

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

Издаётся с 2002 года
выходит 1 раз в три месяца
№ 4 (50) декабрь 2011
Дата выхода в свет: 30.12.2011

Главный редактор:

С.Ш. Сулейманов

Заместитель главного редактора:

Г.В. Чиждова

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. Карленко (Петропавловск-

Камчатский)

Г.А. Пальшин (Якутск)

Д.А. Сычев (Москва)

А.П. Тяжелков (Комсомольск-на-Амуре)

Редактор:

Е.Г. Вожжова

Корректор:

А.Г. Савочкина

Художественный редактор:

Е.В. Бадяева

Учредители:

Министерство здравоохранения

Хабаровского края;

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

Плата за публикацию материалов
не рекламного характера не взимается

Издатель:

КГБОУ 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,
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

Тел./факс: (4212) 72-87-15

E-mail: rec@ipksz.khv.ru

http://zdravdv.ucoz.ru

СОДЕРЖАНИЕ

I. КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	3
II. ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ	
<i>Топалов К.П., Баглай И.А., Сотворенная Н.А.</i> Онкологическая помощь населению Хабаровского края: состояние и перспективы ее улучшения	4
III. ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
<i>Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Руссу Е.Ю.</i> О принципах оценки эффективности муниципального здравоохранения субъектов РФ Дальневосточного федерального округа	13
<i>Дьяченко О.А., Гевлич Н.В., Яринчук Е.И., Тумакова Е.В., Мартын Е.В., Воробьева Л.А.</i> Социально-экономические характеристики в семей, воспитывающих детей с проявлениями туберкулезной инфекции в г. Хабаровске	18
<i>Егоров В.В., Бадюгина С.П., Рогова В.Г.</i> Итоги работы Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за период 2006–2010 годы	22
<i>Ракицкий Г.Ф., Плющенко В.Н., Дорожкина Л.И., Брылева И.Н., Песня С.В.</i> О состоянии психиатрической и наркологической помощи населения края и мерах по ее совершенствованию	25
<i>Плющенко В.Н., Брылева И.Н., Лазарь К.Г.</i> Суициды как социально-психопатологическое явление	35
IV. ОБМЕН ОПЫТОМ	
<i>Голямов П.С., Платова С.Б., Щагин С.В.</i> Схема коррекции дисбиоза кишечника у пациентов, перенесших резекцию желудка	42
<i>Малыхин Ф.Т., Думан Т.С.</i> Изучение качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких как составная часть ее клинической диагностики	45
<i>Ушакова О.В., Шапиро Е.П., Дмитричева И.И., Буркова В.А., Будкова М.А.</i> Оценка эффективности работы медицинской регистратуры МБУЗ «Клинико-диагностический центр» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска	47
V. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	
<i>Владимирова Н.Ю., Ступак В.С., Никишина М.В., Филиппова В.В.</i> Алгоритм пренатальной диагностики на территории Хабаровского края	50
<i>Сикора Н.В., Филиппова В.В., Ступак В.С.</i> Распространенность муковисцидоза в Хабаровском крае по данным неонатального скрининга	54
VI. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
<i>Рябова Т.И.</i> Некоторые вопросы эпидемиологии сахарного диабета 2 типа среди коренных народов северных территорий	57
VII. ФАРМАЦИЯ	
<i>Ефимова Е.А., Абросимова Н.В., Топалов К.П.</i> Оценка фармацевтического рынка в Хабаровском крае	61
<i>Шамина Я.А., Сулейманов С.Ш.</i> Фармацевтическая помощь – новая парадигма профессиональной деятельности фармацевтического работника. Основные термины и понятия	64
VIII. ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ	
<i>Власов В.В.</i> Как писать обзор литературы	70
IX. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ	
К 90-летию В.Ф. Григорьева	77
X. ИНФОРМАЦИЯ	
<i>Ступак В.С., Витько А.В., Плющенко В.Н., Моцинецкий А.Ю., Шишкина Т.Н., Гребенькова Г.В.</i> Обзор актуальных докладов научно-практической конференции «Модернизация здравоохранения – новый этап в развитии медицины Дальнего Востока»	79
План научных мероприятий Министерства здравоохранения Хабаровского края на 2012 г.	85
Указатель статей, опубликованных в 2011 г.	88
Правила для авторов	91

ISSN 1728-1261

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

№ 4 (50) December 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:

A.G. Savochkina

Designer:

E.V. Badyaeva

Journal of:

Postgraduate Institute for
Public Health Workers
Ministry of Health
of the Khabarovsk Territory

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 П)

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

CONTENTS

I. EDITOR'S NOTE	3
II. EDITORIAL	
Topalov K.P., Baglay I.A., Sotvorenaya N.A. Oncological Help to the Population of the Khabarovsk Territory: The Condition and Prospects of Its Improvement	4
III. ECONOMICS AND HEALTH CARE	
Dyachenko V.G., Prigornev V.B., Russu E.Y. Principles of Assessing the Effectiveness of Municipal Health of the Far Eastern Federal District Entities	13
Dyachenko O.A., Gevlich N.V., Yarinchuk E.I., Tumakova E.V., Martyn E.V., Vorobyeva L.A. Socioeconomic characteristics of families with children with manifestations of tuberculosis infection in Khabarovsk.....	18
Egorov V.V., Badogina S.P., Rogova V.G. The Results of Work of the Khabarovsk Branch of FSI "Intersectoral Research and Technology Complex "Eye Microsurgery" named after acad. S.N. Fyodorov Rosmedtechnologii" on Rendering of Hi-tech Medical Care in 2006–2010	22
Rakitsky G.F., Pluschenko V.N., Dorozhkina L.I., Bryleva I.N., Pesnya S.V. About a Condition of the Psychiatric and Narcological Help To the Population of the Khabarovsk Territory and Measures on Her Perfection	25
Pluschenko V.N., Bryleva I.N., Lazar K.G. Suicides as a socio-psycho- pathological phenomenon	35
IV. EXCHANGE OF EXPERIENCE	
Golyamov P.S., Platova S.B., Shchagin S.V. Correction of intestinal dysbiosis in patients, undergone resection of stomach	42
Malykhin F.T., Duman T.S. Study of Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease as Part of its Clinical Diagnostics	45
Ushakova O.V., Shapiro E.P., Dmitricheva I.I., Burkova V.A., Budkova M.A. The effectiveness of medical registries in Diagnostics Centre of Health Department of Khabarovsk Administration	47
V. GUIDELINES FOR PRACTITIONERS	
Vladimirova N.Y., Stupak V.S., Nikishina M.V., Filippova V.V. The algorithm of prenatal diagnostics in the Khabarovsk Territory	50
Sikora N.V., Filippova V.V., Stupak V.S. Cystic fibrosis in the Khabarovsk Territory according to the neonatal screening	54
VI. SCIENTIFIC REVIEW	
Ryabova T.I. Some questions in the epidemiology of diabetes type 2 among indigenous peoples of the northern territories	57
VII. PHARMACY	
Efimova H.A., Abrosimova N.V., Topalov K.P. Estimation of the pharmaceutical market in the Khabarovsk Territory	61
Shamina Y.A., Suleymanov S.S. Pharmaceutical care as a new paradigm of professional pharmaceutical worker. Basic Terms and Concepts	64
VIII. PROBLEMS OF EDUCATION AND TRAINING	
Vlasov V.V. How to write literature review	70
IX. HISTORY OF MEDICINE	
On the 90th anniversary of V.F. Grigoriev	77
X. INFORMATION	
An overview of reports of scientific and practical conference «Modernization of Health as a new stage in the development of medicine in the Russian Far East» 79 Plan of scientific events of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory	85
Index of articles, published in 2011	88

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели!

Поздравляю вас и всех коллег с Новым годом и Рождеством!

Мы прожили еще один очень непростой год. Год, который принес успехи и радости, неудачи и разочарования.

Подводя его итоги, мы с гордостью говорим о достижениях отечественного здравоохранения. Но мы не можем не говорить и о нерешенных вопросах. Среди наиболее значимых событий российской медицины следует отметить начало реализации программы модернизации, принятие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», проведение VIII (XXIV) Всероссийского Пироговского съезда врачей. Невозможно не назвать и событие, которое касается не только медицинских работников, но и всего российского общества – выборы в Государственную Думу Российской Федерации. Это далеко не все события, которые в ближайшие годы будут определять нашу профессиональную деятельность и влиять на нашу жизнь.

В году уходящем происходили события и менее масштабные, но имеющие важное значение для жителей определенных регионов, работников здравоохранения конкретных территорий.

В июне 2011 года Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения МЗ Хабаровского края отметил свое десятилетие, а в сентябре прошел X Международный конгресс «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения» – как оказалось, последний раз в традиционные сроки и в традиционном формате.

В Сахалинской области произошла смена министра здравоохранения в связи с вынесением приговора, связанного с лишением свободы, теперь уже бывшему министру.

В Камчатском крае Председателем Законодательного Собрания избран наш коллега, долгие годы возглавлявший управление здравоохранения Камчатской области, Заслуженный врач Российской Федерации Раенко В.Ф., а депутатом Законодательного Собрания с большим преимуществом вновь избран Почетный гражданин г. Петропавловска-Камчатского, Заслуженный врач Российской Федерации Грачев Л.А.

