Tan, J. Stoker, 1999; D.D. Vineyard, T.J. Kuchl, 2002 и др.).

Изучение результатов профилактических осмотров, проведенных в России, показало, что у 60 % женщин выявляются такие проявления тазового пролапса, как ректоцеле, опущение стенок влагалища и матки, недержание мочи при напряжении и др. (А.Ю. Бажчиянц, 1999).

Причинами этих заболеваний являются повреждение соединительнотканно-мышечных структур тазового дна, а также дисплазия соединительной ткани, когда собственные ткани не могут служить поддерживающим каркасом для тазовых органов (P.D.Wilson et al., 1996; S. Jackson et al., 1997).

Интерес к проблеме пролапса гениталий поддерживается также неудовлетворенностью результатами хирургического лечения, при этом число рецидивов достигает по данным разных авторов 10–40 % (R.E. Symmonds, T.J. Williams, R.A. Lee, 1999), что требует внедрения новых методов оперативного вмешательства с использованием современных синтетических материалов.

По запросу министерства здравоохранения Камчатского края в декабре 2008 г. кафедрой акушерства и гинекологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения был проведен выездной цикл тематического усовершенствования «Реконструктивно-пластическая хирургия у женщин».

За две недели цикла проведено 13 операций больным с различными видами пролапса. В проведении операций приняли участие врачи гинекологического отделения ГУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского» г. Петропавловск-Камчатский. Врачами были освоен ряд методик с использованием синтетической сетки GYN MESH.

За 2009 г. в гинекологическом отделении прооперировано 25 больных в возрасте от 48 до 77 лет с различными формами пролапса. Были выполнены следующие операции:

- влагалищная экстирпация матки – 1;
- пластика стенок влагалища – 24;

- манчестерская операция – 2;
- вентрофиксация по Краснопольскому – 6;
- сакровагинопексия – 1;
- фиксация мочевого пузыря MESH-системой – 21.

Освоение новых операций послужило стимулом для активизации оперативной деятельности врачей. В 2009 г. в отделении значительно возросло количество всех видов операций (табл. 1).

**Таблица 1**

**Операции, проведенные в гинекологическом отделении ГУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского» за 2008–2009 гг.**

Наименование операций	2008	2009
Влагалищная экстирпация матки	5	1
Экстирпация матки	4	5
Надвлагалищная ампутация матки	38	55
Тубэктомия	10	33
Аднексэктомия	6	11
Цистэктомия	–	31
Резекция яичников	3	16
Овариоэктомия	8	4
Пластика стенок влагалища	8	24
Лапароскопия	86	100
Гистерорезектоскопия	6	12
Консервативная миомэктомия	5	21
Диагностическая лапаротомия	–	2
Вентрофиксация по Краснопольскому	–	16
Манчестерская операция	–	2
Сакровагинопексия	–	1
Фиксация мочевого пузыря MESH-системой	–	21
Всего	179	355

Такие операции, как вентрофиксация по Краснопольскому, манчестерская операция, сакровагинопексия, фиксация мочевого пузыря MESH-системой ранее в условиях Камчатского края не выполнялись.

Использование современных материалов и новейших технологий позволили проводить операции со сложными сочетанными пролапсами. Заслуживает внимание клинический случай больной М. 58 лет с диагнозом «несостоятельность мышц тазового дна, рек-

тоцеле». Из анамнеза больной: в 1995 г. по поводу тяжелой травмы таза произведена экстирпация матки, ушивание разрывов стенки мочевого пузыря и прямой кишки. На момент обращения в 2008 г. больная жаловалась на невозможность спонтанного опорожнения кишечника, выхождение «тела» из влагалища.

При осмотре выяснилось: влагалище заканчивается слепо, передняя стенка подтянута высоко к клону, задняя стенка влагалища вместе со стенкой прямой кишки выбухла за introitus vagina, расхождение m. levator ani более 5 см. Учитывая перенесенные ранее операции, выявленную патологию, невозможность проведения стандартной операции, после соответствующей подготовки кишечника, вскрытия и отсепаровки задней стенки влагалища были выделены m. levator ani. Под мышцы была заведена сетка GYN MESH. M. levator ani были сведены над сеткой. Данная операция позволила восстановить анатомическую топогра-

фию и укрепить мышцы тазового дна. Больная выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии. Стул был самостоятельный.

Значительное увеличение количества операций, проведение новых вмешательств не привело к росту послеоперационных осложнений. Только у двух женщин, перенесших реконструктивно-пластические операции, отмечены нетяжелые осложнения (1– послеоперационная гематома, без дополнительного вмешательства; 1– через 3 месяца послеоперационные грануляции, удалены электропетли).

Улучшение качества жизни отметили все пациентки, на настоящий момент рецидивов пролапса нет ни у одной женщины.

Таким образом, совместная деятельность сотрудников института и практических врачей позволила сделать большой шаг в решении вопроса охраны здоровья женщин, улучшения качества их жизни.

УДК 617.7-07

## **Анализ патологии, выявленной при полном офтальмологическом диагностическом обследовании**

**И.Д. Когут\*, И.А. Чернатова, М.А. Сушкова, О.И. Новолодская**  
ГУЗ «Консультативно-диагностический центр “Вивея”» МЗ ХК,  
г. Хабаровск

**I.D. Kogut, I.A. Chernatova, M.A. Sushkova, O.I. Novolodskaya**  
**The Analysis of Abnormality Identified under Complete Ophthalmologic Diagnostic Examination**

### **Резюме**

Проведен анализ структуры заболеваний, выявленных у пациентов при полном офтальмологическом диагностическом обследовании. В структуре выявленной патологии преобладают аномалии рефракции, сосудистые заболевания сетчатки. Большинство заболеваний выявлено в начальных стадиях.

**Ключевые слова:** полное офтальмологическое диагностическое обследование, структура выявленной патологии.

### **Summary**

The analysis of the structure of diseases identified in the examination of patients complete ophthalmologic diagnostic examination. The structure revealed pathology is dominated by refractive errors, retinal vascular diseases. Most of the diseases identified in the initial stages.

**Key words:** complete ophthalmologic diagnostic examination, the structure revealed pathology.

В настоящее время повсеместно отмечается рост числа заболеваний органа зрения, что связано с широким распространением сосудистых заболеваний, сахарного диабета, а также с все возрастающей нагрузкой на зрительный аппарат. Такие заболевания, как глаукома, осложненная близорукость, макулодистро-

фия, могут приводить к значительной потере зрительных функций и являются главными причинами инвалидности по зрению.

С 2009 г. в офтальмологическом отделении ГУЗ «Консультативно-диагностический центр “Вивея”» проводится полное офтальмологическое диагности-

ческое обследование (ПОДО) пациентов, направленных врачами ЛПУ города и края с целью уточнения диагноза и дифференциальной диагностики заболеваний зрительного анализатора. Для каждой нозологической формы разработан определенный стандарт ПОДО, позволяющий детализировать ту или иную патологию органа зрения.

Первый этап обследования проводится средним медперсоналом в диагностических кабинетах и включает в себя проверку остроты зрения, внутриглазного давления, периметрию, офтальмометрию, рефрактометрию, биометрию, очковую коррекцию.

На втором этапе обследования врач-офтальмолог проводит биомикроскопию, офтальмоскопию. При необходимости для уточнения диагноза врачом выполняются дополнительные исследования.

#### **Цель исследования**

Изучение структуры глазной патологии у пациентов, обследованных по программе полного диагностического обследования в офтальмологическом отделении ГУЗ «Консультативно-диагностическом центре “Вивея”».

#### **Материалы и методы**

В течение 2009–2010 гг. нами было обследовано 1964 пациента в возрасте от 18 до 82 лет по программе полного диагностического обследования (408 мужчин, 1556 женщин). Все пациенты были распределены на 3 возрастные группы. Первая группа – 418 человек в возрасте 18–39 лет; вторая группа – 884 человека 40–59 лет; третья группа – 662 человека 60 лет и старше. Средний возраст обследуемых составил 56 лет.

При осмотре всем пациентам проводились следующие исследования:

- визометрия (фороптор компьютерный CV-5000 TOPCON Corporation, Япония, таблица Сивцева – Головина, проектор знаков автоматический АСП-8 TOPCON Corporation, Япония),
- тонометрия (тонометр бесконтактный компьютеризированный СТ-80, TOPCON Corporation, Япония),
- офтальмометрия, рефрактометрия (автокераторефрактометр KR-8800, «TOPCON Corporation», Япония),

- периметрия (периметр Oculus Centerfield, Oculus Optikgerate GmbH, Германия),

- биометрия (аппарат для УЗ пахиметрии и аксиального сканирования мод. UD-600, Tomey GmbH, Германия),

- биомикроскопия (щелевая лампа цифровая CL-D, модели SL-D7, TOPCON Corporation, Япония),

- офтальмоскопия в прямом и обратном виде (бинокулярный непрямой офтальмоскоп IO-a, Neitz Instrument Co., Япония; прямой офтальмоскоп ВХа-РР, Neitz Instrument Co., Япония).

Дополнительно в соответствии с разработанными стандартами качества при патологии внутриглазного давления пациентам проводились гониоскопия, тонография, при заболеваниях переднего отрезка глаза – проба Ширмера, промывание слезных путей, диагностика демодекоза. При заболеваниях сетчатки в сложных случаях выполнялась оптическая когерентная томография (сканер томографический оптический когерентный модели OCT Stratus, Carl Zeiss Meditec AG, Германия).

#### **Результаты**

У одного и того же пациента мы выявляли одно, два и более заболеваний зрительного анализатора. Полученные данные представлены в табл. 1 и на рис. 1.

В структуре выявленной патологии у большинства пациентов (74 %) имели место аномалии рефракции: миопия, гиперметропия, пресбиопия, астигматизм (рис. 2). При этом в возрастной группе от 18 до 39 лет данная патология имела место у 80 % обследуемых (338 человек). В структуре аметропий преобладали миопия и астигматизм, что связано со значительным зрительным напряжением у лиц молодого возраста. В возрастной группе от 40 до 59 лет аномалии рефракции отмечены в 55,4 % случаев (490 человек). У пациентов старше 60 лет различные формы аметропий выявлены в 94,9 % случаев (628 человек). В этой возрастной группе преобладали гиперметропия и пресбиопия, что связано с функциональной особенностью зрительного анализатора в данном возрасте.

Вторая по частоте группа заболеваний – патология сетчатки (68,1 %). Сюда отнесены сосудистая патология, центральные и периферические дистрофии сет-

**Таблица 1**

**Структура патологии, выявленной при полном офтальмологическом диагностическом обследовании в 2009–2010 гг.**

<b>Заболевания</b>	<b>18–39 лет</b>	<b>40–59 лет</b>	<b>Старше 60 лет</b>	<b>Всего</b>
Аномалии рефракции	338	490	628	1456
Заболевания сетчатки	178	510	650	1338
Катаракта	5	132	530	667
Воспалительные заболевания переднего отрезка глаза	62	104	86	252
Синдром сухого глаза	25	57	75	157
Заболевания зрительного нерва	30	68	124	222
Новообразования	8	44	62	114
Глаукома	5	56	103	164



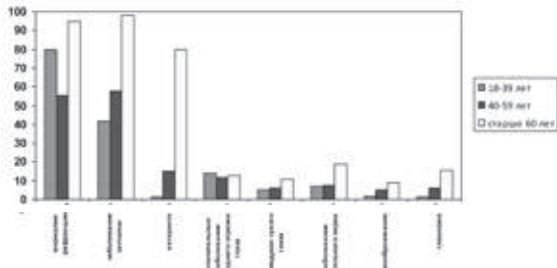


Рис. 1. Структура выявленной патологии в процентах

чатки, диабетическая ретинопатия, отслойка сетчатки (рис. 4). Частота данной патологии у лиц от 18 до 39 лет – 42 % (178 человек), при этом преобладающая патология – ангиопатия сетчатки (35,9 %). В возрастной группе 40–59 лет заболевания сетчатки диагностированы в 57,7 % случаев (510 человек), из них ангиопатия сетчатки – у 53,8 % пациентов, макулодистрофия – 13,8 %, периферическая хориоретинальная дистрофия (ПХРД) – 9 %, диабетическая ретинопатия – 0,8 %. У лиц 60 лет и старше данный вид патологии выявлен в 98,2 % случаев, из них ангиопатия сетчатки – у 94 % пациентов, макулодистрофия – 38,9 %, ПХРД – 11,9 %, диабетическая ретинопатия – 4,8 %.

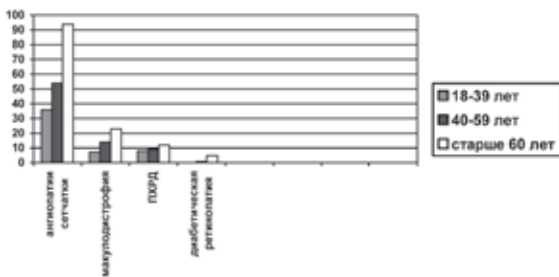


Рис. 3. Структура выявленной патологии сетчатки в %

Использование в диагностике заболеваний сетчатки оптической когерентной томографии позволило выявить начальный макулярный отек в 30 случаях, идеопатическое макулярное отверстие – в 9 случаях, субретинальную неоваскулярную мембрану – в 10 случаях.

В дальнейшем пациенты направлялись в глазное отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 10» г. Хабаровска и в Хабаровский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» для решения получения оперативного пособия.

Катаракта – третья по частоте нозологическая форма (34 %), выявляемая у обследуемых пациентов. Частота данной патологии увеличивается пропорционально возрасту, достигая 80 % у пациентов старше 60 лет. В большинстве случаев (75 %) катаракта была

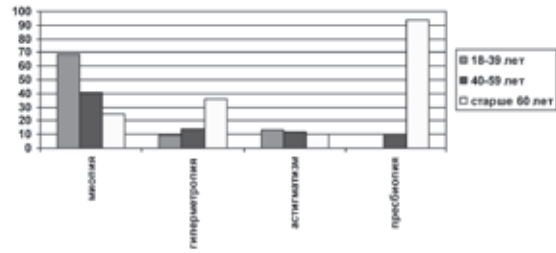


Рис. 2. Структура выявленных аномалий рефракции в процентах

представлена в виде начальных проявлений, в 24 % случаев было рекомендовано оперативное лечение катаракты.

В последнее время весьма актуальной является проблема диагностики и лечения синдрома сухого глаза. По зарубежным данным, этим заболеванием страдают до 20 % больных офтальмологического профиля. Среди пациентов, направленных к нам на полное диагностическое обследование, данный синдром был выявлен у 8 % пациентов. Во всех случаях диагноз «синдром сухого глаза» был установлен впервые.

Патология зрительного нерва выявлена нами у 11,3 % пациентов. Данная группа заболеваний представлена в основном частичной атрофией зрительного нерва. У пациентов старше 60 лет данная патология выявлена в 2,5 раза чаще (у 18,7 % обследуемых), чем в других возрастных группах: у 7,7 % пациентов в группе 40–59 лет, у 7,1 % – в группе 18–39 лет.

С диагнозом «неуточненная глаукома» в наше отделение было направлено 195 человек. Диагноз был подтвержден в 70 случаях. Всего глаукома была диагностирована у 164 пациентов, из них у 85 человек диагноз был установлен впервые. Среди пациентов с впервые выявленной глаукомой начальная стадия заболевания имела место в 88 % случаев (75 человек), развитая – в 10,5 % (9 человек), далекозашедшая – у 1 пациента (1,1 %). 63 % пациентов с диагнозом глаукома – это люди старше 60 лет. В возрастной группе до 39 лет данный диагноз имел место у 5 человек (1,2 %).

### Выводы

Обследование пациентов по программе ПОДО позволяет диагностировать патологию органа зрения на ранних стадиях. Частота глаукомы, выявленной в начальной стадии, составляет 88 %, начальная катаракта выявлена в 75 % случаев.

В структуре выявленной патологии лидирующее положение занимают аномалии рефракции (75 %), сосудистые заболевания сетчатки (65 %), катаракта (33 %). Выявлен рост частоты заболеваний с возрастом.

Использование стандартов ПОДО можно рекомендовать для скрининговых исследований.

## Список литературы

1. Бржеский, В. В. Диагностика и лечение больных с синдромом сухого глаза / В. В. Бржеский, Е. Е. Сомов. – СПб., 2005.
2. Егоров, В. В. Глаукома / В. В. Егоров, Г. П. Смолякова, В. В. Лузянина. – Хабаровск, 2005.

3. Егоров, В. В. Катаракта / В. В. Егоров, Г. П. Смолякова. – Хабаровск, 2004.
4. Терапевтическая офтальмология / под ред. М. Л. Краснова, Н. Б. Шульпиной. – М.: Медицина, 1985.

# КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

*УДК 616.831.9-002+616.832.9-002]-053.2*

## **Клинические проявления бактериального гнойного менингита смешанной этиологии у детей**

**Т.Е. Макарова\*<sup>1</sup>, Н.Ф. Головкова<sup>2</sup>, И.И. Протасеня<sup>2</sup>, Л.И. Заварцева<sup>2</sup>, Н.Ю. Миропольская<sup>2</sup>, О.Н. Солодовникова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,

<sup>2</sup>ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», г. Хабаровск

**T.E. Makarova, N.F. Golovkova, I.I. Protaseniya, L.I. Zavartseva, N.Y. Miropolskaya, O.N. Solodovnikova**

***Clinical Aspects of Bacterial External Pyocephalus of Mixed Etiology among Children***

### **Резюме**

Проанализированы клинические особенности микст-менингита у 11 детей, госпитализированных в детскую инфекционную больницу им. А.К. Пиотровича. У всех больных диагноз был подтвержден высевом *N. meningitidis*, *H. influenzae*, *Str. pneumonia* и реже *E. coli* и *Str. viridans* из спинномозговой жидкости (СМЖ) или выделением ДНК возбудителя из СМЖ методом полимеразно-цепной реакции. Описаны осложнения и исходы микст-менингита у детей.

**Ключевые слова:** микст-менингит, дети, специфические осложнения.

### **Summary**

The article presents an analysis of the clinical features of mixed meningitis in 11 children admitted to Children's Infectious Diseases Hospital n.a. A.K. Piotrovich. The diagnosis was confirmed by culturing *N. meningitidis*, *H. influenzae*, *Str. pneumonia* and more rarely *E. coli* and *Str. viridians* from the cerebrospinal fluid (CSF) in all patients. Complications and outcomes of mixed meningitis in children are given in the article.

**Key words:** mixed meningitis, children, specific complications.

Бактериальные гнойные менингиты (БГМ) составляют 38 среди всех острых нейроинфекций у детей, характеризуются высокой летальностью и частотой органического поражения [1, 2]. Этиологическая структура БГМ зависит от эпидемиологической обстановки, возраста больных, географической зоны [3]. По данным отечественной литературы, около 85 % случаев БГМ вызваны тремя возбудителями: менингококком, гемофильной палочкой типа В, пневмококком [5].

### **Цель исследования**

Изучение клинических проявлений микст-менингита у детей.

### **Материалы и методы**

Было проанализировано 11 историй болезни детей, больных менингитом смешанной этиологии. Подтверждение диагноза было получено с помощью бактериологического метода исследования СМЖ и метода полимеразно-цепной реакции (ПЦР).

### **Результаты и обследование**

До введения ПЦР-диагностики этиологическая расшифровка бактериальных гнойных менингитов представляла большие трудности из-за редкого высева возбудителя из спинномозговой жидкости. Внедрение метода ПЦР-диагностики позволило более детально идентифицировать этиологию БГМ у детей. Согласно проведенным исследованиям установлено, что у отдельных больных причиной БГМ являются одновременно два возбудителя.

Этиологический анализ, проведенный нами у больных БГМ смешанной этиологии (микст-менингит), показал, что наиболее частым сочетанием возбудителей у детей явились следующие: у трех больных менингококк сочетался с пневмококком, у четырех – с гемофильной палочкой, у одного – со стрептококком. У двух детей причиной БГМ оказалась гемофильная палочка и пневмококк и у одного – кишечная палочка и менингококк.

---

\* [rec@ipksz.khv.ru](mailto:rec@ipksz.khv.ru)

Микст-менингитом чаще болели мальчики (72,7 %). Заболевание регистрировалось в зимний и весенний периоды времени – пять (45,5 ± 6,08 %) и шесть (54,4 ± 5,9 %) больных соответственно. Заболевание отмечено нами только у детей первого года жизни. Средний возраст заболевших составил 11,6 ± 0,9 месяца.

У всех детей заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне: у семи больных выявлена перинатальная энцефалопатия с наличием гипертензионного синдрома, у двух – гипохромная анемия и гипотрофия. По характеру поражения ЦНС оказалось, что у семи детей (63,6 ± 3,04 %) заболевание сопровождалось только поражением оболочек мозга, у четырех (36,4 ± 8,13%) протекало по типу менингоэнцефалита. У девяти детей (81,8 %) менингит имел вторичный характер (первичным очагом инфекции у шести был гнойный отит, у трех – пневмония). У восьми детей (72,7 ± 4,0 %) заболевание начиналось остро, у трех (27,3 ± 6,3%) больных зарегистрировано постепенное начало заболевания.

У всех детей заболевание сопровождалось повышением температуры тела – в среднем до 38,8 ± 1,6 °С. Длительность лихорадочного периода составила 15,1 ± 1,7 дня. Постоянным начальным признаком менингита является симптом рвоты, который выявлен у восьми детей (72,7 ± 8,1 %). Поскольку рвота не была связана с приемом пищи, мы расценивали ее как центральную, зависящую главным образом от внутричерепной гипертензии. Что касается частоты рвоты, то у 37,5 ± 2,9 % больных, имевших этот симптом, она не превышала 1–2 раза в сутки, у 25 ± 2,1 % – 3–4 раза в сутки и у 37,5 ± 2,9 % – 5–6 раз в сутки. При этом у 75 ± 5,7 % детей рвота сохранялась не более 1–2 дней.

Монотонный «мозговой» крик выявлен нами у трех больных (27,3 ± 3,5 %). У большей части пациентов выявлялись отдельные менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка – у восьми больных (72,7 ± 5,9 %), верхний и нижний симптомы Брудзинского – у семи (63,6 ± 5,3 %) и у шести (54,5 ± 6,2 %) больных соответственно, симптом Кернига – у трех детей (27,3 ± 4,2 %). Симптом Лессажа зарегистрирован у семи детей (63,6 ± 5,3 %). Выбухание большого родничка отмечено у пяти детей (45,4 ± 5,7 %). Гиперестезия отмечалась у четырех больных (36,4 ± 4,3 %). Энцефалический синдром проявлялся нарушением сознания у четырех детей (36,4 ± 4,9 %). У пяти больных (45,5 ± 4,9 %) были зарегистрированы явления гиперестезии.

Одним из важных симптомов, свидетельствующих о глубоком поражении ЦНС, является судорожный синдром, который был установлен у четырех больных (36,4 ± 4,3 %) и выявлялся в первые сутки болезни. При этом преобладали кратковременные судороги клонико-тонического характера. Сохранялся судорожный синдром в течение 6,3 ± 0,7 дня. Очаговая симптоматика в виде поражения черепных нервов отмечена у четырех детей. У двух детей отмечена петехиальная геморрагическая сыпь на бледном фоне кожи. Среднее количество лейкоцитов у больных с микст-менингитом составило  $9,5 \times 10^9/\text{л}$ , количество палочкоядерных нейтрофилов – 35,3 ± 3,2 %, сегментоядерных – 57,6 ± 3,2 %. При исследовании спинномозговой жидкости оказалось, что у всех детей цитоз был сосчитываемым и составил в среднем 2668,5 ± 354,9 клетки в 1 мкл, нейтрофильного характера. Уровень белка в СМЖ был увеличенным до 1,1 ± 0,1 г/л. Санация СМЖ происходила в течение 16,3 ± 2,7 дня. У 36,45 % детей заболевание осложнилось развитием отека головного мозга, у 18,2 % – синдромом двигательных нарушений, и у 9,1 % – аспаллическим синдромом.

### Выводы

Таким образом, бактериальным гнойным менингитом смешанной этиологии болели, как правило, дети первого года жизни в зимне-весенний период времени. У всех детей заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне. У 82 % больных он носил вторичный характер, и у 1/3 больных микст-менингит протекал по типу менингоэнцефалита. У всех детей заболевание начиналось остро с общетоксического и менингеального синдромов. При этом лихорадка сохранялась в течение 15,1 дня. Рвота зарегистрирована нами у 73 % детей, судорожный синдром – у 36 % детей. У 18 % детей заболевание сопровождалось наличием петехиальной сыпи на теле. Санация происходила в течение 16,3 дня от начала терапии. У 63 % детей заболевание закончилось развитием специфических осложнений (отек головного мозга – у 36,4 % детей, синдром двигательных нарушений – у 18,2 %, аспаллический синдром – у 9,1 %).

Внедрение метода ПЦР-диагностики позволило сократить количество больных с этиологически нерасшифрованными БГМ и выявить наличие смешанных форм заболевания. При этом следует подчеркнуть, что наиболее часто «микстуют» именно те возбудители, которые являются самой частой причиной возникновения БГМ у детей, а именно *N. meningitidis*, *H. influenzae*, *Str. pneumoniae*.

## Список литературы

1. Белошицкий, Г. В. Эпидемиологические особенности менингитов, обусловленных *S. Pneumonia* / Г. В. Белошицкий, И. С. Королева, Г. Г. Чистякова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 3. – С. 28–30.
2. Боронина, Л. Г. Этиологическая диагностика гнойных бактериальных менингитов у детей на Среднем Урале / Л. Г. Боронина // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 3. – С. 18–23. – Библиогр.: с. 23.
3. Деконенко, Е. Бактериальные менингиты / Е. Деконенко // Врач. – 2001. – № 6. – С. 21–23.

4. Королева, И. С. Этиологическая структура гнойных бактериальных менингитов / И. С. Королева, Г. В. Белошицкий, Г. Г. Чистякова // Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: материалы второго конгресса педиатров-инфекционистов России, Москва, 8–10 дек. 2003 г. – СПб.: СпецЛит, 2003. – С. 92.
5. Сорокина, М. Н. Бактериальные менингиты у детей / М. Н. Сорокина, В. В. Иванова, Н. В. Скрипченко. – М.: Медицина, 2003. – 320 с.

## **Случай успешного лечения гемангиомы носа у ребенка**

**П.П. Кузьмичев\*<sup>1</sup>, А.М. Тропивской<sup>2</sup>, А.Д. Ефременко<sup>2</sup>, В.Н. Костенко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,

<sup>2</sup>ГУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ ХК,

г. Хабаровск

**P.P. Kuzmichev, A.M. Tropivskoy, A.D. Efremenko, V.N. Kostenko**

**Case of Successful Treatment of Children with Hemangioma of Nose**

### **Резюме**

В работе представлен случай лечения врожденной кавернозной гемангиомы носа с удовлетворительным результатом оперативного лечения.

**Ключевые слова:** гемангиома, челюстно-лицевая хирургия, пластика носа.

### **Summary**

Case of treatment of capillary cavernous hemangioma of nose with satisfactory result of operative therapy is presented in the current work.

**Key words:** hemangioma, oral surgery, rhinoplasty.

Гемангиомы – доброкачественные опухоли из сосудистой ткани и порочно развитых сосудов – встречаются у 1,1–2,6 % всех новорожденных, а к концу первого года жизни этот показатель увеличивается до 10,1 %. У девочек гемангиомы встречаются в 2–3 раза чаще, чем у мальчиков.

Доброкачественные образования у ребенка могут располагаться на любом участке тела, но чаще они встречаются на голове и шее, при этом разрушают окружающие ткани, приводя к косметическому дефекту. Лечение гемангиом, особенно на лице, требует индивидуального и многоэтапного подхода.

Приводим наше наблюдение.

Больная Д. родилась 16.05.2006 г. от нормальных срочных родов с весом 3300 г. При осмотре выявлена обширная кавернозная гемангиома носа с некрозом (рис. 1).

Ребенку в возрасте двух месяцев проведена близкофокусная рентгенотерапия по 0,2 Грея в день. После проведения пяти курсов лечения гемангиома уменьшалась в размере, некротическая язвочка зарубцевалась. В возрасте 2,2 года девочка была направлена в Детскую республиканскую больницу (г. Москва), в отделение эндovasкулярной хирургии. После обследования в оперативном лечении отказано, предложено наблюдение в динамике, повторный осмотр через 2–3 года.

Ребенок госпитализирован в хирургическое отделение ДККБ 06.10.09 г., где проведена эндохирургическая абляция кавернозной гемангиомы носа 70 % раствором спирта. После проведенного лечения опухоль сохранила прежние размеры, признаков запускания сосудов не отмечено. Повторно девочка госпитализирована 09.12.09 г. для оперативного лечения. При осмотре выяснилось, что девочка развита соответственно возрасту, замкнута, со сверстниками не общается, играет одна. В области спинки и кончика носа опухолевидное образование эластической консистенции размером 3,0 × 5,0 см (рис. 2).

После обследования и дополнительных консультаций специалистов проведено оперативное лечение в плановом порядке. Под эндотрахеальным наркозом кавернозная гемангиома носа удалена. Операция закончилась пластикой кожи носа местными тканями. Послеоперационный период протекал гладко, ребе-



**Рис. 1. Кавернозная гемангиома носа с некрозом в центре**

\* pavel-kuzmichev@km.ru





Рис. 2. Гемангиома носа



Рис. 3. Результат оперативного лечения гемангиомы носа

нок получал антибиотики, обезболивающие средства. Швы сняты на 10-е сутки. Результаты гистологии: смешанная гемангиома. Ребенок осмотрен через 6 меся-

цев: здоров, жалоб не предъявляет, косметическим результатом операции родители и ребенок удовлетворены (рис. 3).

### Список литературы

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова – М., 2009. – 1168 с.

УДК 618.73-085.015.32

## Эффективность гомеопатического лекарственного средства «Млекоин» в лечении гипогалактии у кормящих матерей

**А.Ф. Люлин\*, Н.А. Черникова**

МУЗ «Детская городская больница», Поликлиника № 7,  
г. Комсомольск-на-Амуре

**A.F. Lyulin, N.A. Chernikova**

**Efficiency of Homeopathic Medicine "Mlekoin" in the Hypogalaktiya Therapy of Nursing Mothers**

### Резюме

Гипогалактия является основной причиной перевода детей на раннее искусственное вскармливание. Под наблюдением находилось 300 женщин, у которых была выявлена гипогалактия. Раннее назначение гомеопатического препарата «Млекоин» способствовало восстановлению лактации и удлинению периода грудного вскармливания.

**Ключевые слова:** грудное вскармливание, гипогалактия, млекоин, лактация.

### Summary

Hypogalactiya is the main cause of transferring children to artificial feeding. 300 women, who have been identified hypogalactiya, were under observation. Early administration of homeopathic medicine "Mlekoin" with preventive and therapeutic purposes contributed to the recovery of lactation and lengthening of the breastfeeding period.

**Key words:** breastfeeding, hypogalactiya, Mlekoin, lactation.

Грудное вскармливание глубоко заложено в человеческом сознании как естественно-фундаментальный феномен жизни. Оно отражено в истории, искусстве и запечатлено в них наряду с вечными темами любви, жизни, рождения.

Грудное вскармливание весьма трудно переоценить и в чисто физиологическом, и в более тонком эмоционально-духовном плане как для отдельного человека, так и для человеческого общества в целом. На протяжении многих веков материнское молоко было

\* lyulin29@mail.ru

единственной пищей для совсем маленьких детей. Во многом благодаря этому, человечество не только выжило, но и улучшило свой генофонд. К примеру, сто лет назад в России 92 % женщин кормили детей грудью. Во второй половине XX века во всех развитых странах на смену грудному молоку пришли молочные смеси, разнообразие которых в то время достигло своего апогея. В результате число кормящих женщин в этих странах, а также в России, стало заметно сокращаться. К счастью, уже в конце 70-х годов прошлого столетия ВОЗ, педиатры и диетологи забили тревогу и стали призывать родителей не лишать новорожденных материнского молока.

Врачи вплотную занялись пропагандой грудного вскармливания, более того, искусственное вскармливание было названо «экологической катастрофой для человечества». К счастью, с каждым годом кормящих грудью женщин становится все больше. Так, например, сейчас в Америке 73 % мам вскармливают детей грудным молоком: 65 % – до одного месяца, 54 % – до трех и 20 % – до 1 года [1, 2]. В 2008 г. в Российской Федерации число детей, находящихся на грудном вскармливании до 1 года, – 39,3%. По данным МУЗ «Детская городская больница» г. Комсомольска-на-Амуре, в 2009 г. находилось на грудном вскармливании: до 3 месяцев – 75,2 % детей, до 6 месяцев – 48,4 %, до 1 года – 34 % (для сравнения по нашему участку: до 3 месяцев – 77 %, до 6 месяцев – 56,5 %, до 1 года – 33,3 %).

Одной из причин, приводящих к раннему переводу детей на искусственное вскармливание, является гипогалактия. По данным ВОЗ, от 1 до 3 % женщин действительно не способны кормить своих детей грудью из-за первичной гипогалактии как следствия нейроэндокринных нарушений в организме женщины [1, 2]. У остальных женщин может наблюдаться вторичная гипогалактия, которая является главной причиной перевода детей на искусственное вскармливание. [1, 2].

В профилактике и лечении гипогалактии очень важна индивидуальная психотерапия – метод, направленный на формирование стойкой доминанты на лактацию, обучение и подготовку женщины к этому процессу и разъяснение процессов грудного вскармливания, то есть на создание психологического настроения на длительное и полноценное грудное вскармливание. В реализации этого метода очень важная роль принадлежит врачу педиатру и участковой медицинской сестре при проведении дородовых и послеродовых патронажей. Участковая медицинская сестра должна обучить женщину правильной технике грудного вскармливания, оказать психологическую поддержку в периоды лактационных кризов.

В профилактике и лечении гипогалактии доказали свою эффективность гомеопатические лекарственные средства. Отечественная фирма «Материа-Медика» выпустила комплексный гомеопатический препарат «Млекоин», который успешно прошел клинические испытания на кафедре детских болезней № 3 с курсами эндокринологии и гомеопатии факультета усовер-

шенствования врачей Российского государственного медицинского университета. Особенно важно, что наряду с клиническим эффектом он не оказывает отрицательного воздействия на ребенка.

В течение 20 лет с целью профилактики и лечения гипогалактии с первого врачебно-сестринского патронажа мы назначаем мамам гомеопатический препарат «Млекоин».

#### **Цель исследования**

Изучить эффективность гомеопатического препарата «Млекоин» в лечении гипогалактии у кормящих матерей.

#### **Материалы и методы**

Всем кормящим женщинам назначается «Млекоин» по 5–7 крупинок 1–2 раза в день с первых дней наблюдения на 1–2 месяца. В дальнейшем при первых признаках снижения лактации прием препарата возобновляем.

При проведении исследования для получения достоверных результатов все женщины, находившиеся под наблюдением, распределены на 2 группы: в контрольную группу отнесены кормящие женщины, которые по разным причинам данный препарат не получали, в основную группу вошли женщины, которые в комплексе с традиционными рекомендациями дополнительно получали «Млекоин».

#### **Результаты и обсуждение**

Под наблюдением находилось 300 женщин, у которых была выявлена гипогалактия I–II степени. Всем женщинам назначали традиционный комплекс лечения гипогалактии. В основной группе (150 женщин) в комплекс лечения назначался гомеопатический препарат «Млекоин». Результаты исследования представлены в табл. 1.

Исследования показали, что у женщин, которые принимали гомеопатический препарат «Млекоин», период лактации продолжался значительно дольше, тогда как в контрольной группе более половины женщин (54 %) вскармливали своих детей грудью лишь до 3 месяцев. В основной группе отмечено значительное увеличение периода лактации: до 6 месяцев – на 5,3 %, более 12 месяцев – на 4 % больше, чем в контрольной группе. А такой самый важный показатель, как грудное вскармливание до 12 месяцев, в основной группе на 18 % больше, чем в контрольной группе.

**Таблица 1**

#### **Длительность грудного вскармливания**

Длительность грудного вскармливания	Контрольная группа		Основная группа	
	n=150		n=150	
	всего	%	всего	%
До 3 месяцев	81	54	40	26,7
До 6 месяцев	39	26	47	31,3
До 12 месяцев	26	17,3	53	35,3
Более 12 месяцев	4	2,7	10	6,7

**Выводы**

Таким образом, назначение гомеопатического препарата «Млекоин» с профилактической и лечебной целью способствовало удлинению пе-

риода грудного вскармливания. По нашему мнению, данный препарат могут широко использовать в своей практике участковые педиатры и неонатологи.

**Список литературы**

1. Назаретян, В.Г. *Вскармливание детей первого года жизни и раннего возраста* / В.Г. Назаретян. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006 год.

2. Фадеева, В.В. *Кормление ребенка грудью* / В.В. Фадеева. – М.: ОНИКС: Мир и образование, 2009.

УДК 616.136.41-053.3-073.43

## **Редкие случаи ультразвуковой диагностики дополнительных сосудов печени у новорожденных**

**Н.М. Чиняева\*, А.О. Брызгалина, Л.Ф. Брежнева, Ж.А. Ефременко, О.В. Кожарская, В.Т. Обухова**

ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,  
г. Хабаровск

**N.M. Chinyayeva, A.O. Bryzgalina, L.F. Brezhneva, J.A. Efremenko, O.V. Kozharskaya, V.T. Obukhova**

**Rare Cases of Ultrasonic Diagnosis of Additional Vessels of the Liver in Newborns**

**Резюме**

Представлены собственные наблюдения диагностики дополнительных сосудов печени, выявленных при ультразвуковом скрининговом исследовании у новорожденных. Продемонстрированы возможности доплеровского исследования. Наблюдения интересны отсутствием специфических клинико-лабораторных проявлений патологии и возможностью эхографической оценки типа сосудистых изменений.

**Ключевые слова:** ультразвуковая диагностика, новорожденные, дополнительные сосуды, печень, трудность диагностики.

**Summary**

The diagnosis of his own observations of additional vessels of the liver detected by ultrasound screening study of newborns. The capabilities of the Doppler study. The observations are interesting lack of specific clinical and laboratory manifestations of pathology and opportunity sonographic evaluation of the type of vascular changes.

**Key words:** ultrasound, newborns, additional vessels, liver, the difficulty of diagnosis.

Широкое внедрение в клиническую практику ультразвуковых методов исследования способствовало в последние годы выявлению многих заболеваний, которые являются находкой при скрининговой эхографии в связи с отсутствием специфических клинико-лабораторных данных. Случайно выявленная патология не является исключением для неонатального периода развития ребенка. Это обусловлено анатомо-физиологическими, иммунологическими и другими особенностями организма новорожденного. Важная роль принадлежит гемодинамическим изменениям в переходный момент от внутриутробного к постнатальному периоду жизни.

Кровообращение в единой функциональной системе мать-плацента-плод является ведущим фактором, обеспечивающим нормальное течение беременности, рост и развитие плода. С конца второго месяца жизни у плода функционирует собственное кровообращение. Поток оксигенированной крови из плаценты через пупочную вену на поверхности печени распределяется в двух направлениях: один поступает в воротную вену, принося с собой 50 % всей крови, другой продолжает пупочную вену в виде аранцева протока и впадает в нижнюю полую вену, где плацентарная кровь смешивается с венозной кровью, поступающей от органов таза, печени, кишечника и нижних конеч-

\* perinatalcenter@rambler.ru

ностей. В первые часы и дни после рождения происходит пассивное закрытие венозного (аранцева) протока. Это приводит к большим изменениям в портальной циркуляции – прекращается кровоснабжение наиболее оксигенированной кровью левой доли печени, замещаясь на скудно обогащенную кислородом портальную венозную кровь.

Представляем собственные наблюдения диагностики дополнительных сосудов печени, выявленных при ультразвуковом скрининговом исследовании у новорожденных: аномальное слияние венральных сегментарных артерий и 2 случая венозного (аранцева) протока.

Ребенок К. в возрасте 8 дней поступил в отделение хирургии новорожденных (ОХН) ГУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска с подозрением на гнойный омфалит. Из анамнеза: родился от 4-й беременности, нормальных срочных родов, с массой тела 2600 г. Со-

стояние в родильном доме удовлетворительное, пуповинный остаток отпал на 6-е сутки. Определялись признаки воспаления пупочного кольца. Для дальнейшего лечения омфалита переведен в ОХН. Состояние при поступлении средней степени тяжести за счет основного заболевания.

При ультразвуковом исследовании печени отмечалась умеренная гепатомегалия, эхоструктура без особенностей. Сосуды печени: лоцировалась дилатация портальной вены и ее левой ветви до 0,6 см (норма 0,3 см). В левой доле печени определялась дополнительная тубулярная структура диаметром 0,4 см, которая соединяла левую ветвь воротной вены с нижней полую вену (в режиме цветного доплеровского картирования регистрировался венозный сосудистый спектр – рис. 1, 2).



**Рис. 1. Ребенок К., 8 дн.**



**Рис. 2**

Характер кровотока в данных сосудах был монофазным. Максимальная линейная скорость кровотока в образующих фистулу сосудах – 0,3 м/сек. Ангиоархитектоника остальных долей печени не нарушена. Заключение: не исключалась внутрипеченочная вено-венозная портосистемная фистула. Дифференцировать с незаращением аранцева протока. При эхокардиографии сердца, головного мозга, внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства патологии не выявлено. При ультразвуковом мониторинге печени – спонтанное закрытие фистулы через 6 месяцев. Гепатомегалия, признаки портальной гипертензии не определялись.

Ребенок Т. в возрасте 9 дней поступил в отделение патологии новорожденных детей (ОПНД) ГУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска с диагнозом: «врожденный порок сердца (ВПС): дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), задержка внутриутробного развития». Из анамнеза: родился от 2-й беременности, от матери 27 лет (1-я беременность – срочные роды путем кесарева сечения, массой тела 2000 г); в период настоящей беременности: ОРВИ без повышения температуры тела, молочница; с 36 недель – отеки, повышение АД до 140/90 мм рт. ст.; вагинит, хроническая гипоксия плода. Роды в 38 недель, срочные, плановая операция кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела 2790 г. По-

шкале Апгар 7/8 баллов. В роддоме состояние тяжелое, разлитой цианоз, отечный синдром, на 2-е сутки желтуха (общий билирубин 163 мкмоль/л).

При поступлении в ОПНД отмечено тяжелое состояние, обусловленное легочно-сердечной недостаточностью, неврологической симптоматикой. При рентгенологическом обследовании обнаружен интерстициальный отек легких, правосторонняя полисегментарная пневмония. При ультразвуковом исследовании: нейросонография – внутрижелудочковые кровоизлияния I степени, дилатация боковых желудочков легкой степени, гипертензионный синдром. Эхокардиография: ДМЖП в мышечной части, небольшой. Открытое овальное окно (ООО), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП).

Не исключается уменьшение размеров левого желудочка за счет гипертрофии его стенок. Гидроперикард минимальный. УЗИ селезенки, почек, надпочечников без морфологических изменений. Эхография печени: умеренная гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы. Сосуды печени: лоцируется дилатация воротной вены до 0,6 см, от ее левой ветви отходит тубулярная структура неправильной формы диаметром 0,6 см, которая соединяется с устьем нижней полую вены (рис. 3).



В средней трети фистулы определяется сужение  $d$  0,4 см. Допплерографически регистрировался сосудистый спектр, в месте сужения – турбулентные потоки (рис. 4а, 4б). Нижняя полая вена и печеночные вены не расширены. Характер венозного кровотока в порто-кавальной системе монофазный. Максимальная линейная скорость в воротной вене – 0,35 м/с, в нижней полой вене – 0,30 м/с, в фистуле – 0,49 м/с.

Заключение: проводилась дифференциальная диагностика с незаращением венозного протока с внутрипеченочной фистулой. На 39-й день жизни на фоне нарастания легочно-сердечной недостаточности – летальный исход. Патологоанатомический диагноз: «ДМЖП, ДМПП, гипертрофия трабекул правого желудочка (ПЖ)». Уменьшен левый желудочек (ЛЖ) за счет гипертрофии его стенок. Бронхомегалия, нарушение



Рис. 3



Рис. 4а

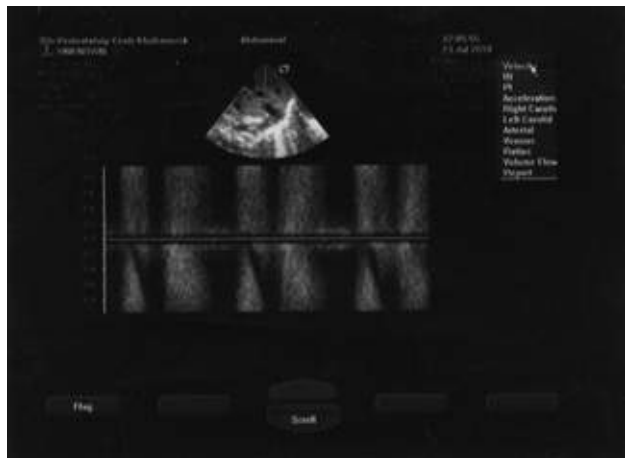


Рис. 4б

ветвления правого верхнего бронха. Незаращение аранцева протока. Генерализованная внутриутробная инфекция. Гепатомегалия, некротический гепатит. Острая сердечно-сосудистая недостаточность (ССН).

Ребенок А. в возрасте 27 дней поступил в реанимационное отделение новорожденных ГУЗ «Перинатальный центр» с подозрением на врожденный порок сердца. Из анамнеза: от 6-й беременности, первых преждевременных родов в 36–37 недель, возраст матери – 28 лет. Предыдущие беременности – 5 медицинских аборт. Вес при рождении – 2400 г. Состояние в роддоме удовлетворительное, в течение 14 дней получал лечение по гипербилирубинемии. Через 6 дней после выписки из роддома поступил в ЦРБ по месту жительства в тяжелом состоянии, обусловленном легочно-сердечной недостаточностью, циркуляторно-гемодинамическим шоком, тоническими судорогами.

УЗИ в отделении реанимации: нейросонография – диффузное повышение эхогенности паренхимы головного мозга, признаки гипертензионного синдрома. Эхокардиография: не исключается изолированная гипоплазия левых отделов сердца. ООП. ДМПП. Открытый артериальный проток (ОАП). УЗИ печени: умеренная гепатомегалия на фоне диффузных изменений паренхимы. Сосуды печени: определялась ди-

латация вен порто-кавальной системы, лоцировалась дополнительная трубчатая структура неправильной формы до 0,6 см в  $d$ , идущая от ствола воротной вены до устья нижней полой вены; доплеровское исследование показало сосудистый характер образования (рис. 5, 6, 7). Характер венозного кровотока в порто-кавальной системе – монофазный. Максимальная линейная скорость в стволе воротной вены – 0,68 м/с, в нижней полой вене – 0,44 м/с, в фистуле – 0,57 м/с. Заключение: аномалия развития сосудов печени: внутрипеченочная вено-венозная порто-системная фистула. Незаращение аранцева протока? Угрожаем по портальной гипертензии.

В объективном статусе: состояние оставалось тяжелым. На фоне нарастания сердечно-легочной недостаточности в возрасте 1 месяца 11 дней летальный исход. Посмертный диагноз: множественные врожденные пороки развития. ВПС: ДМПП, центральный, неширокий. ОАП. Гипоплазия левых отделов сердца. Пороки развития сосудов печени: внутрипеченочная вено-венозная порто-системная фистула. Внутриутробная инфекция с поражением печени, сердца, неуточненной этиологии. Легочная гипертензия. Хроническая и острая ССН, ОПН, недостаточности кровообращения IIБ степени. Пневмония очагово-сливная,



Рис. 5



Рис. 6

справа. Перинатальная энцефалопатия, гипоксически-травматического генеза. Синдром внутричерепной гипертензии.

Исследование секционного материала: при висцерации брюшной полости был выявлен дополнительный сосуд, идущий от ворот печени к пупочному кольцу, с плотными малоподвижными стенками белесоватого цвета, с расширением просвета до 0,5 см (визуально напоминает катетер). Сосуд соединял необлитерированный аранцев проток со стволом воротной вены и нижней полой веной. Патологоанатомический диагноз: множественные врожденные диспластические пороки развития. Гипоплазия левых отделов сердца. ООО. ОАП. Бронхолегочная дисплазия. Аномальное слияние вентральных сегментарных артерий зародыша с портальной веной.

#### Выводы

У всех детей отмечалась аналогичная эхографическая картина со стороны сосудов печени – дополнительная тубулярная структура, отходящая от ствола воротной вены или ее левой ветви, которая впадала в нижнюю полую вену, на фоне умеренных диффузных изменений паренхимы печени. Отсутствовали клинико-лабораторные признаки поражения печени. Из трех представленных случаев у двух детей отмечалось незаращение аранцева протока; у одного из них – спонтанное закрытие протока в первом полугодии жизни; у другого – на фоне множественных пороков развития (сердца, легких) – летальный исход. Третий



Рис. 7. Ребенок А.

случай продемонстрировал множественные диспластические пороки сердца, легких в сочетании с редкой сосудистой патологией – аномальным слиянием вентральных сегментарных артерий зародыша с портальной веной. Этот порок характеризуется появлением добавочных или нетипично расположенных сосудов. В частности, это может быть персистирующий аллантаис – дополнительный канал в пупочном канатике. Продemonстрированные нами наблюдения свидетельствуют о необходимости тщательной верификации неясных дополнительных сосудистых образований в проекции печени.

### Список литературы

1. Акопян, В. Г. Хирургическая гепатология детского возраста / В. Г. Акопян. – М.: Медицина, 1982. – С. 297–376.
2. Дворяковский, И. В. Ультразвуковая диагностика в неонатологии / И. В. Дворяковский, Г. В. Яцык. – М., 2009. – С. 74–80.
3. Ильенко, Л. И. Ультразвуковые методы исследования в неонатологии / Л. И. Ильенко, Е. А. Зубарева, В. В. Митьков. – М., 2003. – С. 38–41.
4. Ольхова, Е. Б. Внутривенная вено-венозная порто-системная фистула у новорожденного / Е. Б. Ольхова, Т. В. Стрельникова // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2005. – № 6. – С. 125–128.
5. Тератология человека / под ред. Г.И. Лазюка. – М., 1979. – С. 251.
6. Тератология человека / под ред. И. А. Кравцова. – М., 1991. – С. 336.
7. Улезко, Е. А. Ультразвуковая диагностика болезней новорожденных / Е. А. Улезко, Б. Б. Богданович, О. Е. Глецевич. – М.; Минск, 2001. – С. 50–52.
8. Физиология и патология сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни / под ред. М. А. Школьниковой, Л. А. Кравцовой. – М.: Медпрактика-М, 2002. – С. 10–16.

# В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.98:578.835.1Enterovirus-053.2 (571.620)

## Энтеровирусная инфекция у детей Хабаровского края

С.К. Яценко<sup>1</sup>, С.Д. Скляр<sup>2</sup>, И.В. Ткаченко\*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МУЗ «Инфекционная больница»,

г. Комсомольск-на-Амуре,

<sup>2</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,  
г. Хабаровск

*S.K. Yatsenko, S.D. Sklyarov, I.V. Tkachenko*

*Enterovirus Infection among Children of Khabarovsk Territory*

### Резюме

Ретроспективный анализ эпидемического процесса энтеровирусной инфекции (ЭВИ) в Хабаровском крае, а именно в г. Комсомольске-на-Амуре (2006–2009 гг.), на примере ежегодной заболеваемости серозно-вирусного менингита (СВМ) позволил выявить наличие многолетнего интенсивного эпидемического процесса с подъемами заболеваемости без четко выраженной периодичности.

Наиболее частыми вариантами энтеровирусной инфекции у детей из возрастной группы риска (3–6 лет) являлись герпетическая ангина, менингитоподобная форма, эпидемическая миалгия, имевшие четкие дифференциально-диагностические отличия и позволившие рассматривать их наряду с серозным менингитом в качестве клинических маркеров энтеровирусной инфекции.

**Ключевые слова:** энтеровирусная инфекция, заболеваемость, дети

### Summary

Retrospective analysis of the epidemic process of enterovirus infection (EVI) in the Khabarovsk region, namely, in Komsomolsk-on-Amur (2006–2009) as an example the annual incidence of sero-viral meningitis revealed the presence of long-term intensive epidemic process with a rise in the incidence without explicitly periodicity. The most frequent variants of enterovirus infection in children from the age 3–6 years were herpangina, meningitopodobnaya shape, epidemic myalgia, had clear differential-diagnostic differences and allow to consider them, along with serous meningitis as clinical markers of enteroviral infection.

**Key words:** enterovirus infection, morbidity, children.

В течение последнего десятилетия во многих странах мира наметилась четкая тенденция к активизации энтеровирусной инфекции (ЭВИ), о чем свидетельствуют регистрируемые во многих странах эпидемические подъемы и вспышки наиболее манифестных клинических форм этого заболевания (Г.Ф. Учайкин, И.И. Протасеня, В.И. Резник, 2003, А.М. Hauri et al., 2005; С.А. Faustini et al., 2006; К. Park et al., 2006; F.E. Moura et al., 2006; N. Khetsuriani et al., 2006; M.H. Ooi et al., 2007; R. Farah et al., 2007; H. Triki et al., 2007; Chen et al., 2007; F.N. Tavares et al., 2007).

К настоящему времени накоплен обширный материал о роли энтеровирусов (EVs) в инфекционной пато-

логии, а также в формировании соматической патологии, что заставляет пересмотреть прежний взгляд на них как на малозначимые патогены. Возрос интерес к EVs как в медицине и эпидемиологии, так и в вирусологии (В.Б. Сейбиль, Л.П. Малышкина, 2005; В.А. Лашкевич, 2008; А.В. Демина, 2008; М.А. Pallansch et al., 2007).

В Российской Федерации официальная регистрация ЭВИ введена с 2006 г., однако и до этого времени в литературе встречаются сведения о заболеваемости ЭВИ во многих регионах страны (Н.П. Куприна, и др., 2002; В.А. Лашкевич, 2004; Г.А. Дик, 2005; Л.П. Гребова и др., 2005; Е.П. Михайлова, 2005; Э.А. Кашуба, 2005; З.Л. Хохлова, 2005 и др.).

\* tkachenko69@inbox.ru

Значительный полиморфизм клинических проявлений с отсутствием четкой зависимости от серологического типа возбудителя, большая частота бессимптомных форм ЭВИ, длительное вирусоносительство, отсутствие специфических методов профилактики – все это делает ЭВИ неуправляемой болезнью (Т.В. Авросьева и др., 2005; И.И. Протасеня, 2008).

Несмотря на длительную (с конца 40-х годов прошлого столетия) историю изучения неполиомиелитных энтеровирусов (НПЭВ), многие ключевые вопросы эпидемиологии EVs остаются невыясненными. Практически не установлены масштабы циркуляции НПЭВ на территории Российской Федерации, в том числе на территории Дальневосточного федерального округа, не анализировалась структура клинических форм ЭВИ. При клинических проявлениях – все это различные клинические варианты заболевания, в зависимости от серотипов возбудителей, возраста больных нуждаются в уточнении.

#### **Цель исследования**

Изучить эпидемиологию у детей г. Комсомольска-на-Амуре Хабаровского края.

#### **Задачи исследования**

Изучить закономерности развития эпидемического процесса ЭВИ у детей на территории Хабаровского края, в частности в г. Комсомольске-на-Амуре, с учетом результатов многолетнего исследования энтеровирусной инфекции в данном районе.

Оценить особенности эпидемического процесса ЭВИ у детей, проживающих в условиях крупного города, на основе изучения данных госпитализации больных ЭВИ в детскую инфекционную больницу г. Комсомольск-на-Амуре за период с 2006 по 2009 г.

Провести анализ и обобщение данных по возрастной структуре больных клиническими формами ЭВИ на территории Хабаровского края за период с 2006 по 2009 г.

#### **Материалы и методы**

В исследование включен 1791 ребенок в возрасте от 1 месяца до 14 лет; в среднем –  $8,73 \pm 0,04$  года; медиана возраста составила 8 лет. Распределение в зависимости от пола: 893 мальчика и 898 девочек; соотношение между мальчиками и девочками составило 1:1.

Характеристика эпидемиологического процесса ЭВИ в г. Комсомольске-на-Амуре проведена на основании данных официальной статистики Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю за 2006–2008 гг.

Для ретроспективной оценки эпидемиологических особенностей ЭВИ в г. Комсомольске-на-Амуре использованы материалы официальной статистики заболеваемости ЭВИ по данным Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю за 1973–2008 гг., а для клинко-эпидемиологического анализа – материалы «Детской инфекционной клинической больницы им. А.К. Пиотровича» г. Хабаровска за 1973–2008 гг. в виде 13 765 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет.

#### **Результаты и обсуждение**

По результатам исследования, полученных на основании показателей деятельности инфекцион-

ной больницы г. Комсомольска-на-Амуре, отмечено, что наиболее высокая заболеваемость ЭВИ выявлена в 2006 г. с дальнейшим ее снижением в 2008 г. – до 8,3 % случаев среди наблюдаемых детей. В 2009 г. (18,1 %) идет отрицательная динамика в сторону увеличения распространения ЭВИ среди детского населения (рис. 1); в летне-осенние месяцы идет сезонный подъем заболеваемости энтеровирусной инфекцией: пик заболеваемости приходится на август–сентябрь.



**Рис. 1. Количество госпитализированных детей с ЭВИ по годам наблюдения (2006–2009 гг.)**

За анализируемый период наиболее высокий уровень заболеваемости отмечался в 2006 г.: в больнице было пролечено 935 (52,2 %) детей. В последующие два года эпидемическая ситуация прогрессивно улучшалась, но в 2009 г. наметился рост клинически проявляющейся ЭВИ – 323 ребенка, что составило 18,1 % случаев. По данным ряда отечественных авторов подчеркивается, что бессимптомная инфекция (сопровождается только нарастанием антител) по частоте более, чем в 2 раза превышает клинически выраженные заболевания. При проведении исследования данная форма ЭВИ не учитывалась. Цикличность манифестации ЭВИ и причинные факторы различны в регионах, в том числе и в наблюдаемом, и остаются предметом внимания эпидемиологов и клиницистов.

ЭВИ характеризуется весьма большим разнообразием вариантов клинического течения, из которых многие не имеют между собой даже отдаленного сходства. Лишь благодаря достижениям вирусологической диагностики установлена единая этиология различных, казалось бы, не имеющих ничего общего между собой клинических форм.

Отмечено, что во все эпидемические периоды среди госпитализируемых детей доминируют менингеальные формы (32–46 %), чаще всего ассоциированные с герпетической ангиной (до 41 %) и значительно реже – с энтеровирусной экзантемой (до 14%).

Структура клинических вариантов энтеровирусной инфекции, протекавших без поражения нервной системы, имела зависимость от возраста больных. Наиболее частыми вариантами энтеровирусной инфекции у детей из возрастной «группы риска» (3–6 лет) являлись герпетическая ангина, менингитоподобная форма, эпидемическая миалгия, имевшие четкие дифференциально-диагностические отличия и позволившие рассматривать их, наряду с серозным менингитом, в качестве клинических маркеров энтеровирусной инфекции.



Выявлено, что по мере уменьшения числа больных серозным менингитом, увеличивается удельный вес детей с герпетической ангиной. Ассоциация герпетической ангины с энтеровирусной диареей и энтеровирусной экзантемой наблюдалось относительно реже – до 4,2 %. В группу «другие варианты» вошли случаи изолированных или сочетанных вариантов диареи, экзантемы, менингизма, катаральных верхних дыхательных путей. При всех вариантах течения инфекции с большой постоянностью фиксировались симптомы общей интоксикации: цефалгия (87,9 %), рвота (82,7 %), гипертермия (90,3 %), нарушение самочувствия.

Клинико-эпидемиологических особенностей за последние три эпидемических периода не отмечено: среди заболевших преобладают дети в возрасте 3–8 лет (до 76 % случаев). Своевременная диагностика, как показало проводимое исследование, способствовала тому, что большая часть детей поступают в стационар в первые 1–3 дня от начала заболевания (71,8 %). По тяжести течения среднетяжелые формы болезни были отмечены у 79 % заболевших ЭВИ. Ком-

бинированные формы преобладали у 68 % поступивших на стационарное лечение детей и подростков. Пик заболеваемости приходится на август–сентябрь.

#### Выводы

Ретроспективный анализ эпидемического процесса ЭВИ в ХК, а именно в г. Комсомольск-на-Амуре, (2006–2009 гг.) на примере ежегодной заболеваемости серозно-вирусного менингита (СВМ) позволил выявить наличие многолетнего интенсивного эпидемического процесса с подъемами заболеваемости без четко выраженной периодичности.

Серозный менингит как клиническая форма является основным маркером проявлений энтеровирусной инфекции у детей.

К наиболее частым проявлениям ЭВИ, протекающей без поражения нервной системы, следует отнести герпангину, менингитоподобную форму, эпидемическую миалгию, имеющих четкие дифференциально-диагностические признаки, что позволяет рассматривать данные формы в качестве дополнительных клинических маркеров ЭВИ у детей.

### Список литературы

1. Протасеня, И. И. Энтеровирусная (Коксаки и ЕСНО) инфекция в детей / И. И. Протасеня, В. П. Молочный, В. И. Резник // Дальневост. журн. инфекц. патологии. – 2005. – № 2. – С. 51–54.

2. Протасеня, И. И. Энтеровирусная инфекция у детей / И. И. Протасеня. // Актуальные проблемы инфекционной патологии у детей: материалы республ. науч.-практ. конференции. – Якутск, 2008.

3. Энтеровирусная инфекция: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, терапия, профилактика: пособие для врачей / И.И. Протасеня и др. – Хабаровск, 2008. – 84 с. – (Б-ка инфекционной патологии).

4. Энтеровирусный менингит у детей Хабаровска в конце XX столетия / Г. Ф. Учайкин, И. И. Протасеня, В. И. Резник и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 2. – С. 42–46.

УДК 616.718.41-089.168.1-053.2

## Отдаленные результаты хирургического лечения детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса

**А.П. Тяжелков\***

МУЗ «Городская больница № 7»,  
г. Комсомольск-на-Амуре

**A.P. Tyazhelkov**

**Remote Results of Surgical Service among Children Suffering from Legg-Calve-Perthes Disease**

#### Резюме

В статье проводится сравнительный анализ отдаленных результатов хирургических методов лечения болезни Легга – Кальве – Пертеса в зависимости от стадии заболевания. Сделан вывод о нецелесообразности оперативных вмешательств на ранних этапах развития патологического процесса. В тоже время операции, выполненные в 3–4–5 стадиях, оказались эффективными и показали возможность предотвращения раннего развития деформирующего коксартроза. Максимальная длительность наблюдения от начала лечения составила 32 года.

**Ключевые слова:** остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга – Кальве – Пертеса), способы хирургического лечения, целесообразность оперативных вмешательств и показания к ним, отдаленные результаты.

\* boss@kommed7.ru

**Summary**

Gap analysis of remote results of surgical service of Legg-Calve-Perthes disease depending on disease state is being presented in the article. Conclusion of inexpediency of operative measures of pathologic process at an early stage has been drawn. At the same time surgeries operated at 3–4–5 stages turned to be effective and pointed an opportunity of preventing distorting coxarthrosis at an early stage. Maximum observation time turned to be 32 years from the very beginning of treatment.

**Key words:** Legg – Calve – Perthes disease, ways of surgical service, advisability of operative measures and indications, remote results.

Болезнь Легга – Кальве – Пертеса – асептический (аваскулярный) некроз головки бедренной кости – одна из наиболее часто встречаемых и наиболее тяжелых форм остеохондропатий детского возраста. Впервые заболевание описано А. Legg (1909), G. Perthes (1910), J. Calve (1916).

По данным литературы, частота заболевания составляет до 17 % среди всех видов остеохондропатий и около 25–27 % заболеваний тазобедренного сустава в детском возрасте. Болезнь Легга – Кальве – Пертеса поражает детей в возрасте 3–10 лет, очень редко в подростковом возрасте. Мальчики болеют в 4–5 раз чаще, чем девочки [1, 3, 6, 10].

Этиология заболевания достоверно не установлена, но большинство исследователей признают сосудистый генез в развитии остеохондропатии [2, 8, 11, 14, 15]. Выделяют три фактора, которые могут способствовать возникновению асептического некроза головки бедренной кости: возрастная анатомо-функциональная незрелость сосудистой сети тазобедренного сустава, которая наблюдается до 8-летнего возраста; неадекватность кровообращения и двигательной функции конечности или ее сегмента (при такой дискоординации разрушение ткани неизбежно); врожденная гипоплазия сосудов головки бедра.

Некоторые авторы в развитии заболевания придают особое значение реактивному синовиту, возникшему в результате действия какого-либо эндо- или экзогенного фактора. При этом повышение внутрисуставного давления препятствует нормальному венозному оттоку и ведет к инфаркту кости [11].

**Цель исследования**

Определение целесообразности оперативного лечения детей с болезнью Легга – Кальве – Пертеса в зависимости от стадии заболевания на основе отдаленных результатов и уточнение показаний к хирургическим вмешательствам у этого контингента больных.

**Материалы и методы**

В детском ортопедическом отделении больницы № 7 г. Комсомольска-на-Амуре с 1976 по 2009 г. на оперативном лечении находилось 165 детей с болезнью Легга – Кальве – Пертеса в возрасте от 4 до 8 лет, что составило 35,1 % от всех детей, взятых за этот период на диспансерный учет детским ортопедом городской поликлиники (всего на учете состояло 462 ребенка). 297 детей (64,9 %) лечились консервативно в условиях специализированного детского санатория.

Состав оперированных больных: мальчики – 132 (79,9 %), девочки – 34 (20,1 %); в возрасте 5 лет – 28 (16,8 %) пациентов, 6 лет – 59 (35,7 %), 7 лет – 53 (32,4 %) пациентов, в возрасте 8 лет – 25 (15,1 %) па-

циентов. Среди всей ортопедической патологии, наблюдавшейся в отделении, болезнь Легга – Кальве – Пертеса составила 2,5 %.

В первой стадии (некроз) госпитализировано 4 (2,4 %) больных. Эта стадия характеризуется омертвением губчатого костного вещества и костного мозга эпифиза головки бедра, при этом хрящевое покрытие не страдает, патологический процесс развивается на биохимическом уровне, главным образом в коллагеновых фибриллах, что определяет особенности клиники и рентгенологической картины. По мнению С.А. Рейнберга (1964), первая стадия болезни рентгенологически не проявляется, поэтому трудна для диагностики. В более поздних работах отмечается возможность ранней диагностики остеохондропатии головки бедренной кости с помощью определения основных рентгенологических параметров по выполненным в стандартных проекциях рентгенограммам, доплеросонографии и данным компьютерного томографического сканирования [7, 9, 12]. Группа детей в первой стадии первоначально лечилась консервативно, а затем, во второй стадии патологического процесса, была оперирована.

Во второй стадии (импрессионного перелома) вследствие резорбции омертвевших трабекул и ослабления их опорной функции происходит вдавленный (импрессионный) перелом некротизированной головки, костные балки вклиниваются друг в друга, головка бедренной кости уплощается. Формируется укорочение бедра на 1,5–2,5 см. Если в первой стадии заболевания клиническая картина квалифицировалась как коксалгия неясной этиологии, то во второй стадии появлялись постоянная хромота, нарушение функции сустава, особенно отведения, выраженные боли в тазобедренном суставе. В этой стадии достоверно устанавливается диагноз болезни Легга – Кальве – Пертеса, и большинство больных – 120 (72,8 %) – были госпитализированы именно в этот период развития патологического процесса.

В третьей стадии (фрагментации) происходит длительный (на протяжении 1,5–2,5 года) лизис некротизированных тканей, замещение пораженных кости участками соединительно-тканными и хрящевыми элементами с вновь образованными сосудами. Нарушается непрерывность субхондральной пластинки и эпифизарного хряща, извращается энхондральный рост, нарастает укорочение шейки бедра, ухудшается опороспособность конечности.

В этой стадии госпитализировано 28 (16,9 %) детей. Причиной поздней диагностики и поздней госпитализации преимущественно явилось отдаленное про-

живание больных (сельский район), где осмотр квалифицированного специалиста и оказание адекватной медицинской помощи представляет существенные трудности.

В четвертой стадии (репарация) госпитализировано 5 (3,1 %) детей, причем диагноз им был установлен впервые. В этой группе отмечались грубые изменения со стороны костных элементов тазобедренного сустава: скошенность крыши вертлужной впадины, грибовидная форма головки бедра, укорочение шейки бедра, сформировавшийся передне-наружный подвывих. Наблюдалось анатомическое укорочение конечности до 2–2,5 см с нарушением ее опороспособности.

В пятой стадии (исход) госпитализировано 8 (4,8 %) больных. Изменения в тазобедренном суставе были более грубыми, чем в предыдущей группе детей. Укорочение конечности превышало 3 см.

Дети с четвертой и пятой стадией ранее в отделении детской ортопедии не находились и детскими ортопедами города не осматривались. Все они поступили из отдаленных районов для решения вопроса о реконструктивно-восстановительном лечении деформирующего коксартроза, сформировавшегося в исходе нелеченой болезни Легга – Кальве – Пертеса.

Всем больным, в зависимости от стадии заболевания, выполнялись различные оперативные вмешательства: стимуляция васкуляризации головки бедра, корригирующие остеотомии бедренной кости, реконструктивные вмешательства на тазовом и бедренных компонентах сустава, тенотиомии пояснично-подвздошной и приводящих мышц, т. е. классические операции, признанные в детской ортопедии.

В работе выполнен анализ исходов болезни Легга – Кальве – Пертеса у пациентов, лечение которой производилось с помощью вышеуказанных оперативных вмешательств. Более современные технологии – артроскопические вмешательства на тазобедренном суставе, чрескостный остеосинтез по Илизарову, эндопротезирование сустава [8, 11, 14] – в данный анализ не вошли.

### Результаты и обсуждение

Решая вопрос о целесообразности хирургического лечения остеохондропатии головки бедренной кости, особенно в ранних стадиях заболевания, мы исходили из общепринятой точки зрения, что любое оперативное вмешательство в зоне шейки бедра стимулирует васкуляризацию и регенерацию головки бедренной кости, тем самым уменьшается продолжительность течения каждой стадии заболевания и улучшаются исходы лечения.

Во второй стадии патологического процесса, когда еще отсутствовали выраженные анатомические изменения, применяли два вида операций: остеоперфорацию шейки бедра толстой (1,5–2 мм) спицей Киршнера (46 вмешательств – 38,3 % больных со второй стадией заболевания) и туннелизацию шейки бедра сверлом диаметром 3–4 мм (56 операций – 46,7 % больных). Образовавшиеся при туннелизации каналы замещали костными гомотрансплантатами (2 случая), свободными костными аутооттрансплантатами из гребня большеберцовой кости (18 операций) и аутотран-

сплататом из гребня подвздошной кости на питающей мышечной ножке (38 вмешательств). Из 120 больных с начальным периодом второй стадии болезни оперировано 102 (85 %) ребенка. Остальные были переведены в санаторий для консервативного лечения. В операции им было отказано по соматическим показаниям. Позже они поступили повторно для оперативного лечения, но уже в третьей стадии.

В процессе дальнейшего развития заболевания появлялись показания к более сложным оперативным вмешательствам, которые мы считаем обязательным компонентом комплексного лечения остеохондропатии головки бедра. Они возникают в третьей, четвертой и пятой стадиях патологического процесса.

Мы условно выделили два типа оперативных пособий: 1 – ранние хирургические вмешательства, как правило, они осуществляются в начале третьей стадии; 2 – поздние операции, выполняемые к окончанию третьей, в четвертой и пятой стадий.

Ранние операции направлены на предупреждение развития подвывиха бедра. В начале третьей стадии появляются первые признаки патологических изменений проксимального отдела бедра: вальгусная деформация и избыточная антеторсия шейки бедра, которые приводят к децентрации головки бедра и развитию передне-наружного подвывиха. Неустранение этих патологических компонентов приводит в дальнейшем к хромоте, болевому синдрому и в совокупности с уплощением головки к укорочению конечности.

В третьей стадии оперированы все больные (28 человек), возраст детей при этом не имел существенного значения при установлении показаний к операции. Пространственные изменения в суставе преимущественно начинали проявляться к 5–6-летнему возрасту ребенка. При начальных проявлениях децентрации головки бедра выполнялась деротационно-варизирующая остеотомия бедренной кости с обязательной медиализацией (24 вмешательства). С помощью деротации устранялась избыточная антеторсия шейки бедра, варизация позволяла уменьшить вальгусизирующий компонент, а медиализация – перераспределить нагрузку на головку бедра. Эта операция также приводила к декомпрессии и снижению внутрикостного давления. Четверым больным в конечной фазе третьей стадии, когда четко выявлялась формирование подвывиха бедра, были произведены более сложные вмешательства: деротационно-варизирующая медиализирующая остеотомия бедра в сочетании с транспозицией вертлужной впадины по Солтеру и тенотомией подвздошно-поясничной мышцы.

Поздние операции производились в запущенных случаях, когда уже имелись клинические и рентгенологические признаки сформировавшегося передне-наружного подвывиха: изменение углов Виберга и Шарпа, угла вертикального соответствия, коэффициента степени костного покрытия, имелась латеропозиция деформированной головки бедра, укорочение шейки бедра, высокое стояние большого вертела. Как правило, это свидетельствовало о четвертой и пятой стадиях заболевания.