В Хабаровском крае конец года тоже был связан с кадровыми изменениями. После ряда жалоб и выявленных нарушений в деятельности предприятия освободила кресло руководителя директор краевого государственного унитарного предприятия «Фармация».

Это связано с тем, что среди серьезных проблем, которые вызывают недовольство наших земляков, особое место занимает проблема медицинской помощи вообще и лекарственного обеспечения в частности, в том числе и по программе ОНЛС (обеспечения необходимыми лекарственными средствами). Как сообщает Отделение Пенсионного фонда Российской Федерации по Хабаровскому краю, «на сегодняшний день 64 % льготников отказалось от полного набора социальных услуг, либо одной из его частей». В Хабаровском крае проживает почти 104 тысячи федеральных льготников.

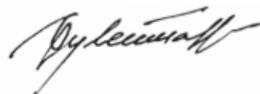
Произошли изменения в руководстве Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования.

И в то же время успехи наших коллег на выборах, их присутствие в структурах законодательных органов власти свидетельствует о достаточно высокой оценке населением вклада медицинских работников в жизнь территорий.

Есть примеры и в научной среде, когда мнение профессионального сообщества побеждает административный ресурс. Так, на прошедшей сессии Российской академии наук ее членом-корреспондентом избран профессор Х.П. Тахчиди, недавно освобожденный от должности руководителя МНТК «Микрохирургия глаза».

События декабря 2011 г., связанные с обсуждением результатов выборов в Государственную Думу, показали, что и население, и власть не устраивает сложившаяся ситуация в стране, и ее развитие должно осуществляться с учетом мнения народа. Мы с вами, коллеги, работаем в одной из самых сложных областей человеческой деятельности, затрагивающей наиболее чувствительную часть жизни общества – в системе здравоохранения. По нашим делам народ зачастую оценивает работу власти. Давайте в новом году приложим максимум усилий для того, чтобы дальневосточная медицина максимально отвечала чаяниям наших земляков, внесла свой посильный вклад в снижение социальной напряженности в обществе и принесла нам удовлетворение от принадлежности к медицинскому сообществу.

Желаю в 2012 году крепкого здоровья, профессиональных успехов, благополучия и счастья!



С.Ш. Сулейманов

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

УДК 616-006:614.2 (571.620)

Онкологическая помощь населению Хабаровского края: состояние и перспективы ее улучшения

К.П. Топалов^{1*}, И.А. Баглай², Н.А. Сотворенная²

¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,

²Министерство здравоохранения Хабаровского края,
г. Хабаровск

K. P. Topalov, I. A. Baglay, N. A. Sotvorennaya

Oncological Help to the Population of the Khabarovsk Territory: The Condition and Prospects of Its Improvement

Резюме

Проанализирована заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность населения Хабаровского края от данной патологии на протяжении последних десяти лет (2001–2010) в сравнении с федеральными показателями. В крае отмечен рост заболеваемости и смертности (20,8 % и 4,8 % соответственно). В течение года после установления диагноза умирает около четверти больных, обратившихся к специалистам за медицинской помощью. Низкий показатель активного выявления злокачественной патологии, особенно в сельской местности.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, организация онкологической помощи, Хабаровский край.

Summary

Disease of malignant neoplasms and death rate of the population of the Khabarovsk territory from the given pathology over the last ten years (2001–2010) in comparison with federal indicators is analysed. In edge disease and death rate growth (20,8 % and 4,8 % accordingly) respectively. Within a year after a diagnosis establishment dies about a quarter of the patients who have addressed to experts behind medical aid. A low indicator of active revealing of a malignant pathology, especially in the countryside.

Key words: malignant neoplasms, organization of oncological help, Khabarovsk territory.

В современном обществе социально-экономическое развитие страны, территории, в значительной степени, зависит от человеческого фактора, его состояния здоровья. Особое значение здесь придается социально-экономическим, экологическим, психологическим и медицинским факторам, которые снижают уровень жизни населения, влияют на отношение значительной части людей к своему здоровью и здоровью окружающих, сокращают объемы профилактических мероприятий, изменяют возможности системы здравоохранения по своевременному и качественному оказанию медицинской помощи в условиях сокращения финансирования. Все вышеперечисленное снижает потенциал здоровья

населения страны, в том числе и на региональном уровне, ведет к накоплению глобального груза болезней, особенно рост временной и стойкой утраты нетрудоспособности и сокращения продолжительности жизни населения.

В этом контексте особая роль отведена злокачественным новообразованиям, которые являются одной из основных причин смертности и инвалидизации населения. В последние годы улучшилась диагностика и лечение больных, страдающие злокачественными новообразованиями. Созданные сегодня современные технологии оказания специализированной помощи при опухолевых процессах позволили вывести злокачественные новооб-

* kptopalov@mail.ru

разования из разряда фатальных. Все это определяет необходимость оценить онкологическую ситуацию в Хабаровском крае, дать рекомендации на снижение показателей онкологической заболеваемости и смертности, совершенствования онкологической службы.

Цели исследования

1) изучение особенностей интенсивности распространения онкологической патологии в различных муниципальных образованиях Хабаровского края как городского и сельского типа; 2) выявить положительные и негативные стороны организации онкологической помощи населению; 3) дать рекомендации по улучшению онкологической помощи в крае.

Материалы и методы

Анализ заболеваемости опухолевым процессом и летальности от злокачественных новообразований (ЗНО) проводился на основе информации государственной отчетности о состоянии здоровья населения и деятельности лечебных учреждений Хабаровского края. Использовались стандартные формы государственного наблюдения № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и № 35 «Отчет о больных злокачественными новообразованиями». Годовая отчетная форма № 7 содержит сведения о распределении заболеваний в зависимости от локализации опухолевого процесса и возрастно-полового состава. В данной форме учтены все впервые выявленные случаи, включая первично-множественные, выявленные посмертно, а также выявленные в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Форма № 35 содержит сведения о контингентах больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете онкологического учреждения, в том числе о больных, взятыми на учет с впервые в жизни установленным диагнозом.

В анализе использовали эпидемиологические методы. Оценивали как абсолютные показатели (количество человек), так и относительные показатели – соотношение и доли (экстенсивные и интенсивные показатели), которые рассчитывали по формуле: $X/Y \cdot 10n$. В этой формуле X и Y являются сравниваемыми величинами – X делится на Y и умножается на $10n$ – коэффициент, который используется для преобразования результата деления в сравниваемую величину. Величина $10n$ может быть равной 1, 10, 100, 1000 и так далее в зависимости от значения n .

Большинство показателей, характеризующие эффективность организации онкологической помощи населению, рассчитывали на 100 тыс. человек среднегодового населения. Показатели за 2010 год рассчитывали на население на 1 января 2011 года без учета проведенной переписи в 2010 году.

Заболеваемость и смертность изучали с помощью «грубых» и стандартизованных показателей. За стандарт было взято среднегодовое население России за 2008 год. Для анализа использовали также мировой стандарт, взятый из сборника Росстата за 2010 г. [3].

Динамические ряды изучались методом наименьших квадратов, средний темп прироста вычислялся путем логарифмирования. В ряде случаев был использован корреляционный анализ по Пирсону.

Для изучения особенностей онкологической службы в зависимости от характера муниципальных образований нами были взяты два «краевых мегаполиса» – города Хабаровск и Комсомольск-на-Амуре – и сельские муниципальные районы в целом, так как их объединяет одна общая закономерность – в них слабо поставлена онкологическая служба.

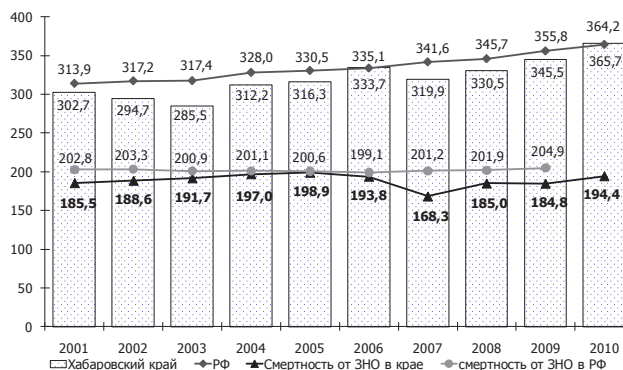
Результаты и обсуждение

Для корректной оценки эпидемиологической ситуации в отношении злокачественных новообразований на территориальном уровне необходим тщательный анализ сложившейся демографической обстановки в Хабаровском крае. Численность населения края за 2001–2010 гг. сократилась на 59,5 тысяч человек (4,1 %); в России за этот период времени произошла убыль населения на 2 %. Средние темпы старения населения – отношение числа лиц старше 60 лет к детям в возрасте 0–14 лет – составили для края и РФ 2,9 % и 1,1 % соответственно. Наблюдаемый процесс демографического старения, в значительной степени, влияет на благосостояние лиц пожилого возраста и косвенно отражается на уровне онкологической заболеваемости [1].