В этих стадиях (четвертая стадия – 5 больных, пятая стадия – 8) выполнялись многокомпонентные корригирующие операции на тазовом кольце и бедренной кости. Цель оперативного вмешательства – максимально устранить деформацию таза и проксимального отдела бедра. Двум больным этой группы в связи с выраженным укорочением бедра (3,5–4 см), которое было трудно компенсировать ортопедической обувью, перед завершением роста (14 и 15 лет) была осуществлена коррекция длины конечностей по Г.И. Илизарову.

Анализировали две группы больных: оперированные дети (23 человека) со сроком наблюдения до 32 лет с момента поступления в стационар и дети, которые лечились консервативно (20 пациентов), со сроком наблюдения до 28 лет.

Использовался ретроспективный анализ рентгенограмм этих больных из архива отделения и санатория. Также проводился клинический осмотр и изучалось качество жизни пациентов. Результаты лечения рассматривались дифференцировано, по стадиям заболевания.

Сравнивая исходы заболевания детей, оперированных во второй стадии болезни (остеоперфорация, туннелизация), и детей, которым проводилось консервативное лечение в условиях санатория, мы не отметили существенного различия в характере течения и длительности заболевания. В обеих группах патологический процесс развивался по объективным законам, присущим этой патологии, в те же сроки и с теми же типичными этапными морфологическими изменениями. Особенно неблагоприятное впечатление оставила гомотрансплантация. Костные гомошпифты длительное время не подвергались перестройке. Признаков репаративных процессов не наблюдалось. Костная ткань вокруг шпифтов трансформировалась по типу секвестральной коробки. По существу, они выступали в роли инородных тел.

Помимо неэффективности принятой оперативной тактики, данные хирургические вмешательства доставляли больным дополнительные страдания: необходимость проведения наркоза, боли в послеоперационном периоде, инъекции обезболивающих препаратов и антибиотиков, перевязки, в некоторых случаях требовались инфузии кровезаменителей.

Анализируя отдаленные результаты через 20–28 лет после завершения лечения, мы отметили, что дети, получавшие консервативное лечение, и оперированные имели идентичные минимальные клинические и рентгенологические проявления диспластического коксартроза. В связи с этим мы пришли к выводу, что оперативные вмешательства во второй стадии заболевания, не сопровождающейся признаками децентрации головки бедра, не целесообразны. Наиболее оправдано консервативное лечение в условиях санатория.

В начале третьей стадии (реже в завершении второй стадии) появляются признаки децентрации, т. е. предвестники формирующегося подвывиха бедра. На этом этапе головка бедренной кости испытывает не-

равномерную нагрузку и деформируется, причем со временем деформация усугубляется. Самостоятельное ремоделирование деформированной головки бедра не представляется возможным. Поэтому в данный период очень важно своевременно выполнить корригирующую операцию с целью выведения пораженных участков головки из-под избыточной нагрузки. С этого периода хирургические вмешательства считаем обязательным компонентом комплексного лечения болезни Легга – Кальве – Пертеса.

Реконструктивные операции, выполняемые в третьей стадии на тазовом кольце и проксимальном отделе бедра, позволяют полностью восстановить покрытие головки бедренной кости вертлужной впадиной, т. е. максимально восстановить конгруэнтность тазобедренного сустава, и предохранить головку бедра от дальнейшей деформации.

Больные, подвергшиеся оперативным вмешательствам в третьей стадии заболевания на начальных этапах развития подвывиха бедра, после завершения лечения длительное время ощущали себя здоровыми людьми, не испытывая боли и дискомфорта, хромота отсутствовала или была незначительной. Некоторые из них занимались спортом, игнорировали рекомендации врачей по трудоустройству. Эти пациенты обратились к нам спустя 28–32 года после оперативного вмешательства с жалобами на постепенно усиливающиеся боли в области тазобедренного сустава. Рентгенологическое исследование позволило выявить начальную стадию коксартроза, требующего дальнейшего лечения.

Консервативные методы лечения больных в третьей стадии асептического некроза головки бедра не способствуют излечению, а наоборот, усугубляют патологические изменения в тазобедренном суставе, приводя в конечном итоге к тяжелой инвалидности.

Реконструктивные операции в четвертой и пятой стадиях заболевания имели существенно меньшую эффективность, но позволяли направить дальнейшее развитие тазобедренного сустава ребенка в сторону формирования наиболее положительных физиологических, анатомических и рентгенометрических показателей.

Таким образом, применение реконструктивных операций на тазобедренном суставе позволило приостановить и максимально отдалить неизбежное развитие коксартроза, причем у больных, оперированных на ранних стадиях, на довольно длительное время.

Необходимо подчеркнуть, что за период клинического благополучия пациенты имели возможность получить образование, овладеть профессией, создать семью, т. е. социально адаптироваться в обществе. Однако у пациентов с запущенной формой заболевания период клинического благополучия был непродолжительным, как правило, возникала необходимость в повторных реконструктивно-восстановительных вмешательствах, а затем – в тотальном замещении (эндопротезировании) тазобедренного сустава.



## Список литературы

1. Абальмасова, Е. А. *Остеохондропатии // Ортопедия и травматология детского возраста.* – М., 1983. – С. 285–293.
2. Большаков, О. П. *Значение функциональных и анатомических факторов в выборе метода лечения взрослых больных с асептическим некрозом головки бедренной кости и детей с болезнью Легга – Кальве – Пертеса / О. П. Большаков, Н. В. Корнилов, Р. М. Расулов // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова.* – 2007. – № 2 – С. 27–31.
3. Веселовский, Ю. А. *Дистрофические заболевания тазобедренного сустава у детей: патогенез, клиника, лечение: дис. д-ра мед. наук.* – Л., 1990. – 307 с.
4. Волков, М. В. *Остеохондропатия головки бедра у детей // Здоровоохранение.* – 1959. – № 6 – С. 21–25.
5. Грацианский, В. П. *Асептические некрозы головки головки бедра у детей и взрослых.* – М., 1959. – 192 с.
6. Дудинов, В. Н. *Ранняя диагностика и раннее лечение остеоохондропатии головки бедренной кости у детей: автореф. ... канд. мед. наук.* – Казань, 1980. – 23 с.
7. Капитанаки, А. Л. *Ранняя диагностика остеоохондропатии тазобедренного сустава / А. Л. Капитанаки, М. В. Чепиков, Ю. И. Позовский // Вестник хирургии им. И. И. Грекова.* – 1977. – Т. 118, № 3. – С. 30–34.
8. Ли, А. Д. *Чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез при асептическом некрозе головки бедренной кости (болезнь Легга – Кальве – Пертеса): рук. по чрескостному компрессионно-дистракционному остеосинтезу.* – Томск, 2002. – 228 с.
9. Лобов, И. Л. *Алгоритм ранней диагностики и тактика лечения заболеваний, сопровождающихся коксалгией, у детей / И. Л. Лобов, С. Е. Кульбанская, М. А. Уронова // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова.* – 2009. – № 2. – С. 67–90.
10. Майоров, А. Н. *Хирургическое лечение при тяжелых формах болезни Пертеса // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова.* – 2005. – № 2 – С. 76–80.
11. Малахов, О. А. *Возможности артроскопии при лечении болезни Легга – Кальве – Пертеса / О. А. Малахов, А. В. Иванов, О. О. Малахов // Вестн. травматологии и ортопедии.* – 2005. – № 4. – С. 65–69.
12. Нечволодова, О. Л. *Болезнь Пертеса. Рентгенодиагностика в педиатрии.* – М., 1988. – Т. 2. – С. 122–126.
13. Рейнберг, С. А. *Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов.* – М., 1964. – Т. 1. – С. 252–213.
14. Шевцов, В. И. *Остеохондропатия тазобедренного сустава: рук. для врачей / В. И. Шевцов, В. Д. Макушин.* – М., 2007. – 352 с.
15. Хисаметдинова, Г. Р. *Современные данные об анатомии и кровоснабжении тазобедренного сустава, клиника и диагностике его воспалительно-некротического поражения // Вестн. РНЦПП МЗ РФ.* – 2009. – № 8. – 43 с.

УДК 616.712-007-053.2

## Синдром Поланда у детей

**П.П. Кузьмичев\*<sup>1</sup>, С.Г. Гандуров<sup>2</sup>, В.Е. Воловик<sup>1</sup>, В.Т. Зарецкий<sup>2</sup>, А.В. Мешков<sup>2</sup>, А.В. Брызгалин<sup>2</sup>, В.В. Сова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,

<sup>2</sup>ГУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ ХК,

г. Хабаровск

**P.P. Kuzmichev, S.G. Gandurov, V.E. Volovik, V.T. Zaretskyi, A.V. Meshkov, A.V. Bryzgalin, V.V. Sova**

**Poland Anomaly among Children**

### Резюме

Представлен результат первого этапа лечения ребенка с редким пороком развития грудной клетки.

**Ключевые слова:** синдром Поланда, порок развития грудной клетки.

### Summary

The first stage result of treatment of a child with rare congenital abnormality of development of ribcage is presented in the article.

**Key words:** poland anomaly, congenital abnormality of ribcage.

\* pavel-kuzmichev@km.ru

Синдром Поланда представляет собой сложный порок развития, который встречается относительно редко (1:30 000 – 1:32 000 новорожденных) и в 80 % случаев бывает правосторонним. Наиболее часто порок включает: аплазию или гипоплазию большой и малой грудных мышц, отсутствие и деформацию части реберных хрящей и ребер, ателию (аплазию) или гипоплазию соска, амастию (аплазию) молочной железы, отсутствие волос в подмышечной впадине со снижением толщины подкожной жировой клетчатки, различные аномалии развития дистальных отделов верхней конечности и кисти (синдактилию, брахидактилию, эктродактилию и др.). При левостороннем варианте отмечаются различные проявления обратного расположения внутренних органов: от декстрокардии до полной формы *situs viscerum inversus* (перевернутого расположения внутренних органов).

Отдельные компоненты синдрома впервые были описаны L.M. Lallemand (1826) и R. Frorier (1839), однако назван он по имени английского студента-медика Alfred Poland, который в 1841 г. впервые опубликовал частичное описание данной деформации. Полную характеристику синдрома впервые опубликовал J. Thompson в 1895 г. Рождение детей с синдромом Поланда большинство исследователей считают спорадическим, если же он наблюдается у одного из родителей, то шанс рождения ребенка с аналогичной патологией составляет 50 % [2, 3].

Лечение детей с синдромом Поланда – сложный в техническом плане комплекс оперативных вмешательств, выполняемых в несколько этапов в процессе роста ребенка, поскольку одна операция, как правило, не позволяет устранить порок развития, восстановить анатомию и функцию грудной клетки, конечности, значительно улучшить косметический вид пациента.

Лечение преследует три основные цели:

1. Устранить дефект ребер и восстановить каркас грудной клетки.
2. Ликвидировать западение пораженной половины грудной клетки.
3. Создать правильные анатомические взаимоотношения мягких тканей с обязательным реконструктивным моделированием локализации, формы и размеров молочной железы и соска.

Реконструктивная хирургия при синдроме Поланда имеет в своем арсенале ряд эффективных оперативных технологий, направленных на решение вышеперечисленных задач, в том числе: операции Суламая – 1 и 2 (V. Sulamaa, 1961) при аплазии реберных хрящей и ребер; замещение дефекта грудной стенки по Турчинскому (И.Ф. Турчинский, 1999); модификация операции Суламая – 2 по А.В. Виноградову, транспозиция торакодорзального лоскута и др. [3].

Торакопластика как первый этап операции выполняется с целью устранения дефекта ребер и восстановления костного каркаса, а также с целью устранения западения пораженной половины грудной клетки. Объем операции зависит от выраженности син-

дрома, однако обычно заключается в устранении деформации грудной клетки и замещении дефекта ребер. Дальнейшие этапы лечения подразумевают мышечную пластику, реконструктивное моделирование молочной железы и соска [1].

#### **Собственное клиническое наблюдение**

Больная К., 7 лет, поступила в торакальное отделение ГУЗ «Детская краевая клиническая больница» г. Хабаровска 26.05.2010 г. с диагнозом «синдром Поланда». Ведущими клиническими признаками явились: порок развития грудной клетки (аплазия 1–4-го ребер слева), гипоплазия левого легкого, гипоплазия большой грудной мышцы слева, дислокация соска молочной железы (рис. 1).



**Рис. 1. Общий вид больной при поступлении**

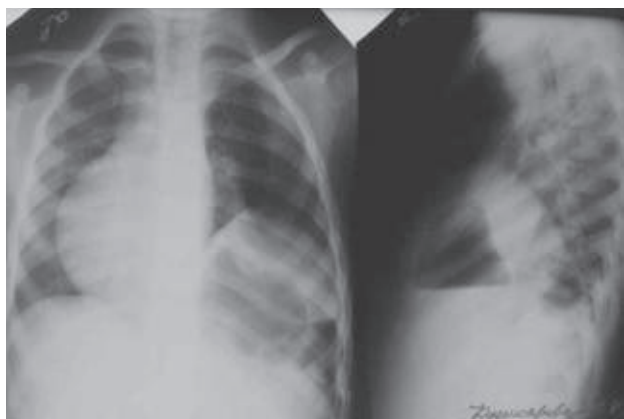
Ребенок родился от здоровых родителей, вторых нормальных срочных родов, с множественными пороками развития: левосторонняя диафрагмальная грыжа, аплазия 2–4-го ребер слева, гипоплазия левого легкого и большой грудной мышцы, энцефалопатия, кардиопатия. По поводу диафрагмальной грыжи ребенок оперирован в период новорожденности с положительным результатом. В последующем девочка наблюдалась у торакального хирурга, неоднократно госпитализировалась для обследования и консервативного лечения.

При обследовании у ребенка выявлены множественные пороки развития почек, желчного пузыря, дисметаболические изменения в миокарде. На рентгенограмме грудной клетки (рис. 2.) определяется аплазия передних отрезков 2–4-го ребер, снижение прозрачности левого легкого. Купол диафрагмы на уровне 4-го ребра. Девочка находилась на амбулаторном лечении и наблюдении у педиатра, кардиолога, торакального хирурга.

После обследования и предоперационной подготовки, в плановом порядке 04.06.2010 г. выполнена операция № 133: торакопластика дефекта левостороннего гемиторакса (оператор – д.м.н. П.П. Кузьмичев).

#### **Протокол операции**

После обработки операционного поля рубцовая ткань в области передней поверхности груд-



**Рис. 2. Рентгенограммы  
в прямой и боковой проекциях**

ной клетки десерозирована. Кожа и подкожная клетчатка мобилизованы по периметру на 5–6 см. Гипоплазированная большая грудная мышца мобилизована и отведена кверху. После мобилизации 5-го ребра выполнена транспозиция: реберный хрящ отсечен от места прикрепления к грудине и перемещен к ложу 3-го ребра. Фиксация хряща к грудине узловыми лавсановыми швами. Под мышцу над сформированным реберным каркасом уложена рубцовая ткань. Гемостаз. Рана послойно ушита с восстановлением физиологиче-



**Рис. 3. Вид девочки на 10-е сутки  
после операции**

ского уровня расположения соска молочной железы. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки (рис. 3). Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Девочка осмотрена через 5 месяцев: соматически здорова, жалоб не предъявляет. В возрасте 17–18 лет ей будет предложен очередной этап оперативного лечения – устранение деформации (реконструкция) молочной железы.

### Список литературы

1. Виноградов, А. В. Деформация грудной клетки у детей (хирургическое лечение и медико-социальная реабилитация): дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. – М., 2004.

2. Исаков, Ю. Ф. Детская хирургия. Национальное руководство / Ю. Ф. Исаков, А.Ф. Дронов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

3. Кузнечихин, Е. П. Хирургическое лечение детей с заболеваниями и деформациями опорно-двигательной системы / Е. П. Кузнечихин, Э. В. Ульрих. – М.: Медицина, 2004. – С. 239–243.

4. Рудаков, С. С. Дефекты развития грудной клетки и их лечение // Хирургия грудной стенки: рук. / А.А. Вишневский. – М., 2005. – С. 35–78.

УДК 616-091

## Клинико-морфологический аудит причин смерти больных, умерших на дому

**С.С. Иванов\*, С.Б. Развин, Е.С. Канин**

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

**S.S. Ivanov, S.B. Razvin, E.S. Kanin**

**Clinicopathologic Audit of Death Causes among Analysands Who Died Domiciliary**

### Резюме

Изучены причины смерти людей, умерших на дому, путем ретроспективного анализа протоколов патологоанатомического вскрытия 291 умершего в течение 2009 г. Проведена оценка правильности прижизнен-

\* kkb1@dvmc.khv.ru

ной диагностики заболеваний, приведших к смерти. Патология сердечно-сосудистой системы занимает первое место среди основных причин смерти людей, умерших на дому. В основном, прижизненная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний осуществляется своевременно. Среди злокачественных новообразований как причин смерти наиболее часто встречается рак легкого. Зачастую онкологическая патология регистрируется уже на вскрытии. Большой процент летальных исходов возникает по причине несвоевременного прижизненного обращения людей за медицинской помощью.

**Ключевые слова:** структура летальности, прижизненная диагностика, патологоанатомическое исследование.

### Summary

Death causes of people who died at home during 2009 were investigated using retrospective analysis of 291 postmortem examination protocols. Intravital diagnostics' accuracy of diseases which lead to death was evaluated. Pathology of the cardiovascular system is on the first place among the major causes of death in case of people who died at home. In most cases intravital diagnostics of cardiovascular diseases is well-timed. Lung cancer as the cause of death is the most common among malignant tumors. Frequently, oncopathology is registered right during the autopsy. A large percentage of deaths occur due to late health encounter of patients.

**Key words:** structure of mortality, intravital diagnostics, autopsy.

В настоящее время фиксируется большое количество смертельных исходов вне стационара. В этих условиях огромное значение приобретает патологоанатомическое исследование людей, умерших на дому, в целях установления истинной причины смерти и сравнение ее с правильной прижизненной диагностикой заболевания. Такие группы болезней, как сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные опухоли, составляют большую часть летальных исходов и имеют дальнейшую тенденцию к росту [1, 5, 6].

В структуре общей смертности населения первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, составляя в целом по России более 50 %. Если в странах Западной Европы, Северной Америки, в Австралии смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 50 %, то в России в последние годы она нарастает. Сегодня кардиологическая служба оказывает помощь одному из десяти пациентов (по Российской Федерации), что в первую очередь связано с нехваткой медицинских центров [5]. Во многих развитых странах увеличивается количество случаев хирургического лечения ишемической болезни сердца, исключения составляют очень запущенные случаи и те ситуации, когда операция противопоказана.

В России же преобладающим способом лечения остаются консервативные методы. Баллонную ангиопластику и стентирование в России получает около 1 % пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца. Для сравнения: в странах Западной Европы и

США этот показатель составляет 20–30 % [5]. Злокачественные новообразования более чем в половине случаев впервые выявляются на вскрытии. Пятилетняя выживаемость онкологических больных в России не достигает 43 %. Это самый низкий показатель в Европе, что, в частности, связано с запоздалой диагностикой, отсутствием возможности лечения современными препаратами. За последние 10 лет прирост онкологических больных составил 13 %, что требует пристального внимания к группе больных со злокачественными новообразованиями [5].

### Цель исследования

Изучить причины непосредственной смерти у больных, находящихся на дому, выявить динамику изменений в половых и возрастных группах, исследовать качество прижизненной диагностики и данных патоморфологического исследования.

### Материалы и методы

Использованы данные патологоанатомических вскрытий на базе ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» за 2009 год: в отделении был вскрыт 291 умерший на дому из различных районов г. Хабаровска и Хабаровского района (из них 115 мужчин и 176 женщин разного возраста). Произведен ретроспективный анализ протоколов патологоанатомического вскрытия всех умерших людей на дому за указанный период времени. Для получения сведений о болезнях умерших людей использовались данные амбулаторных карт, выписных эпикризов.

**Таблица 1**

**Распределение смертности по возрасту у мужчин и женщин (абсолютные числа)**

Возраст	31–40 лет		41–50 лет		51–60 лет		61–70 лет		71–80 лет		Старше 81 года	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Количество умерших	4	1	3	4	19	18	47	31	28	47	14	75



**Обсуждения результатов**

Средний возраст умерших больных составил 72,5 года: мужчины – 67 лет, женщины – 76 лет. Основная доля летальных исходов приходится на возраст старше 60 лет. Самый молодой умерший – 32-летний мужчина, причина смерти – печеночная недостаточность. Самый пожилой умерший – 97-летняя женщина, смерть наступила от кровоизлияния в головной мозг.

Анализ распределения смертности по возрасту в гендерных группах показал, что на первом месте среди мужчин стоит возрастная группа 61–70 лет, в которой 47 умерших, что составляет почти 41 % смер-

тей от общего количества умерших мужчин (табл. 1). Второе место занимает возрастная группа 71–80 лет (23,5 % умерших). У женщин на первом месте в структуре смертности лица старше 81 года (43 % умерших женщин), а на втором месте – 71–80 лет (27 % умерших женщин).

Изучение данных исследования секционного материала по группам заболеваний показало, что среди всех групп наиболее часто встречается патология сердечно-сосудистой системы, составляя 68 % от всех летальных исходов умерших на дому (табл. 2). Этот процент выше у мужчин.

**Таблица 2****Распределение секционного материала по нозологическим группам**

Нозологическая группа	Патологоанатомическое исследование		Мужчины (n = 115)		Женщины (n = 76)	
	n	%	n	%	n	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	199	68,4	81	70,4	118	67
Новообразования	48	16,5	17	14,7	31	17,6
Заболевания органов пищеварения	22	7,6	7	6,6	15	8,5
Заболевания органов дыхания	12	4,1	6	5,3	6	3,4
Инфекционные заболевания	7	2,4	4	3,0	3	1,7
Заболевания мочеполовой системы	2	0,7	–	–	2	1,2
Заболевания эндокринной системы	1	0,3	–	–	1	0,6
Итого	291	100	115	100	176	100

Следует отметить, что в смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы в возрастных группах у мужчин и женщин наблюдается противоположность. Среди лиц мужского пола наибольшее количество смертей зафиксировано в возрасте 61–70 лет (41,9 %) и неуклонно падает с возрастом. Среди женщин смертность нарастает в возрасте 61–70 лет (16,2 %) и достигает максимума в возрастной группе старше 81 года (51,7 %) (табл. 3).

**Таблица 3****Распределение смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы у мужчин и женщин по возрастным группам**

Возрастная группа	Мужчины (n = 81)		Женщины (n = 118)	
	n	%	n	%
41–50 лет	1	1,2	1	0,84
51–60 лет	12	14,9	7	5,9
61–70 лет	34	41,9	20	16,96
71–80 лет	23	28,4	29	24,6
81–90 лет	11	13,6	61	51,7
Итого	81	100	118	100

В качестве основных заболеваний при сердечно-сосудистой патологии фигурирует 11 нозологических групп. Среди всех нозологических единиц на первом месте находится мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз (44,2 %), составляющий почти треть всех причин летальности. При изучении амбулаторных карт в 90 % случаев данная патология диагностирована своевременно (табл. 4). Второе место занимает ишемический инсульт (37 случаев или 18,6 %), который в 23 % случаев являлся повторным и фигурировал в амбулаторных картах больных. Постинфарктный кардиосклероз выявлен в 33 случаях патологоанатомического исследования.

По данным исследования амбулаторных карт, постинфарктный кардиосклероз был диагностирован в 79 % случаев, а также имели место такие нозологии, как стенокардия, мелкоочаговый кардиосклероз, артериальная гипертензия. На четвертом месте среди заболеваний сердечно-сосудистой системы находится инфаркт миокарда (28 случаев или 14,1 %). В каждом шестом случае инфаркт был повторный, что было отражено в выписных эпикризах у 72 % умерших; в 16 % случаях больные не обращались за медицинской помощью. У 12 % умерших людей на дому в качестве па-

**Таблица 4**  
**Структура заболеваний сердечно-сосудистой системы по данным патологоанатомического исследования**

Нозологические группы	Патологоанатомическое исследование	
	п	%
Мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз	88	44,2
Постинфарктный кардиосклероз	33	16,6
Инфаркт миокарда	28	14,1
Ишемический инсульт	37	18,6
Геморрагический инсульт	1	0,5
Субдуральное кровоизлияние	2	1
Ревматический порок сердца	1	0,5
Атеросклеротический порок сердца	1	0,5
Аневризма аорты	3	1,5
Атеросклероз	3	1,5
Тромбофлебит вен нижних конечностей	2	1
Итого	199	100

тологии указывался атеросклероз сосудов, мелкоочаговый кардиосклероз, гипертоническая болезнь. Среди остальных нозологических форм следует отметить отсутствие прижизненного диспансерного наблюдения людей с такими заболеваниями, как пороки сердца, атеросклероз, тромбофлебит вен нижних конечностей. Все выявленные случаи с аневризмой аорты были истинными и не были установлены при жизни из-за отсутствия жалоб со стороны больных.

Среди новообразований наиболее частой причиной летальных исходов является рак легкого (23,3 %), причем 70 % смертности в результате данной патологии приходится на долю мужчин (табл. 5). Прижизненно рак легкого был диагностирован у 40 % больных, среди которых в половине случаев новообразование выявлено на IV стадии; в 60 % случаев патология не была выявлена, а в качестве основных заболеваний уставлены ишемическая болезнь сердца и хронический бронхит. На втором месте находится рак толстого кишечника (13,9 %), который в 83% случаев патологоанатомического исследования обнаруживается у женщин. Рак толстого кишечника был установлен при жизни у двух (33 %) из шести больных, у одного человека было подозрение на неопластический процесс. В половине случаев больные долгое время не наблюдались в поликлиниках и больницах.

**Таблица 5**  
**Структура злокачественных новообразований по данным патологоанатомического исследования**

Заболевания	Патологоанатомическое исследование			
	п	мужчины	женщины	%
Рак легких	10	7	3	23,3
Рак толстого кишечника	6	1	5	13,9
Рак печени	5	2	3	11,6
Рак желудка	4	2	2	9,3
Рак пищевода	3	2	1	6,9
Рак молочной железы	2	–	2	4,7
Рак яичников	2	–	2	4,7
Рак почек	2	–	2	4,7
Рак поджелудочной железы	2	–	2	4,7
Лимфомы	2	1	1	4,7
Рак тела матки	1	–	1	2,3
Рак общего желчевыводящего протока	1	–	1	2,3
Мезотелиома перикарда	1	–	1	2,3
Медуллобластома	1	–	1	2,3
Глиобластома	1	–	1	2,3
Итого	43	15	28	100

Рак печени, занявший третье место в структуре летальности от злокачественных новообразований, при жизни был установлен в одном случае. Больные наблюдались по поводу гепатита С (40 %), цирроза печени. Следует отметить, что в 60 % смертельных исходов от

рака печени в анамнезе отмечалось повышенное употребление алкоголя. В 4 случаях выявленного рака желудка лишь один был диагностирован при жизни, один человек отказался от обследования при подозрении на рак, а в остальных случаях онкологическая патология

не была даже заподозрена. Рак пищевода при патологоанатомическом исследовании встретился в трех случаях, из которых у двух человек диагноз был верифицирован при жизни, а в одном случае при подозрении на неопластический процесс, пациент отказался от обследования (его смерть наступила в 90 лет). Такие злокачественные процессы, как рак молочной железы, рак тела матки, рак яичников, глиобластома, прижизненно диагностированы в 100 % случаев.

У больной с раком яичников, несмотря на диагностику опухоли в 30 лет, после множества курсов лечения, химиотерапии смерть наступила в 35 лет. Были выявлены трудности в прижизненной диагностике рака почек. В одном случае пациент наблюдался по поводу цереброваскулярного заболевания, а при патологоанатомическом исследовании было установлено, что причиной летального исхода был метастаз рака почки в головной мозг. По поводу таких заболеваний, как мезотелиома перикарда, медуллобластома, пациенты в течение последних десяти лет не обращались за амбулаторной помощью и не предъявляли жалоб. В одном из случаев заболевания лимфомой в выписном эпикризе лишь указывалось подозрение на неопластический процесс щитовидной железы. Поставленная при обследовании за год до смерти в железнодорожной больнице стриктура терминального отдела холедоха при вскрытии оказалась раком желчевыводящего протока.

В целом, средний процент прижизненной диагностики злокачественных новообразований составил 45,2 %.

При патологоанатомическом исследовании у 9 человек выявлен цирроз печени, прижизненная диагностика которого составила 44,4 % (табл. 6).

**Таблица 6**

**Структура заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы по данным патологоанатомического исследования**

Заболевания	Патологоанатомическое исследование	
	n	%
Цирроз печени	9	40,9
Сосудистая недостаточность кишечника	6	27,3
Холецистит	3	13,6
Язва желудка	1	4,6
Панкреатит	2	9
Эрозивно-язвенный проктит	1	4,6
Итого	22	100

У трети больных при анализе амбулаторных карт выявлен гепатит С. В 100 % случаев у пациентов отмечалось систематическое злоупотребление алкоголем.

Подозрение на сосудистую недостаточность ки-

шечника была выявлено в 40 % случаев прижизненной диагностики. В остальных случаях больные предъявляли жалобы на острую боль в животе, но от госпитализации отказывались. Особое внимание следует обратить на два случая флегмонозно-гангренозного холецистита, при котором больные купировали болевые ощущения лекарственными средствами, не пытаясь обратиться за медицинской помощью.

Больная с язвенной болезнью желудка наблюдалась по поводу гастродуоденита, дисбактериоза. В связи с перенесенным ишемическим инфарктом головного мозга больная не могла сформулировать беспокоящие симптомы. Смерть возникла от массивного желудочного кровотечения при перфорации язвы.

При патологоанатомическом исследовании выявлено 2 случая летальности в результате панкреатита, в обоих случаях больные игнорировали лечение и дальнейшее обследование, систематически злоупотребляли алкоголем. Основную долю в смертности от заболеваний органов дыхания составляют умершие от пневмонии (75 %), у женщин этот процент незначительно выше (55 %). Следует отметить, что ни один из заболевших пневмонией не был госпитализирован при жизни в стационар для проведения лечения. Как правило, это были люди с нарушенной двигательной функцией после перенесенных заболеваний, страдающие энцефалопатией или хроническим бронхитом. У двоих из всех больных, умерших от пневмонии, в анамнезе отмечался перенесенный туберкулезный процесс.

Среди инфекционных заболеваний 78 % приходится на долю туберкулеза. У 80 % людей этот диагноз ставился при жизни. Эти пациенты не долечивались, самовольно уходили из стационаров, игнорировали повторные явки к врачу, что приводило к смерти вследствие легочно-сердечной недостаточности.

Заболевания мочеполовой системы выявлены в двух случаях у женщин с пиелонефритом, у одной из которых диагноз хронического пиелонефрита фигурировал в амбулаторной карте.

Сахарный диабет, установленный за 20 лет до смерти, составил один случай летальности в результате хронической почечной недостаточности. Последние годы больная не предъявляла жалоб и не проходила осмотр по месту жительства.

#### **Выводы**

Наибольшая частота смертельных исходов приходится на возрастную группу людей 61–70 лет, из которой наибольшее количество составляют мужчины.

Летальность у мужчин, умерших на дому, максимальная в возрасте 61–70 лет, у женщин летальность растет с 61–70 лет и достигает пика в возрастной группе 81 года и старше.

Первое место среди причин смерти умерших на дому занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (68 %). В большинстве случаев эти заболевания были установлены при жизни, однако не была оказана своевременная профилактическая помощь и адекватное диспансерное наблюдение за такими пациентами.

В амбулаторных картах исследуемых умерших людей более чем в 80 % случаев используется термин «ишемическая болезнь сердца». Зачастую этим термином злоупотребляют, так как он является удобным «диагностическим коллектором», куда помещаются диагнозы пожилых людей и неясные диагнозы у людей среднего возраста и даже у молодых.

Более чем в половине случаев злокачественные новообразования впервые были выявлены при вскрытии.

Рак легкого занял первое место среди исследованных злокачественных новообразований (23,25 %), при этом в каждом втором случае при жизни он был диагностирован на IV стадии.

Учитывая данные показатели, по нашему мнению, необходимо усилить медико-социальную ра-

боту с группами риска онкологических заболеваний (люди, страдающие предопухолевыми заболеваниями, родственники которых имеют онкологические заболевания, работающие на вредных предприятиях, проживающие на загрязненных территориях), так как выявление рака на ранних стадиях дает больным большой шанс на благоприятный исход заболевания.

Большой процент летальных исходов возникает по вине больных, игнорирующих свои жалобы, которые не обращаются за медицинской помощью или самовольно бросают лечение. Наиболее часто подобная ситуация складывается в группе больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, что довольно часто приводит к развитию смертельных осложнений.

### **Список литературы**

1. Организация патологоанатомических исследований умерших дома больных: метод. рекомендации / О. К. Хмельницкий, Е. А. Литвак, А. В. Бабайцев и др. – М., 1990. – 17 с.

2. Рыков, В. А. Справочник патологоанатома. – Ростов н/Д.: Феникс, 2004. – 255 с.

3. Соловьева, И. П. Патологоанатомическая диагностика основных форм туберкулеза и его исходов:

метод. рекомендации / И. П. Соловьева, В. И. Брауде. – М., 1973. – 33 с.

4. Сайт ГУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН. – Режим доступа: <http://rak-legkogo.ru>.

5. Сайт немецкого кардиологического центра. – Режим доступа: <http://www.dhzb.ru>.

6. Федеральный сайт государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.



# СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ

УДК 614.253.2:006

## Стандартизация сестринской деятельности – путь к становлению системы управления качеством медицинской помощи

**И.Г. Лазарева\*<sup>1</sup>, М.В. Волочаева<sup>2</sup>, И.В. Ткаченко<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,

<sup>2</sup>ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК,

г. Хабаровск

**I.G. Lazareva, M.V. Volochaeva, I.V. Tkachenko**

**Standardization of Nursing Activity – Way to the Evolvement of Supervision System of Qualified Medical Care**

### Резюме

При использовании новых организационных форм работы сестринского персонала, самостоятельно принимающего решения в рамках своей компетенции, отмечается не только клиничко-экономический эффект медицинской помощи, но и моральная удовлетворенность медицинских сестер в своей профессиональной деятельности; меняется отношение к медицинской сестре со стороны врачей, пациентов и их родственников.

На современном этапе недостаточное внимание уделяется вопросам изучения и совершенствования деятельности медицинских сестер. Нуждаются в совершенствовании стандарты практической деятельности медсестер. Фактически нет работающей системы управления качеством деятельности сестринского персонала.

Именно поэтому целью проведенной работы явилось изучение основ стандартизации и технологизации профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским образованием.

**Ключевые слова:** простая медицинская услуга, качество медицинской помощи, стандартизация.

### Summary

When using new organizational forms of work of nursing staff who take decisions within the frameworks of their competence independently not only clinico-economical effect of medical care is pointed but also moral satisfaction in their professional activity, attitude of doctors, patients and their relatives changes towards sick nurse.

At the present stage not enough attention is payed to the questions of study and perfection of sick's nursers activity. Standards of practical activity need to be perfected. In fact there is no operating system of management of qualified activity of nursing staff.

That is why the goal of the work carried out is to study the basis of standardization and technic of professional activity among subprofessionals.

**Key words:** common medical service, quality of medical care, standardization.

Основная цель любой профессиональной деятельности состоит в максимальном повышении ее качества [1, 2, 9]. Один из путей повышения качества сестринской помощи – стандартизация сестринских

услуг. В зарубежной практике вопросы стандартизации всегда находились в центре внимания как профессиональных сестринских ассоциаций, так и органов государственной власти, отвечающих за гаранти-

\* irpol.khb@yandex.ru

рованный уровень доступной и качественной медицинской помощи [3, 12]. Стандарты позволяют организовывать сестринскую помощь, поддерживать ее высокий уровень и эффективно управлять ее качеством. К сожалению, в России экспертиза качества медицинской помощи в основном базируется на оценке работы врачей, а вопросы оценки сестринской помощи и сестринского ухода не находят должного отражения в существующих системах контроля качества. В связи с этим разработка стандартов оказания сестринских медицинских услуг весьма актуальна [3, 4, 6, 9].

Следует отметить, что простые медицинские процедуры являются лишь частью многоаспектной деятельности сестринского персонала, предусматривающей общение с пациентом и его представителями, соблюдение конфиденциальности, безопасности и прав пациента, следование принципам работы с представителями других профессиональных групп, выполнение работ, связанных с дезинфекцией и стерилизацией оборудования, и многое другое [6, 7]. Понять, насколько может и должна быть стандартизирована деятельность среднего медицинского персонала, помогает изучение зарубежного опыта.

Необходимость в формировании качественно нового уровня обеспечения населения сестринской помощью требует качественные преобразования в системе подготовки средних медицинских работников [5, 12]. С совершенствованием качества подготовки специалиста преобразование сестринского дела с внедрением сестринских инноваций позволит обеспечить социальную доступность и качественно новый уровень медицинской помощи населению.

При использовании новых организационных форм работы сестринского персонала, самостоятельно принимающего решения в рамках своей компетенции, отмечается не только клиничко-экономический эффект медицинской помощи, но и моральная удовлетворенность медицинских сестер в своей профессиональной деятельности; меняется отношение к медицинской сестре со стороны врачей, пациентов и их родственников [10].

На современном этапе недостаточное внимание уделяется вопросам изучения и совершенствования деятельности медицинских сестер. Нуждаются в совершенствовании стандарты практической деятельности медсестер. Фактически отсутствуют работающие системы управления качеством деятельности сестринского персонала.

#### **Цель исследования**

Изучение основ стандартизации и технологизации профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским образованием.

#### **Задачи исследования**

- Организация обучения средних медицинских работников основополагающим аспектам стандартизации в здравоохранении;
- Медико-социологическое исследование удовлетворенности пациентов работой медицинских сестер;

– Медико-социологическое исследование необходимости инноваций в сестринском деле (мнение медицинских сестер);

– Развитие сестринских научных исследований.

#### **Материалы и методы**

В исследование включены 115 пациентов – 63 женщины (54,78%), 52 мужчины (45,22%) и 45 медицинских сестер семи лечебных отделений ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2».

#### **Результаты и обсуждение**

Для решения поставленных задач на факультете повышения квалификации средних медицинских работников был введен цикл тематического усовершенствования «Стандарты технологий сестринского ухода» продолжительностью 72 часа.

Целями обучения в рамках этого цикла явились:

- Изучение основ стандартизации в здравоохранении;
- Изучение принципов построения стандартов и классификаторов;
- Умение пользоваться стандартами технологий простых медицинских услуг в повседневной профессиональной деятельности и при проведении экспертизы ее качества;
- Умение разрабатывать технологии простых медицинских услуг.

С 2007 по 2010 г. на кафедре сестринского дела проведено 6 циклов тематического усовершенствования (табл. 1).

**Таблица 1**

#### **Характеристика тематических циклов усовершенствования «Стандарты технологий сестринского ухода»**

<b>Годы</b>	<b>Количество циклов</b>	<b>Количество слушателей</b>	<b>Место проведения</b>
<b>2007</b>	2	24	ККБ № 2
<b>2008</b>	1	6	ККБ № 2
<b>2009</b>	1	6	ККБ № 2
<b>2009</b>	1	10	МУЗ ЦРБ г. Николаевск-на-Амуре
<b>2010</b>	1	8	ККБ № 2
<b>Итого</b>	6	54	

Занятия в условиях г. Хабаровска проводятся по системе непрерывного образования в течение года (4 месяца). Специалисты имеют возможность, не отрываясь от работы, экономия государственные и личные финансовые средства, получать в полном объеме новые знания, а это имеет особую значимость, так как основную массу слушателей составляют старшие медицинские сестры, которым производственная необходимость не позволяет надолго отрываться от своей работы. В последующем полученные знания позволяют старшим сестрам более эффективно управлять сестринским персоналом.

На лекциях рассматриваются вопросы нормативного обеспечения процессов стандартизации в РФ, основные положения по стандартизации в здравоохранении, дается понятие о медицинских услугах, принципах построения стандартов и классификаторов, доносится информация слушателям об использовании методов фармакоэкономики и доказательной медицины при разработке стандартов, о месте стандартизации в системе управления качеством МП.

На практических занятиях медсестры учатся работать с номенклатурой работ и услуг в здравоохранении, изучают ПВБ «Пролежни», «Профилактика ТЭЛА...», подробно разбирают стандарты технологий простых медицинских услуг, анализируют возможность применения технологий в условиях своих отделений.

В Программе развития сестринского дела до 2020 года сказано, что целью развития сестринского дела является повышение качества сестринской помощи за счет рационального использования потенциала сестринского персонала, обеспечивающего повышение качества и продолжительности жизни населения, способствующего удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинских услуг, их доступности и экономичности.

Для изучения удовлетворенности пациентов качеством сестринского ухода было проведено анкетирование 115 пациентов ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2».

Основную массу составили лица в возрасте 41–70 лет – 59,1 % (табл. 2).

Таблица 2

**Распределение пациентов ГУЗ «Краевая клиническая больница №2» по возрасту**

Возраст	Количество человек
18–25 лет	11 (9,6 %)
26–40 лет	20 (17,4 %)
41–55 лет	27 (23,5 %)
56–70 лет	41 (35,6 %)
Старше 70 лет	16 (13,9 %)
Всего	115 (100 %)

Пациентам отделений было предложено ответить на ряд вопросов. Оказалось, что удовлетворены качеством оказания сестринских услуг в предоперационном периоде были только 84 пациента (73,04 %), а в послеоперационном – лишь 67 человек (58,26 %) (табл. 3). Консультативная сестринская помощь была оказана 75 пациентам (65,22 %) перед оперативным вмешательством и 95 (82,61 %) – после него, что явно недостаточно.

Психологическую поддержку пациентам со стороны сестринского персонала отметили всего 57 человек (49,57 %), хотя именно психологическое состояние больного имеет главное значение в процессе его выздоровления (табл. 4).

Таблица 3

**Результаты анкетирования пациентов ГУЗ «Краевая клиническая больница №2» в зависимости от периодов их ведения**

Вопросы анкеты	Предоперационный период	Послеоперационный период
Удовлетворенность качеством сестринского ухода	84 (73,04 %)	67 (58,26 %)
Консультативная сестринская помощь	75 (65,22 %)	95 (82,61 %)

Таблица 4

**Результаты анкетирования пациентов ГУЗ «Краевая клиническая больница №2» в зависимости от видов сестринской помощи**

Вопросы анкеты	Получили человек
Психологическая помощь	57 (49,57 %)
Рекомендации по рациональному питанию и здоровому образу жизни	89 (77,39 %)
Достаточный уровень профессионализма медсестер	96 (83,48 %)
Доброжелательный стиль общения в отделениях	95 (82,61 %)
Сострадание и сочувствие со стороны медсестер	56 (48,70 %)

Рекомендации по рациональному питанию и правильному образу жизни после выписки получили 89 человек (77,39 %), что тоже недостаточно, учитывая важную роль этих факторов в сохранении и поддержании здоровья человека.

В целом, по мнению опрошенных, медицинские сестры имеют достаточный уровень профессионализма, что оценили 96 человек (83,48 %). Стиль общения в отделениях определен как доброжелательный 95 пациентами (82,61 %), но сострадание и сочувствие со стороны медсестер отметили только 56 человек (48,7 %), что может свидетельствовать о формальном отношении сестер к своим обязанностям.

По результатам анкетирования стало ясно, что в отделениях страдают все элементы сестринского ухода.

В связи с этим, особое значение сегодня приобретают образовательные программы, сконцентрированные на вопросах стандартизации сестринской практики, разработке критериев оценки качества деятельности сестринского персонала, использовании результатов доказательной сестринской практики и др.

Для изучения мнения средних медицинских работников о необходимости инноваций в сестринской

деятельности было проведено анкетирование медсестер лечебных отделений.

В анкетировании участвовали 45 медсестер из 7 отделений. Наибольшую группу составили медсестры со стажем работы менее 5 лет – 21 человек, от 5 до 15 лет – 11 человек, от 15 до 30 лет – 10 человек, от 30 до 40 лет – 3 человека.

Возраст большинства опрошенных до 30 лет – 25 человек, от 30 до 50 лет – 16 человек, старше 50 лет – 3.

Высшую квалификационную категорию имеют 11 человек, первую – 4, вторую – 9, не имеют – 21.

Высшее сестринское образование получили 2 медсестры, повышенный уровень – 4 человека, остальные 39 человек имели образование в объеме колледжа, медицинского училища.

При оценке удовлетворенности медсестер занимаемой должностью и соответствием ее имеющейся у них квалификации 7 человек ответили отрицательно.

Требованием сегодняшнего дня является широкая профессиональная самостоятельность медицинской сестры, предусматривающая обладание соответствующими знаниями, мышлением, стереотипом действий. Результаты анкетирования показывают, что читают периодическую медицинскую литературу 1 раз в неделю 17 человек, 1 раз в месяц 21 человек, 1 раз в полгода – 5 человек, только в период плановой учебы – 2 человека. Этого явно недостаточно для роста профессионализма медсестры. 3 человека вообще не хотели бы больше учиться для повышения уровня профессиональных знаний.

Для обучения на рабочем месте, аккумулирования методической литературы, сестринских периодических изданий, помощи в подготовке докладов, отчетов 27 человек считают необходимым создание в каждом ЛПУ учебно-методического кабинета. 13 человек хотели бы проходить учебу на рабочем месте без отрыва от производства. Это экономически выгодно и удобно и для ЛПУ и для работников, кроме того, позволяет сочетать теорию с практикой.

В основе успеха любого начинания лежит заинтересованность его участников. Желание работать в условиях эксперимента по разработке и внедрению новых сестринских технологий продемонстрировали 27 медсестер. Нежелание остальных объясняется убеждением в бессмысленности эксперимента, так как медсестра – это только помощник врача, которому не нужно проявлять инициативу (13 человек); отсутствием материального (7 человек) и морального (3 человек) поощрения, высвобождения рабочего времени (5 человек), негативным отношением к сестринским нововведениям со стороны врачей отделения (6 человек).

Повышению качества сестринского ухода в больнице способствует стандартизация сестринских услуг. С этим положением согласны 30 человек опрошенных.

В Программе развития сестринского дела до 2020 года говорится, что «качество сестринской помощи определяется внедрением новых организаци-

онных форм ухода за пациентами, использованием в деятельности технологий выполнения простых медицинских услуг и стандартов, постоянным профессиональным совершенствованием, минимально достаточным ресурсным обеспечением».

Для реализации поставленной задачи в Программе необходимо обеспечить подготовку специалистов сестринского дела, способных критически мыслить, решать проблемы и применять технологии сестринского процесса на рабочем месте. Они должны уметь работать в условиях чрезвычайных ситуаций, знать современную медицинскую аппаратуру, обладать знаниями, умениями и навыками для обеспечения пациенту всестороннего комплексного ухода, проводить адекватные реабилитационные мероприятия, владеть основами медицинской этики, психологии и права.

Одними из основных направлений научных исследований в области сестринского дела в Программе названы:

- качество и стандартизация в сестринском деле (разработка и совершенствование норм, критериев и стандартов деятельности медицинского персонала, технологий простых медицинских услуг);
- разработка организационных моделей и новых технологий сестринской практики.

В настоящее время разработано более тысячи стандартов медицинской помощи, протоколов ведения больных. Но, к сожалению, они в своем большинстве не касаются деятельности среднего медицинского персонала, что осложняет оценку объема и качества предоставляемых сестринских услуг [4]. На данный момент недостаточно документов, регламентирующих деятельность сестринского персонала, основу которой составляют простые медицинские услуги (ПМУ).

Под медицинской услугой в системе стандартизации понимают мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику или лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. ПМУ есть неделимая услуга, выполняемая по формуле «пациент + специалист = один элемент профилактики, диагностики или лечения» [4].

В результате реализации на территории Российской Федерации Российско-Канадской сестринской инициативы (РОКСИ), основной целью которой являлось содействие Министерству здравоохранения и социального развития РФ и Российской ассоциации медицинских сестер (РАМС) в создании регуляторных механизмов обеспечения качества сестринской помощи, были разработаны технологии выполнения ПМУ, на основе которых издано методическое пособие ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава» в 2007 году. За основу взяты манипуляции сестринского ухода, перечисленные в утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития РФ 12.07.2004 г Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении. Но практика показала, что этот документ не в полной мере отражает реальный объем услуг и работ, выполняемых медицинскими сестрами лечебных учреждений [4]. Необходима дальнейшая ра-



бота по расширению перечня услуг и работ, разработке и совершенствованию стандартов деятельности медицинского персонала, технологий ПМУ [4, 12].

Выполнение поставленных задач стало возможным при объединении усилий образовательного учреждения и ЛПУ.

Работа по разработке стандартов проводится медсестрами на рабочих местах, основываясь на знаниях и умениях, которые были получены ими в процессе обучения на цикле тематического усовершенствования. Структура и правила заполнения разделов стандарта технологии выполнения ПМУ выполнялись с учетом требований Национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р 52623-2006 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения», утвержденного и введенного в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2006 г. № 341-ст.

Технология представляет собой систематизированный свод правил и условий, техническое обеспечение, определяющие порядок и последовательность действий, выполняемых медицинским персоналом.

Технологии разрабатываются для решения следующих задач:

- установление единых требований к технологиям и структурирование методик их выполнения;

- унификация расчета затрат на выполнение простых медицинских услуг;

- установление единых требований к формированию навыков выполнения простых медицинских услуг на додипломном и последипломном уровне профессионального медицинского образования;

- оценка качества выполнения простой медицинской услуги;

- создание системы управления качеством в здравоохранении на различных уровнях, в том числе на уровне медицинской организации.

Как результат проведенной совместной деятельности сотрудников кафедры сестринского дела ИПКСЗ и специалистов среднего медицинского звена «Краевая клиническая больница №2» мы предлагаем для обсуждения проект технологии простой медицинской услуги – парацентеза. В выполнении этой ПМУ принимают участие врач и медицинская сестра. От слаженности их действий зависит качество предоставляемой пациенту медицинской услуги. Саму манипуляцию выполняет врач, но медсестра обязана знать методику парацентеза, чтобы профессионально грамотно подготовить пациента и необходимое оснащение, а также ассистировать врачу при проведении парацентеза. Технология представлена в табл. 1.

Таблица 1

**Технология проведения парацентеза**

Код технологии		Название технологии
А 11.31.001		Парацентез
1	<b>Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования</b>	
1.1.	<b>Перечень специальностей/ кто участвует в выполнении услуги</b>	<p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Лечебное дело;</li> <li>– Педиатрия;</li> <li>– Стоматология.</li> </ul> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образования по специальностям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Лечебное дело;</li> <li>– Акушерское дело;</li> <li>– Сестринское дело.</li> </ul>
1.2.	<b>Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</b>	отсутствуют
2.	<b>Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</b>	Обработка рук до и после проведения процедуры
2.1.	<b>Требования по безопасности труда при выполнении услуги</b>	Процедура выполняется медицинским персоналом в стерильных перчатках
3.	<b>Условия выполнения простой медицинской услуги</b>	Стационарные
4.	<b>Функциональное назначение простой медицинской услуги</b>	Лечебно – диагностическое

5.	<b>Материальные ресурсы</b>	
5.1.	<b>Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</b>	Стул со спинкой – 1 шт. Каталка для перемещения пациента – 1 шт. Манипуляционный столик – 1 шт. Подкладная пеленка – 1 шт. Таз – 1 шт. Лоток стерильный – 1 шт. Скальпель -1 шт. Пинцет стерильный – 1 шт. Троякар стерильный или толстая пункционная игла с мандреном – 1 шт. Шприц медицинский стерильный 10.0 – 1 шт. Пробирка лабораторная – 1 шт. Игла – 1 шт. Иглодержатель – 1 шт. Дренажная трубка Зажим – 1 шт. Шовный материал
5.2.	<b>Реактивы</b>	Отсутствуют
5.3.	<b>Иммунобиологические препараты и реагенты</b>	Отсутствуют
5.4.	<b>Продукты крови</b>	альбумин 10 грамм на 1 литр асцитической жидкости (после удаления свыше 5 л асцитической жидкости)
5.5.	<b>Лекарственные средства</b>	Спирт этиловый 70 <sup>0</sup> или другой антисептический раствор – 10.0 Раствор йода спиртовой 5 % - 10.0 Антисептический раствор – 1 доза для обработки рук. Анестетик (лидокаин 2 %, новокаин 0,5 %) – 10.0 Лейкопластырь
5.6.	<b>Прочий расходный материал</b>	Мыло – для обработки рук при отсутствии антисептика. Перчатки стерильные – 3 пары Салфетка стерильная – 25 шт. Фартук клеенчатый – 2 шт.
6.	<b>Характеристика выполнения методики простой медицинской услуги</b>  <b>Алгоритм парацентеза</b>  <i>1. Подготовка к процедуре.</i> 1.1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить аллергологический анамнез; 1.2. Подготовить необходимое оснащение; 1.3. Пригласить пациента в перевязочный (процедурный) кабинет; 1.4. Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение, сидя на стуле; 1.5. Подстелить под площадь обрабатываемого участка кожи клеенку; 1.6. Надеть клеенчатый фартук, стерильные перчатки.; 1.7. Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства; 1.8. Определить место операционного вмешательства; 1.9. Перед началом и на протяжении всей процедуры медсестра контролирует общее состояние: частоту дыхания, гемодинамические показатели пациента (пульс, артериальное давление, частота сердечных сокращений).  <i>2. Выполнение процедуры.</i> 2.1. Обычное место для парацентеза находится примерно на 5 см латеральнее пупка в левом или правом нижнем квадранте живота;	

6.	<p>2.2. Обработать кожу пациента стерильной марлевой салфеткой на пинцете 2-хкратно 70° спиртом или другим антисептиком, разрешенным к применению, согласно инструкции;</p> <p>2.3. Осуществить набор лекарственного средства (анестетика) для проведения местной анестезии (смотри Технологию выполнения простой медицинской услуги № 46 «Пособие при парентеральном введении лекарственных средств» код А 14.31.011);</p> <p>2.4. Произвести местную анестезию места парацентеза (смотри Технологию выполнения простой медицинской услуги № 43 «Внутрикожное введение лекарств» код А 11.01.003);</p> <p>2.5. Врач выполняет надрез скальпелем, затем прокол троакаром;</p> <p>2.6. Кожа прокалывается перпендикулярно, затем игла косо проникает в подкожную ткань, после чего пунктируется брюшная полость с положением иглы перпендикулярно брюшной стенке. Это позволяет получить ломанный путь иглы после ее извлечения;</p> <p>2.7. Для диагностических целей отбирают 10-20 мл асцитической жидкости в пробирку;</p> <p>2.8. Подставить таз под струю жидкости после удаления стилета из троакара или мандрена из пункционной иглы;</p> <p>2.9 Надеть на наружное отверстие троакара дренаж и периодически зажимом перекрывать дренаж;</p> <p>2.9. Одномоментно вся асцитическая жидкость не извлекается. После извлечения каждого литра делается перерыв для пациента, в это время, медсестра контролирует его гемодинамические показатели;</p> <p>2.10. Извлечь троакар;</p> <p>2.11. Обработать кожу антисептиком, швы на кожу, наложить асептическую повязку, тугое бинтование;</p> <p>2.12. Определить самочувствие пациента, поместить его на каталку, транспортировать в палату, наблюдение в течение двух часов;</p> <p>2.13. Ежедневно осуществляется контроль, накладываются асептические повязки; швы удаляются на 5–7 сутки.</p> <p><i>3. Окончание процедуры.</i></p> <p>3.1. Использованные клеенку и фартук обработать дезинфицирующим раствором в соответствии с принятыми санитарными нормами и правилами;</p> <p>3.2. Поместить использованные медицинские инструменты и материалы в контейнеры с дезинфицирующими растворами.;</p> <p>3.3. Снять перчатки, поместить в контейнер с дезинфицирующим раствором;</p> <p>3.4. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);</p> <p>3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
7.	<p><b>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</b> Перед процедурой пациент должен опорожнить мочевой пузырь</p>
8.	<p><b>Достижимые результаты и их оценка.</b> Улучшение самочувствия, уменьшение одышки.</p>
9.	<p><b>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</b> Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры, возможных осложнениях. Перед проведением диагностического или терапевтического парацентеза необходимо получить информированное письменное согласие пациента.</p>
10.	<p><b>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</b> Отсутствие развития осложнения парацентеза у пациента: – абдоминальной гематомы; – гемоперитонеума; – перфорации кишки. Отсутствие отрицательной реакции пациента на процедуру, на анестетики. Удовлетворенность пациента качеством проведения процедуры.</p>
11.	<p><b>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</b> Коэффициент УЕТ врача – 4,0 Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 3,0</p>
12.	<p><b>Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</b> отсутствует</p>
13.	<p><b>Формулы, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)</b> отсутствует</p>

#### **Заключение**

Работа по данному стандарту наиболее приемлема в отделениях с большой физической нагрузкой на медсестру: хирургическом, кардиологическом, терапевтическом.

Из выше изложенного следует, что деятельность медсестры названных отделений требует особых профессиональных знаний и навыков, а чтобы не допустить ошибки при проведении манипуляций и процедур, необходима стандартизация.

Учитывая, что разработанный стандарт является локальным, он требует апробации. Для апробации необходимо определенное время, которого было недостаточно при проведении исследовательской работы.

#### **Предложения**

Провести апробацию стандарта профессиональной деятельности медицинской сестры в хирургическом отделении в течение последующего года.

В процессе апробации медицинские сестры должны корректировать стандарт.

Обсудить стандарт после апробации с учетом дополнений и изменений на заседании сестер хирургического отделения.

Использовать наработанный материал при изучении дисциплин «Сестринское дело в хирургии», «Сестринское дело в терапии», «Сестринское дело в кардиологии».

### **Список литературы**

1. Александров, М. А. *Формирование нормативно-правовой базы системы стандартизации в здравоохранении как ключевой аспект совершенствования качества медицинской помощи* / М. А. Александров // *Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи*. – 2008. – № 2.
2. Александров, М. А. *Этапы развития системы стандартизации в здравоохранении как важнейшего компонента нормативно-правового обеспечения качества медицинской помощи* / М. А. Александров // *Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи*. – 2008. – № 12.
3. Воробьев, П. А. *Стандартизация в медицине: в русле реформ* / П. А. Воробьев // *Ремедиум*. – 2007. – № 6.
4. Воробьев, П. А. *Стандартизация сестринских услуг* / П. А. Воробьев, Ю. В. Анохина, Д. В. Лукьянцева // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2007. – № 12.
5. *Клинико-экономический анализ* / П. А. Воробьев, М. В. Авксентьева, О. В. Борисенко и др. – 3-е изд., доп., с прил. – М.: НЬЮДИАМЕД, 2008. – 778 с.
6. *Клинический менеджмент* / под ред. А. И. Вялкова, В. З. Кучеренко. – М.: Медицина, 2006. – 304 с. – (Учебная литература для слушателей системы последипломного образования). – ISBN 5-225-04019-5.
7. *Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52623.0-2006 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения»*: утв. приказом Федер. агентства по техн. регулированию и метрологии от 27 дек. 2006 г. № 341-ст).
8. *Номенклатура работ и услуг в здравоохранении*: (утв. Министерством здравоохранения и соц. развития РФ 12 июля 2004 г.).
9. *Об утверждении национального стандарта: приказ Федер. агентства по техн. регулированию и метрологии от 4 декабря 2008 г. № 359-ст.*
10. *Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования: учеб. пособие* / под ред. В. З. Кучеренко, А. И. Вялкова, П. А. Воробьева. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, Федеральный фонд ОМС, 2000. – 392 с.
11. *Поправка к ГОСТ Р 52623-2006 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения»*.
12. *Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010–2020 гг.*
13. *Ролько, В. Т. Новые технологии в работе среднего медицинского персонала и их влияние на повышение качества медицинского обслуживания в стационаре*: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – М., 2002. – 140 с.
14. *Сопина, З. Е. Управление качеством сестринской помощи: учеб. пособие* / З. Е. Сопина, И. А. Фомушкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.: ил.



---

УДК 612.6

## Особенности физического развития детей, проживающих в МУЗ «Дом ребенка специализированный № 2»

Г.М. Петухова\*, Т.И. Николаевская, С.С. Левченко  
МУЗ «Дом ребенка специализированный № 2»,  
г. Хабаровск

G.M. Petuhova, T.I. Nikolaevskaja, S.S. Levchenko  
*Features of Physical Development of Children Living in Children's Home*

### Резюме

В статье представлен анализ физического развития 120 воспитанников дома ребенка. Выявлены факторы пренатального, интранатального и постнатального риска, способствующие формированию нарушений физического развития. Представлены показатели, характеризующие физическое развитие детей. Проведен анализ групп детей, имеющих равномерный дефицит длины и массы тела, дефицит массы по отношению к длине, и детей с нормальными показателями физического развития. Показана роль социальных факторов в формировании нарушений физического развития.

**Ключевые слова:** физическое развитие, гармоничность, факторы риска, задержка темпов роста, дефицит массы тела.

### Summary

In article the analysis of physical development of 120 pupils of children's home is presented. Factors risk, promoting formation of infringements of physical development are revealed. The indicators characterizing physical development of children are presented. The analysis of groups of children having uniform deficiency of growth and the weight, having deficiency of weight in relation to growth and children with normal indicators of physical development is carried out. The role of social factors in formation of infringements of physical development is shown.

**Key words:** physical development, a harmony, risk factors, deficiency of growth, deficiency of weight.

Дом ребенка – учреждение особого типа. В нем воспитываются дети с самого раннего возраста, лишённые попечения родителей: нежеланные, имеющие неблагоприятный социальный анамнез. Дети поступают в дома ребенка из стационаров, где они обычно длительно находятся на обследовании и лечении. Большинство воспитанников дома ребенка имеют заболевания, тесно связанные с патологией беременности и родов, так называемую перинатальную патологию, до 20 % имеют врожденные или наследственные заболевания, более 25 % детей родились недоношенными, 36 % – с признаками задержки внутриутробного развития. Очень высок удельный вес детей-инвалидов, который составляет 21,7 %. В структуре заболеваний, обусловивших инвалидность, на первом месте болезни нервной системы (73 %), в том числе вызванные приемом алкоголя матерью (19 %), на втором месте – хромосомные нарушения (23,1 %).

Физическое развитие растущего организма является одним из основных показателей состояния здоровья ребенка. Нами исследовано физическое

развитие 120 воспитанников дома ребенка в возрасте от 3 месяцев до 4 лет 7 месяцев. Среди них – 56 девочек и 64 мальчика. Для диагностики уровня физического развития детей применялись: оценочная таблица физического развития новорожденных, оценочные центильные таблицы физического развития детей, таблица прибавки массы и длины тела у детей первого года жизни. У детей стандартными методиками измеряли массу и длину тела, окружность грудной клетки с учетом пола и возраста ребенка и соответствующего центильного коридора по каждому показателю. По максимальной разнице между показателями центильных коридоров выявляли гармоничность физического развития ребенка [3]. 73,4 % детей дома ребенка имеют гармоничное физическое развитие (табл. 1).

Воспитанники закрытых учреждений отстают в физическом развитии от своих сверстников, проживающих в семьях. Среди детей, проживающих в условиях дома ребенка, обнаружено, что в среднем каждый второй ребенок имеет показатели физиче-

---

\* galinkap@mail.ru

Таблица №1

**Показатели физического развития детей МУЗ «Дом ребенка специализированный № 2»**

Развитие		Количество	% от всего количества детей
Гармоничное	Всего	88	73,4
	Мезосомия	35	29,2
	Микросомия	53	44,2
Дисгармоничное	Всего	32	26,6
	Дефицит массы	28	23,3
	Избыток массы	4	3,3

ского развития меньше 10 центиля. Отставание физического развития, обусловленное равномерным дефицитом массы и длины тела, выявлено в 44,2 % случаев; у 26,6 % детей отмечалось несоответствие массы тела к длине. У 29,2 % детей показатели физического развития соответствовали норме, при этом из них около 20 % относились к группе риска

по развитию в дальнейшем нарушения физического развития. И только лишь 2,5 % детей имели длину тела выше средней (выше 25 центиля). В группе детей с показателями физического развития ниже 10 центиля значительно преобладали девочки (57,2 % по длине тела и 60,7 % по массе тела) против 43,8 % мальчиков (табл. 2).

Таблица 2

**Структура показателей, характеризующих физическое развитие детей**

Показатель	Значение центильных интервалов	Всего		Девочки		Мальчики	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Длина тела	1 интервал (до 3 центиля)	44	36,7	22	39,3	22	34,4
	2 интервал (между 3 и 10 центилями)	16	13,3	10	17,9	6	9,4
	3 интервал (между 10 и 25 центилями)	24	20	11	19,6	13	20,3
	4 интервал (между 25 и 75 центилями)	33	27,5	11	19,6	22	34,4
	5 интервал (между 75 и 90 центилями)	3	2,5	2	3,6	1	1,6
	6, 7 интервалы (выше 90 центиля)	–	–	–	–	–	–
Масса тела	1 интервал (до 3 центиля)	51	42,5	29	51,8	22	34,4
	2 интервал (между 3 и 10 центилями)	11	9,2	5	8,9	6	9,4
	3 интервал (между 10 и 25 центилями)	20	16,7	8	14,3	12	18,8
	4 интервал (между 25 и 75 центилями)	34	28,3	14	25	20	31,2
	5 интервал (между 75 и 90 центилями)	4	3,3	0	0	4	6,25
	6, 7 интервалы (выше 90 центиля)	–	–	–	–	–	–

Дети до года, проживающие в доме ребенка, находятся на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями, им своевременно вводятся прикорм и докорм. Количество питания, получаемого детьми, рассчитывается калорийным методом, с коррекцией по мере нарастания массы тела ребенка [6]. Дети старше года получают сбалансированное питание согласно рекомендуемым нормам. Однако у воспитанников дома ребенка отмечаются сниженные показатели физического развития: у каждого второго ребенка диагностировано отставание в длине и массе тела, в связи с чем ниже проведен анализ зависимости этих показателей от воздействия различных неблагоприятных факторов.

Главным критерием, характеризующим физическое развитие, является длина тела как наиболее стабильный и несущий информацию критерий биологической зрелости. Рост ребенка является генетически запрограммированным процессом. К задержке ростовых процессов может приводить воздействие неблагоприятных факторов в значимый для ребенка период времени [1]. Особую значимость для прогнозирования нарушений здоровья ребенка имеет оценка биологических, социальных и психологических факторов риска.

Неблагоприятное течение беременности на фоне хронической никотиновой, алкогольной или наркотической интоксикации, высокая степень внутриутробного инфицирования, низкий материальный и куль-

турный уровень, нежеланная беременность, равнодушное отношение матерей к собственному здоровью обуславливают задержку внутриутробного развития плода [1]. Длительное ухудшение условий внутриутробного развития в современной неонатологии приравнивается к генетическим факторам, поскольку вызывает нарушения генетической программы развития плода [9]. По мнению ряда авторов, на развитие ребенка отрицательно влияет тот факт, что ребенок рожден в результате нежеланной беременности. При изучении влияния пренатальной депривации на организм ребенка отмечено, что вероятность преждевременного окончания нежеланной беременности в 3,7 раза выше, а дети рождались с низкой массой тела в 2,3 раза чаще. Следует отметить, что нежеланная беременность не является независимым фактором и сочетается с рядом других: неполная семья, неблагоприятный психологический климат в семье, низкая медицинская активность родителей, вредные привычки родителей и др.

Ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание, дефекты ухода, высокий индекс заболеваемости, асоциальный уровень жизни семьи, различные формы депривации, наличие хромосомных нарушений, патологии внутренних органов и ЦНС обуславливают низкие прибавки в росте.

В первые годы жизни здоровым детям присущ компенсаторный рост, «выравнивающий» условия пренатального развития и ликвидирующий последствия неблагоприятных условий внутриутробного

роста. В раннем возрасте развитие организма слишком зависит от совокупности внешне средовых воздействий, которые могут быть равным образом как оптимальными, так и негативными [9]. Благоприятные условия раннего постнатального периода могут представлять важный ресурс для устранения неблагоприятных последствий внутриутробного развития, и наоборот, неблагоприятные условия постнатального периода, высокий индекс инфекционной и фоновой патологии, эмоциональная и социальная депривация предрасполагают к серьезным отклонениям в состоянии здоровья [9]. Если влияние факторов раннего онтогенеза с возрастом ослабляется, то значимость других факторов увеличивается. Соматическое развитие и биологический возраст детей раннего возраста жизни в значительной степени определяется условиями микросоциальной среды, уходом, эмоциональной близостью, бытовыми условиями, бюджетом семьи, характером вскармливания.

Влияние ряда факторов пренатального и раннего постнатального онтогенеза (внутриутробная гипоксия, прием алкоголя, повторные ОРВИ) могут иметь весьма длительные последствия и отмечаться до подросткового возраста.

С целью выявления неблагоприятных факторов, способствующих формированию нарушений физического развития, были проанализированы данные пренатального анамнеза, перинатальные факторы, осложнения интранатального и особенности постнатального периодов развития детей дома ребенка [2] (табл. 3).

Таблица 3

**Влияние факторов риска на уровень физического развития ребенка**

Фактор риска	Всего		Мезосомия гармонич.		Микросомия гармонич.		Дефицит массы		Избыток массы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патология течения беременности	91	75,8	22	62,8	40	75,4	26	92,8	3	75
Алкоголизм матери	24	20	1	2,9	9	17	14	50	–	–
Курение, наркомания	79	65,8	15	42,9	37	69,8	24	85,7	3	75
Инфекционные заболевания у матери: туберкулез, сифилис, ВИЧ, токсоплазмоз и др.	19	15,8	4	11,4	9	17,0	6	21,4	–	–
Анамнез неизвестен	29	24,2	12	34,3	12	22,6	5	17,9	–	–
Преждевременные роды	31	25,8	4	11,4	11	20,8	15	53,5	1	25
ЗВУР плода	44	36,7	4	11,4	25	47,2	15	53,6	–	–
Изъяты из семьи	37	30,8	16	45,7	15	28,3	6	21,4	–	–
Пороки развития ЦНС, внутренних органов у ребенка. Хромосомные нарушения	25	20,8	1	2,9	11	20,8	13	46,4	–	–

Низкорослость является гетерогенным состоянием, которое определяется не только генотипом, но и во многом зависит от эндогенных и внешне-средовых влияний. Практически все дети, попадающие в наше учреждение, имеют неоспоримо отягощенную наследственность. В ходе исследования было установлено, что у детей с низкорослостью в более чем в 75 % случаев отмечались пренатальные факторы риска, осложнения интранатального и неблагоприятные факторы постнатального периодов. Среди них наиболее часто выявляли следующие: наличие вредных привычек у матери (69,8 %), внутриутробная гипоксия плода, инфекционные заболевания матери (17 %). Ведущими патологическими состояниями, связанными с родами, были внутриутробная гипоксия плода, асфиксия в родах, недоношенность [2]. По поводу пороков развития ЦНС и внутренних органов наблюдалось 20,8 % детей. Анализируя особенности постнатального периода, было установлено, что более 70 % детей с задержкой физического развития с рождения находились на искусственном вскармливании.

**Гипотрофия – хроническое расстройство питания, обусловленное недостаточным поступлением в организм питательных веществ или нарушением их усвоения, характеризующееся дефицитом массы тела ребенка различной степени выраженности. Встречается преимущественно у детей до 2 лет.** По времени возникновения гипотрофии делят на врожденные (внутриутробные, пренатальные), приобретенные (постнатальные) и смешанные, сформировавшиеся под влиянием причин, действовавших на организм ребенка внутри и внеутробно. Кроме того, дистрофии могут быть первичными (преимущественно алиментарными), обусловленными белково-энергетической недостаточностью или социальными факторами, и вторичными, сопровождающимися другими врожденными и приобретенными заболеваниями.

По данным нашего исследования, в 53,6 % случаев дефицит массы был смешанного генеза. В группе детей с дефицитом массы по отношению к длине тела патологическое течение беременности отмечалось в 92,8 % случаев, соматические и инфекционные заболевания беременной – 21,4 %, неблагоприятные социальные условия, курение – 85,7 %, употребление алкоголя – 50 %, нарушение правил ухода за ребенком, инфекционные заболевания ребенка, недоношенность – 53,5 %, пороки развития ребенка – 46,4 %. В случаях тяжелой гипотрофии, не поддающейся обычной терапии, а также в сочетании со значительным отставанием в психомоторном развитии дистрофия чаще бывает вторичной.

Одними из ведущих факторов постнатального периода, влияющих на физическое развитие, являются социально-экономические условия жизни. Социальные факторы считаются ведущими при формировании уровня индивидуального здоровья. Все желанные дети попадают в благоприятную среду, способствующую

формированию привязанности. Тесные отношения между ребенком и матерью строятся на взаимной активности: ребенок активно ищет контакта, а мать эмоционально отвечает на него. Это поведение биологически обусловлено и эволюционно оправдано, поскольку в первые дни после рождения ребенок должен найти фигуру, которая будет защищать и оберегать его. Ребенок не может формировать бесконечное число таких связей, он не может создать более пяти привязанностей. В условиях дома ребенка, где идет частая смена персонала, ребенок быстро утрачивает свою способность к установлению привязанности. Развивается депривация, которая приводит в первые годы жизни к нарушению формирования ассоциативных связей, составляющих основу последующего развития и обучения.