В 2010 году в Хабаровском крае было выявлено 5122 случаев (форма 7) злокачественных новообразований с диагнозом, установленным впервые в жизни (2395 и 2727 у пациентов мужского и женского пола соответственно). «Грубый» показатель заболеваемости населения Хабаровского края злокачественными новообразованиями в 2010 году составил 365,7 случаев на 100 тысяч населения, что на 20,8 % больше, чем в 2001 году (302,7 человек на 100 тысяч населения). В РФ заболеваемость ЗНО за этот период увеличилась на 16,0 %. Корреляционный анализ показал, что в крае отмечена аналогичная тенденция роста заболеваемости, что и на федеральном уровне ($r = 0,87$; $t = 7,3$). С 2001 года абсолютное число вновь выявленных больных со злокачественными новообразованиями увеличилось на 16,7 %. Это свидетельствует об истинном росте онкологической заболеваемости, так как наблюдается на фоне естественной убыли населения. Среднегодовой темп прироста заболеваемости населения онкологической патологией на региональном уровне составил 2,12 % против 1,67 % в РФ (диаграмма 1). Такой темп прироста заболеваемости населения Хабаровского края позволил опередить федеральный показатель (364,2 случая на 100 000 населения в 2010 году).

Таким образом, в 2010 году впервые первичная заболеваемость в крае стала выше федерального уровня. Этот вывод подтвержден стандартизованными показателями. В 2010 году стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями крае составил 403,6 случая на 100 тыс.

Диаграмма 1
Заболееваемость и смертность населения злокачественными новообразованиями в Хабаровском крае и РФ (на 100 тыс. населения)



населения, что значительно выше предыдущих лет (2006–2010), при этом ежегодные темпы роста стали равными в 2,06 % (табл. 1). С учетом стандартизации населения рост заболееваемости составил 2,83 %, что в 3 раза меньше, чем при расчете «грубых» показателей. Смертность от злокачественных новообразований в крае в последние пять лет (2006–2010) остается практически на одном уровне, если брать во внимание «грубые» показатели. С учетом стандартизации населения рост смертности в крае за эти годы составил 1,44 %. По сравнению с предыдущим годом она увеличилась лишь на 4,8 % (табл. 1). Использование абсолютных чисел, «грубых» показателей позволило решить ряд организационных вопросов в деле улучшения онкологической службы в муниципальных образованиях. Для нивелирования внешних факторов, особенно возрастного состава населения, использовали стандартизованные показатели [2].

С использованием мирового стандарта населения по данным 2009 года стандартизованные пока-

Таблица 1
«Грубые» и стандартизованные показатели заболееваемости ЗНО и смертности от них в Хабаровском крае (на 100 тысяч населения)

Годы	Всего зарегистрировано заболеваний ЗНО (ф. 7)	Умершие по данным Хабаровскстата	Показатели			
			"Грубые"		Стандартизованные	
			заболееваемости	смертности	заболееваемости	смертности
2006	4721	2731	335,09	194,87	392,45	215,31
2007	4493	2364	319,88	168,31	365,61	203,41
2008	4636	2595	330,48	184,99	372,57	212,36
2009	4771	2589	340,5	184,77	376,74	208,63
2010	5122	2722	365,75	194,37	403,57	218,41
Прирост	8,49	-0,33	9,15	-0,26	2,83	1,44
Ежегодные темпы	2,06	0,08	2,21	0,06	0,70	0,36

Таблица 2
Выявление злокачественных новообразований с впервые установленным диагнозом (форма 7) и количество больных с ЗНО, находящийся на учете на конец года в 2010 г. (форма 35)

Наименование территории	Всего выявлено впервые ЗНО (форма 7)		Число больных ЗНО, состоявших на учете на конец года (форма 35)	
	всего	на 100 тыс.	всего	на 100 тыс.
Хабаровск	2297	395,6	11014	1896,8
Комсомольск-на-Амуре	1090	404,0	4398	1629,9
Районы:				
Амурский	233	333,6	1024	1466,0
Аяно-Майский	8	300,4	35	1314,3
Бикинский	65	242,8	322	1202,6
Ванинский	135	334,1	443	1096,4
Верхнебуреинский	112	366,3	291	951,7
Вяземский	75	297,0	419	1659,3
Комсомольский	75	228,9	265	808,7

им. Лазо	175	353,7	650	1319,6
Нанайский	58	287,9	263	1305,5
Николаевский	145	392,3	603	1631,5
им. Осипенко	18	304,9	77	1304,4
Охотский	22	227,7	97	1003,9
Совгаванский	159	354,7	667	1488,1
Солнечный	98	272,8	413	1149,6
Тугуро-Чумиканский	5	207,4	16	663,6
Ульчский	76	346,9	253	1154,9
Хабаровский	276	291,6	1082	1143,1
Итого	5122	365,7	22332	1594,7

затели заболеваемости для края, ДФО и РФ составили $242,52 \pm 3,60$, $232,33 \pm 1,68$ и $227,37 \pm 0,34$ случаев на 100 тыс. населения соответственно. Краевой стандартизованный показатель смертности выше федерального на 6,7 %.

В процессе изучения особенностей заболеваемости и смертности было обращено внимание на величину показателя достоверности учета (отношение числа умерших к заболевшим пациентам) [2]. Оказалось, что этот показатель в 2006 году составлял 0,58 и в динамике он снизился до 0,53. Такой высокий показатель (в США – 0,3, в среднем по Европе – 0,5) свидетельствует о неполноценном учете сведений о больных согласно международному стандарту. Индекс достоверности учета рака молочной железы, шейки и тела матки, яичников, лимфатической и кроветворной ткани в 2010 году составил 0,35, 0,41 и 0,44 соответственно; при учете ЗНО ободочной кишки, прямой кишки с ее отделами, пищевода, легких и желудка этот показатель оказался равным 0,60, 0,64, 0,82, 0,84 и 0,85 соответственно.

Высокие показатели первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями в 2010 году наблюдались в городах Комсомольска-Амура (404,0), Хабаровске (395,6) и Николаевском районе (392,3). Минимальные значения онкологической заболеваемости населения были отмечены в Тугуро-Чумиканском (207,4), Охотском (227,7), Комсомольском (228,9) районах (табл. 2). Такой разброс показателей свидетельствует о соответствующем уровне организации онкологической службы, требующей новых подходов в ее улучшении.

Контингент больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на онкологическом учете на конец года, составил 22332 человека или 1,6 % населения Хабаровского края. По сравнению с 2001 годом, распространенность злокачественных новообразований в крае увеличилась на 20,1 % (в РФ – 30,8 % соответственно). 10 331 пациент – 46,3 % всех больных со злокачественными новообразованиями, находившихся под наблюдением онкологической службы – состояли на учете 5 лет и более. По сравнению с 2009 годом этот показатель улучшился на 7,4 %. По сравнению с 2001 годом этот показатель увеличился с

$42,0 \pm 0,37$ до $46,3 \pm 0,33$ % в 2010 г. (на 10,2 %). В РФ за этот период он увеличился на 3,4 % соответственно.

Основной объем контингентов больных (без учета группы больных с опухолями кожи без меланомы) формируется из пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы (23,4 %), опухолями женской репродуктивной сферы (шейка и тело матки, яичники) – 15,9 %, опухолями лимфатической и кроветворной ткани (8,4 %) трахеи, бронхов, легкого (6,6 %), ободочной кишки (6,2 %) (суммарно 60,6 %).

Несмотря на одинаковую тенденцию к росту числа больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года, на краевом и федеральном уровне ($r = 0,91$; $t = 9,0$), ситуация в крае в значительной степени отличается от страны в целом. Так, показатель распространенности злокачественных новообразований среди населения Хабаровского края достиг в 2010 году 1594,7 случая на 100 тыс. населения, что выше уровня 2001 года (1328,0) на 20,1 %, однако это ниже федерального уровня на 23,5 % (диаграмма 2). Имеется значительный разброс этого показателя по муниципальным образованиям края, на что следует обратить организаторам здравоохранения. Одновременно с этим необходим анализ причин низкого значения этого показателя по сравнению с федеральным уровнем. Изучение выявленных особенностей в отношении онкологической заболеваемости, а также смерт-

Диаграмма 2
Распространенность злокачественных новообразований в Хабаровском крае и Российской Федерации (на 100 тыс. населения)

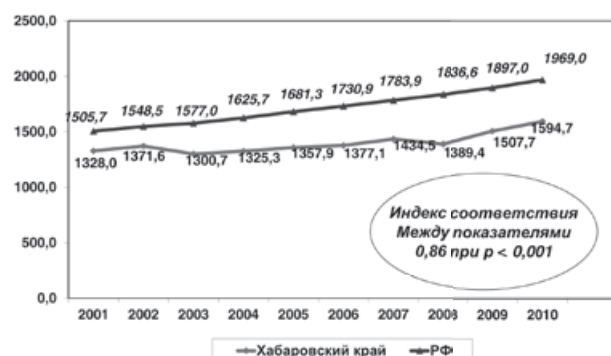
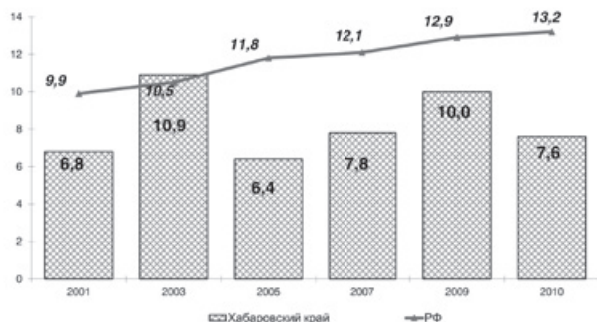


Диаграмма 3
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО), выявленных при проведении профилактических осмотров с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО, в процентах



ности от рака показало, что эти показатели тесно связаны с экономическими и демографическими факторами, с культурным уровнем населения [5].

Рост распространенности злокачественных новообразований в крае обусловлен как ростом первичной заболеваемости (диаграмма 1), так и увеличением выживаемости онкологических больных.

Максимальные значения распространенности злокачественных новообразований в 2010 году были отмечены в Хабаровске (1896,8), Вяземском (1659,3) и Николаевском (1631,9) районах, в Комсомольске-на-Амуре (1629,9); минимальные – в Тугуро-Чумиканском (663,6), Комсомольском (808,7), Верхнебуреинском (951,7) районах (табл. 2).

Индекс накопления контингентов больных со злокачественными новообразованиями в последние годы (2000–2010) имеет тенденцию к росту, хотя и отстает от федерального показателя (ежегодные темпы роста

для края и РФ составили 1,48 % и 1,70 % соответственно). В целом динамика индекса накопления контингентов больных со злокачественными новообразованиями в Хабаровском крае (5,1) оказалась ниже на 12,1 %, чем в Российской Федерации (5,8).

Показатель выявления злокачественных новообразований при проведении профилактических осмотров в 2010 году составил 7,6 %, что значительно ниже предыдущего года (диаграмма 3). Значимость раннего выявления онкологического заболевания общепризнанна, так как она определяет продолжительность жизни больного, исход проводимого лечения [4].

По сравнению с 2001 годом доля больных, выявленных активно, применительно ко всем злокачественным новообразованиям впервые в жизни установленным диагнозом выросла незначительно. Однако краевые показатели выявления опухолей на профилактических осмотрах ниже, чем в Российской Федерации. Активное выявление злокачественных новообразований в 2006–2010 гг. было различным в муниципальных образованиях. Так, в Хабаровске активное выявление опухолевого процесса составило в целом за 2006–2010 гг. 13,2 % от общего числа зарегистрированных случаев первичного злокачественного новообразования, в Комсомольске-на-Амуре и в районах края – 5,6 % и 3,1 % соответственно. Если показатели активного выявления рака трахеи, бронхов, легкого и опухолей кожи, включая меланому, при проведении профилактических осмотров соответствуют федеральным показателям, то названные показатели при опухолях молочной железы, репродуктивных органов женщины и мужчины, органов пищеварения остаются низкими по сравнению с Российской Федерацией. Как показывает практика, выявление злокачественных новообразований отдельных локализаций на ранних стадиях патологического про-

Таблица 3

Удельный вес выявленных больных с ЗНО активно при проведении профилактических осмотров от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного процесса в 2010 году

Наименование опухолевого процесса	Выявлено ЗНО в % при профосмотре		
	РФ	ДФО	Хабаровский край
губы, полости рта и глотки	10,28	7,36	5,26
пищеводы и желудка	5,04	2,66	2,29
ободочная кишка, прямая кишка с ректосигмоидным отделом	5,32	2,72	2,28
трахеи, бронхов и легкого	19,8	13,7	15,31
опухоли кожи, включая меланому	18,5	13,81	16,03
молочной железы	25,8	15	11,49
шейки и тела матки, яичников	16,94	10,92	2,43
предстательной железы	18,9	5,93	3,25
мочевого пузыря	5	3,65	1,96
щитовидной железы	17,60	15,6	7,5
лимфатической и кроветворной ткани	4,45	5,1	1,58

цесса зависит от руководства муниципальных образований, четкой организации онкологической помощи на местах (табл. 3). Организаторам здравоохранения предстоит разработать ряд определенных мероприятий по улучшению раннего выявления злокачественных новообразований.

Анализ представленной табл. 2 свидетельствует о полном отсутствии в муниципальных медицинских учреждениях края системы профилактических и скрининговых обследований определенных категорий населения, особенно в сельской местности (диаграмма 4).

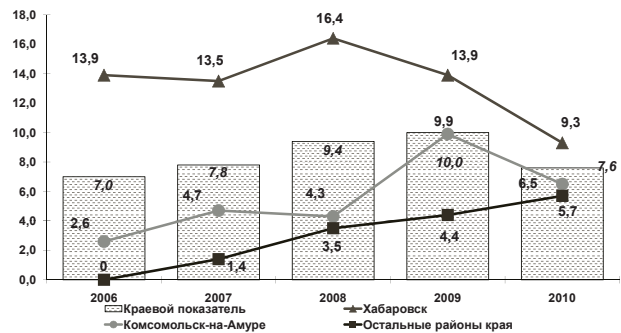
В целом показатели активного выявления злокачественных опухолей в крае неадекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о необходимости совершенствования онкологической помощи, соответствующего обучения медицинских кадров, создания специальных скрининговых программ, повышения мотивации человека к охране своего здоровья.

В 2010 году доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования составила 88,9 %; в динамике за 2001–2010 гг. этот показатель увеличился на 6,7 % (в РФ – 10,1 % соответственно); он выше, чем в РФ на 4,2 %.

Изучение динамического ряда этого показателя свидетельствует, что в крае не все благополучно с верификацией морфологического диагноза злокачественных новообразований. При основных злокачественных новообразованиях морфологическая верификация опухолевого процесса в 2010 году составила: 87,1 % – при опухолях органов пищеварения (пищевод, желудок, ободочная кишка, прямая кишка с ректосигмоидным отделом); 80,5 % – при раке трахеи, бронхов, легкого; 93,9 % – при ЗНО молочной железы; 93,0 % – при раке органов женской половой сферы (шейка и тело матки, яичники). Изучение статистических форм № 35 показало, что морфологическая верификация злокачественных новообразований зависит от четкой организации онкологической службы на местах (табл. 4).

В целом показатели морфологической верификации злокачественного процесса в Хабаровском крае свидетельствуют о слабой организации онкологической помощи в Комсомольске-на-Амуре и муниципаль-

Диаграмма 4
Удельный вес больных, выявленных на профилактических осмотрах, от общего числа с впервые установленным в жизни диагнозом злокачественного новообразования, в процентах, в зависимости от муниципальных образований



ных образованиях края. Современные возможности в крае позволяют добиться более высоких показателей.

В 2010 году 50 % злокачественных новообразований в Хабаровском крае были диагностированы в I–II стадии заболевания, что несколько хуже, чем в предыдущем году (52,7 %). В то же время этот краевой показатель выше федерального (47,8 % и 46,7 % за 2010 и 2009 гг. соответственно).

Для оценки качества диагностического компонента помощи онкологическим больным используется показатель удельного веса запущенных случаев опухолевого процесса (IV стадия). Его уровень за 10 лет (2001–2010) снизился на 11,6 % (диаграмма 5). В 2010 году в Хабаровском крае у 22,2 % больных заболевание диагностировано при наличии отдаленных метастазов (в РФ – 22,3 % соответственно). Реальный показатель запущенности выше (более 25 %), если учесть новообразования визуальных локализаций, диагностированных в III стадии (в РФ – 29,4 % соответственно). У 7,0 % больных со злокачественными новообразованиями стадия опухолевого процесса при первичном обращении их за медицинской помощью не была определена.

В 2010 году запущенность при злокачественных опухолях органов пищеварения и легких составила 34,4 % и 34,6 % соответственно; при раке молочной железы – 30,5 %, включая III стадию; при ЗНО орга-

Таблица 4
Показатели морфологической верификации основных локализаций опухолевого процесса в зависимости от муниципальных образований в 2010 году

локализация опухоли	Хабаровск			Комсомольск-на-Амуре			Другие районы края		
	всего ЗНО	морф. устан.	в %	всего ЗНО	морф. устан.	в %	всего ЗНО	морф. устан.	в %
опухоли пищеварения	380	369	97,1	200	156	78,0	252	200	79,4
трахеи, бронхов, легкого	235	210	89,4	120	108	90,0	246	166	67,5
молочной железы	247	247	100,0	94	79	84,0	164	148	90,2
гинекологические опухоли	148	148	100,0	82	71	86,6	140	125	89,3
Итого	1010	974	96,4	496	414	83,5	802	639	79,7

нов женской половой сферы – 22,2 %. По сравнению с предыдущим годом показатели в целом ухудшились. Имеется определенная зависимость запущенности от места проживания выявленных больных, у которых диагностировали впервые в жизни злокачественный процесс. В краевом центре запущенность оказалась ниже, чем среди жителей г. Комсомольска-на-Амуре и особенно в муниципальных образованиях края (табл. 5).