С одной стороны, у таких детей повышена потребность во внимании, человеческом тепле, ласке, положительных эмоциональных контактах. С другой стороны, имеет место полная неудовлетворенность в этой потребности: эмоциональная бедность и однообразие содержания, частая сменяемость взрослых, взаимодействующих с детьми. Эти особенности общения со взрослыми лишают детей важного для них психологического благополучия, осознания своей нужности и ценности для других, уверенности в себе, лежащих в основе формирования полноценной личности. Даже при хорошем питании и медицинском обслуживании у детей, растущих в условиях депривации, наблюдается замедление темпов роста, они отстают в своем психическом и физическом развитии от сверстников. Хотя дети упитанные, тем не менее, они имеют меньшую массу, чем их сверстники, воспитываемые дома. Они мельче своих сверстников. Создается впечатление, что они неохотно растут – при тяжелой психосоциальной депривации снижается масса тела.

Каждый четвертый ребенок поступает в дом ребенка из социально неблагополучной семьи. Неблагоприятный ранний анамнез, неблагополучные отношения в семье, хроническая психотравмирующая ситуация и дефекты воспитания накладывают отпечаток на здоровье [4]. Одним из наиболее мощных патогенных и дезадаптирующих факторов для ребенка является сам насильственный отрыв его от родительской семьи и помещение в детское специализированное учреждение. Дети переживают двойную жизненную травму: с одной стороны – плохое обращение в родной семье и негативный жизненный опыт, с другой – сам факт разрыва с семьей. Утрата семьи, даже если она была неблагополучной, – серьезная травма.

Особенно хочется отметить крайне неблагоприятное воздействие на организм ребенка злоупотребление матерей алкоголем во время беременности. Алкогольный синдром плода объединяет различные отклонения в психофизическом развитии ребенка. Пре- и постнатальная дистрофия является одним из проявлений алкогольного синдрома. Дети рож-



даются с признаками задержки внутриутробного развития: низкая масса и недостаточная длина тела. В дальнейшем эти дети продолжают существенно отставать в физическом развитии, имеют показатели центиля ниже 10 в массе и длине тела, дефицит массы по отношению к длине.

Своеобразные особенности психоэмоциональной сферы, формирующиеся у детей старшего возраста с задержкой физического развития, оказывают влияние на качество жизни, социальную адаптацию, являются источником хронического стресса, вызывая значительные изменения в реакции организма на различные факторы внешней среды, создавая условия для развития хронической соматической патологии [2].

### Выводы

Физическое развитие ребенка – это сложный процесс, на который оказывают совокупное влияние как наследственность ребенка, внутрисемейный климат и воспитание, так и внешняя среда, с большим числом социальных и биологических факторов.

Выявлена зависимость показателей физического развития от воздействия неблагоприятных факторов во время внутриутробного интранатального и постнатального периодов. У детей с задержкой физического развития неблагоприятные биосоциальные факторы встречаются в 75,4–92,8 % случаев. Необходимо своевременно выделять группы риска у женщин и проводить профилактические мероприятия.

Особенно неблагоприятное влияние на уровень физического развития ребенка оказывает прием алкоголя матерью до и во время беременности. В 96 % слу-

чаев дети от матерей, злоупотребляющих алкоголем, имели дефицит массы тела и задержку темпов роста.

44,2 % детей, проживающих в условиях закрытого учреждения, характеризуются уменьшенной длиной и массой тела, но вместе с тем – гармоничным соотношением данных показателей.

Дисгармоничное физическое развитие детей в постнатальном периоде в 53,6 % случаев является продолжением их неудовлетворительного физического развития во внутриутробном периоде.

Наиболее низкие значения центильных показателей наблюдались в группе детей от матерей, страдающих алкоголизмом, и у детей с хромосомными нарушениями, пороками развития ЦНС и внутренних органов.

Нарушения физического развития детей дома ребенка являются следствием наличия у них отягощенного анамнеза, пороков развития, так и сниженной физической активности и проявлением депривации. Создание охранительного режима, благоприятного микроклимата в детском коллективе, психолого-медико-педагогического сопровождения детей взрослыми позволяет снизить уровень депривации у детей [4].

Несмотря на хорошее питание, медицинское обслуживание, дети, растущие в условиях депривации, резко отстают в своем развитии от сверстников, воспитывающихся в семье.

Устранение эмоциональной депривации при усыновлении ребенка способствует в дальнейшем улучшению показателей его физического развития.

## Список литературы

1. Басманова, Е. Особенности физического развития детей в школах разного типа / Е. Басманова, Н. Перевощикова // Рос. педиатр. журн. – 2009. – № 1. – С. 53–56.
2. Горемыкин, В. И. Формирование адаптационных нарушений у детей с конституциональными вариантами задержки роста / В. И. Горемыкин, А. Хижняк // Рос. педиатр. журн. – 2007. – № 3. – С. 18–21.
3. Максимова, Е. В. Особенности физического развития школьников в зависимости от материальной обеспеченности их семей / Е. В. Максимова, С. А. Максимов, М. С. Куракин // Рос. педиатр. журн. – 2009. – № 6. – С. 38–41.
4. Перевощикова, Н. К. Состояние здоровья детей-сирот и возможности их реабилитации в учреждениях интернатного типа / Н. К. Перевощикова, Е. Д. Басманова, А. Л. Айнетдинова // Рос. педиатр. журнал. – 2007. – № 3. – С. 10–13.
5. Рязанкина, М. Ф. Блокнот участкового педиатра: справ.-метод. пособие. Ч. 1: Здоровый ребенок / М. Ф. Рязанкина, В. П. Молочный. – Хабаровск: Б. и., 2003. – 340 с.
6. Ритмическая структура прибавки массы тела новорожденных детей и особенности их физического развития в старшем возрасте / А. В. Суржик, Е. В. Сюткина, И. Е. Смирнов, М. Д. Митиш // Рос. педиатр. журнал. – 2009. – № 6. – С. 12–15.
7. Состояние здоровья детей, воспитывающихся в государственных учреждениях и передающихся на воспитание в семьи: справ.-информ. пособие. – Иваново, 2005. – (В помощь родителям и специалистам).
8. Таточенко, В. К. Педиатруна каждый день: (справ. по лекарств. терапии). – М.: Остроженка инвест, 2009. – 220 с.
9. Федотова, Т. К. Размеры тела новорожденного и соматический статус ребенка / Т. К. Федотова // Рос. педиатр. журн. – 2008. – № 3. – С. 47–51.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

*УДК 618.177 + 616.697J-07*

### **Бесплодный брак. Современные методы обследования**

**Н.В. Новикова, Г.В. Чижова\*, О.В. Горшкова, Г.И. Фельдшерова**

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

**N. V. Novikova, G. V. Chizhova, O. V. Gorshkova, G. I. Feldsherova**

**Infertile Couple. Complex Survey Techniques**

#### **Резюме**

Бесплодие в браке является одной из наиболее важных и сложных современных медико-социальных проблем. Это не самостоятельное заболевание, а следствие различных патологических процессов в организме супругов или аномалий развития. В настоящее время установлены 21 женский и 19 мужских факторов бесплодия. В связи с этим вопросы диагностики и лечения бесплодия в браке приобрели огромное значение.

**Ключевые слова:** бесплодие, лапароскопия, спаечный процесс, посткоитальный тест, антиспермальные антитела, гормональные нарушения, синдром поликистозных яичников.

#### **Summary**

Problem of infertile couples is considered to be one of the most important and complex modern medic-social problems. It is not an individual sickness but a result of different pathologic processes in the body of couples or mal-development. At the present time there have been identified 21 gynecic and 19 virile factors of infertility. In this result, questions of diagnostics and treatment of infertility turned to be of tremendous value.

**Key words:** infertility, celioscopy, adhesive process, postcoital test, antisperm antibodies, hormonal dysregulations, polycystic ovarian syndrome.

В последние десятилетия во многих странах мира, в том числе и в России, отмечается увеличение частоты бесплодных браков, которая составляет 12–17 %.

Как отмечается в Программе Правительства Российской Федерации «Безопасное материнство» (2000), в среднем каждая седьмая супружеская пара в России на протяжении жизни сталкивается с проблемой бесплодия (В.И. Кулаков, 2003). Бесплодный брак – это уникальная ситуация, когда болезнь может поражать обоих супругов (ВОЗ, 1997).

Быстрое, четкое и правильное установление причины отсутствия беременности в браке – главный этап, определяющий дальнейшую тактику и успех терапевтических мероприятий.

Врач в каждом конкретном случае должен использовать наиболее информативные методы исследования, позволяющие в максимально короткий период от-

ветить на вопрос о причинах бесплодия. Механическое и бездумное применение стандартных схем и программ обследования часто растягивает и усложняет процесс диагностики, больные теряют время, снижаются шансы на положительное решение их проблем.

Бесплодие определяется как отсутствие беременности у женщин репродуктивного возраста в течение более 1 года регулярной половой жизни без контрацепции.

Бесспорным является то, что зачатие – это процесс, в котором участвуют оба супруга, причем доля мужских и женских причин бесплодия приблизительно равна, поэтому обследование необходимо проходить супружеской паре. По данным К.П. Фалеева (2005), бесплодие в браке обусловлено патологией репродуктивной системы женщины в 35,5 % случаев, репродуктивной системы мужчины в 22,6 % и обоих супругов в 41,9 %.

---

\* [nauch2@ipkszh.khv.ru](mailto:nauch2@ipkszh.khv.ru)

Среди основных факторов женского бесплодия выделяют трубно-перитонеальное, эндокринное, а также эндометриоз-ассоциированное бесплодие. У 58 % пациенток встречается несколько факторов бесплодия.

#### Комплекс обследования больных с бесплодием:

1. Сбор анамнеза.
2. Клиническая оценка фертильности (осмотр, массо-ростовой индекс Брея, индекс ОТ/ОБ, степень оволосения по шкале Ферримана – Голвея, степень развития молочных желез по шкале Таннера, гинекологический осмотр).
3. Тесты функциональной диагностики, тест на овуляцию.  
Гормональное обследование: на 3–5-й день – лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), пролактин (Прл), эстрадиол, гормон Т, 17-гидроксипрогестерон (17-ОП), дегидроэпиандростерон, кортизол, тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин, трийодтиронин; на 21–23-й день (на 5–7-й день после овуляции) – прогестерон.
4. Толерантность к глюкозе, спектр липидов в крови (по показаниям).
5. Спермограмма.
6. Посткоитальный тест (проба Шуварского в периовуляторный период).
7. Определение антиспермальных антител.
8. Совместимость супругов по HLA-системе (DRB1, DGA1, DGD1) (по показаниям).
9. УЗИ малого таза и других органов (по показаниям).
10. Исследования на генитальные инфекции, в том числе инфекции, передающиеся половым путем.
11. Гистеросальпингография.
12. Гистероскопия и прицельная биопсия эндометрия (по показаниям).
13. КТ, ЯМР (по показаниям).
14. Консультация генетика (по показаниям).
15. Консультация маммолога, маммография (по показаниям).
16. Консультация эндокринолога (по показаниям).  
Гемостазиограмма, ВАК, кардиолипиды, полиморфизм генов гемостаза (по показаниям).
17. Консультация терапевта (по показаниям).
18. Кольпоскопия (по показаниям).
19. Лапароскопия (по показаниям).

#### Сбор анамнеза

Сбор анамнеза служит отправной точкой, определяющей направление дифференцированного обследования. При сборе анамнеза направленно собирается информация, позволяющая идентифицировать многие факторы женского бесплодия.

Выясняются длительность бесплодия, количество и исход предыдущих беременностей, осложнения после завершения беременности, применение методов контрацепции. Перенесенные заболевания, оперативные вмешательства на органах брюшной полости (аппендэктомия) и малого таза могут указывать на наличие спаечного процесса. Необходимо расспрашивать пациентку о перенесенных воспалительных заболеваниях гениталий (ВЗГ), заболеваниях, передающихся половым путем (ЗППП), так как они могут быть причиной нарушения проходимости маточных труб.

Немаловажным является течение беременности у матери. Длительное лечение угрозы прерывания беременности гормональными препаратами может сформировать эндокринную форму бесплодия у дочери. Тяжелые формы гестоза, перенесенные во время беременности инфекционные заболевания, также могут привести к врожденной дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у девочки.

Важно расспросить пациентку о том, как протекал препубертатный и пубертатный периоды, в какой последовательности развивались вторичные половые признаки: рост молочных желез (телархе), появление оволосения на лобке и в подмышечных впадинах (пубархе, адренархе). Преждевременное адренархе может свидетельствовать о дисфункции коры надпочечников.

Анамнез менструальной функции должен быть собран максимально скупulously. При наличии болевого синдрома следует отмечать интенсивность, локализацию и характер болей, их связь с менструальным циклом, половым актом. Усиление интенсивности болей в предменструальном периоде, наличие болезненных менструаций, диспареунии могут косвенно свидетельствовать об эндометриозе.

При выяснении анамнеза заболевания указывается, когда больная впервые обратилась по поводу бесплодия, ранее проведенное обследование и лечение, использование различных медикаментов и продолжительность их применения (табл. 1).

Таблица 1

#### Особенности влияния медикаментозных препаратов на менструальную функцию

Тип лекарства	Побочное влияние
<b>Цитотоксическая терапия</b>	При длительном применении вызывает аменорею и ановуляцию
<b>Стероидные гормоны</b>	Оральные контрацептивы, конъюгированные эстрогены, прогестогены могут повышать уровень пролактина
<b>Нейролептики</b>	Фенотиазины, бутирофенозоны, пимозид могут вызывать повышение пролактина
<b>Антидепрессанты</b>	Трициклические и моноаминовые антидепрессанты вызывают нарушение секреции пролактина
<b>Гипотензивные средства</b>	Резерпин и митиндол могут вызывать гиперпролактинемия

**Взаимосвязь данных анамнеза, выявленных при опросе, с некоторыми факторами женского бесплодия**

Данные анамнеза	Факторы бесплодия
Аборты, послеродовые и послеабортные осложнения, диагностические выскабливания	Трубный, внутриматочный, перитониаальный, цервикальный
Внематочная беременность	Трубный, перитониаальный
Операции на органах брюшной полости и малого таза, осложненное течение послеоперационного периода	Трубный, перитониаальный, внутриматочный
Воспалительные заболевания органов малого таза, ЗППП	Трубный, внутриматочный, перитониаальный, цервикальный, овуляторные расстройства
Кольпит, цервицит, эрозия шейки матки	Цервикальный
Методы контрацепции (ВМК, КОК), продолжительность их применения	Внутриматочный, овуляторные расстройства
Медикаментозное лечение с использованием цитостатиков, психофармакологических средств, лучевая терапия	Овуляторные расстройства
Эндокринные заболевания	Овуляторные расстройства
Туберкулез	Трубный, внутриматочный
Наследственные заболевания	Генетическая патология, анатомические нарушения
Вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики)	Овуляторные расстройства
Отклонения в становлении менархе	Овуляторные расстройства

Взаимосвязь данных анамнеза с формированием определенных факторов женского бесплодия представлены в табл. 2.

Клиническая оценка фертильности: клинико-инструментальные, лабораторные и специальные методы обследования.

**Внешний осмотр**

Обращается внимание на рост, массу тела, величину индекса Брея (идеальная масса тела – масса/рост<sup>2</sup>), который в норме не должен превышать 26, определяют тип телосложения (женский, мужской, евнухоидный), наличие багровых полос растяжения на коже (стрии), гиперпигментации трущихся поверхностей (негроидный акантоз); измеряется отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ), которое не должно быть более 0,83. Степень оволосения оценивается по шкале D. Ferriman, J. Galwey, степень развития молочных желез – по шкале Таннера. Описывается характер и степень выделений из молочных желез.

О возможных генетических отклонениях при осмотре нередко свидетельствуют стигмы, крыло-видные складки на шее, высокое аркообразное небо, вальгусная девиация локтевых суставов и т. д. Избыточное оволосение (более 7 баллов по шкале Ферримана – Голвея), наличие акне, жирной кожи, мужского типа морфограммы свидетельствуют о гиперандрогении; ожирение и стрии – о гипоталамических нарушениях. Верхний тип ожирения, увеличение ОТ/ОБ, негроидный акантоз являются одними из признаков метаболического синдрома, связанного с инсулинорезистентностью. Наличие евнухоидного телосложения, недоразвития молочных желез, скудного полового оволосения говорят о задержке полового развития (гипогонадизме), а при низком росте и наличии генетических стигм может иметь место дисгенезия гонад.

Взаимосвязь между выявленными при осмотре отклонениями и вероятными причинами бесплодия представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Вероятные причины бесплодия, выявленные при общем осмотре**

Выявленные отклонения при общем осмотре	Вероятные причины бесплодия
Ожирение: ИМТ > 30; ОТ/ОБ > 0,83	Овуляторные расстройства на фоне эндокринных нарушений
Дефицит массы тела: ИМТ < 18	Овуляторные расстройства на фоне эндокринных нарушений
Евнуховидный тип телосложения	Гипофункция яичников в пубертатном периоде, овуляторные расстройства



Мужской тип телосложения	Гиперандрогения в пубертатном периоде, овulatoryные расстройства
Диспропорциональность, наличие дисплазий и дистрофий	Генетические аномалии, нарушения дифференцировки в эмбриональном периоде (анатомические дефекты, овulatoryные расстройства)
Повышенное оволосение, акне, повышенная сальность, выраженная пористость кожи	Гиперандрогения, овulatoryные расстройства
Стрии (особенно у нерожавших женщин)	Метаболические нарушения, овulatoryные расстройства
Галакторея	Гиперпролактинемия, овulatoryные расстройства

### Гинекологический осмотр

При гинекологическом осмотре возможно выявление пороков развития матки и влагалища.

### Подтверждение овуляции

Эндокринные формы бесплодия всегда связаны с ановуляцией и часто сопровождаются нарушениями менструальной функции по типу олиго- и аменореи. Вместе с тем достаточно часто нарушения овуляции могут иметь место при регулярном ритме менструаций. При сохраненном ритме менструаций главная задача врача-гинеколога – подтверждение овуляторности менструального цикла. Существуют различные методы диагностики овуляции. Они основаны на учете циклических гормональных и морфологических изменений, происходящих в женском организме.

К традиционным методам относятся тесты функциональной диагностики – это оценка параметров цервикальной слизи и базальная температура. Измерение базальной температуры проводится в течение 2–3 циклов. О нормальной функции яичников свидетельствует 2-фазная температурная кривая, выявляющая подъем ректальной температуры по отношению к показателю в I (фолликулиновой) фазе на 0,5–0,6 °С и снижение на 0,2–0,3 °С в день овуляции на фоне нормальных по продолжительности циклов и их обеих фаз. Короткая, около 7 дней, I фаза и отсутствие колебаний температуры (36,8–36,9 °С) может свидетельствовать об исходной гипозестрогении и вторичной недостаточности лютеиновой фазы.

Существенными недостатками этих методов является их низкая информативность и высокий процент ошибок. Искажение данных базальной температуры возникает в связи с множеством факторов: различные острые и хронические заболевания, запоры, беспокойный сон, прием алкоголя, горячее питье и т. п. Как свидетельствуют данные литературы, у 22 % женщин с нормальным гормональным профилем повышения базальной температуры не наблюдается, несмотря на наличие овуляций; в 10 % случаев показатели базальной температуры трудно интерпретировать.

Ультразвуковой мониторинг с использованием трансвагинального датчика – это надежный метод наблюдения за ростом и созреванием фолликула, однако, с точки зрения определения дня овуляции, он способен лишь констатировать факт, свидетельствующий о том, что она уже свершилась. Кроме того, он требует неоднократного посещения врача и связан с использованием дорогостоящей аппаратуры.

В настоящее время в этих целях наиболее информативным и удобным считается «домашний» тест на овуляцию, основанный на выявлении «предовulatoryного» выброса ЛГ, определяемого в моче. Методика проведения теста проста и удобна. Исследование продолжается ежедневно до получения положительного результата. Тест оказывается положительным в день овуляторного выброса ЛГ в кровь. Тест позволяет не только достоверно судить об овуляторности цикла или ановуляции, но и точно установить время ожидаемой овуляции и вычислить наиболее фертильные дни, что очень важно при проведении мероприятий в программе обследования и лечения бесплодной пары (искусственное осеменение спермой донора или мужа, активный коитус, посткоитальный тест).

### Ультразвуковое исследование

Для контроля за ростом фолликула, овуляцией и изменениями толщины эндометрия, оценки кровотока в яичниках и матки проводят УЗИ-контроль в динамике на 5–7-й день (середина фолликулярной фазы), 14–16-й день (предовulatoryный период) и 22–24-й день (середина лютеиновой фазы). Во время ультразвукового исследования обязательно должна проводиться оценка кровотока в яичниках, миометрии, эндометрии.

При подозрении на эндометриоз тела матки эхокопия наиболее информативна в предменструальном периоде.

УЗИ молочных желез используется в качестве неинвазивного скринингового метода обследования женщин с бесплодием с целью исключения опухолевых образований перед гормональной терапией эндокринного бесплодия или началом использования индукторов суперооуляции в лечебных циклах ЭКО (вспомогательные репродуктивные технологии).

### Оценка спермограммы, определение совместимости спермы и шеечной слизи

В связи с высокой частотой мужского бесплодия обязательным является исследование спермы.

Исследование спермы всегда проводится до постановки посткоитального теста (ПКТ). Проведение ПКТ показано лишь при отсутствии отклонений в спермограмме. Исследование свойств шеечной слизи осуществляется параллельно с оценкой результатов ПКТ.

### Спермограмма

При исследовании спермы определяют количество содержащихся в ней сперматозоидов, их подвижность, особенности морфологии, показатели се-

менной жидкости (вязкость, pH, число лейкоцитов в 1 мл), а также объем эякулята.

Объем эякулята у мужчин, способных к оплодотворению, колеблется от 2 до 5 мл. Общее число сперматозоидов в эякуляте составляет не менее 50 млн (концентрация  $> 20,0 \times 10^6/\text{мл}$ ).

Лейкоциты обычно присутствуют в сперме в концентрации менее  $1 \times 10^6/\text{мл}$ . Увеличение их содержания в сперме, а также присутствие в ней бактерий свидетельствует о наличии воспалительного процесса половых путей. Определение pH эякулята позволяет уточнить локализацию воспалительных очагов урогенитальной сферы. В нормальном свежем эякуляте pH колеблется от 7,7 до 7,8, составляя в среднем 7,4. При воспалительном процессе в предстательной железе и семенных пузырьках pH может повышаться. Снижение pH позволяет заподозрить закупорку выводных протоков семенных пузырьков (табл. 4).

**Таблица 4**  
**Нормальные показатели спермы**

Параметры	Значения
Объем	2 мл и более
pH	7,2–7,8
Вид и вязкость	нормальные
Разжижение	менее 60 мин.
Лейкоциты	менее $1 \times 10^6/\text{мл}$ и более
Флора	отсутствует или менее $10^3$ КОЕ/мл
Концентрация	$20 \times 10^6/\text{мл}$ и более
Подвижность	25 % категории «а» и более или 50 % категории «а + b»
Морфология	50 % и более нормальных
Жизнеспособность	75 % и более от общего числа подвижных
Агглютинация	отсутствует
МАР-тест	менее 10 % подвижных сперматозоидов, покрытых антителами

#### Посткоитальный тест

Посткоитальный тест назначают в перiovуляторном периоде при цервикальном числе не менее 10. Перед проведением ПКТ партнеры должны воздерживаться от половой жизни 2–3 дня. Продвигающиеся вперед сперматозоиды могут быть обнаружены в цервикальной слизи в интервале 10–150 минут после коитуса, после чего наблюдается прогрессирующее снижение их числа. ПКТ проводят обычно через 2,5 часа после коитуса. Тест оценивается как положительный при наличии 10 и более сперматозоидов с активно-поступательным движением в поле зрения, как сомнительный – при менее 10 подвижных сперматозоидов с движением вперед, как отрицательный – при отсутствии сперматозоидов в слизи либо их на-

личии в неподвижном состоянии или совершающими маятникообразные движения.

Сомнительные и отрицательные результаты ПКТ позволяют предположить наличие антиспермальных антител (АСАТ), т. е. иммунологический фактор бесплодия.

Следует учитывать, что неудовлетворительный ПКТ регистрируется при измененных свойствах цервикальной слизи, что связано:

1) с неправильным выбором времени исследования – проведенный слишком рано или поздно относительно для овуляции. ПКТ может быть отрицательным даже у женщин с нормальной репродуктивной функцией (физиологическая причина);

2) с заболеваниями репродуктивной системы, отражающимися на свойствах цервикальной слизи (патологические причины).

Поэтому при интерпретации данных ПКТ всегда учитываются результаты исследования свойств шеечной слизи.

#### Исследование свойств шеечной слизи

Оценку шеечной слизи рекомендуется проводить по 15-балльной шкале В.И. Грищенко и Ф.В. Дахно (1983). Результат 10 баллов и менее указывает на неблагоприятные свойства шеечной слизи (табл. 5). Причинами таких отклонений могут быть воспалительные процессы в нижних отделах половых органов и гипоэстрогения при первичной или вторичной яичниковой недостаточности.

**Таблица 5**  
**Критерии оценки качества шеечной слизи**  
**(по В.И. Грищенко, Ф.В. Дахно, 1983)**

Характеристика определяемого параметра	Количество баллов	
Количество слизи	0,1 мл и менее	0
	0,2–0,5мл	1
	0,6– 1,0мл	2
	более 1,0мл	3
Вязкость	предменструальная слизь	0
	промежуточный тип	1
	слабая вязкость	2
	овуляторная слизь	3
Растяжимость	менее 1 см	0
	1–4 см	1
	5– 8 см	2
	9 см и более	3
Количество клеток в поле зрения	более 11	0
	6–11	1
	1–5	2
	0	3
Кристаллизация	нет (–)	0
	слабая (+–)	1
	умеренная (+)	2
	выраженная (++)	3

*Итоговая оценка:*

11–15 баллов – нормальное количество слизи;

6–10 баллов – слизь сомнительного качества;

0–5 баллов – слизь плохого качества.

Воспалительный фактор как причина изменений физико-химических свойств цервикальной слизи ис­ключается по данным кольпоскопии и микроскопического исследования отделяемого влагалища.

Поскольку изменения свойств шеечной слизи, обусловленные гормональными нарушениями, всегда сочетаются с другими проявлениями эндокринного бесплодия, больным с описываемыми отклонениями следует проводить углубленное исследование гормонального статуса.

На пенетрационную способность сперматозоидов могут также влиять рН содержимого влагалища и шеечной слизи. Для миграции сперматозоидов и их выживаемости в шеечной слизи оптимальными являются показатели рН в пределах 7–8,5, которые наблюдаются в период овуляции. Кислая реакция слизи (рН ниже 7) резко нарушает пенетрационную способность сперматозоидов, а резко щелочная (рН выше 8,5) вызывает «щелочной шок», обуславливающий их быструю гибель.

#### **Исследование проходимости маточных труб и состояния матки**

Скрининговым исследованием, оценивающим состояние матки и маточных труб, является гистеросальпингография, которая проводится на 6–7 день менструального цикла.

Следует отметить, что в 30–40 % случаев наблюдается несоответствие представленного рентгенологического описания с картиной, полученной при последующей лапароскопии. Это можно объяснить рефлекторным спазмом гладкой мускулатуры труб во время исследования.

Таким образом, после предварительного клин­ико-анамнестического анализа состояния пациентки и оценки данных скрининговых методов исследования врач определяет ведущую причину бесплодия и дальнейший наиболее оптимальный и короткий путь специального обследования.

#### **Методы углубленного специализированного обследования**

##### **Специализированная диагностика иммунологического бесплодия, связанного с наличием антиспермальных антител**

В настоящее время описано много методик для выявления АСАТ – микроагглютинационный тест Фриберга, спермиммобилизационный тест Изоджима, реакция непрямой иммунофлюоресценции по Хьерту и другие, позволяющие определять АСАТ в различном исследуемом материале: сыворотке крови обоих супругов, плазме спермы и экстракте из шеечной слизи. Это позволяет с одинаковым успехом диагностировать как женское, так и мужское бесплодие, обусловленное гиперпродукцией АСАТ.

##### **Специализированная диагностика внутриматочной патологии**

Для окончательного выяснения характера внутриматочной патологии используется гистероскопия (ГС), дополняемая при необходимости гистологическим исследованием соскоба эндометрия.

Показания к диагностической ГС:

дисфункциональные маточные кровотечения;

все варианты эндокринного бесплодия, т. е. нарушения менструальной овуляторной функции;

внутриматочная патология, установленная по данным гистеросальпингографии и УЗИ матки.

ГС позволяет детально рассмотреть внутреннюю поверхность матки и устья маточных труб, что делает возможным выявление внутриматочных синехий и пороков развития матки, гиперплазии и полипов эндометрия, субмукозных миоматозных узлов и аденомиоза.

Состояние эндометрия зависит не только от уровня стероидных гормонов, но и от состояния рецепторного аппарата эндометрия.

Основными видами функциональных изменений эндометрия (G. Dallenbach-Hellweg, 1981) являются:

Неравномерное отторжение, или задержавшаяся секреция – патологическое состояние, которое наблюдается при персистенции неполноценного желтого тела.

Неравномерное созревание эндометрия – гистологически определяемое в середине менструального цикла, вызывается теми же причинами, что и неравномерное отторжение, то есть персистенцией неполноценного желтого тела.

Вялая регенерация и отстающая пролиферация эндометрия возникают при наличии неполноценного фолликула. При этом в большинстве случаев наблюдаются ановуляторные циклы. Лишь у некоторых больных происходит овуляция, однако образующееся желтое тело в функциональном отношении неполноценное.

Отстающая пролиферация эндометрия – развивается при персистенции фолликула.

Неадекватная секреция эндометрия – наблюдается при персистенции фолликула. Данная патология встречается достаточно часто. Спорадически она наблюдается в норме, и частота ее возрастает с увеличением возраста женщины.

##### **Специальные методы диагностики эндокринных форм бесплодия**

В структуре бесплодного брака эндокринное женское бесплодие занимает значительную часть – около 30–40 % и характеризуется полиморфностью клинических и лабораторных проявлений. Однако существует единственный признак, объединяющий все формы эндокринного бесплодия – это ановуляция. Прежде чем выбрать адекватные и эффективные методы, восстанавливающие овуляцию и приводящие к успешной реализации репродуктивной функции, необходимо четко оценить уровень повреждения и функциональные

резервы репродуктивной системы, то есть выделить клинико-патогенетические формы нарушения.

#### **Выделение клинико-патогенетических форм эндокринного бесплодия**

На фоне аменореи или на 3–5-й день менструации, или вызванной менструальноподобной реакцией определяют концентрации ЛГ, ФСГ, тестостерона, пролактин, кортизола, эстрадиола, 17-оксипрогестерона, дегидроэпиандростерона, ТТГ, тироксина, трийодтиронина радиоиммунологическим методом. Однако однократное определение концентрации этих гормонов однозначно позволяет выделить лишь единственную форму нарушения – яичниковую недостаточность, обусловленную отсутствием (синдром преждевременного истощения яичников) или резистентностью (синдром резистентных яичников) фолликулярного аппарата в яичниках. При этой ситуации гонадотропины ЛГ и ФСГ высокие, эстрадиол низкий или в пределах базальных уровней, концентрации других гормонов в пределах нормальных значений. Эти больные в большинстве случаев имеют вторичную аменорею, реже – первичную или олигоменорею, правильный женский тип телосложения, у части из них отмечаются «приливы». Этим пациенткам необходимо обязательное определение кариотипа с целью исключения чистой формы дисгенезии гонад с наличием Y-хромосомы в кариотипе.

Следующую группу больных составляют пациентки с гипоталамо-гипофизарной недостаточностью (ГГН), имеющие низкие концентрации гонадотропинов и эстрадиола в плазме крови при нормальных значениях других гормонов. Одна треть женщин данной группы самостоятельно не менструирует, у двух третей возможны 2–5 самостоятельных менструаций. Клинически пациентки характеризуются высоким ростом, диспропорциональным или евнухоидным типом телосложения, гипоплазией вторичных половых признаков, наружных и внутренних половых органов.

Следующую группу больных составляют пациентки с гиперпролактинемией.

Для диагностики функциональной гиперпролактинемии и пролактиномы гипофиза широко применялась диагностическая проба (И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 1985, Del Pozo E. et al., 1980, M. Abrahamson et al., 1987).

#### **Проба с церукалом**

После определения исходного уровня пролактина в/в вводится церукал 10 мг и через 1–2 часа вновь определяется уровень пролактина. У здоровых женщин отмечается увеличение Прл в 7–10 раз; при функциональной гиперпролактинемии – ослабленная реакция; при пролактиноме гипофиза – Прл не меняется.

В настоящее время применение ядерно-магнитного резонанса и компьютерной томографии достаточно четко позволяет выявлять опухоли гипофиза.

Вероятно, разделение гиперпролактинемии на функциональную и органическую можно считать

условным и зависящим от разрешающей способности диагностической техники.

Вторичная гиперпролактинемия может наблюдаться при гипотиреозе и синдром поликистозных яичников (СПКЯ). В этих случаях необходима тщательная дифференциальная диагностика и определение основной причины нарушения. Гипотиреоз-амеменорея-галакторея-гиперпролактинемия (синдром Ван-Вика – Росса – Генеса) диагностируется на основании жалоб больной и лабораторных показателей, указывающих на гипопункцию щитовидной железы (концентрации ТТГ, Т3, Т4 в плазме крови).

При СПКЯ умеренное повышение пролактина сочетается с характерными клиническими и лабораторными признаками этого состояния: олигоменорея, гирсутизм, гиперандрогения, повышение индекса соотношения ЛГ/ФСГ, ультразвуковые и лапароскопические признаки поликистозных яичников.

Наиболее многочисленную и сложную группу для дифференциальной диагностики и последующего лечения представляют больные с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), составляющие более половины всех форм эндокринного бесплодия. Гиперандрогения – одно из наиболее частых проявлений СПКЯ (73 %). Ряд исследователей выделяют гиперандрогению как самостоятельную нозологическую форму (Т.В. Овсянникова и соавт., 1995, Хейфец С.Н., Иванов Е.Г., 1995), обуславливающую ановуляцию и бесплодие.

Синдром поликистозных яичников – это диагноз исключения других форм гиперандрогении.

Необходимо исключить:

- идиопатический гирсутизм;
- врожденную дисфункцию коры надпочечников;
- гиперпролактинемический гипогонадизм;
- первичный гипотиреоз;
- вирилизующая опухоль надпочечников или яичников;
- тотальный гиперкортицизм.

Согласно Роттердамскому консенсу с 2003 года были приняты международные критерии СПКЯ:

- Нарушения менструального цикла (олигоменорея, ановуляторные циклы);
- Клинические и/или биохимические признаки гиперандрогении (общий Т, свободный Т, дегидроэпиандростерон сульфат);
- УЗИ критерии СПКЯ.

Диагноз «СПКЯ» может быть выставлен не только при классическом течении (полная триада), но и при наличии двух из трех признаков («неклассические» дуэты):

- сочетание менструальной дисфункции с гиперандрогенией, но отсутствуют УЗИ-признаки СПКЯ («квази-американский» тип);
- сочетание менструальной дисфункции с УЗИ-признаками СПКЯ, но нет клинических и биохимических признаков гиперандрогении (так называемая «безгирсутная» форма);



– сочетание гиперандрогении с УЗИ-признаками СПКЯ на фоне регулярного овуляторного цикла (так называемый легкая «овуляторная» форма СПКЯ, неполноценность желтого тела).

– УЗИ критерии СПКЯ (на 3–5-й дни цикла):

- объем яичников более 10 ( $V = \text{высота} \times \text{длина} \times \text{ширина} / 2$ );
- на одном «срезе» больше 10 фолликулов;
- наличие утолщенной капсулы (не обязательный признак).

Большинство исследователей рассматривает сегодня СПКЯ как эндокринное заболевание, тесно связанное с инсулинорезистентностью (ИР) и компенсаторной гиперинсулинемией (ГИ). В 1988 г. G. Reaven впервые высказал предположение о том, что ИР и компенсаторная ГИ играют основную роль в развитии синдрома совокупности метаболических нарушений. Он назвал его «синдромом X». В настоящее время наиболее часто употребляют термин «метаболический синдром», или «синдром инсулинорезистентности».

Инсулинорезистентность – ключевое звено, в патофизиологии СПЯ. ИР усиливает симптомы и признаки заболевания, а также ассоциируется с рядом метаболических нарушений и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ГИ и ИР выявлялись при СПЯ как при избыточной, так и при нормальной массе тела. Была выявлена прямая зависимость между уровнями инсулина и андрогенов и сделано предположение, что причиной гиперандрогении может быть ГИ, а не наоборот (R.L. Barbieri, K.J. Ryan, 1983, R.J. Chang, R.M. Makamura, H.L. Judd et al., 1983). Инсулин стимулирует продукцию андрогена тека-клетками, усиливает ответ тека-клеток и стромы на гонадотропины, помимо этого при гиперинсулинемии снижен сексстероидсвязующий глобулин.