Было изучено на протяжении последних десяти лет (2001–2010) соотношение показателей одногодичной летальности и удельного веса больных с запущенными случаями злокачественного процесса (IV стадия) на территории Хабаровского края и РФ (диаграмма 6).

Оказалось, что на протяжении этого времени имеется положительная динамика в отношении данного показателя, особенно в Хабаровском крае; за

Таблица 5

Удельный вес больных с 4 стадией онкологического процесса (при визуальных опухолях включена и 3 стадия) от общего числа больных, выявленных впервые в 2010 году

локализация опухоли	Хабаровск			Комсомольск-на-Амуре			Другие районы края		
	всего ЗНО	из них с 4 стадией	в %	всего ЗНО	из них с 4 стадией	в %	всего ЗНО	из них с 4 стадией	в %
опухоли пищеварения	380	125	32,9	200	68	34,0	252	93	36,9
трахеи, бронхов, легкого	235	82	26,8	120	35	29,2	246	91	37,0
молочной железы*	247	71	28,7	94	29	30,9	164	54	32,9
гинекологические опухоли, включая шейку матки 3 стадии	148	23	15,5	82	22	26,8	140	37	26,4
Итого	1010	301	29,8	496	154	31,0	802	275	34,3

* включена 3 стадия заболевания

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, в 2010 году составила 22,2 %, что на 12 % ниже предыдущего года (25,1 %). В течение последних десяти лет (2001–2010) наметилась положительная тенденция к снижению показателя одногодичной летальности (диаграмма 5). В 2010 году краевой показатель даже ниже федерального уровня. Удельный вес больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, варьировал от 16,5 % в Хабаровске до 20,2 % в Комсомольске-на-Амуре и 30,4 % в целом во всех муниципальных образованиях края.

десять лет он снизился на 31,4 % (в РФ – 17,1 % соответственно).

Результаты лечения злокачественных новообразований в течение последних 10 лет улучшились не только в РФ, но и в Хабаровском крае: на 100 впервые выявленных больных с ЗНО получили лечение в 2010 году 52,0 % и 51,3 % соответственно, а при расчете на больных с I–III стадиями – 73,5 % и 68,0 % соответственно. По сравнению с 2001 годом последний показатель увеличился на 3,3 % и 8,1 % соответственно. Ухудшились показатели использования радикальных методов лечения, таких

Диаграмма 5

Удельный вес больных с запущенными формами рака (4 стадия) от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО в Хабаровском крае и РФ, в процентах и летальность больных в течение года с момента установления диагноза ЗНО, в процентах

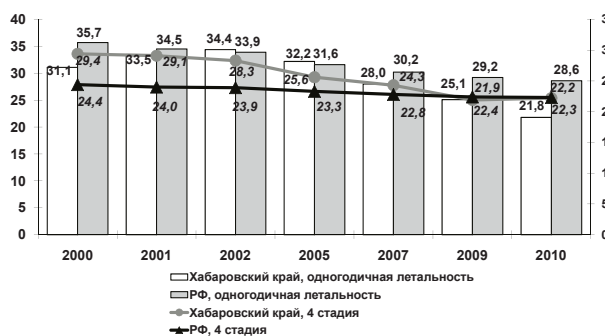
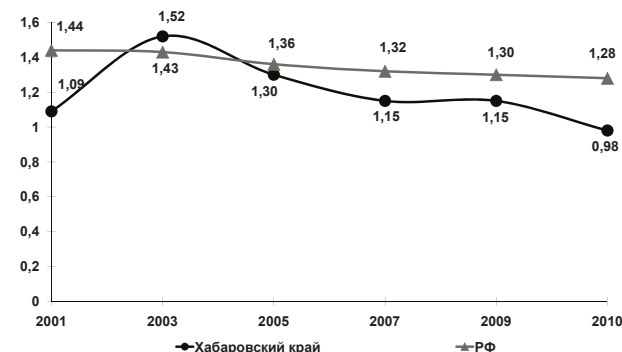


Диаграмма 6

Отношение одногодичной летальности от рака к удельному весу больных с 4-ой стадией онкологического процесса по Хабаровскому краю и Российской Федерации



как хирургический, комбинированный или комплексный. В крае отмечено, по сравнению с 2001 годом, снижение этих методов на 8,1 % (в РФ – рост на 2,6 % соответственно). Однако в целом эти радикальные методы лечения шире применяются в крае, чем в РФ на 1,9 %.

Заболеваемость населения основными локализациями злокачественного процесса с учетом стадии опухоли, результаты лечения ЗНО в зависимости от муниципальных образований в крае будут представлены в следующей статье.

Выводы

Онкологическая служба в Хабаровском крае в течение 2001–2010 годов проделала определенную работу и добилась результатов по сравнению с Российской Федерацией:

Во-первых, онкологическая ситуация с заболеваемостью, распространенностью и смертностью представлена следующим образом: заболеваемость увеличилась на 20,8 (в РФ – 16,0 % соответственно), распространенность ЗНО в крае увеличилась на 20,1 % (в РФ – 30,8 % соответственно); стандартизованные показатели смертности в крае за 2009 год выше российских на 6,7 %;

Во-вторых, улучшилась морфологическая верификация злокачественного процесса на 6,7 %; она выше, чем в РФ на 4,2 %;

В-третьих, добилась соответствия данных учета больных со злокачественными новообразованиями согласно формам № 7 и № 35;

В-четвертых, увеличился процент выявления больных в I–II стадиях на 24,7 % (в РФ – 19,4 % соответственно);

В-пятых, уменьшился процент запущенности на 23,7 % (в РФ – 7,1 % соответственно), снизилась летальность больных в течение года с момента установления диагноза ЗНО на 31,4 % (в РФ – 17,1 % соответственно);

В-шестых, повысился охват вновь выявленных больных в I–III стадиях опухолевого процесса специальным лечением на 3,3 % (в РФ – 8,1 % соответственно);

В-седьмых, наблюдается рост выживаемости онкологических больных на 10,2 % (в РФ – 3,4 % соответственно).

Однако наряду с этим, имеется ряд недостатков в организации онкологической помощи населению Хабаровского края:

Во-первых, снижение показателя активного выявления ранних форм злокачественных новообразований по сравнению с 2009 годом;

Во-вторых, индекс накопления контингентов больных с онкологической патологией в крае ниже, чем в РФ на 12,1 %;

В-третьих, отсутствие соответствия между процентом запущенности злокачественного процесса и одногодичной летальностью;

В-четвертых, ухудшилась профилактическая работа среди населения по выявлению рака, особенно в сельских муниципальных образованиях;

В-пятых, снизился процент радикальных методов лечения по сравнению с 2001 годом на 8,1 % (в РФ – рост на 2,6 % соответственно); однако краевой показатель применения этих методов в 2010 году выше федерального на 1,9 %.

В-шестых, наличие разброса большинства показателей, характеризующих эффективность онкологической помощи населению, в зависимости от муниципальных образований.

Для улучшения онкологической помощи населению Хабаровского края необходимо решить ряд следующих задач:

- четкое функционирование системы оказания онкологической помощи населению, ориентированной на раннее выявление злокачественного процесса на основе внедрения специальных программ массового обследования населения;

- формирование групп повышенного онкологического риска, подлежащих адекватному лечению и динамическому контролю специалистами первичного звена под контролем врачей-онкологов;

- обновление регламента оказания онкологической помощи населению при выявлении подозрения на злокачественный процесс;

- улучшение методических и организационных форм по созданию, внедрению и соблюдению во всех ЛПУ края единых стандартов диагностики, лечения больных с ЗНО;

- организация преемственности между онкологической службой края и лечебными учреждениями;

- совершенствование ракового регистра для получения достоверной информации о частоте и структуре заболеваемости, проведения эпидемиологического мониторинга заболеваемости, летальности и инвалидизации населения от злокачественных новообразований;

- улучшение системы разбора запущенных случаев злокачественного процесса;

- совершенствование санитарно-просветительских программ для населения края о факторах риска и первых признаках злокачественного процесса в организме человека;

- оптимизация работы, направленной на кадровое обеспечение краевой онкологической службы, подготовку и переподготовку специалистов, оказывающих диагностическую, профилактическую, лечебную и реабилитационную помощь больным злокачественными новообразованиями.

Приведенные материалы свидетельствуют о необходимости изучения заболеваемости населения злокачественными новообразованиями оценки онкологической ситуации, разработки конкретных мероприятий по улучшению онкологической помощи населению Хабаровского края.

Список литературы

1. Мерабишвили, В.М. Статистическая оценка возникновения риска злокачественных новообразований и анализ онкологической ситуации на популяционном уровне / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2008. – Т. 54, № 2. – С. 148-156.
2. Мерабишвили, В.М. Уровни стандартизованных показателей онкологической заболеваемости по данным популяционных раковых регистров мира (назначение, причинно-следственные связи) / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2009. – Т. 55, № 5. – С. 534–545.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2011. – 188 с.
4. Чиссов, В.И. Стратегия и тактика онкологической службы России на современном этапе / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Б.Н. Ковалев и др. // Российский онкологический журнал. – 2006. – № 3. – С. 4–7.
5. Юдин, С.В. Организационные аспекты развития онкологической службы в Приморском крае / С.В. Юдин, П.Ф. Кикю, А.Ю. Трезубенко и др. // Здравоохранение РФ. – 2005. – № 1. – С. 14–16.

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.4 (571.6)

О принципах оценки эффективности муниципального здравоохранения субъектов РФ Дальневосточного федерального округа

В.Г. Дьяченко*, В.Б. Пригорнев, Е.Ю. Руссу

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

V.G. Dyachenko, V.B. Prigornev, E.Y. Russu

*Principles of Assessing the Effectiveness of Municipal Health
of the Far Eastern Federal District Entities*

Резюме

Проведен анализ результатов деятельности городских округов ДФО. Несмотря на рост капитальных вложений в материально-техническое оснащение и подготовку кадров медицинских учреждений, наблюдается снижение эффективности функционирования систем здравоохранения из-за хронического недовыполнения социальных нормативов оказания медицинской помощи жителям, что подтверждается данными социологических опросов пациентов.

Ключевые слова: здравоохранение муниципальное, эффективность, качество, удовлетворенность населения.

Summary

The analysis of the Far Eastern regions activities was made. In spite of stature of the capital invests in to material and technical equipment and personal training of medical workers we have a reduction of public health efficiency. It depends on chronical failure of providing social medical help standards to inhabitants. The information is proved by sociological interviewing of patients.

Key words: municipal public health, efficiency, quality, satisfaction of the population.

В рамках реализации стратегии социально-экономической политики Правительством РФ сформированы приоритетные направления по стабилизации демографической обстановки, снижения заболеваемости и смертности населения [2]. Для реализации приоритетов необходимо проведение структурной и технологической модернизации ЛПУ, которая должна обеспечить производство качественных и безопасных медицинских услуг [3, 9]. Целевыми макроэкономическими индикаторами долгосрочного развития страны являются увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет, возрастание расходов на охрану здоровья населения до 6–7 % от ВВП [1, 4].

Региональная стратегия является отражением стратегии социально-экономической политики на государственном уровне, поэтому конечной целью реформы здравоохранения Дальневосточного федерального округа (ДФО) является улучшение доступности, качества и безопасности медицинской помощи. При сегодняшней ограниченности ресурсов на первый план должны выходить методы наиболее рационального использования имеющихся средств [1, 3]. В первую очередь требуется пересмотр структуры оказания медицинской помощи.

Несмотря на значительные усилия в течение всего периода реформ в отечественном здравоохране-

* kesmet@mail.ru

нии сохраняется дисбаланс, который выражается в избыточности структурных элементов стационарных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в ущерб ЛПУ амбулаторно-поликлинического профиля. Отсюда формируется высокий уровень производственных мощностей круглосуточных стационаров, на фоне простоя значительной части их коечного фонда. Вышеуказанное, стимулирует рост уровня неэффективности системы производства медицинских услуг на фоне общих рассуждений по поводу недостаточного финансового обеспечения ЛПУ [4, 7]. В сложившейся ситуации речь не должна идти об уменьшении уровня финансирования системы охраны здоровья населения, но каждый рубль налогоплательщика, вложенный в производство медицинских услуг, должен давать соответствующую отдачу [6].

С точки зрения эффективности функционирования системы муниципального здравоохранения, сегодня остро стоит проблема повышения моральных и материальных мотиваций производителей качественных медицинских услуг [5, 8]. Необходимые права делегированы действующим законодательством каждому губернатору региона и главе городского округа или муниципального района. Однако, как правило, в силу разных объективных и субъективных причин меры не принимаются до создания соответствующей нормативно-правовой базы на федеральном уровне, определяющей механизмы повышения связи уровня оплаты труда медицинских работников с количественными и качественными характеристиками результатов. Непринятие соответствующих решений в субъектах РФ и муниципальных образованиях формирует новые блоки проблем в обеспечении доступной, качественной и безопасной медицинской помощи населению [1]. Задачи финансового обеспечения здравоохранения должны полностью соответствовать государственной политике по максимальному удовлетворению потребностей, что сегодня особенно актуально [9, 10].

Для оперативной оценки результатов разработана программа оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления, а порядок мониторинга определен Указом Президента РФ от 28.04.2008 г. № 607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов». В связи с этим, целью нашего исследования стал сравнительный анализ некоторых показателей здравоохранения региональных столиц территорий ДФО.

Материал и методы

Для реализации проблем анализа эффективности здравоохранения муниципальных образований, перед нами встал ряд задач, решить которые возможно только с учетом индивидуальных характери-

стик региональных столиц субъектов РФ ДФО. В качестве исходных материалов для проведения сравнительного анализа использованы материалы докладов 9 глав местных администраций городских округов (гг. Владивосток, Хабаровск, Якутск, Благовещенск, Петропавловск-Камчатский, Южно-Сахалинск, Магадан, Биробиджан¹ и Анадырь²) за период 2008–2009 гг. и прогноза на 2010 г. и данные результатов региональных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению ДФО. Использовалась методология, базирующаяся на традиционных приемах социально-гигиенического и медико-организационного исследования [1, 3], с последующим анализом полученных данных.

Результаты и обсуждение

Эффективность системы муниципального здравоохранения отражает совокупность взаимосвязей между затратами экономических ресурсов на структурные элементы системы производства медицинских услуг и удовлетворение потребностей потребителей/пациентов. Экономическую эффективность следует выражать в соответствии объемов финансирования муниципального здравоохранения и объемов потребления медицинской помощи населением данного муниципального образования.

Анализ результатов деятельности большинства муниципальных систем здравоохранения ДФО показывает, что, несмотря на то, что в течение последнего десятилетия наблюдается рост капитальных вложений в материально-техническое оснащение и подготовку кадров муниципальных ЛПУ в рамках реализации муниципальных бюджетов и средств приоритетного национального проекта «Здоровье», – наблюдается незначительное снижение показателей общей смертности, на фоне продолжающегося роста инвалидности и заболеваемости жителей региональных столиц ДФО.

Правительством РФ на 2009 год был установлен подушевой норматив финансового обеспечения Программы государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в целом в размере 7 633,4 рубля, что отразилось на увеличении числа амбулаторных посещений в расчете на одного жителя до 9,314, сокращении числа койко-дней, проведенных больными в стационарных ЛПУ до 2,828 дня и вызовов скорой медицинской помощи (СМП) до 0,344 (УФ № 62).

Анализ информации муниципальных образований городских округов административных центров субъектов федерации ДФО (табл. 1) показывает, что структурные элементы здравоохранения муниципальных образований неоднородны. Так, уровень обеспеченности врачами (физическими лицами) систем здравоохранения городских округов колеблется от 1,0 на 10 тыс. населения в г. Якутске до 49,8 в г. Благовещенске.

¹ В городском округе г. Биробиджан имеется всего одно муниципальное учреждение здравоохранения.

² По информации администрации городского округа Анадырь «... муниципальное здравоохранение в ЧАО отсутствует...»

Таблица 1

Показатели, отражающие структуру, эффективность и социальную удовлетворенность населения здравоохранения муниципальных образований столиц субъектов РФ ДФО *

№ п/п	Население Наименование показателей	Владивосток	Хабаровск	Якутск	Благовещенск	Петропавловск-Камчатский	Южно-Сахалинск	Магадан	Биробиджан
		605 030	579 168	282 000	211 827	194 283	182 268	106 402	75 467
I.	Показатели, отражающие структуру муниципального здравоохранения								
1	Число амбулаторных учреждений, имеющих медицинское оборудование в соответствии с табелем оснащения (абс. И % к общему числу)	25 (67,5)	18 (51,4)	10 (71,3)	6 (66,6)	нет	6 (50,0)	5 (45,4)	нет
2	Число врачей в муниципальных учреждениях здравоохранения (абс. И на 10 тыс. населения)	2082 (34,4)	1555 (19,9)	28 (1,0)	1055 (49,8)	435 (22,4)	542 (29,7)	288 (27,1)	13 (1,7)
3	Из них участковых врачей и врачей общей практики (абс. И населения на 1 врача)	306 (1977)	349 (1659)	6 (47 000)	153 (1384)	75 (2590)	90 (2025)	54 (1970)	нет
4	Число участковых медицинских сестер и медицинских сестер врачей общей практики (абс. И населения на 1 медсестру)	169 (3580)	299 (1937)	4 (70 500)	164 (1292)	83 (2340)	86 (2119)	62 (1716)	нет
II.	Показатели, отражающие эффективность муниципального здравоохранения								
1	Среднегодовая занятость койки в муниципальных учреждениях здравоохранения (дней)	327,9	307,1	312,7	338,0	346,0	332,6	296,2	Нет
2	Общий объем расходов бюджета муниципального образования на здравоохранение (руб. на 1 жителя)	1227,14	1564,13	1075,53	3975,66	2494,82	6419,91	4583,17	689,37

* по данным муниципальных образований административных центров субъектов федерации ДФО

На одного участкового врача в г. Благовещенске (153 участковых врача) приходится 1384 жителя, а в г. Владивостоке (306 участковых врачей) – 3580. Что же относительно представленных данных по участковым врачам гг. Якутск и Биробиджан, то в первом случае имеется всего 6 участковых врачей, т.е. на 1 участкового врача приходится 47000 населения, а в г. Биробиджане участковых врачей нет вообще. Это является отражением своеобразия организации медицинской помощи населению данных муниципальных образований. Аналогично выглядит уровень обеспеченности ЛПУ участковыми медицинскими сестрами.