#### **Определение нарушенной толерантности к глюкозе:**

Подготовка (на свободном режиме питания):

1. Голодная пауза 20 часов (последний прием пищи накануне).

2. В 8–9 часов утра забор крови из пальца, затем прием 75 г глюкозы, разведенной в 200 мл чистой воды, ровно через 2 часа повторный забор крови.

Сахар натощак < 5,5 ммоль/л и после нагрузки < 7,8 ммоль/л – норма.

Сахар натощак 5,5–6 ммоль/л и после нагрузки 7,8–11 ммоль/л – инсулинорезистентность.

Сахар натощак > 6,1 ммоль/л и после нагрузки > 11 ммоль/л – сахарный диабет.

#### **Диагностическая лапароскопия**

Диагностическую лапароскопию проводят:

– для уточнения причин и уровня окклюзии маточных труб при получении сомнительных результатов гистеросальпингографии (через 1–3 месяца). Лапароскопию целесообразно сочетать с хромотубацией;

– при подозрении на перитонеальную форму бесплодия и эндометриоз (назначается всем обследуемым в обязательном порядке);

– пациенткам, у которых с помощью методов обязательного обследования не удалось идентифицировать очевидные причинные факторы бесплодия (больные с предварительным диагнозом бесплодия неясного генеза);

– женщинам с достоверно установленным диагнозом эндокринного бесплодия лапароскопию проводят через 1 год безуспешной гормональной терапии, так как отсутствие беременности в эти сроки при адекватно подобранном лечении (обеспечивавшем восстановление овуляторной функции) свидетельствует о сочетанных факторах бесплодия.

Лапароскопия позволяет не только точно определять патологические изменения органов малого таза, обусловивших бесплодие, но также делает возможной малотравматическую коррекцию выявленных нарушений (разделение спаек, коагуляция очагов эндометриоза, удаление кист яичников, консервативная миомэктомия).

#### **Специализированные исследования при уточнении причин бесплодия неясного генеза**

Бесплодие неясного генеза предварительно диагностируется на основе отсутствия отклонений при проведении обязательных исследований, т. е. при подтверждении проходимости маточных труб (по данным ГСГ), отсутствии признаков маточной патологии (по данным ГСГ и УЗИ матки) и изменений в спермограмме партнера, положительном ПКТ и регулярных овуляторных циклах.

Для подтверждения этого диагноза далее рекомендуется произвести ряд дополнительных специализированных исследований, в ходе которых предоставляется возможность идентифицировать причину бесплодия. В первую очередь у больных с предварительно установленным бесплодием неясного генеза производится диагностическая лапароскопия, при которой возможно выявление трубной непроходимости или малых форм эндометриоза с различной локализацией эндометриоидных гетеротопии. Параллельно уточняется состояние эндометрия (гистероскопия и биопсия эндометрия с его последующим гистологическим исследованием). При отсутствии отклонений от нормы при лапароскопии повторно производится полное гормональное обследование, исследуется гемостаз, волчаночный антикоагулянт, кардиолипиды, полиморфизм генов гемостаза, определяется совместимость супругов по HLA-системе.

При обследовании пациенток с предварительно установленным диагнозом бесплодия неясного генеза целесообразно также оценивать состояние психоэмоциональной сферы с привлечением консультантов-невропатологов, а также электроэнцефалографического обследования.

## Список литературы

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В. И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 561 с.
2. Дуриян, Э. Р. Патогенез, дифференциальная диагностика и принципы лечения гиперандрогении / Э. Р. Дуриян, Г. В. Байбарина // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 2. – С. 62–64.
3. Ероян, Л. Х. Перинатальные исходы у пациенток после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов / Л. Х. Ероян, М. А. Курцер, К. В. Краснополянская // *Акушерство и гинекология*. – 2003. – № 3. – С. 60–61.
4. Краснополянская, К. В. Эффективность экстракорпорального оплодотворения у пациенток с синдромом поликистозных яичников и яичниковой гиперандрогенией / К. В. Краснополянская, Д. И. Кабанова, А. С. Калугина // *Акушерство и гинекология*. – 2003. – № 2. – С. 57–59.
5. Кулаков, В. И. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия / В. И. Кулаков, И. Е. Корнеева // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 3. – С. 56–59.
6. Марченко, Л. А. Преждевременная недостаточность функции яичников: патогенез, диагностика и заместительная гормональная терапия / Л. А. Марченко, Г. В. Тагиева, Л. М. Ильина // *Гинекология*. – 2004. – Т. 6, № 6. – С. 315–319.
7. Мишиева, Н. Г. Бесплодие у женщин позднего репродуктивного периода: принципы диагностики и лечения в зависимости от овариального резерва: дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. – М., 2008. – 306 с.
8. Мишиева, Н. Г. Диагностика и лечение гиперинсулинемии у больных с синдромом поликистозных яичников / Н. Г. Мишиева, Т. А. Назаренко, Н. Д. Фанчеко // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 3. – С. 21–25.
9. Назаренко, Т. А. Ановуляторное бесплодие у женщин: методы и схемы индукции овуляции / Т. А. Назаренко, Э. Р. Дуриян, Н. А. Зыряева // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 2. – С. 58–61.
10. Назаренко, Т. А. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин / Т. А. Назаренко, Э. Р. Дуриян, С. Г. Перминова // *Гинекология*. – 2002. – Т. 6. – С. 323–325.
11. Овсянникова, Т. В. Восстановление менструально-репродуктивной функции у пациенток с ожирением / Т. В. Овсянникова, И. Н. Соловьева // *Гинекология*. – Т. 6, № 5. – С. 237–241.
12. Овсянникова, Т. В. Эндокринное бесплодие у женщин при гиперпролактинемии // *Гинекология*. – 2004. – Т. 6, № 3. – С. 121–123.
13. Особенности липидного спектра крови у больных с синдромом поликистозных яичников / Г. Е. Чернуха, Н. В. Перова, Л. Г. Валугева и др. // *Проблемы репродукции*. – 2003. – № 1. – С. 34–39.
14. Прилепская, В. Н. Ожирение в практике акушера-гинеколога // *Акушерство и гинекология*. – 2003. – № 1. – С. 59–60.
15. Применение агониста гонадотропин-релизинг-гормона диферелина при бесплодии / Б. В. Леонов, В. И. Кулаков, И. Е. Корнеева, В. Ю. Смольникова // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 2. – С. 65–68.
16. Применение агониста рилизинг-гормона гонадотропинов для подготовки к программе индукции овуляции у пациенток с синдромом поликистозных яичников / Т. Н. Чечурова, Т. А. Назаренко, Э. Р. Дуриян, Д. М. Джабраилова // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 2. – С. 25–28.
17. Сухих, Г. Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 774 с.

# ФАРМАЦИЯ

УДК 616-009.7-085.21

## **Региональные аспекты самолечения боли по результатам анкетирования посетителей аптек и данным розничных продаж аптечных организаций**

**Я.А. Шамина\*, С.Ш. Сулейманов, Н.В. Абросимова**

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

**Y.A. Shamina, S.S. Suleymanov, N.V. Abrosimova**

**Zonal Aspects of Pain Self-Treatment according to the Results of Questioning among Drug-Store Visitors and Retail Sales of Pharmacy Organizations**

### **Резюме**

В работе исследованы распространенность и причины самолечения боли в режиме ответственного самолечения по результатам анкетирования посетителей аптек, выявлены предпочтения респондентов при выборе анальгетиков. Также определена структура потребления нестероидных противовоспалительных препаратов по данным розничных продаж аптечных организаций на региональном уровне.

**Ключевые слова:** боль, самолечение, нестероидные противовоспалительные препараты.

### **Summary**

Currency and reasons of pain self-treatment on the conditions of important self-treatment according to the results of questioning among drug-store visitors were surveyed, preferences of respondents when choosing analgesic were found out. Consumption pattern of NSA according to the data of retail sales of pharmacy organizations at a zonal level is identified.

**Key words:** pain, self-treatment, NSA.

Борьба с болью является одной из центральных проблем медицины, так как боль затрагивает различные аспекты жизнедеятельности человека, что создает в современном обществе ряд проблем медицинского, социального и экономического характера. Болевой синдром является одной из основных причин обращения пациента за медицинской помощью, количество таких обращений варьирует от 11,3 до 52 %, достигая в отдельных случаях 78 % (W. Cordell, 2002; А.П. Викторов, 2010).

Препаратами «первой линии», которые используются в качестве анальгетиков, являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Потребление группы НПВП постоянно растет, их принимает каждый седьмой пациент, страдающий ревматоидным артритом, и каждый пятый с другими патологическими состояниями, ассоциирующимися с болью, воспалением, лихорадкой. (Е.Г. Щекина, 2007). В США в 2000 г. было выписано 111 400 000 рецептов на НПВП, ежегодно в стране продается более 30 млрд таблеток безрецептурных препаратов этой группы. Более 58,5 млн упаковок НПВП в 2002 г. было продано в Италии. (Е.А. Ушкалова, 2006). По результатам проведенного исследования, в США 76 % опрошенных используют анальгетики в рамках ответственного самолечения и лишь 9 % по назначению врача (R. Paulose-

\* m260203@rambler.ru

Ran и соавт, 2003). Другой анализ показал, что 20 % американцев применяют анальгетики на постоянной основе, почти каждый день на протяжении месяца (R. Paulose-Ran и соавт., 2005).

Изучение розничных продаж анальгетиков-антипиретиков и противовоспалительных средств в шести странах Центрально-Восточной Европы позволило установить показатель DDD/1000 жителей/день в объемах 2007 г.: он составил 42,82–74,17, в среднем потребления НПВП выросло на 25,1 % за период 2002–2007 гг. (A. Inotai и соавт., 2010). В РФ представляются в основном данные маркетинговых исследований реализации НПВП в виде рейтингов продаж или отдельных исследований на примере единичных аптек (М.Ш. Хуцишвили, 2008).

#### Цель исследования

Изучение распространенности и причин самолечения болевого синдрома среди жителей Хабаровского края и Сахалинской области, анализ реализации НПВП в аптечных организациях для оценки рационального использования лекарственных препаратов населением Хабаровского края и Сахалинской области в рамках ответственного самолечения.

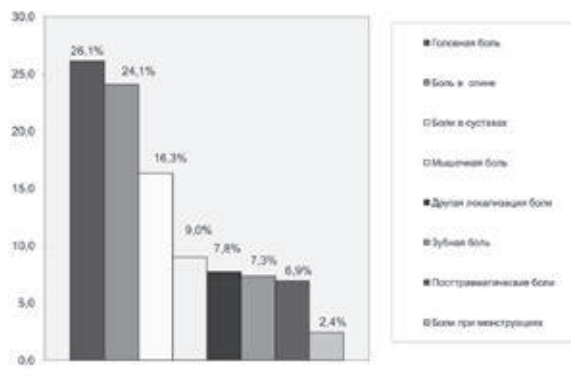
#### Материалы и методы

Проведено анкетирование 250 посетителей аптек Хабаровского края и Сахалинской области. Изучена реализация нестероидных противовоспалительных препаратов с помощью методологии ABC-анализа в натуральных показателях. Период исследования – 2010 г. Использовались отчетные данные 20 аптечных организаций Хабаровского края, Сахалинской области.

В течение 2010–2011 гг. были проанкетированы посетители аптечных организаций Хабаровского края и Сахалинской области (критериями исключения являлись медицинские и фармацевтические работники), из них 29,2 % – мужчины, 70,8 % – женщины. Средний возраст респондентов составил 47,8 года.

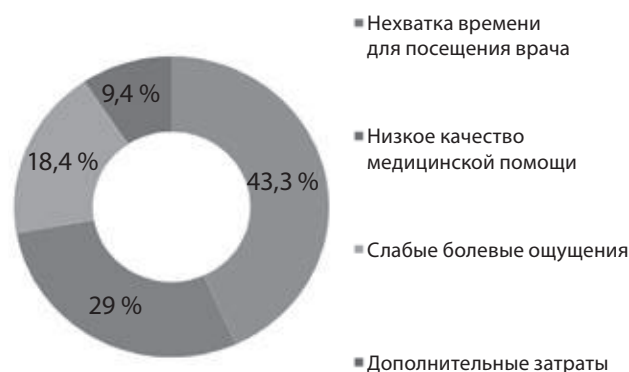
На вопрос «Часто ли Вы испытываете боль?» 81 человек (32,4 %) ответил «часто», 164 (65,6 %) – «редко», 5 (2 %) – «боли не испытывают».

Как показано на рис. 1, по распространенности виды боли распределились следующим образом: головная боль, боль в спине, боли в суставах, мышечная боль и т. д.



**Рис. 1. Распространенность боли по результатам анкетирования посетителей аптек**

По результатам исследования установлено, что лишь 19,2 % посетителей аптек приобретают анальгетики по назначению врача, а 80,8 % – в режиме самолечения. Основными причинами самолечения болевого синдрома названы: нехватка времени для посещения врача (43,3 %), низкое качество медицинской помощи в поликлинике (29 %), слабые болевые ощущения (18,4 %), дополнительные денежные затраты при обращении к врачу (назначения на исследования, требующие материальных затрат) (9,4 %) (рис. 2).



**Рис. 2. Причины самолечения болевого синдрома**

Приобретая обезболивающие лекарственные препараты (ЛП), 40 % респондентов основывают свой выбор на личном опыте, 32,2 % – на рекомендациях, когда-то данных врачом, 12,7 % – на рекомендациях фармацевтических работников, 9,4 % – исходя из стоимости лекарственного препарата, 3,7 % – на совете знакомых, 2 % – на рекламе в СМИ.

Основными критериями выбора ЛП для устранения боли 53,9 % опрошенных назвали эффективность, 27,3 % – безопасность, 13,9 % – быстроту наступления эффекта, 4,5 % – удобство применения.

Следует отметить, что 41,6 % опрошенных имеют сопутствующие заболевания, из которых 35,3 % составляет гипертоническая болезнь, 18,6 % – заболевания желудочно-кишечного тракта, 16,7 % – заболевания почек, 12,7 % – сахарный диабет, 6,9 % – бронхиальная астма, 1 % – заболевания печени.

Чаще всего для устранения головной боли респондентами (n = 206) использовались лекарственные препараты: цитрамон (24,8 %), метамизол натрия (14,1 %), ибупрофен и пенталгин Н (по 12,6 %), андипал (7,3 %), кеторолак (5,8 %), для купирования боли в спине (n = 182) предпочтения отдавались диклофенаку (32,4 %), кетопрофену (11,5 %), мелоксикаму и нимесулиду (по 9,3 %), кеторолаку (8,8 %), ибупрофену (6 %). При болях в суставах респонденты (n = 141) применяли диклофенак (33,3 %), нимесулид (23,4 %), кеторолак (11,3 %), мелоксикам (9,2 %), ибупрофен (8,5 %), индометацин (3,5 %), при мышечных болях (n = 76) – кетопрофен (30,3 %), ибупрофен (14,5 %), индометацин (7,9 %), кеторолак (3,9 %). Для устранения зубной боли (n = 106) 49,1 % респондентов использовали кеторо-



лак, 30,2 % – метамизол натрия, 11,3 % – пенталгин, 4,7 % – ибупрофен. Лекарственные препараты выбора при посттравматическом болевом синдроме (n = 46) – кеторолак и кетопрофен (по 26,1 %), метамизол натрия (10,9 %), ибупрофен (по 8,7 %), диклофенак (6,5 %). При менструальных болях (n = 57) 38,6 % респондентов использовали кеторолак, 10,5 % – метамизол натрия, 8,8 % – ибупрофен, 5,3 % – брал, 3,4 % – ацетилсалициловую кислоту.

Несмотря большую популярность и клиническую эффективность, НПВП относятся к группе ЛП, для которых характерны так называемые «фармакологические ножницы», то есть наряду с терапевтическим действием, они обладают серьезными побочными эффектами.

Побочные действия (ПД) при приеме НПВП испытали 4,5 % опрошенных респондентов, из них: 72,7 % приходится на диклофенак натрия, из которых 63,6 % проявлялись в виде болей в эпигастральной области, 9,1 % – диспепсическими расстройствами, по 9,1 % ПД приходится на кеторолак (отечность), метамизол натрия (сухость во рту), индометацин (аллергическая реакция – сыпь).

Вторым этапом нашего исследования стало изучение реализации НПВП на территории Хабаровского края и Сахалинской области по данным розничных продаж 20 аптечных организаций с помощью методологии ABC-анализа в натуральных показателях за период 2010 г. Анализ проводился по 19 международным непатентованным названиям ЛП, присутствовавших в исследуемых аптечных организациях.

Как видно из табл. 1, наибольший удельный вес среди НПВП в аптеках Хабаровского края занимают ацетилсалициловая кислота (АСК) (25,3 %), парацетамол (20,2 %), метамизол натрия (12,6 %) и ибупрофен (9,2 %). Лидерами продаж являются безрецептурные препараты, из которых ацетилсалициловая кислота и парацетамол традиционно применяются (в большинстве своем) на территории РФ для устранения лихорадки, а ацетилсалициловая кислота – еще и как антиагрегант. Метамизол натрия остается наиболее широко используемым анальгетиком, в отличие от многих зарубежных стран, где использование данного препарата давно запрещено. С одной стороны, медицинская этика и опыт зарубежных коллег требуют прекращения применения метамизола в медицинской практике, с другой – сведения о побочных эффектах анальгина в России практически не регистрируются. Последнее свидетельствует не о безопасности анальгина в России, а об отсутствии регистрации побочных явлений (Е.А. Ушкалова, 2003).

Из рецептурных препаратов в топ-10 вошли кеторолак (7,8 %), диклофенак (6,5 %), нимесулид (6,4 %), кетопрофен (5,1 %), мелоксикам (3,5 %), индометацин (1,1 %). Продажи целекоксиба, лорноксикама, ацеклофенака, пироксикама, фенилбутазона незначительны (0,1–0,3 %).

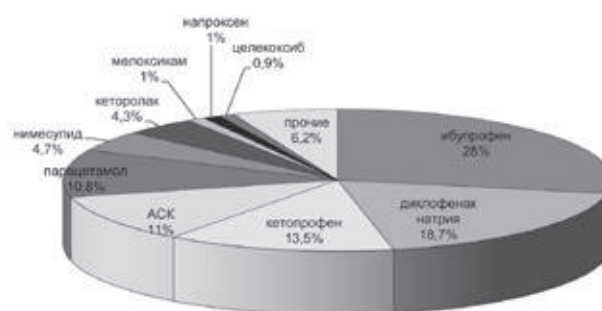
Если проводить сравнение по реализации НПВП за период с 2007 по 2010 г. по Хабаровскому краю, то,

**Таблица 1**  
**Реализация НПВП по данным аптечных организаций за 2010 г.**

МНН	Потребление НПВП в %, 2010	
	Хабаровский край	Сахалинская область
Ацетилсалициловая кислота	25,3	24,5
Ибупрофен	9,2	9,5
Метамизол натрия	12,6	13,8
Парацетамол	20,2	21,8
Диклофенак натрия	6,5	11,2
Индометацин	1,1	1,2
Кетопрофен	5,1	2,8
Кеторолак	7,8	7,1
Мелоксикам	3,5	0,3
Нимесулид	6,4	6,1

в общем, картина структуры потребления НПВП по розничным продажам принципиально не изменилась. Хотелось бы отметить увеличение продаж ибупрофена в 2,2 раза, мелоксикама в 1,3 раза, нимесулида в 1,2 раза по отношению к 2007 г., а также снижение использования метамизола натрия в 1,3 раза.

По данным розничного сегмента Сахалинской области за 2010 г., лидируют ацетилсалициловая кислота (24,5 %), парацетамол (21,8 %), метамизол натрия (13,8 %), ибупрофен (9,5 %), полученные результаты потребления безрецептурных препаратов дублируют данные по Хабаровскому краю. Среди рецептурных препаратов большой удельный вес занимает диклофенак натрия (11,2 %) что превышает продажи по Хабаровскому краю в 1,5 раза, кеторолак (7,1 %), нимесулид (6,1 %), снижена реализация мелоксикама – 0,3 %, что на 3,2 % меньше, чем по Хабаровскому краю.



**Рис. 3. Реализация НПВС препаратов в аптечной организации совместного предприятия Сахалинской области в 2010 г.**

В целом удельный вес данной фармакологической группы в структуре товарооборота аптечных организаций Хабаровского края и Сахалинской области значительно варьирует – от 3,01 до 10,9 %.

Одновременно проводились исследования по реализации НПВП в аптечной организации совместного предприятия (СП), расположенного в Сахалинской области, где разработаны стандарты оказания фармацевтической и медицинской помощи (Н.И. Елисеева, 2006). В деятельности аптеки СП практически исключены процессы самолечения, как рецептурные, так и ОТС-препараты (безрецептурные) назначаются врачом и отпускаются по рецепту врача.

Как показывают результаты исследования (рис. 3), значительную долю в реализации занимает ибупрофен (28 %), ацетилсалициловая кислота (11 %), парацетамол (10,8 %). Среди рецептурных препаратов диклофенак натрия (18,7 %), кетопрофен (13,5) %, нимесулид (4,7 %).

В большей степени, по сравнению с продажами аптек как Хабаровского края, так и Сахалинской области, используется целекоксиб, напроксен, практически полностью исключена терапия метамизолом натрия (0,2 %) и индометацином (0,3 %).

## Выводы

По результатам проведенного анкетирования населения Хабаровского края и Сахалинской области выявлено, что большая часть пациентов приобретает НПВП для купирования болевого синдрома в рамках самолечения, которое не соответствует существующим рекомендациям и нормативным документам Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Анализ потребления НПВП на примере розничных продаж аптечных организаций показал реализацию препаратов (метамизол натрия, индометацин, пироксикам), традиционно применяемых населением в рамках самолечения, но обладающих большим риском возникновения побочных действий и осложнений фармакотерапии, что отличается от международной практики применения обезболивающих препаратов.

В связи с распространением в России самолечения необходимо внедрять образовательные и контролируемые мероприятия по компетентному информированию и предоставлению объективной информации населению при выборе лекарственных препаратов.

## Список литературы

1. Елисеева, Н. И. Стандарты – важный элемент в совершенствовании качества аптечного обслуживания / Н. И. Елисеева, С. Ю. Мешалкина // Актуальные вопросы обслуживания и технологии. – Владивосток: Изд-во ДВГМУ, 2006. – С. 6.
2. Ушкалова, Е. А. Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства – новый взгляд на эффективность и безопасность // Фарматека. – 2006. – № 7(85). – С. 31–36.
3. Ушкалова, Е. А. Проблемы безопасности анальгина / Е. А. Ушкалова, А. В. Астахова // Фарматека. – 2003. – № 1(67). – С. 74–79.
4. Фармакоепідеміологічний аналіз використання нестероїдних протизапальних лікарських засобів в практиці лікаря-невролога / А. П. Викторов, О. В. Макаренко, В. Й. Мамчур, Н. В. Журавель // Рациональная фармакотерапия. – 2010. – № 2. – С. 58–60.
5. Хуцишвили, М.Ш. Региональные особенности фармакоэпидемиологии нестероидных противовоспалительных средств и возможности оптимизации их потребления (на примере Правобережного района Республики Северная Осетия – Алания): дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Волгоград, 2008. – С. 147.
6. Щекина, Е. Г. Механизмы действия и перспективы применения современных НПВС. – Режим доступа: [provisor.com.ua](http://provisor.com.ua) › [archive/2007/N11/mechanism.php](http://archive/2007/N11/mechanism.php).
7. Frequent monthly use of selected non-prescription and prescription non-narcotic analgesics among U.S. adults / R. Paulose-Ram, R. Hirsch, C. Dillon, Q. Gu // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. – 2005. – № 14(4). – P. 257–266.
8. Inotai, A. Trends in the non-steroidal anti-inflammatory drug market in six Central-Eastern European countries based on retail information / A. Inotai, B. Hankó, A. Mészáros // *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* – 2010. – № 19(2). – P. 183–190.
9. Prescription and non-prescription analgesic use among the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) / R. Paulose-Ram, R. Hirsch, C. Dillon et al. // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. – 2003. – № 12(4). – P. 315–326.
10. The high prevalence of pain in emergency medical care / W. Cordell, K. Keene, B. Giles et al. // *Am. J. Emerg. Med.* – 2002. – Vol. 20, № 3. – P. 165–169.

# ИНФОРМАЦИЯ

## **Институту повышения квалификации специалистов здравоохранения – 10 лет**

4 июня 2011 г. свое десятилетие отметил «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (Хабаровск). С 30 мая по 3 июня 2011 г. в ИПКСЗ прошла посвященная этому событию научная неделя – цикл научных мероприятий с участием специалистов из Москвы, Новосибирска, Владивостока, гостей из-за рубежа. В рамках научной недели проведены круглый стол «Актуальные вопросы нутрициологии в педиатрии и неонатологии», научно-практические семинары «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в онкологии», «Современные технологии иммунодиагностики аллергических, аутоиммунных и вирусных заболеваний в клинической практике», конференции «Дополнительное профессиональное образование: от традиций к инновациям» и «Современные аспекты педиатрии».

3 июня 2011 г. в актовом зале ИПКСЗ состоялось торжественное заседание ученого совета ИПКСЗ, посвященное 10-летию образования института. С докладом о деятельности и перспективах развития учреждения выступил ректор С.Ш. Сулейманов. В торжественном заседании приняли участие: полномочный представитель Президента РФ в Дальневосточном федеральном округе В.И. Ишаев, заместитель Председателя Правительства края по вопросам социальной инфраструктуры Ю.И. Оноприенко, первый заместитель председателя Законодательной Думы Хабаровского края С.Л. Луговской, министр здравоохранения Хабаровского края А.В. Витько, заместитель генерального консула Японии в г. Хабаровске Симидзу Ясухико, вице-консул генерального консульства КНР в г. Хабаровске Ян Цинн, представители органов исполнительной и законодательной власти Хабаровского края, органов местного самоуправления муниципальных образований края, руководители органов управления здравоохранением, Хабаровской краевой организации профсоюза работников здравоохранения, главные врачи медицинских учреждений города и края, представители учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, члены Ученого совета. Представители власти высоко оценили вклад института в развитие системы медицинского последипломного образования в регионе. За многолетний добросовестный труд многие сотрудники были награждены почетными грамотами и ценными подарками, отмечены благодарственными письмами.

Сегодня ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» является крупнейшим институтом такого профиля в России: на двух его факультетах насчитывается более ста направлений подготовки медицинских специалистов. Однако десять лет назад все создавалось с нуля.

Безусловно, все помнят, какими переломными для страны стали 90-е годы. Перестройка затронула все сферы, и медицина не стала исключением. Можно говорить о плюсах или минусах этого процесса, но нельзя не признать главное: тогда – 10 лет назад – ситуация требовала создания такого института, поскольку остро встал вопрос последипломного повышения профессионального уровня врачей, провизоров, фармацевтов. Прежняя парадигма – «образование на всю жизнь» – зазвучала по-новому: «образование через всю жизнь».

Именно тогда в медицинской отрасли нашего края возникла проблема: как послевузовское образование сделать реальным, качественным и доступным для каждого специалиста? Решением ее со стороны правительства Хабаровского края стало создание «Института повышения квалификации специалистов здравоохранения». 4 июня 2001 года главой администрации Хабаровского края В.И. Ишаевым было подписано постановление № 219 «О создании государственного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» департамента здравоохранения Хабаровского края» «...в целях обеспечения непрерывного профессионального образования врачей, провизоров, средних медицинских и фармацевтических работников Хабаровского края на последипломном этапе, руководствуясь законами Российской Федерации «Об образовании» и «О высшем и послевузовском образовании...». Это диктовалось и новыми подходами к развитию краевой медицины, основанными на коренном переоснащении лечебных учреждений и создании новых лечебно-диагностических центров.

Возглавил институт профессор Салават Шейхович Сулейманов. В коллектив пришли те, кто хотел перемен. Первым заместителем ректора по учебной работе стал В.А. Останкин. Деканат повышения квалификации специалистов с высшим образованием возглавила С.М. Колесникова, деканат для специали-

стов со средним профессиональным образованием – Н.И. Сивораक्षा (сейчас она занимается вопросами повышения квалификации в Хабаровском медицинском колледже). Руководство научной работой в институте было поручено заведующей кафедрой акушерства и гинекологии, ставшей впоследствии заслуженным врачом России, профессору Г.В. Чижовой. За десять лет под ее руководством защищено 20 кандидатских и докторских диссертаций. Одним из первых пришел работать заведующим кафедрой анестезиологии и реаниматологии профессор С.К. Сухотин, а профессор А.Б. Островский возглавил кафедру внутренних болезней. Кроме того, в институт были приглашены специалисты из практического здравоохранения. Многие из них обладали учеными званиями, например, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, д.м.н. В.Е. Воловик, заведующая кафедрой лучевой и функциональной диагностики Л.О. Глазун, которая уже здесь защитила докторскую диссертацию и стала первым сотрудником, получившим звание профессора в институте, заведующий кафедрой общеклинических дисциплин, директор хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова профессор В.В. Егоров. Эти люди и сегодня составляют основу коллектива ИПКСЗ.

За десять лет в ИПКСЗ защищено 67 диссертаций – докторских и кандидатских. Институт гордится тем, что 34 диссертационные работы защитили сотрудники ИПКСЗ, и 33 диссертации защищены практикующими врачами под научным руководством сотрудников.

Визитной карточкой ИПКСЗ, а для медицинской общественности – одним из крупнейших научных форумов на Дальнем Востоке, объединяющим ученых, врачей и специалистов, работающих в различных областях отечественного здравоохранения – по праву стал ежегодный медицинский конгресс «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения». Его цель – распространение принципов доказательной медицины, позволяющих использовать наиболее достоверные сведения для принятия медицинских решений, информирование о последних достижениях в различных областях медицины, обмен мнениями о наиболее эффективных методах лечения заболеваний, выработка конкретных рекомендаций, содействие профессионалам в разработке оптимальных организационно-методологических форм и методов, призванных улучшить качество жизни больных, формирование медицинской практики на основе доказанных научных данных. С трибуны конгресса выступали выдающиеся российские медики – академик РАН и РАМН А.И. Воробьев, академик РАМН В.И. Чисов, академик РАМН В.Ф. Учайкин, ученые ведущих российских НИИ, медицинских центров, вузов, профессиональных медицинских сообществ. В этом году будет проходить X международный конгресс «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения». Кроме того, институт проводит стажировки медицинских специалистов в ведущих центрах Ре-

спублики Корея, ведет научный обмен с коллегами из Японии, Китайской Народной Республики.

В институте созданы все условия для повышения квалификации на самом высоком уровне. Клиническими базами для подготовки специалистов являются 12 краевых, 7 муниципальных лечебных учреждений и ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза». Имеет институт и собственную клиническую базу – это стоматологическая клиника ИПКСЗ. Совмещая функции учебной базы и лечебно-профилактического учреждения, клиника оказывает полный комплекс стоматологических услуг жителям города. Здесь работают опытные врачи, кандидаты медицинских наук, они владеют современными технологиями лечения и ведут научную работу. Работа стоматологической клиники ИПКСЗ высоко оценена: в 2008 году клиника стала лауреатом Всероссийского конкурса лучших товаров и услуг «100 лучших товаров России». А в 2010 году, приняв участие в ежегодном краевом конкурсе «Признание» на звание «Лучшее учреждение здравоохранения Хабаровского края», клиника была признана лауреатом конкурса с вручением диплома Губернатора Хабаровского края второй степени и денежной премии.

Помимо учебной и лечебной работы, «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» активно участвует в благотворительных акциях, социальных программах и мероприятиях, занимается просветительской и издательской деятельностью. Ежегодно здесь издается более 100 наименований специализированной медицинской литературы, а также периодические издания: газета ученого совета «Alma Mater» и журнал «Здравоохранение Дальнего Востока».

В 2002 году демонстрацией живописных полотен дальневосточных художников торжественно открылась художественная галерея ИПКСЗ. Институт заключил долгосрочный договор о партнерском сотрудничестве с Хабаровским краевым отделением ВТОО «Союз художников России». Это дало возможность подбирать для экспозиций оригинальные работы известных мастеров города, края и региона в самых разных техниках и жанрах. Есть место в картинной галерее ИПКСЗ и для работ детей, которые учатся в школах изоискусства. Их работы пользуются не меньшей популярностью, чем творения маститых художников. Не случайно ежегодно 1 июня, совместно с общественной организацией Хабаровским Союзом обществ дружбы с зарубежными странами и телерадиокомпанией «Дальневосточная», в ИПКСЗ проводится международная выставка детского рисунка. В этом году XXI Международная выставка детского рисунка «Мы дети одной планеты» представила творческие работы ребят из Республики Корея, КНДР, Китайской народной республики, Японии, Белоруссии и Казахстана. Галерея не только создает приятную располагающую атмосферу для слушателей и участников научно-практических мероприятий, не только помогает укреплять общественные связи института. Она способствует



ет развитию чувства прекрасного, дает возможность специалистам хотя бы на несколько мгновений отрешиться от рутины и отдохнуть душой.

Рассказать обо всем, что сделано коллективом учреждения за прошедшие десять лет, невозможно. Главное то, что институт сегодня является уникальной образовательной и научной структурой на Дальнем Востоке России. Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения занял достойное место в системе российского последиplomного медицинского образования. Сейчас в регионе создаются высокотехнологичные медицинские центры, оснащенные самой современной аппаратурой. Однако для эффективного использования этой базы нужны подготовленные специалисты. Институт гордится тем, что решает для Дальнего Востока эту задачу.

Будущее института – это постоянное и непрерывное совершенствование системы повышения квалификации специалистов, работающих в здравоохранении. Выполняя поручение правительства Хабаровского края по подготовке медицинских специалистов, ИПКСЗ принимает участие в реализации

приоритетного национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения Хабаровского края, которая предусматривает, в частности, выравнивание структурных диспропорций в кадровом обеспечении лечебно-профилактических учреждений.

Но готовиться к завтрашнему дню нужно уже сегодня. С 2015 года систему медицинского образования ждут серьезные изменения. После окончания вуза врачи и провизоры не будут обучаться в интернатуре, останется только ординатура. Сроки подготовки в ней будут различны для разных специальностей. Все это потребует значительных изменений в учебной работе.

В планах института активное развитие отношений с зарубежными учреждениями здравоохранения. Будет продолжено сотрудничество и с ведущими российскими учебными и лечебными центрами. Как и сегодня, большое внимание будет уделяться научным мероприятиям.

Институту есть чем гордиться, но есть над чем долго и упорно работать. А значит, коллектив ждет трудовые будни и решение новых задач.