Число муниципальных учреждений здравоохранения, имеющих медицинское оборудование в соответствии с табелем оснащения, колеблется от 45,4 % до 71,3 %. В гг. Петропавловске-Камчатском и Биробиджане все без исключения ЛПУ не соответствуют стандартам оснащения технологическим и техническим оборудованием.

Анализ данных муниципальных образований показывает, что во всех без исключения ЛПУ административных центров субъектов федерации ДФО применяются отечественные технологические стандарты ока-

зания медицинской помощи, что вызывает законное сомнение, поскольку структура муниципальных ЛПУ и их ресурсная база не в состоянии в полной мере обеспечить выполнение принятых в РФ протоколов/стандартов оказания медицинской помощи. Что же относительно системы оплаты труда, то в ЛПУ гг. Владивостока, Благовещенска и Биробиджана не применяется отраслевая система оплаты труда персонала. В гг. Якутск и Петропавловск-Камчатский на эту систему переведено соответственно 71,5 % и 85,7 % ЛПУ. И только в г. Южно-Сахалинске персонал всех ЛПУ переведен на отраслевую систему оплаты труда.

Показатель фактического функционирования коечного фонда ЛПУ муниципального уровня (табл. 1) весьма далек от нормативного (340 дней в году), поскольку только в г. Петропавловске-Камчатском он выполняется (346 дней в году), в остальных административных центрах субъектов в ЛПУ круглосуточных стационаров коечный фонд простаивает, причем лидером в данном вопросе являются муниципальные ЛПУ г. Магадана.

Показатели общего объема расходов бюджета муниципального образования на здравоохранение (руб. на 1 жителя) в ДФО имеют значительный уровень

разброса: от 6419,91 в г. Южно-Сахалинске до 689,37 в г. Биробиджане.

Нормативы и фактические объемы медицинской помощи по условиям ее предоставления в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в 2009 г. в РФ и административных центрах ДФО (на одного жителя в год; по данным статистической формы № 62) имеют значительные вариации. Во всех муниципальных образованиях, кроме г. Владивостока, умеренно или значительно превышены нормативы оказания скорой медицинской помощи (СМП) на 1 жителя (табл. 2).

В частности, в г. Биробиджане фактический объем на 1 жителя составляет 0,529, в г. Благовещенске – 0,458, а в г. Якутске – 0,450.

Зато фактическое производство медицинских услуг в амбулаторно-поликлиническом секторе во всех региональных столицах значительно ниже нормативных показателей. Та же картина в стационарных секторах (круглосуточные и дневные стационары) производства медицинских услуг. Порочная практика невыполнения видов и объемов медицинской помощи в одних секторах вызывает их замещение в секторе СМП, что отрицательно сказывается на показателях доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

Вполне естественно, что население ДФО отрицательно реагирует на сложившийся дисбаланс фактического исполнения параметров программы государственных гарантий в различных секторах производства медицинских услуг, а также на снижение уровня доступности, качества и безопасности медицинской

помощи. По данным проводимого нами мониторинга результатов внутриведомственной экспертизы качества в ЛПУ муниципального уровня в ДФО с 2001 по 2010 г., уровень качества по показателю УКЛ (уровень качества лечения) базируется в районе оценок 0,92–0,96, что явно превышает фактический уровень качества медицинской помощи. Наши данные подтверждаются данными независимых исследований по опросу населения ДФО, проводимые в 2009 году Министерством регионального развития Российской Федерации (Минрегионразвития РФ).

Так, по данным Минрегионразвития РФ, в 2009 году в среднем по стране показатель удовлетворенности населения медицинской помощью составил всего 34,7 % от числа опрошенных. Максимальные уровни удовлетворенности медицинской помощью отмечены в Чукотском автономном округе (57,0 %), Республике Мордовия (51,1 %) и Ямало-Ненецком автономном округе (48,8 %), а минимальные – в Калининградской (21,5 %) и Тверской областях (22,8 %), Республике Северная Осетия-Алания (23,5 %).

В данном рейтинге 28 место занимает Республика Саха (Якутия), 50 место – Амурская область. Остальные субъекты РФ ДФО занимают места в конце списка (табл. 3).

Сравнительный анализ уровня удовлетворенности населения медицинской помощью, представленный в табл. 3, показывает, что в прямое противоречие с данными Минрегионразвития РФ вступают данные, представленные муниципальными образованиями административных центров регионов ДФО, где уровень удовлетворенности населения медицин-

Таблица 2

Нормативы и фактические объемы медицинской помощи по условиям ее предоставления в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в 2009 г. в РФ и столичных городах ДФО (на одного жителя в год; по данным статистической формы № 62)

Условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Российская Федерация		Столичные города Дальневосточного федерального округа							
		Норматив	Факт. выполнено	Фактически выполнено							
				Владивосток	Хабаровск	Якутск	Благовещенск	Петропавловск-Камчатский	Южно-Сахалинск	Магадан	Биробиджан
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Скорая медицинская помощь	вызов	0,318	0,344	0,317	0,334	0,450	0,458	0,353	0,366	0,369	0,529
2. Амбулаторная медицинская помощь	посещение	9,198	9,314	7,675	8,308	7,680	10,812	6,809	8,045	7,698	Нет
3. Стационарная медицинская помощь	койко-день	2,812	2,828	1,624	0,965	1,080	1,752	1,708	1,939	1,199	Нет
4. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	пациенто-день	0,577	0,509	0,325	0,522	0,470	0,786	0,346	0,594	0,529	Нет

Таблица 3

Сравнительные данные опросов потребителей медицинских услуг/пациентов об удовлетворенности медицинской помощью

Рейтинг	Субъект РФ ДФО Данные Минрегионразвития	2009 г.	Административный центр субъекта РФ ДФО Данные муниципальных образований	2009 г.
1	Чукотский АО	57,0	Анадырь	нет
28	Республика Саха (Якутия)	37,7	Якутск	62,0
50	Амурская область	32,3	Благовещенск	91,4
53	Приморский край	32,1	Владивосток	87,5
62	Магаданская область	30,5	Магадан	48,8
68	Еврейская АО	29,2	Биробиджан	нет
73	Хабаровский край	26,6	Хабаровск	88,2
74	Сахалинская область	26,0	Ю.Сахалинск	91,3
78	Камчатский край	24,3	Петропавловск	65,6

ской помощи колеблется от 91,4 % в Благовещенске до 48,8 % в Магадане.

Строение муниципальных систем здравоохранения административных центров субъектов РФ ДФО обладает значительным многообразием структуры, в сочетании с единообразием в виде низкого уровня эффективности, связанного с хроническим недовыполнением нормативных параметров программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

Анализ результатов деятельности большинства муниципальных систем здравоохранения ДФО в

2009 году показывает, что, несмотря на то, что в течение последнего десятилетия наблюдается рост капитальных вложений в материально-техническое оснащение и подготовку кадров ЛПУ в рамках наращивания объемов расходования на здравоохранение средств муниципальных бюджетов и приоритетного национального проекта «Здоровье», наблюдается снижение оценки результатов деятельности систем здравоохранения административных центров ДФО пациентами – потребителями медицинских услуг, что находит свое отражение в данных социологических опросов.

Список литературы

- Кадыров, Ф. Н. Аутсорсинг в здравоохранении. Ч. 1-2 / Ф. Н. Кадыров, И. С. Хайруллина // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 8. – С. 58-65; № 9. – С. 62-68.
- Олесов, А. Е. Методологические основы управления социально-экономической эффективностью подсистем государственного здравоохранения: автореф. дис. д-ра экон. наук. – СПб.: Изд-во СПбГУЭиФ, 2009. – 49 с.
- Сибурин, Т. А. Повышение эффективности управления здравоохранением на основе использования современных персонал-технологий / Т. А. Сибурин, Л. Ж. Аттаева // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2009. – № 1. – С. 25-28.
- Система мониторинга популяционного здоровья и клинико-экономической эффективности деятельности территориальной системы здравоохранения / С. В. Добрых, С. В. Алексеева, О. Ю. Кореннова, Т. Ф. Хайсаров // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 6. – С. 67-70.
- Agent-based patient admission scheduling in hospitals / A. K. Hutzschenreuter, P. A. N. Bosman, I. Blonk-Altena, J. van Aarle, H. La Poutré // Proceedings 7th International Conference on Autonomous Agents and Multi-Agent Systems, Estoril, Portugal, 2008.
- Applying the variety reduction principle to management of ancillary services / S. G. Elkhuisen, J. R. C., van Sambeek, E. W. Hans, J. J. Krabbendam, P. J. M. Bakker // Health care management review. – 2007. – № 32(1). – P. 37-45.
- Axworthy, L. Retaining Canada's health care system as a global public good / L. Axworthy, J. Spiegel // CMAJ. – 2002. – № 167(4): August 20.
- Managing the overflow of intensive care patients / N. Litvak, R. J. Boucherie, M. van Rijsbergen, M. van Houdenhoven // European Journal of Operational Research. 2008. – № 185(3). – P. 998-1010.
- Robinson Sara. 10 Myths About Canadian Health Care Busted. – Tom Paine.com. February 5, 2008.
- Suzuki, D. Expanding the health care debate // CMAJ. – 2002. – № 166 (13). – P. 1678-1679.