## **Поздравляем сотрудников «Института повышения квалификации специалистов здравоохранения»**

**ВОЛОВИКА Валерия Евгеньевича**, доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой травматологии и ортопедии, *с присвоением почетного звания «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу.*

**ЩЕРБОНОСОВУ Татьяну Анатольевну**, кандидата медицинских наук, заведующую кафедрой нервных болезней, *с присвоением почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации».*

**КИРПИЧНИКОВУ Наталью Владимировну**, кандидата медицинских наук, доцента, проректора по учебно-методической работе, начальника управления, *с награждением нагрудным знаком «Отличнику здравоохранения» за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд.*

*– с награждением почетной грамотой министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:*

**БУХОНКИНУ Юлию Михайловну**, доцента кафедры внутренних болезней,

**КРЮКОВУ Ирину Владимировну**, старшего преподавателя кафедры фармации,

**МОЛЧАНОВУ Ольгу Викторовну**, доцента кафедры внутренних болезней,

**ПЕТРИЧКО Татьяну Алексеевну**, доцента кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины,

**ПОЛУХИНУ Елену Владимировну**, доцента кафедры лучевой и функциональной диагностики,

**ТКАЧЕНКО Ирину Владимировну**, декана факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников и фармацевтов;

*– с вручением благодарственных писем полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе В.И. Ишаева за многолетний добросовестный труд и большой вклад в подготовку медицинских кадров для учреждений Хабаровского края:*

**ВОРОНОВА Александра Викторовича**, заведующего кафедрой хирургических болезней, эндоскопической и детской хирургии,

**СКОВЫЧЕВУ Ларису Дмитриевну** – заведующую кафедрой реабилитологии и немедикаментозных методов лечения,

**МИТНИКОВУ Валентину Васильевну** – директора научной библиотеки;

*– с награждением почетными грамотами Губернатора Хабаровского края В.Я. Шпорта за многолетний добросовестный труд:*

**ГОРШКОВУ Оксану Владимировну** – доцента кафедры акушерства и гинекологии,

**ТАРАСЕВИЧ Веру Юрьевну** – доцента кафедры педиатрии и неонатологии;

*– с награждением премией Хабаровского краевого общественного благотворительного фонда «Надежда» :*

**ТКАЧЕНКО Ирину Владимировну** – декана факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников и фармацевтов;

*– с вручением благодарственного письма Губернатора Хабаровского края:*

**КОЛЕСНИКОВУ Софью Михайловну**, декана факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей и провизоров,

**ЛУЧШЕВУ Ларису Файзылхановну**, заведующую кафедрой стоматологии,

**АБРОСИМОВУ Наталью Васильевну**, заведующую кафедрой фармации,

**ОСТРОВСКОГО Анатолия Бенциановича**, заведующего кафедрой внутренних болезней,

**КОНСТАНТИНОВУ Розу Александровну**, проректора по административно-хозяйственной работе, начальника управления;

*– с награждением Почетной грамотой Законодательной Думы Хабаровского края:*

**ЧИЖОВУ Галину Всеволодовну**, проректора по научной работе и международным связям, начальника управления;

*– с вручением благодарности Председателя Хабаровской краевой Думы за высокий профессионализм, многолетний добросовестный труд в деле подготовки медицинских кадров:*

**ГЛАЗУН Людмилу Олеговну**, заведующую кафедрой лучевой и функциональной диагностики,

**СТУПАКА Валерия Семеновича**, заведующего кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения,

**ЩЕРБОНОСОВУ Татьяну Анатольевну**, заведующую кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии,

**ЕГОРОВ Виктор Васильевич**, заведующего кафедрой общеклинических дисциплин,

**ШАПИРО Ирину Анатольевну**, заведующую кафедрой общей врачебной практики и профилактической медицины;

**а также всех сотрудников, награжденных и отмеченных к десятилетию «Института повышения квалификации специалистов здравоохранения» почетными грамотами, почетными знаками и благодарностями министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровской городской Думы, администрации г. Хабаровска.**

*Редакция*

# ПРИЛОЖЕНИЕ

УДК 616.43 (063) (571.620)

## **Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы эндокринологии Хабаровского края. Эндокринология – 21 век» (окончание)**

## **Files of Research and Practice Conference “Current Problems of Endocrinology within the Territory of Khabarovsk Region. Endocrinology – 21 Century” (ending)**

## **Терапевтическая эффективность эксенатида (баеты) в лечении сахарного диабета 2 типа**

**Л.А. Аншакова<sup>1</sup>, Е.Ю. Пьянкова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>МУЗ «Городская клиническая поликлиника № 3»,

<sup>2</sup>ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,  
г. Хабаровск

Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) является гетерогенным заболеванием, развивающимся в результате комбинации врожденных и приобретенных факторов и представляет собой кульминацию двух одновременно протекающих процессов: с одной стороны – инсулинорезистентность, с другой – недостаточность функции  $\beta$ -клеток для того, чтобы преодолеть инсулинорезистентность увеличением секреции инсулина.

У больных СД 2 типа повышение секреции инсулина в ответ на прием пищи замедлено и ослаблено. У некоторых пациентов инсулиновый ответ на прием пищи вообще отсутствует.

В настоящее время известно, что выделение инсулина происходит двухфазным образом, характеризующимся наличием острых пиков, продолжающихся в среднем в течение 10 минут (первая фаза), с последующим постепенным повышением выделения инсулина (вторая фаза).

Существенное нарушение при СД типа 2 – это снижение ранней фазы секреции инсулина, которая у здоровых лиц протекает в течение первых 10 минут после приема пищи и предупреждает чрезмерный рост гликемии. Между тем такой процесс чрезвычайно важен для организма, поскольку подавляет образование глюкозы печенью и усиливает ее потребление мышечной и жировой тканями. При этом физиологическим стимулятором секреции инсулина выступает сама глюкоза.

Однако было обнаружено, что после приема глюкозы с пищей (перорально) наблюдается более выраженное увеличение секреции инсулина по сравнению с тем, которое отмечается после внутривенной инфузии глюкозы. Этот эффект был назван «эффектом инкретина», и он четко свидетельствует о важной роли гормонов желудочно-кишечного тракта в регуляции постоянства глюкозы.

Регуляция постоянства глюкозы в организме осуществляется сложной мультигормональной системой, включающей гормоны не только поджелудочной железы, но и гормоны-инкретины, вырабатываемые в кишечнике в ответ на прием пищи.

На сегодняшний день существует мнение, что постпрандиальная секреция инсулина примерно на 70 % обусловлена потенцирующим эффектом инкретинов, продуцируемых эндокриноподобными клетками ЖКТ.

Наиболее изученным к настоящему времени инкретином, а также одним из самых сильных стимуляторов секреции инсулина является глюкагоноподобный пептид-1 (ГПП-1).

Известно, что ГПП-1 продуцируется энтероэндокринными L-клетками тонкого кишечника и регуляция его секреции из эндокринных клеток ЖКТ осуществляется с помощью нескольких внутриклеточных сигналов, включая протеинкиназу А, протеинкиназу С и кальций. Многочисленные экспериментальные работы продемонстрировали, что секреция ГПП-1 контролируется нутриентами, а также нервными и эндокринными факторами. Необходимо отметить, что период жизни биологически активного ГПП-1 меньше 2 минут. Такой короткий период существования ГПП-1 в плазме обусловлен активностью фермента дипептилпептидазы-4 (ДПП-4), который, присутствуя во многих органах и тканях, довольно быстро инактивирует его (рис. 1).



**Рис. 1. Роль ГПП-1 в гомеостазе глюкозы**

Исследования показывают, что инкретины обладают множественными биологическими эффектами в отношении функции различных органов и тканей, включая поджелудочную железу, желудок, мозг, гипофиз, легкие, почки, сердце. Среди них наиболее важны: усиление секреции инсулина, торможение кислотной секреции желудка, увеличение частоты сердечных сокращений, ускорение усвоения глюкозы мышцами, усиление работы почек и др. Однако основным органом-мишенью для ГПП-1 являются островки Лангенгарса. Инсулинотропная активность ГПП-1, которая четко зависит от уровня гликемии, реализуется путем взаимодействия ГПП-1 со специфическими ре-

цепторами, расположенными на мембране  $\beta$ -клетки. ГПП-1, подавляя секрецию глюкагона, ограничивает повышение концентрации глюкозы в крови после приема пищи. Известно также, что инкретины способствуют регенерации островковых клеток поджелудочной железы, воздействуя на специфические белковые факторы роста. Инфузия ГПП-1 вызывает снижение концентрации глюкозы крови до уровня гликемии натощак. Как только уровень гликемии снижается и приближается к нормальным значениям, влияние ГПП-1 на секрецию инсулина по механизму обратной связи прекращается. Помимо этого, ГПП-1 посредством глюкозозависимого механизма подавляет секрецию глюкагона панкреатическими  $\beta$ -клетками. Поэтому клинически важным является то, что ГПП-1 не может вызывать выраженную гипогликемию.

Инкретины могут снижать уровень гликемии за счет замедления опорожнения желудка и снижения потребления пищи путем связи с рецепторами в мозге и стимулируя парасимпатические влияния на желудочную моторику.

Помимо этого, ГПП-1 является сильным анорексигенным гормоном, схожим по действию с лептином и антагонистом таких орексигенных гормонов, как нейрорепептид Y и кортиколиберин.

ГПП-1 действует как вещество, повышающее чувствительность  $\beta$ -клеток к глюкозе, способствуя образованию аденозинтрифосфата в митохондриях клеточного ядра. Это оказывает существенное влияние на энергообмен клетки.

Имеются доказательства того, что ГПП-1 способен приостанавливать естественную гибель  $\beta$ -клеток. В связи с тем, что нормальное количество  $\beta$ -клеток поддерживается равновесием процессов апоптоза и пролиферации, эти данные открывают возможность использования в дальнейшем инкретинов при патологических состояниях, связанных с усиленной гибелью  $\beta$ -клеток поджелудочной железы.

Изучая наличие подобного гормона в животном мире, ученые выделили из слюнных желез ящерицы гилы-монстра подобное человеческому ГПП-1 вещество (эксендин-4), которое устойчиво к ферменту дипептилпептидазе-4 (ДПП-4) из-за особенностей аминокислотной последовательности. В настоящее время в клинической практике применяется первый, поистине уникальный препарат «Баета» (эксенатид), представляющий собой синтетическую форму гормона рептилий. Эксенатид является экзогенным функциональным аналогом ГПП-1 и первым представителем лекарственного класса инкретиновых миметиков.

Он показан при СД 2 типа в качестве дополнительной терапии к метформину, производным сульфонилмочевины или комбинации метформина и производных сульфонилмочевины для улучшения гликемического контроля. Неоспоримым преимуществом эксенатида, делающим возможным его клиническое применение (в отличие от ГПП-1), явился длительный период полувыведения. Аминокислотная последова-



тельность эксенатида частично соответствует последовательности человеческого ГПП-1, в результате чего он связывается и активирует рецепторы ГПП-1 у человека, приводя к усилению глюкозозависимого синтеза и секреции инсулина из  $\beta$ -клеток поджелудочной железы. При этом эксенатид стимулирует высвобождение инсулина из  $\beta$ -клеток в присутствии повышенных концентраций глюкозы, минимально влияя на выброс инсулина при нормогликемии, что ведет к низкому риску гипогликемий. Нормализация углеводного обмена при назначении эксенатида достигается не только за счет глюкозозависимой стимуляции синтеза инсулина, но и за счет реализации таких важных эффектов, как подавление неадекватно повышенного уровня глюкагона, снижение аппетита, торможение эвакуации желудочного содержимого и увеличение массы  $\beta$ -клеток, обусловленное стимуляцией пролиферации и неогенеза, с одной стороны, и торможением апоптоза – с другой.

**Клинический опыт применения агониста ГПП-1 эксенатида (баеты)**

Количество участников – 10 человек.

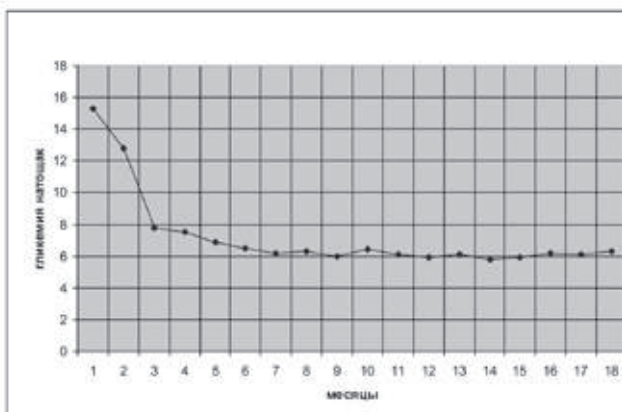
Возраст от 39 до 69 лет (4 мужчины, 6 женщин).

Длительность заболевания СД 2 типа – от 4 до 14 лет.

Период наблюдения – 18 месяцев.

Критерии оценки: гликемия натощак, постпрандиальная гликемия, HbA1c, вес, АД, липидный спектр, побочные эффекты.

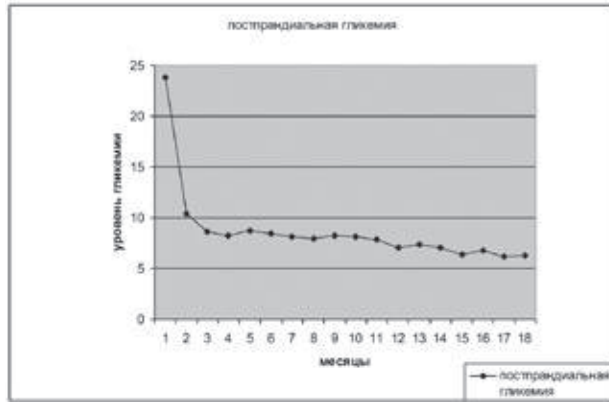
У большинства пациентов показатели гликемии натощак достигли целевых значений в первые 5 месяцев лечения и оставались на этом уровне до конца периода наблюдения (рис. 1).



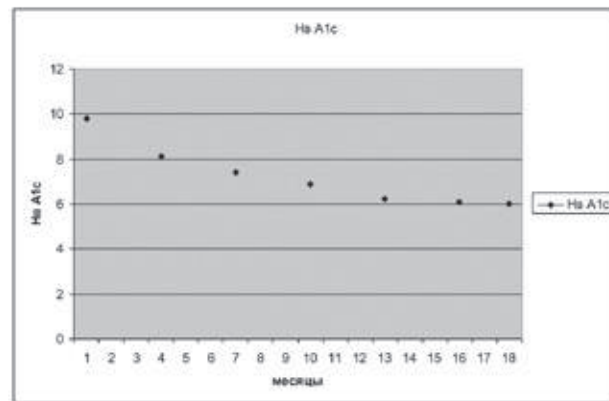
**Рис. 1. Динамика гликемии натощак, ммоль/л**

Более показательна динамика постпрандиальной гликемии, целевые значения которой были достигнуты большинством пациентов в первые 2–3 месяца терапии эксенатидом (рис. 2).

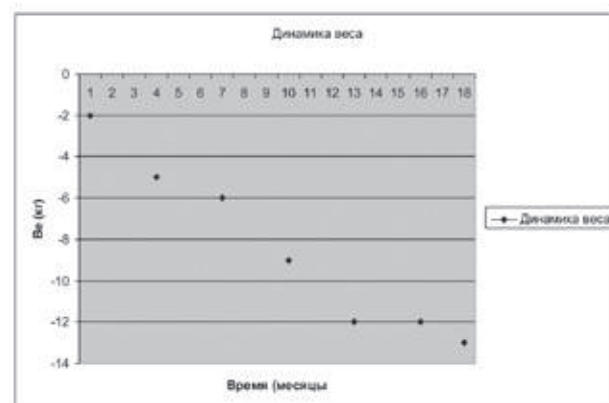
Изменения гликированного гемоглобина регистрировались 1 раз в 3–4 месяца (рис. 3). Значительного улучшения этот показатель у многих пациентов достиг через 10–12 месяцев от начала терапии.



**Рис. 2. Динамика постпрандиальной гликемии, ммоль/л**



**Рис. 3. Динамика гликированного гемоглобина, %**



**Рис. 4. Динамика веса, кг**

Терапия баетой приводила к прогрессирующему снижению массы тела на протяжении полутора лет. В среднем снижение веса прошло на 12 кг в течение года (рис. 4).

На фоне терапии баетой отмечалось снижение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и улучшение других параметров (табл. 1).

*Динамика изменений вследствие терапии баетой*

Параметры	Исходное значение	Через 18 месяцев	Динамика
Содержание триглицеридов (ммоль/л)	3,8	1,2	-2,6
Общий холестерин (ммоль/л)	7,8	5,7	-2,1
ЛПВП (ммоль/л)	0,78	1,5	52 %
ЛПНП (ммоль/л)	5,4	2,9	-18,5 %
Систолическое артериальное давление (мм рт. ст.)	140	125	-15
Диастолическое артериальное давление (мм рт. ст.)	85	75	-10

Лечение препаратом «Баета» в целом переносилось хорошо. Побочные явления были сходны с наблюдавшимися в рамках клинических исследований (тошнота, легкие гипогликемии). В большинстве случаев тошнота была легкой или средней степени тяжести, никто из принимавших лечение не отказался от него. Гипогликемия легкой степени тяжести отмечалась в 2 случаях в начале лечения в сочетании с препаратами сульфаниламочевин и метформином. Была изменена доза метформина, препараты сульфаниламочевин отменены.

Лечение эксенатидом в комбинации с метформином и/или препаратами сульфаниламочевин на про-

тяжении 1,5 года у лиц с СД 2 типа переносилось хорошо. Назначение препарата Баета в стандартной дозе 10 мкг 2 раза в день подкожно привело к клинически значимым улучшениям липидного спектра и показателей артериального давления в сочетании с продолжительным хорошим гликемическим контролем и прогрессирующим снижением массы тела. Анализ изменения массы тела показал, что даже у лиц с незначительным снижением массы тела наблюдалось улучшение некоторых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Применение инновационного препарата в лечении СД 2 типа позволит лучше контролировать течение СД 2 типа с ожирением у части больных.

## **Эндокринологические аспекты артериальной гипертензии у женщин, перенесших гипертензивную форму позднего токсикоза беременных**

**Л.П. Ножнова**

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», г. Хабаровск

Здоровье ребенка находится в прямой зависимости от здоровья матери. В свете представленного президентом Д.А. Медведевым ежегодного обращения к федеральному собранию, ключевым вопросом которого является забота о здоровье матери и ребенка, проблема артериальной гипертензии (АГ) у женщин, перенесших гипертензивную форму позднего токсикоза беременных, является особенно актуальной. В России АГ широко распространена и наблюдается у 41,1 % женщин. Осложнение этого заболевания занимает первое место в структуре смертности в женской популяции. У женщин с гипертензией риск развития ИБС в 3 раза выше, чем у женщин с нормальным артериальным давлением.

В последнее время отмечается рост АГ среди молодых женщин, в том числе среди беременных. Гипер-

тензивный синдром наблюдается у 15–30 % беременных в России, что вызывает серьезные осложнения не только в период беременности и во время родов, но оказывает неблагоприятное влияние на здоровье матери в отдаленном периоде. Гестационная гипертензия индуцируемая беременностью развивается после 20 недель беременности и прогрессирует в течение 42 дней с момента регистрации. Гестационная гипертензия характеризуется нарушением органной перфузии. Повышение АД при беременности в особенности гестационная гипертензия с протеинурией и без нее может приводить к гематологическим, почечным и печеночным изменениям, ухудшающим прогноз для матери и плода. Артериальная гипертензия дебютирующая во время беременности мо-

жет исчезать после родов или сохраняться.

Ведущими патогенетическими механизмами в развитии гестационной артериальной гипертензии являются:

1. Плацентарные нарушения.
2. Нарушения реактивности сосудов матери (нарушение баланса вазодилатирующих и вазоконстрикторных механизмов). Повреждение продукции NOS, NO-зависимой и независимой вазодилатации, дисбаланс антиоксидантов и оксидантов, повышение уровня свободных радикалов, эндотелиальная дисфункция.
3. Инсулинорезистентность и симпатическая гиперреактивность.
4. Активность системы РААС.
5. Иммунологические изменения (фетоплацентарный антиген).

6. Генетические факторы (прослеживается семейная природа АГ).

7. Уровень половых гормонов (эстрогены и прогестерон при АГ беременных имеют четкое снижение).

Артериальная гипертензия беременных увеличивает риск:

- внутричерепных геморрагий;
- эклампсии;
- нарушения функции почек;
- преждевременных родов;
- гипотрофии и недоношенности новорожденных;
- перинатальной смертности;
- кровотечений в родах и послеродовом периоде.

Таблица 1

**Основные механизмы влияния женских половых гормонов на сердечно-сосудистую систему**

Влияние эстрогенов	Влияние прогестерона
<p>На липидный профиль: снижение уровня общего холестерина, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеина (а) и аполипротеина В, повышение уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП);</p> <p>На функцию эндотелия: подавление апоптоза и пролиферации гладкомышечных клеток стенки сосуда в ответ на ее повреждение, противовоспалительное и антиоксидантное действие, увеличивает продукцию простаглицина и оксида азота, блокада кальциевых каналов;</p> <p>Уменьшение агрегации тромбоцитов;</p> <p>Уменьшение содержания ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) в плазме крови;</p> <p>Снижение уровня гомоцистеина;</p> <p>Увеличение секреции инсулина и повышение чувствительности к нему;</p> <p>Оказывает выраженный анаболический эффект, усиливая синтез всех фракций РНК, в конечном итоге увеличивает синтез белка в клетке;</p> <p>Снижение сердечного выброса;</p> <p>Повышение уровня секреции NO клетками эндотелия сосудов (ингибирует адгезию нейтрофилов к эндотелию);</p> <p>Способность снижать жесткость сосудистой стенки.</p>	<p>Снижение тонуса артериол;</p> <p>Снижение пролиферации гладкомышечных клеток, коронарных артериол;</p> <p>Блокада медленных кальциевых каналов;</p> <p>Уменьшение реабсорбции ионов натрия;</p> <p>Снижение уровня триглицеридов и липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП);</p> <p>Снижение антитромбина III и концентрации фактора VIII;</p> <p>Антагонист рецепторов альдостеронов;</p> <p>Na-уретический эффект.</p>

В связи с недостаточным числом исследований и разноречивостью данных о клинических особенностях и гормональных изменениях у женщин с артериальной гипертензией, перенесших гипертензивную форму позднего токсикоза беременных, мы и приняли наши исследования.

**Цель исследования**

Изучить клинико-гормональную характеристику артериальной гипертензии у женщин, перенесших гипертензивную форму токсикоза беременных.

Выполнение поставленной цели потребовало решение следующих задач:

- Выявить клинические особенности артериальной гипертензии у женщин, перенесших гипертензивную форму позднего токсикоза беременных.
- Изучить экскрецию с мочой фракций эстрогенов (эстрон, эстриол, эстрадиол), а также содержание эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови.

**Материалы и методы**

Под наблюдением находилось 116 женщин в возрасте от 25 до 42 лет (средний возраст 34,1 года) в основном занятых физическим трудом, перенесших гипертензивную форму позднего токсикоза беременных, и 100 женщин, страдающих гипертонической болезнью, перенесших нормальные срочные роды, 20 здоровых женщин детородного возраста.

Для выявления особенностей клиники и проведения дифференциального диагноза с целью исключения различных вариантов симптоматических гипертензий, сбор анамнеза у этих больных проводился по специальному вопроснику (16 вопросов). Кроме историй болезни были проанализированы архивные материалы: карты беременных в женских консультациях, истории родов в родильных домах, амбулаторные карты обследованных женщин.

Распределение больных по группам:

Первая группа – 63 пациентки в возрасте 25–41 года, длительность заболевания от 2 до 7 лет. АД = 140/90 – 160/100 мм рт. ст.

Вторая группа – 30 женщин в возрасте 30–42 года, длительность заболевания от 5 до 14 лет. АД = 165/100 – 180/110 мм рт. ст.

Третья группа – 23 женщины в возрасте 31–42 года, больных с симптоматической почечной гипертензией на фоне хронического пиелонефрита, длительность заболевания 4–10 лет. АД = 150/95 – 190/110 мм рт. ст.

Группы сравнения 100 женщин больных АГ: I степени – 70 больных, II степени – 30 больных, перенесших нормальные срочные роды. Возраст больных, колебания АД, длительность заболевания соответствовали основным группам.

Суммарное количество эстрогенов и их отдельные фракции (эстрадиол, эстрон, эстриол) в суточной моче исследовали по методу Broun (1955) в модификации О.Н. Савченко (1967). Исследование эстрогенной функции проводилось нами в фолликулиновую, преовуляторную и лютеиновую фазы.

Определение концентрации эстрадиола, прогестерона в сыворотке крови радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов фирмы Sea-Ire-Sorin (Франция).

#### **Результаты и обсуждения**

АГ у женщин, взятых для обследования, появилась впервые во время беременности в виде изолированного гипертензивного токсикоза.

Первое повышение АД во время первой беременности наблюдалось у 84,1 % больных 1-й группы и 83,3 % – у 2-й группы, 65,2 % у пациенток 3-й группы. Во вторую беременность АД повышалось у 9,5 % больных 1-й группы, у 6,7 % – 2-й группы и у 21,8 % – 3-й группы. И так у подавляющего большинства больных повышение АД впервые зафиксировано у первородящих женщин.

У больных 1-й и 2-й групп АГ спровоцированная беременностью возникала во вторую половину беременности или перед родами (1-й группа – 77,8 %, 2-я группа – 93,3 %, 3-я группа – 34,8 %). Продолжительность токсикоза беременности у 1-й группы 1–6 недель, 2-й группы – 7–12 недель. Повышение АД, впервые обнаруженное во время беременности, нормализовалось после родов у 93,6 % женщин 1-й группы, у 13,3 % – 2-й группы и 86,3 % – 3-й группы.

Ретроспективный анализ позволил установить, что в развитии и стабилизации АГ большую роль играли такие факторы риска, как неблагоприятные психосексуальные эмоции, конфликтные ситуации дома с мужем, родственниками, свекровью (1-я группа – 17,5 %, 2-я группа – 26,7 %, 3-я группа – 30,4 %). Курение и злоупотребление алкоголем зафиксировано у

пациентов 1-й группы – 14,3 %, 2-й группы – 33,3 %, 3-й группы – 8,7 %. АД у женщин 1-й группы хорошо поддавалось коррекции во время беременности и нередко в период родов не достигало высоких цифр, у пациентов 2-й группы трудно поддавалось лечению во время беременности и родов. В отдаленном периоде у больных 1-й группы АД повышается после 1-й беременности у 25 %, после второй беременности – у 43 и у 25 % после третьей беременности. У женщин 2-й группы после первой беременности АД остается повышенным у 80 % обследованных, а после второй беременности – у 10 % женщин.

Наследственная предрасположенность к артериальной гипертензии также играла большую роль в возникновении и стабилизации артериальной гипертензии. Так у больных 1-й группы наследственная предрасположенность по материнской линии выявлена у 42,8 %, а по линии отца – у 20,6 %. У женщин 2-й группы по материнской линии – у 36,7 %, по линии отца и матери – у 40 %. У пациентов 3-й группы предрасположенность к заболеваниям почек по материнской линии у 13 %, по материнской и отцовской линии – у 21,7 %.

У матерей обследованных первое повышение АД было тоже зафиксировано во время беременности у 22,2 % женщин 1-й группы и у 33,3 % больных 2-й группы. У женщин 1-й группы с наследственной предрасположенностью АД начало повышаться уже через 3–4 года, а без наследственной предрасположенности – через 6–8 лет после родов. У пациенток 2-й группы с наследственной предрасположенностью АД осталось повышенным сразу после родов, а без отягощенной наследственности – через 2–3 года. В 3-й группе обследованных с отягощенной наследственностью АД стабилизировалось через 2 года у 37 % обследованных, а сразу после родов – у 25 %, у больных без отягощенной наследственности повышенное АД отмечено у 6,7 % сразу после родов, через 3–4 года – у 40 %, через 6–8 лет – у 33 %.

Характеризуя менструальную и генеративную функции у обследованных женщин, необходимо отметить, что у женщин 1-й группы начало менструации зафиксировано в возрасте 14–15 лет, 2-й группы – в 16–18 лет, 3-й группы – 12–13 лет. Для сравнения: у женщин с гипертонической болезнью I степени – 12–13 лет, II степени – 13–14 лет. Нарушения менструального цикла выражались в гиперменорее, гипоменорее, альгоменорее. В 1-й группе гиперменорея зафиксирована у 27 %, альгоменорея 47,6 % женщин. Нарушения менструального цикла наиболее выраженными оказались у больных 2-й группы: альгоменорея – 80 % и гипоменорея – 40 %. У женщин, страдающих гипертонической болезнью I степени, альгоменорея отмечена у 22 %, а II степени – у 33,8 %. Для больных 2-й группы характерно наибольшее количество беременностей (5,1) и родов (2,6), приходящихся на одну больную.



Предменструальный синдром, характеризующийся раздражительностью, депрессией, плаксивостью, агрессивностью, быстрой сменой настроения, жаждой, наблюдался у 49 % женщин 1-й группы, у 80 % обследованных 2-й группы и у 13 % 3-й группы.

Наиболее частыми осложнениями беременности и родов были: высокие цифры АД в родах (1-я группа – 77 %, 2-я группа – 100 % и 3-я группа – 82,6 %), кровотечения во время родов и в раннем послеродовом периоде (1-я группа – 20,6 %, 2-я группа – 60 % больных и 13 % больных симптоматической гипертензией), асфиксия плода (1-я группа – 12,7 %, 2-я группа – 40 % и 3-я группа – 8,7 %). Сочетание осложнений беременности зафиксировано у 17,5 % обследованных 1-й группы, у 76,7 % 2-й группы и у 13 % больных 3-й группы.

Содержание половых гормонов у женщин, больных артериальной гипертензией, в отдаленном периоде после токсикоза беременных

#### **Экскреция эстрогенов с мочой**

Изучена экскреция эстрогенов с мочой у 79 женщин. Из них у 30 больных 1-й группы, у 23 – 2-й группы, у 14 больных симптоматической нефрогенной гипертензией и у 12 здоровых женщин.

У женщин 1-й группы не отмечается статистически достоверной разницы в экскреции эстрогенов с мочой в предовуляторную и лютеиновую фазы и только в фолликулиновую фазу отмечается тенденция к уменьшению экскреции эстрадиола ( $5,4 \pm 0,4$  нмоль/сутки при норме  $6,86 \pm 0,58$  нмоль/сутки).

У больных 2-й группы со стабильной АГ наблюдалось достоверное снижение экскреции всех фракции эстрогенов и в фолликулиновую, предовуляторную и лютеиновую фазы.

Выделение эстрогенов у больных симптоматической гипертензией почечного генеза не претерпевало значительных изменений в раннюю фолликулиновую фазу, в предовуляторный период и только в лютеиновую фазу эстриол имел тенденцию к снижению. Экскреция суммарных эстрогенов за 1-ю и 2-ю фазы цикла у больных 1-й группы имеет четкую тенденцию к повышению хотя показатели статистически не достоверны. У больных 2-й группы зафиксировано статистически достоверное снижение экскреции суммарных эстрогенов 1-й и 2-й фаз цикла. У больных 3-й группы наблюдалась лишь тенденция к снижению экскреции суммарных эстрогенов 1-й и 2-й фаз и за весь цикл.

Содержание эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови у женщин, больных артериальной гипер-

тонией, перенесших гипертензивную форму токсикоза беременных.

У больных 1-й группы не отмечено снижение уровня эстрадиола ни в одну из фаз менструального цикла. У женщин 2-й группы регистрировалось статистически достоверное снижение показателей эстрадиола во все фазы цикла. В группе больных симптоматической гипертензией отмечалась та же тенденция к снижению показателей эстрадиола соответственно фазам цикла.

У женщин 1-й группы зафиксировано достоверное повышение показателей прогестерона в лютеиновую фазу. У больных 2-й группы содержание прогестерона было достоверно низким и у больных 3-й группы также достоверно снижалось содержание прогестерона в сыворотке крови.

#### **Выводы**

У 25,4 % женщин, перенесших гипертензивную форму позднего токсикоза беременных, в дальнейшем развивается гипертоническая болезнь. В анамнезе у большинства из них выявляются следующие особенности: позднее начало менструации, нарушение менструального цикла, предменструальный синдром.

Неблагоприятными прогностическими признаками для отдаленного периода позднего токсикоза могут быть: наследственная предрасположенность к гипертензии, повышенные цифры АД, не нормализующиеся в послеродовом периоде, последующие беременности, протекающие с гипертензивным синдромом, особенно в первые два года после родов, кровотечения в родах и послеродовом периоде, длительность гипертензивного токсикоза более 6–8 недель.

На этапе становления АГ после позднего токсикоза беременных экскреция фракционных и суммарных эстрогенов с суточной мочой, как и уровень эстрадиола в сыворотке крови, во все фазы менструального цикла не отличаются от нормы.

При стабилизации артериального давления на высоком уровне экскреция эстрогенов с суточной мочой и содержание эстрадиола в сыворотке крови статистически достоверно снижаются при сравнении с показателями здоровых женщин.

Наиболее высокий уровень прогестерона в сыворотке крови наблюдается у больных 1-й группы, а при стабилизации артериального давления на высоком уровне во 2-й группе обследованных отмечено низкое содержание пргестерона в сыворотке крови.

## **Сравнительная оценка жесткости сосудов по данным неинвазивной артериографии у больных с сахарным диабетом 2 типа и ранними нарушениями углеводного обмена в сочетании с повышенным уровнем микроальбуминурии**

**Е.В. Бандурко<sup>1</sup>, Р.В. Захаренко<sup>1</sup>, В.Н. Исакова<sup>2</sup>, О.Г. Гарбузова<sup>2</sup>, Е.В. Клинова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава»,

<sup>2</sup> Медицинский центр «Прима Медика»,

г. Хабаровск

Совокупность нескольких сердечно-сосудистых факторов риска (ФР), таких как артериальная гипертония (АГ), абдоминальное ожирение (АО), гипертриглицеридемия, снижение ХСЛВП и нарушение углеводного обмена, традиционно рассматривается как метаболический синдром (МС). В основе патогенеза МС лежит резистентность периферических тканей к биологическому действию инсулина. В свою очередь, тканевая инсулинорезистентность часто сочетается с другими аномалиями: нарушением обмена мочевой кислоты, изменением системы гемостаза, эндотелиальной дисфункцией, повышением уровня микроальбуминурии (МАУ).

Большинство факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) реализуют свое действие через изменение свойств сосудистой стенки. Увеличение жесткости артерий коррелирует с возрастом, повышением уровня ЛПНП, снижением уровня ЛПВП, повышением уровня инсулина и глюкозы в плазме крови, выраженностью абдоминального ожирения, эндотелиальной дисфункцией.

У пациентов с СД 2 типа вероятность развития ССО в 4–6 раз превышает таковую у больных с тем же набором ФР без диабета. В результате длительных наблюдений выявлена высокая достоверная связь СПВ со смертностью не только пациентов с СД, но и с нарушением толерантности к глюкозе. Возрастание СПВ на 1 м/с приводило к увеличению смертности на 8 %.

Внедрение в клиническую практику количественных методов обнаружения МАУ позволило оценить частоту этого феномена не только у пациентов, страдающих СД, но и в общей популяции, особенно при АГ и других сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ), что способствовало коренному пересмотру взглядов на данный лабораторный феномен. В настоящее время МАУ рассматривается как важный самостоятельный признак повышенного риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти больных АГ, СД и в общей популяции, отражающий системную сосудистую дисфункцию.

Известно, что стойкая МАУ может быть следствием не только повышенного АД и гиперфилтрации, но и других ФР, основной мишенью которых является сосудистый эндотелий. Возникновение МАУ (локально-почечного маркера генерализованных нарушений функции эндотелия) всегда совпадает с другими проявлениями дисфункции эндотелия (например, ухудшением эндотелийзависимой вазодилатации). Наряду с функциональными расстройствами у больных с МАУ отмечают и признаки повреждения структур эндотелиоцитов (в частности снижение объема гликокаликса). В конечном итоге повреждение эндотелия приводит к структурно-функциональным изменениям сосудистой стенки.

При оценке индивидуального прогноза для конкретного пациента бывает сложно вычлнить влияние тех или иных ФР, степень их значимости в отдельности. В связи с этим жесткость артерий может быть интегральным фактором сердечно-сосудистого риска, а также рассматриваться как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений, так как не у всех пациентов с острой сердечно-сосудистой патологией выявляются повышение артериального давления и дислипидемия. Кроме того, литературные данные свидетельствуют о том, что снижение ригидности артерий – самостоятельный процесс, не строго зависящий от нормализации уровня АД и липидного спектра.

Патологические изменения сосудов – дисфункция эндотелия, атеросклероз, артериосклероз, приводят к нарушению различных, но взаимосвязанных функций артериальной системы – проводящей и демпфирующей, что в свою очередь определяет поражение органов-мишеней. Важным моментом является то, что структурно-функциональные изменения свойств сосудов предшествуют появлению клинической симптоматики сердечно-сосудистых заболеваний. Возможность определения этих изменений на доклинической стадии, доказанная прогностическая ценность, позволяют формировать индивидуальный прогноз пациентов и осуществлять обоснованные профилактические ме-

роприятия, в том числе и медикаментозные, на доклинической стадии, а не после того, как манифестируют сердечно-сосудистые осложнения.

В настоящее время существует много как инструментальных, так и лабораторных способов оценки структурно-функционального состояния сосудов. Однако в большинстве они трудоемки, предполагают наличие сложной, стационарной аппаратуры, специально обученного персонала и следовательно имеют высокую стоимость, что является основным фактором, сдерживающим внедрение этих методов в реальную клиническую практику. В этой связи особенно привлекателен новый метод оценки артериальной ригидности с использованием артериографа – неинвазивный, доступный по цене, легко воспроизводимый в амбулаторных условиях, в том числе при массовых профилактических осмотрах.

Посредством артериографа, неинвазивным способом в течение 2 минут определяются следующие параметры:

- Систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД)
- Среднее АД
- Пульсовое АД
- Число сердечных сокращений (ЧСС)
- Индекс аугментации (AIx)
- ЧСС – скорректированный индекс аугментации (AI × 80)
- Время прохождения отраженной пульсовой волны по аорте
- Скорость пульсовой волны в аорте (PWV)
- Длительность периода изгнания левого желудочка
- Систолический индекс площади сердечного цикла
- Диастолический индекс площади сердечного цикла

Индекс аугментации характеризует сосудистое сопротивление, эндотелиальную функцию. PWV отражает артериальную ригидность, эластические свойства стенки аорты. Систолический и диастолический индексы площади сердечного цикла отражают условия коронарной перфузии.

Артериографическое исследование позволяет уточнить степень структурно-функциональных изменений сосудов у больных ССЗ и осуществлять мониторинг гемодинамических эффектов от применения лекарственных препаратов. Важным моментом является возможность выявления сосудистых изменений на ранних стадиях заболевания или даже доклинической стадии у лиц с отсутствием симптомов ССЗ, но имеющих те или иные признаки МС. Позволяет определять необходимость и объем лечебных мероприятий и контролировать их эффективность по артериографическим параметрам.

**Цель исследования**

Оценить и сравнить параметры жесткости сосудов у больных с сахарным диабетом 2 типа и ранними нарушениями углеводного обмена в зависимости от состояния компенсации и уровня микроальбуминурии.

**Материалы и методы**

Обследовано 80 пациентов с нарушением углеводного обмена (40 – с СД 2 типа и 40 – с ранними нарушениями углеводного обмена) в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст  $45 \pm 3,7$  года), из них 37 женщин, 43 мужчины. Продолжительность заболевания составила от 2 до 96 месяцев, в среднем 22 месяца. Контрольную группу составили 70 здоровых человек, без факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, сопоставимых по возрасту и полу. Определялось наличие дополнительных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений: избыточная масса тела, увеличение объема талии, состояние компенсации (оценивалось по гликированному гемоглобину (HbA1c) – средний показатель  $6,38 \pm 1,04$ ), уровень микроальбуминурии (микральный-тест, Рош Диагностика, Германия) (средний показатель –  $34,88 \pm 8,22$ ). Всем больным выполнена неинвазивная артериография посредством артериографа Tensio Clinic (Tensio Med, Венгрия). Оценивали параметры жесткости сосудов по показателям скорости пульсовой волны в аорте (PWV) и нормированного по ЧСС индекса аугментации пульсовой волны (AI × 80).

**Результаты**

Результаты обследования пациентов (наличие факторов риска, лабораторные и артериографические параметры) представлены в табл. 1, 2 и 3.

**Таблица 1**  
**Количество пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых осложнений**

Параметры	Количество пациентов n = 80 (ж / м = 37 / 43)
Повышенная PWV ( $\geq 10 < 12$ м/сек)	22 (27,5 %)
Патологическая PWV ( $\geq 12$ м/сек)	19 (23,75 %)
Повышенный AI ( $\geq -10 \leq 10$ )	14 (17,5 %)
Патологический AI ( $> 10$ )	14 (17,5 %)
Повышенные AI и PWV	19 (23,75 %)
Повышенный уровень микроальбуминурии ( $> 20$ мг/л)	28 (35 %)
Окружность талии $> 80 / 94$ см ж / м	80 (100 %)
HbA1c $< 7$ %	68 (85 %)
HbA1c $> 7$ %	12 (15 %)
Повышение индекса массы тела	80 (100%)
25–29,9	30 (37,5 %)
30–39,9	41 (51,25 %)
$\geq 40$	9 (11,25 %)

**Таблица 2**  
**Гемодинамические (артериографические) параметры (Δ) обследованных больных в зависимости от степени нарушения углеводного обмена и состояния компенсации**

Группы пациентов	Параметры	
	PWV, м/с	AI %
Все пациенты с нарушением углеводного обмена (n = 80)	10,34 ± 0,43	-20,82 ± 4,9
Пациенты с ранними нарушениями углеводного обмена (НГН и НТГ) (n = 40)	10,33 ± 0,45	-18,86 ± 12,50
Пациенты с СД 2 типа (n = 40)	10,35 ± 0,49	-23,44 ± 3,62
Пациенты с СД 2 типа HbA1c < 7 % (n = 28)	10,01 ± 0,34	-24,36 ± 3,8
Пациенты с СД 2 типа, HbA1c > 7 % (n = 12)	11,71 ± 0,45	-18,68 ± 6,13
Контрольная группа (n = 70)	7,1 ± 1,4	-39,62 ± 7,3

**Примечание:** p < 0,05 между группами

**Таблица 3**  
**Гемодинамические (артериографические) параметры (Δ) обследованных больных в зависимости от уровня микроальбуминурии**

Группы пациентов	Параметры	
	PWV, м/с	AI %
Все пациенты с нормоальбуминурией (n = 52)	10,26 ± 0,48	-20,59 ± 5,8
Все пациенты с повышенным уровнем МАУ (n = 28)	10,96 ± 0,63	-18,96 ± 6,2
Пациенты с НГН, НТГ и нормоальбуминурией (n = 27)	10,06 ± 0,82	-23,67 ± 8,4
Пациенты с НГН, НТГ и повышенным уровнем МАУ (n = 13)	10,84 ± 0,76	-18,72 ± 5,8
Пациенты с СД 2 типа и нормоальбуминурией (n = 25)	10,24 ± 0,86	-22,67 ± 7,6
Пациенты с СД 2 типа и повышенным уровнем МАУ (n = 15)	11,26 ± 0,72	-17,24 ± 4,8
Контрольная группа (n = 70)	7,1 ± 1,4	-39,62 ± 7,3

**Примечание:** p < 0,05 между группами

У всех больных выявлялось повышение ИМТ и окружности талии. У 28 (35 %) пациентов отмечался повышенный уровень микроальбуминурии. В состоянии компенсации (HbA1c < 7 %) находилось на момент обследования 68 (85 %) человек, а повышение HbA1c > 7 % было у 12 (15%) пациентов. Повышенная PWV ( $\geq 10 < 12$ ) определялась у 22 (27,5 %) пациентов, патологическая ( $\geq 12$ ) – у 19 (23,75 %). Повышенный AI ( $\geq -10 \leq 10$ ) – у 14 (17,5 %) пациентов, патологический AI (> 10) у 14 (17,5 %). Одновременное повышение PWV и AI отмечалось у 19 (23,75%) пациентов.

Все обследованные пациенты с нарушением углеводного обмена были разделены на группы: пациенты с ранними нарушениями углеводного обмена (НГН и НТГ) (n = 40), пациенты с СД 2 типа (n = 40), которые в свою очередь были разделены на группы пациентов с нормальной компенсацией углеводного обмена (HbA1c < 7 %) (n = 28) и плохой компенсацией (HbA1c > 7 %) (n = 12). По уровню микроальбуминурии больные были разделены на группы: с нормоальбуминурией (n = 52) и с повышенным уровнем микроальбуминурии (n = 28). Отдельно выделялись пациенты с ранними нарушениями углеводного обмена и нормоальбуминурией (n = 27), пациенты с ранними нарушениями углеводного обмена и повышенным уровнем микроальбуминурии (n = 13), пациенты с СД 2 типа и нормоальбуминурией (n = 25) и пациенты с СД 2 типа и повышенным уровнем микроальбуминурии (n = 15). Сравнивались средние гемодинамические (артериографические) параметры у пациентов этих групп.

Средние показатели PWV оказались повышенными для всех обследованных пациентов в целом (10,34 ± 0,43); средний AI – в пределах нормальных значений (-20,82 ± 4,9); оптимальные значения для этого параметра – < -30. Патологическая PWV ( $\geq 12$  м/сек) не выявлена ни в одной из групп. Однако PWV и AI были значительно выше во всех группах по сравнению с контрольной группой пациентов.

При сравнении разных групп пациентов с дополнительными ФР развития ССО, оказалось, что самые высокие показатели PWV были у пациентов с плохой компенсацией углеводного обмена (HbA1c > 7 %) и у пациентов с СД 2 типа, у которых отмечался повышенный уровень микроальбуминурии (11,71 ± 0,45 и 11,26 ± 0,72 соответственно). В этих же группах, а также в других группах с повышенным уровнем микроальбуминурии отмечались самые высокие показатели AI (от -18,96 ± 6,2 до -17,24 ± 4,8). Хотя оба этих значения укладываются в пределы нормального (не оптимального), однако они выше, чем у пациентов других групп и группы контроля.

Кроме того, для сравнения оценивались артериографические показатели у группы пациентов без нарушений углеводного обмена, имеющих повышенный уровень МАУ. Средние показатели PWV(м/с) составили 10,82 ± 0,88, а AI % – (-18,23) ± 5,16. Это показывает, что у пациентов данной группы имеется повышенная жесткость сосудов по сравнению с контрольной груп-



пой, но показатели PWV и AI ниже, чем у пациентов в группах с плохой компенсацией углеводного обмена и имеющих СД 2 типа и повышенный уровень МАУ.

#### **Выводы**

У больных среднего возраста с нарушением углеводного обмена (НГН, НТГ и СД 2 типа) и дополнительными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений по данным неинвазивной артериографии является повышенная жесткость сосудов. PWV у пациентов с СД 2 типа несколько выше, чем у пациентов с ранними нарушениями углеводного обмена, а AI – ниже. У пациентов с СД 2 типа плохая компенсация углеводного обмена значительно влияет на повышение скорости пульсовой волны и индекса аугментации. Повышение уровня альбуминов в моче является дополнительным фактором, влияющим на жесткость сосудов и повышающим ее как у пациентов с нарушением углеводного обмена, так и пациентов с нормогликемией.

В результате этого пациенты с сочетанными факторами риска – СД 2 типа и повышенный уровень микроальбуминурии – имеют более значительные изменения артериографических показателей. Определение компенсации углеводного обмена при СД, так же как и определение уровня микроальбуминурии, являются важными показателями, влияющими на жесткость сосудов, которые необходимо учитывать для оценки кардиоваскулярного риска у пациентов с нарушением углеводного обмена. Параметры жесткости сосудов могут быть интегральными показателями сочетанного влияния нескольких ФР ССО, так как на практике бывает сложно вычлнить влияние каждого фактора в отдельности, а также оцениваться как самостоятельные неблагоприятные прогностические признаки. Оценка жесткости сосудов необходима для стратификации индивидуального риска сердечно-сосудистых осложнений, определения объема профилактических и лечебных мероприятий.

## **Изменения в полости рта при распространенных эндокринных заболеваниях**

**А.Ю. Чердниченко, Л.П. Ножнова**

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», г. Хабаровск

По мнению многих исследователей, такие эндокринологические заболевания, как сахарный диабет (СД), заболевания щитовидной железы оказывают прямое воздействие практически на все органы и ткани полости рта. Частота поражений слизистой оболочки полости рта, языка, губ, зубов, изменения в пародонте при эндокринологических нарушениях колеблется от 2 до 80 %. Чрезвычайно актуальными становятся вопросы раннего выявления изменений в зубочелюстной системе при сахарном диабете и заболеваниях щитовидной железы для своевременного лечения, профилактики и улучшения стоматологической помощи этим пациентам.

#### **Цель исследования**

Выявление особенностей изменений в полости рта у больных сахарным диабетом и с заболеваниями щитовидной железы.

Для реализации цели были поставлены следующие задачи:

- Определить характер заболеваний в полости рта у больных с сахарным диабетом и с заболеваниями щитовидной железы;
- Провести сравнительную характеристику особенностей изменений в полости рта при сахарном диабете и при заболеваниях щитовидной железы;
- Намечить пути улучшения стоматологической помощи этой категории больных.

#### **Материалы и методы**

Работа была выполнена на базе эндокринологического отделения и отделения челюстно-лицевой хирургии ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.И. Сергеева». Для работы с больными была разработана анкета, где отражены: возраст, пол, место проживания, жалобы, диагноз, длительность заболевания, сопутствующие заболевания. Стоматологический статус – частота обращаемости к стоматологу, соблюдение правил гигиены полости рта (сколько раз в день пациенты чистят зубы, какую зубную пасту, зубную щетку используют), проводилось когда-нибудь профессиональная гигиена полости рта. Исследование включало: комплексное стоматологическое исследование, охватывающее внешний осмотр лица, красной каймы губ и зубочелюстной аппарат (преддверие полости рта, зубы и зубные ряды, пародонт, слизистая оболочка полости рта, языка), включая определение индекса гигиены по Г. Вермилионе (ИГ), пародонтальный индекс (ПИ), индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта СРТИН.

Исследование проводилось среди 62 пациентов, из них 31 пациент с сахарным диабетом и 31 пациент с заболеваниями щитовидной железы.

#### **Результаты исследования**

Всего было осмотрено 62 пациента. Из них 31 пациент с сахарным диабетом. СД 1 типа – 5 человек

(средней степени тяжести), СД 2 типа – 26 человек (3 человека – тяжелой степени тяжести, 23 человека – средней степени тяжести). Возраст пациентов СД 1 типа – от 20 до 27 лет, СД 2 типа – от 40 до 75 лет. Среди пациентов СД 1 типа 2 мужчины и 3 женщины, СД 2 типа представлен женским полом. Длительность заболевания СД 1 типа от впервые выявленного до 15 лет, при СД 2 типа – от 2 до 30 лет.

Среди сопутствующих заболеваний у пациентов СД 1 типа – тракционная отслойка сетчатки глаза у одного больного. У пациентов СД 2 типа отмечены заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия – 7 человек (26,9%), артериальная гипертензия – 17 человек (65,4%), инсульт – 1 человек (4%), постинфарктное состояние – 2 человека (8 )), заболевания желудочно-кишечного тракта (панкреатит – 2 человека (8%), колит – 1 человек (4%), язва желудка – 1 человек (4 )), заболевания мочеполовой системы (пиелонефрит – 1 человек (4%), мочекаменная болезнь – 1 человек (4 )), заболевания опорно-двигательной системы (артрит – 1 человек (4%), артроз – 3 человека (11,5%), остеопороз – 1 человек (4 )), заболевания глаз (глаукома – 1 человек (4%), снижение остроты зрения – 26 человек (100 )), ожирение наблюдается у 8 человек (30,7%).

Анализируя стоматологические изменения полости рта, необходимо обратить внимание на то, что пациенты с СД 1 типа, как и пациенты СД 2 типа, крайне редко обращаются к врачу-стоматологу, только по мере необходимости. Многие чистят зубы один раз в день, неправильно подобраны зубная паста и зубная щетка.

Общими показателями для пациентов с СД 1 и СД 2 типа являются: сухость во рту (100%), изменение вкуса (40%), воспаление десны, кровоточивость при зондировании (40–50%), кариес (100%), зубной налет (100%).

Однако зафиксированы данные осмотра отличающиеся у пациентов СД 1 и СД 2 типа. Так, патологическая стираемость зубов (38%), наличие зубного камня (100%), обнажение шеек зубов (61,5%), повышенная чувствительность зубов (69,2%), зубодесневой карман (19,2%), подвижность зубов (19,2%), отсутствие 5 и более зубов (76,9%) зафиксировано чаще у пациентов с СД 2 типа. Хотя кариес и был отмечен в 100% у пациентов с СД 1 и СД 2 типов, а вот пришеечный кариес (20%) был обнаружен у пациента с СД 1 типа. Наличие клиновидных дефектов (50%), трещины на эмали (19,1%) выявлены только у пациентов с СД 2 типа. Из заболеваний пародонта: пародонтоз (61,5%), пародонтит (19,1%) наблюдался у пациентов с СД 2 типа. Гингивит (40%) выявлен у больных СД 1 типа. Язвы в углах рта у больных с СД 2 типа. Выявлен симптом поражения черепных нервов – невралгия тройничного нерва 2 ветви у пациента с СД 2 типа.

Для всех пациентов с СД 2 типа характерно ухудшение гигиены полости рта, о чем свидетельствует показание индекса гигиены – 19,2% – хороший уровень

гигиены, 42,3% – удовлетворительный уровень гигиены, 34,6% – неудовлетворительный уровень гигиены. У пациентов с СД 1 типа гигиена оценивается как хорошая в 60%, удовлетворительная – в 40%. Определение пародонтального индекса показало, что среди пациентов СД 1 типа преобладает легкая степень патологии пародонта, тогда как у пациентов СД 2 типа характерно средняя и тяжелая степень патологии пародонта. При оценке нуждаемости в лечении пародонта выявлено, что 19 человек нуждаются в лечении и консультации стоматолога-пародонтолога, 9 человек нуждаются в профессиональной гигиене полости рта и улучшении гигиены.

Характеризуя пациентов с заболеваниями щитовидной железы, необходимо отметить, что всего было обследовано 31 человек. Из них у 15 пациентов – диффузно-токсический зоб, у 1 – ДТЗ и беременность, у 5 – узловой зоб, у 10 – аутоиммунный тиреоидит, у 4 – гипотиреоз. Из 31 человека 26 женщин и 5 мужчин в возрасте от 30 до 60 лет, длительность заболевания от 1 до 14 лет.

Из сопутствующих заболеваний выявили заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия – 2 человека (9,5%), ИБС, мерцательная аритмия – 2 (9,5%), артериальная гипертензия – 8 (38,1%), постинфарктное состояние – 1 (4,7 )), заболевания желудочно-кишечного тракта (панкреатит – 1 (4,7%), гастрит – 1 (4,7%), холецистит – 1 (4,7%), гастродуоденит – 1 (4,7 )), заболевания мочеполовой системы (пиелонефрит – 2 (9,5%), мочекаменная болезнь – 1 (4,7 )), заболевания глаз (снижение остроты зрения – 21 (100 )).

При анализе патологической стираемости мы обратили внимание на то, что она присутствует в 50% у больных гипотиреозом и 28% с ДТЗ, а вот физиологическая стираемость наблюдается в 100% у больных ДТЗ, аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, гипотиреоз, ДТЗ и беременность. Наддесневой зубной камень наблюдается у всех пациентов с заболеваниями щитовидной железы (100%), то же самое прослеживается и в отношении зубного налета. Поддесневой зубной камень у 14% обнаружен только у больных ДТЗ.

Кариес зафиксирован у всех пациентов с патологией щитовидной железы (100%). Из некариозных поражений твердых тканей зубов выявлена эрозия эмали у беременной с ДТЗ. Повышенная чувствительность зубов отмечается у больных с узловым зобом и ДТЗ беременной в 100%, в 43% – с ДТЗ, в 37,5% с аутоиммунным тиреоидитом, в 50% с гипотиреозом. Воспаление десневого сосочка и кровоточивость десен при зондировании отмечалось у 28% больных ДТЗ, у 100% беременной с ДТЗ и у 50% больных гипотиреозом. Наличие зубодесневого кармана, подвижности зубов, клиновидных дефектов не выявлено. Потеря 5 и более зубов в 100% у больных ДТЗ и с беременностью, 43% пациентов с ДТЗ, 37% с аутоиммунным тиреоидитом, 50% с гипотиреозом. Среди заболеваний пародонта выявлен гингивит: у 28,5% пациентов с ДТЗ, 100% – с

ДТЗ беременной, 50 % – с гипотиреозом, таких заболеваний, как пародонтоз, периодонтит не наблюдалось. Изменение вкуса, сухости во рту не отмечено. Отек слизистой – в 50 % у больных гипотиреозом, также отмечается у этих больных гипосаливация в 50 %.

Для всех пациентов с заболеваниями щитовидной железы показания индекса гигиены следующие – 23,8 % – хороший уровень гигиены, 42,8 % – удовлетворительный, 33,4 % – неудовлетворительный. Определение пародонтального индекса показало, что среди пациентов с заболеваниями щитовидной железы преобладает легкая степень патологии пародонта – гингивит. При оценке нуждаемости в лечении пародонта 11 человек – нуждаются в профессиональной гигиене полости рта и улучшении гигиены.

**Распространенность кариеса зубов среди больных СД и заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), величина индекса КПУ**

Распространенность кариеса зубов среди больных СД и заболеваниями ЩЖ составила 100 %. Состояние зубочелюстной системы стоматологи оценивают по показателям КПУ, который включает в себя сумму числа зубов, пораженных кариесом (К), пломбированных по поводу кариеса и его осложнений (П) и удаленных зубов по поводу кариеса и его осложнений, заболеваний пародонта или иных причин (У) (табл. 1).

**Таблица 1**

Заболевание	Распространенность кариеса зубов (в % к числу обследованных)	Индекс КПУ (среднее значение)
СД	100	16,2
Заболевания ЩЖ	100	14,9

Полученные данные дают представление о динамики поражения зубов у больных СД и заболеваниями ЩЖ.

**Таблица 2**  
**Структуру индекса КПУ у больных СД и заболеваниями ЩЖ**

Заболевание	К	П	У	Всего
СД	2,4 ± 0,1	3,6 ± 1	10,2 ± 0,8	16,2 ± 1
Заболевания ЩЖ	5,6 ± 0,3	4,3 ± 0,2	5,1 ± 0,5	14,9 ± 0,9

Таким образом, у больных СД и заболеваниями ЩЖ структура КПУ разная (табл. 2). При расчете «достоверность разности показателя» значение  $K = 5$ , что значит  $5 \geq 3$ , это говорит о том, что кариес у больных с заболеваниями ЩЖ выше, чем у больных с СД. Значение  $U = 4$ , что соответствует  $4 \geq 3$ , это говорит о том,

что удаленных зубов больше у больных с СД, т. к. связано это с тяжелыми поражениями пародонта.

Основываясь на этих данных, можно прогнозировать объем нуждаемости обследованных в различных видах стоматологической помощи.

**Выводы**

На основании проделанной работы можно сделать следующие выводы:

1. Для пациентов с СД 1 и СД 2 типа характерны: сухость во рту, изменение вкуса, воспаление десны, кровоточивость при зондировании, кариес, зубной налет.

2. Для больных СД 1 типа отмечается пришеечная локализация кариеса, из заболеваний пародонта – гингивит.

3. Для больных СД 2 типа наблюдается патологическая стираемость зубов, наличие наддесневого зубного камня, зубодесневой карман, подвижность зубов, отсутствие 5 и более зубов, наличие клиновидных дефектов, трещин эмали, повышена чувствительность зубов к химическим раздражителям. Из заболеваний пародонта выявлены парадонтоз, пародонтит. Характерно появление язв в уголках рта, сухость губ. Выявлены симптом поражения черепных нервов – невралгия тройничного нерва второй ветви.

У всей группы больных с заболеваниями щитовидной железы была зафиксирована физиологическая стираемость зубов, наддесневой зубной камень, зубной налет, кариес, потеря 5 и более зубов, повышенная чувствительность зубов. Не были выявлены следующие показатели: зубодесневой карман, подвижность зубов, изменение вкуса, из заболеваний пародонта не наблюдался парадонтоз, пародонтит.

У больных ДТЗ наблюдается патологической стираемость зубов, поддесневой зубной камень, повышенная чувствительность зубов, воспаление десневого сосочка и кровоточивость десен при зондировании, потеря 5 и более зубов, среди заболеваний пародонта выявлен гингивит.

У больной ДТЗ при беременности выявлено кариес множественный, некариозные поражения твердых тканей зубов выявлена эрозия эмали, повышенная чувствительность зубов, воспаление десневого сосочка и кровоточивость десен при зондировании, потеря 5 и более зубов, среди заболеваний пародонта выявлен гингивит.

У больных аутоиммунным тиреозом отмечается физиологическая стираемость зубов, наддесневой зубной камень, зубной налет, кариес, повышенная чувствительность зубов, потеря 5 и более зубов.

У больных узловым зобом определили физиологическая стираемость зубов, наддесневой зубной камень, зубной налет, кариес.

У больных гипотиреозом обнаружили патологической стираемость зубов, наддесневой зубной камень, повышенная чувствительность зубов, воспаление десневого сосочка и кровоточивость десен при зондировании, потеря 5 и более зубов, среди заболе-

ваний пародонта выявлен гингивит, отек слизистой, гипосаливация.

Кроме того, в рамках нашего исследования мы полагаем, что патологический процесс в зубочелюстной системе усугубляется сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, мочеполовой системы, опорно-двигательной системы, нарушением обмена веществ. На прирост кариеса и наличие плохой гигиены полости рта связываем это с неправильным подбором зубных паст, зубных щеток, а также возможно некачественное стоматологическое обслуживание у лиц, проживающих в районах Хабаровского края, боязнь стоматолога, игнорирование стоматологических программ.

На основании работы для практического здравоохранения предлагаются следующие рекомендации:

– Для больных сахарным диабетом и больных с заболеваниями щитовидной железы необходим профилактический стоматологический осмотр полости рта не менее 3–4 раз в год, т. е. 1 раз в квартал.

– Для каждой истории болезни необходимо завести паспорт осмотра стоматолога для этой категории пациентов.

Ведение для этой категории пациентов памяток по уходу за зубами позволит планомерное поддержание стоматологического здоровья, сохранить зубы до глубокой старости.

## **Итоги работы врача-эндокринолога по дополнительной диспансеризации работающего населения г. Хабаровска за 2007–2008 годы**

**М.В. Клименченко**

*МУЗ «Городская больница № 1»,  
г. Хабаровск*

### **Цель исследования**

Провести скрининг нарушений углеводного обмена и патологии щитовидной железы у организованного трудоспособного населения.

### **Задачи**

Сформировать диспансерные и группы риска для адекватной терапии и наблюдения в динамике в плане длительного сохранения работоспособности пациентов.

Объект исследования: работающее население г. Хабаровска, объединенное по организациям, расположенным в районе обслуживания МУЗ «Городская больница № 1» в 2007 г. – 23 организации (700 человек), в 2008 г. – 39 организаций (1356 человек).

Методология: сплошное аналитическое изучение.

### **Методы исследования**

1. Анкетирование с использованием вопросника, рекомендованного Международной Федерацией Диабета (IDF), оценивающего степень ожирения, наследственность, возраст, анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, течение беременностей, предшествующий прием медикаментозных препаратов, вредные привычки.

2. Физические: пальпация щитовидной железы и региональных лимфоузлов.

3. Инструментальные: рост, вес, индекс массы тела; уровень холестерина и гликемии натощак; артериальное давление; по показаниям – глюкозотолерантный тест с 75 глюкозы, ультразвуковое исследование щитовидной железы, исследование гормонов кро-

ви: тиреотропного, T4, С-пептида, пролактина, антител к микросомной фракции и тиреоидной пероксидазе.

### **Материалы исследования**

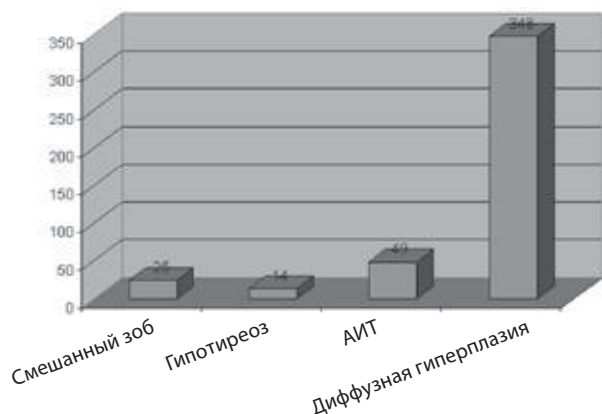
Объем исследований – 2056 человек, что составило 105 % от планового государственного задания. При первичном осмотре расценивались показатели гликемии натощак и холестерина, проводилась пальпация щитовидной железы и близлежащих лимфатических узлов, определялись факторы риска эндокринных заболеваний, назначалось необходимое обследование. При повторном визите выставлялся окончательный диагноз, формировались группы риска и диспансерного наблюдения. Пациенты получали подробные рекомендации по питанию, здоровому образу жизни, при необходимости назначалась лекарственная терапия.

### **Результаты**

При проведении дополнительной диспансеризации трудоспособного населения г. Хабаровска за 2 года (2007–2008 гг.) эндокринологом МУЗ «Городская больница № 1» у значительной части обследуемых была выявлена различная эндокринная патология (в 25 % случаев).

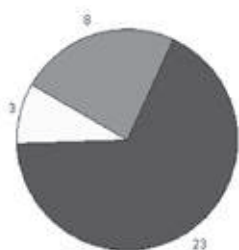
В 2007 г. заболевания щитовидной железы определены у 88 человек (12,7 % от количества обследуемых). В том числе смешанный зоб обнаружен у 25 человек (3,6 % от количества обследуемых), гипотиреоз – у 14 (2 %), аутоиммунный тиреоидит – у 49 (7 %). Диффузная гиперплазия I–II степени обнаружена у половины обследуемых – 348 случаев (рис. 1).





**Рис. 1. Выявленная патология щитовидной железы за 2007 год (человек)**

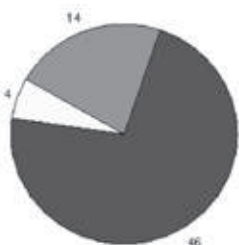
Выявлены нарушения углеводного обмена – у 34 человек (5 % от количества обследуемых). Нарушение гликемии натощак имели 8 человек (1,1 %), нарушение толерантности к глюкозе – 23 (3,3 %), сахарный диабет 2 типа – 3 (0,4 %) (рис. 1). Диагноз сахарного диабета устанавливался по критериям ВОЗ (1999 г.).



■ Нарушение гликемии натощак ■ Нарушение толерантности к глюкозе □ Сахарный диабет типа 2

**Рис. 2. Выявленная патология углеводного обмена за 2007 год (человек)**

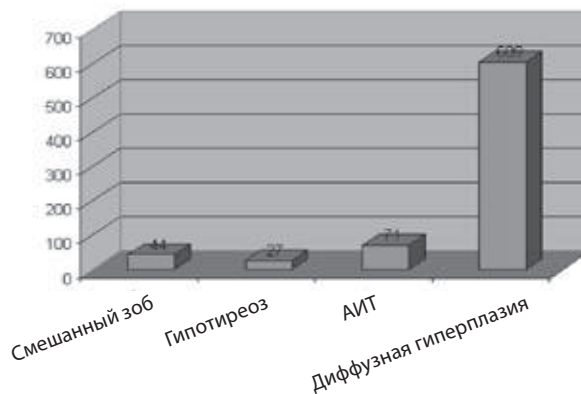
По итогам диспансеризации, за 2008 г. было выявлено 64 человека с нарушениями углеводного обмена (4,7 %), в том числе впервые выявлен сахарный диабет у 4 пациентов (0,3 %). Нарушение гликемии натощак обнаружены у 14 человек (1 %), нарушения толерантности к глюкозе – у 46 пациентов (3,4 %) (рис. 3).



■ Нарушение гликемии натощак ■ Нарушение толерантности к глюкозе □ Сахарный диабет типа 2

**Рис. 3. Выявленная патология углеводного обмена за 2008 год (человек)**

Аутоиммунный тиреодит диагностирован у 71 человека (5,3 % от количества обследуемых), гипотиреоз – у 27 (2,1 %), смешанный зоб – у 44 (3,3 %). Всего признаки патологии щитовидной железы обнаружены у 142 человек (10,5 % от количества обследуемых). Также выявлено значительное количество случаев гиперплазии щитовидной железы I и II степеней – 609 человек (45 %) (рис. 4).



**Рис. 4. Выявленная патология щитовидной железы за 2008 год (человек)**

Средний возраст больных с патологией щитовидной железы составил  $46 \pm 7$  года, при нарушениях углеводного обмена –  $51 \pm 6$  года. Подавляющее большинство в обоих случаях составили женщины (88 и 91 % соответственно). Среди впервые выявленных нарушений углеводного обмена (98 человек) факторы риска по данному заболеванию имели 74 пациента (75 %): зарегистрировано 52 случая ожирения ( $ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$ ) – 72 %, 28 человек (37,8 %) имели отягощенную наследственность по сахарному диабету, 7 женщин (9,5 %) указали на патологию течения беременностей или мертворожденный плод в анамнезе.

Выявленные аутоиммунный тиреодит и смешанный зоб в большинстве случаев не имели клинической симптоматики. Гипотиреоз имел субклиническое течение и был диагностирован после гормонального дообследования. Более половины больных гипотиреозом (26 человек) страдали ожирением и имели повышенный уровень холестерина. У 6 женщин (22 %) клиническим признаком данного заболевания являлась лакторрея.

Обнаруженная гиперплазия щитовидной железы у 957 человек (71 %) патологическим состоянием не является, но требует йодопрофилактики (особенно у женщин в период беременности и лактации) и наблюдения в динамике.

#### Выводы

1. При анализе результатов скринингового обследования трудоспособного населения за 2007–2008 гг. получены аналогичные данные, что позволяет сделать выводы о распространенности эндокринной патологии у ранее необследованного населения г. Хабаровска: в среднем нарушения углеводного обмена выяв-

лены у 4,8 % обследованных, патология щитовидной железы обнаружена в 11,5 % случаях.

2. Дальнейшее наблюдение в динамике и адекватная терапия при «Д» учете позволит длительно сохранить трудоспособность населения, избежать осложнений вышеуказанных заболеваний, исключить ранний выход на инвалидность.

3. Выявление факторов риска нарушений углеводного обмена с помощью опросника, рекомендованного IDF, является простым, доступным и эффективным методом. В сочетании с минимальным лабораторным обследованием (определение гликемии и холестерина) он

успешно может быть применен врачами общей практики и специалистами среднего звена. Но далеко не каждый врач-терапевт владеет методом пальпации щитовидной железы и может правильно интерпретировать результаты УЗИ-исследования и гормональные показатели. С 2009 г. врачи-эндокринологи не участвуют в проведении массовых медосмотров организованного трудоспособного населения, что неизбежно скажется на уровне обследования пациентов и оказании своевременной квалифицированной медицинской помощи. Особенно актуальна данная проблема для районов зобной эндемии, к которым относится Хабаровский край.

## **Частота и структура синдрома гипертиреоза по данным МУЗ «Городская клиническая больница № 10» и «Городская поликлиника № 11» (Северный и Южный округа г. Хабаровска)**

**И.А. Дейкун<sup>1</sup>, О.Л. Сартакова<sup>2</sup>, С.А. Ковбас<sup>1</sup>, Н.В. Килихевич<sup>1</sup>, Л.Н. Мироненко<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>МУЗ «Городская поликлиника № 11»,

<sup>2</sup>МУЗ «Городская клиническая больница № 10», г. Хабаровск

В настоящее время, по статистическим данным, в Российской Федерации синдром гипертиреоза регистрируется у 1–2 % населения, в США – 0,5–1,3 %. В г. Хабаровске, по данным годового отчета 2009 г., он зарегистрирован у 0,5 % жителей.

Численность населения в Северном округе – 79 500 человек, в Южном – 105 400. Общее количе-

ство больных с синдромом гипертиреоза в Северном округе – 79 человек (0,09 %), в Южном – 170 (0,16 %). Среди них мужчин с синдромом гипертиреоза не более 10 %. В Северном округе – 7 мужчин (10 %) от общего количества больных, в Южном округе – 15 (9 %).

Распределение тиреотоксикоза по возрасту примерно одинаково (табл. 1).

**Таблица 1**

**Распределение синдрома гипертиреоза по возрасту**

	Число больных		18–29 лет		30–39 лет		40–49 лет		50–59 лет		60 лет и старше	
	Северный округ	Южный округ	Северный округ	Южный округ	Северный округ	Южный округ	Северный округ	Южный округ	Северный округ	Южный округ	Северный округ	Южный округ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Абс.	79	170	7	8	11	21	17	47	21	36	23	57
%	0,099	0,16	8,8	4,7	13,9	12,3	21,5	27,6	26,5	21,1	29,1	34,3

Максимальное число заболевших диагностируется в старшей возрастной группе – старше 60 лет.

В этой же группе случаи поздней диагностики (более 6 месяцев) составляют до 30 %. Основной причиной поздней диагностики является атипичная или стертая

клиника заболевания, когда единственным его проявлением является умеренная тахикардия, ишемическая болезнь сердца или мерцательная аритмия. У большинства больных отсутствовала потеря веса – один из ключевых признаков данного синдрома (табл. 2).

Таблица 2

## Структура синдрома гипертиреоза

Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса)				Многоузловой токсический зоб (функциональная автономия)			
количество больных		%		количество больных		%	
Северный округ	Южный округ	Северный округ	Южный округ	Северный округ	Южный округ	Северный округ	Южный округ
31	101	39,2	59,4	48	69	60,8	40,6

В Южном округе преобладает болезнь Грейвса – 59,4 %, а в Северном – многоузловой токсический зоб – 60,8 %. По статистическим данным, частота болезни Грейвса составляет 60–80 % и лишь в йоддефицитном районе соотношение изменяется. Как известно, город Хабаровск относится к району легкого йоддефицита, с медианой йодурии 64 мкг/л (Р.В. Захаренко, 2004).

Такая очевидная разница и в структуре заболеваемости и в количестве больных в двух районах Хабаровска, скорее всего, связана с промышленными особенностями и как следствие экологическим неблагополучием Северного округа. На этом фоне возможен срыв иммунологической толерантности его жителей.

**Выводы**

Имеется весьма существенное различие в частоте синдрома гипертиреоза у жителей двух районов Хабаровска, точнее – практически двукратное увеличение в Южном округе.

Структура заболеваемости также неоднородна, имеется преобладание многоузловых форм зоба в Северном округе и диффузных форм зоба в Южном округе.

Причину такой неоднородности желательно изучить в специально спланированном исследовании.

## **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 и английском 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. Подрисуночные 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. Фото-таблицы 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.