Социально-экономические характеристики семей, воспитывающих детей с проявлениями туберкулезной инфекции в г. Хабаровске

О.А. Дьяченко*, Н.В. Гевлич, Е.И. Яринчук, Е.В. Тумакова, Е.В. Мартын, Л.А. Воробьева
КГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер» МЗ ХК,
г. Хабаровск

O.A. Dyachenko, N.V. Gevlich, E.I. Yarinchuk, E.V. Tumakova, E.V. Martyn, L.A. Vorobyeva
Socioeconomic Characteristics of Families with Children with Manifestations
of Tuberculosis Infection in Khabarovsk

Резюме

Проведен анализ медико-социальной характеристики семьи, в которой воспитывались дети с проявлениями туберкулезной инфекции. Во всех группах семей вероятность развития туберкулеза связана с наличием контакта с больным активной формой туберкулеза, но уровень риска инфицирования обусловлен различными дополнительными факторами, которые выявлялись при обследовании семей.

Ключевые слова: туберкулезная инфекция, семья, медико-социальный статус.

Summary

An analysis of medical and social characteristics of families in which children with manifestations of tuberculosis infection are educated was made. In all groups, the risk of tuberculosis was associated with the contact with patients having active tuberculosis, but the degree of infection risk was caused by a variety of additional factors that were identified in the survey households.

Keywords: TB infection, family, medical and social status.

В условиях, продолжающихся в течение двух десятилетий социально-экономических реформ на Дальнем Востоке России, усилилась потребность в достоверных научных данных, способных послужить информационной базой для принятия стратегических решений в области охраны здоровья детей и подростков. Вопрос о социальных составляющих здоровья этой категории дальневосточников относится к числу наиболее сложных и трудных [1]. Он имеет прямое отношение к ключевым аспектам жизни семьи, условиям труда и образу жизни ее членов, а также к последствиям проводимых рыночных преобразований.

В настоящее время весьма важным фактором принятия взвешенных решений на местном (муниципальном) уровне по охране здоровья подрастающего поколения является установление глубинных причин социально обусловленных заболеваний, в том числе и туберкулеза, а также реальный уровень удовлетворения потребностей в сохранении здоровья малоимущих семей, имеющих детей. Каждый родитель, каждая семья, каждая организация и каждое муниципальное образование должны внести свой вклад в охрану здоровья подрастающего поколения, причем реализация этих возможностей должна иметь долгосрочный характер и выходить за рамки личных предпочтений.

В семье находят отражение все социальные проблемы, характерные для современного общества, поэтому социально-экономический кризис, охвативший регион, кардинально изменил все стороны жизнедеятельности семьи на Дальнем Востоке. Резко выросло количество так называемых «кризисных семей», не справляющихся с трудностями в социально-экономическом плане жизни. При этом выделяют семьи, относящиеся к группе риска, то есть семьи, которые в силу объективных причин находятся в состоянии жизненного затруднения и нуждаются в помощи. Исходя из выше сказанного, для уточнения причинно-следственных связей заболеваемости туберкулезом детей в г. Хабаровске, весьма важным фактором представляется изучение уровня социального благополучия семей, в которых воспитываются дети больные теми или иными формами туберкулеза.

Материалы и методы

Медико-социальная характеристика семьи, в которой воспитывались дети с проявлениями туберкулезной инфекции, формировалась на основании специально разработанной карты, в которой содержалось 35 вопросов. Всего обследованию было подвергнуто 302 семьи. Перечень вопросов касался социального и материально-экономического статуса, оценки жилищно-бытовых условий, наличия вред-

**olytubacter@rambler.ru*

ных привычек, а также особенностей питания и медицинской активности родителей и психологического климата в семье.

Результаты и обсуждение

Всего обследовались 302 семьи, где воспитывались дети, с теми или иными проявлениями туберкулезной инфекции. Гражданами Российской Федерации являлись 90,1 ± 1,7 % родителей, а 9,9 ± 1,7 % из них не имели российского гражданства. Средний возраст родителей составлял 34,76 ± 0,45 лет, а средний возраст детей в семьях составлял 9,94 ± 0,48 лет. Среднее число членов семей, совместно проживающих на момент обследования, включая детей, составило 3,49 ± 0,06.

Структура «организованности» детей, семьи которых были подвергнуты обследованию, представлена в табл. 15, анализ которой указывает на то, что основная часть детей с проявлениями туберкулезной инфекции посещали средние общеобразовательные школы (69,0 ± 2,7), 18,7 ± 2,2 % – дошкольные общеобразовательные учреждения. Неорганизованные дети составили 11,3 ± 1,8 %, и всего 1,0 ± 0,6 % детей с проявлениями туберкулезной инфекции воспитывались в детских домах и школах-интернатах.

По уровню образования родителей, воспитывавших детей с проявлениями туберкулезной инфекции, среди матерей имели высшее образование 51,2 ± 2,9 %, а отцов – 58,8 ± 3,3 %, начальное и неполное среднее образование имели 3,7 ± 1,1 % матерей и 2,8 ± 0,8 % отцов. Остальные родители относительно равномерно распределились по группам, имеющим среднее, среднее специальное и незаконченное высшее образование. В то же время имелись некоторые различия по уровню образования между матерями и отцами. В частности, достоверно выше было число отцов, имеющих высшее образования, чем матерей соответственно 51,2 ± 2,9 % и 58,8 ± 3,3 % (p < 0,05), в то же время среди матерей чаще, чем среди отцов встречалось среднее специальное образование – 28,6 ± 2,6 % и 23,6 ± 2,9 % соответственно (p < 0,05).

Анализ уровня образованности родителей детей с проявлениями туберкулезной инфекции позволяет сделать заключение о том, что более 80 % родителей являлись достаточно образованными людьми и имели высшее и среднее специальное образование (табл. 1). Это позволяло надеяться на то, что рекомендации медицинских работников относительно профилактических и лечебных мероприятий, будут восприняты в семьях с пониманием и неукоснительно соблюдаться.

Относительно занятости родителей детей с проявлениями туберкулезной инфекции выявлены следующие особенности. В частности, доля неработающих матерей составила 14,1 ± 2,0 %, что достоверно превышало долю неработающих отцов – 4,6 ± 1,4 % (p < 0,05). К ним достаточно близко примыкала группа временно занятых родителей: матерей – 11,4 ± 1,8 % и отцов – 6,0 ± 1,6 %. Именно в данной группе семей, где воспитывались дети с проявлениями туберкулезной инфекции, возникали сложности с оплатой за кварти-

Таблица 1

Уровень образования родителей детей с проявлениями туберкулезной инфекции

Уровень образования родителей	Матери (n=297)	Отца (n=216)
	%	%
Начальное	0,0 ± 0,0	0,5 ± 0,5
Среднее неполное	3,7 ± 1,1	2,3 ± 1,0
Среднее	10,8 ± 1,8	7,9 ± 1,8
Среднее специальное	28,6 ± 2,6	23,6 ± 2,9
Высшее	51,2 ± 2,9	58,8 ± 3,3
Незаконченное высшее	4,7 ± 1,2	6,9 ± 1,7

ру, коммунальные услуги, с покупкой продуктов питания и медикаментов.

Число матерей, занятых в бюджетной сфере и работающих в коммерческих предприятиях оказалось примерно равным – 31,0 ± 2,7 % и 31,3 ± 2,7 % соответственно (p > 0,05). Что же относительно отцов, то доля работающих в коммерческих предприятиях (46,8 ± 3,4 %) достоверно превышала долю занятых в бюджетной сфере – 19,9 ± 2,7 % (p < 0,05). В сфере обслуживания были заняты примерно равные части и матерей, и отцов (соответственно 7,7 ± 1,6 % и 7,4 ± 1,8 %).

Средний трудовой стаж родителей детей с проявлениями туберкулезной инфекции составил 10,36 ± 0,44 года. Что же относительно некоторых параметров условий их труда, то на первом месте у матерей стояли нервно-психические перегрузки на рабочем месте (40,4 ± 2,8 %), а у отцов – ненормированный рабочий день (32,9 ± 3,2 %), что в конечном итоге формировало значительный временной уровень занятости на рабочем месте и дефицит времени для воспитания детей. Последующие места у матерей занимали: ненормированный рабочий день (27,6 ± 2,6 %), работа в условиях профессиональных вредностей (20,9 ± 2,4 %) и тяжелых физических нагрузок (11,1 ± 1,8 %). Что же относительно отцов, то последующие места у них занимали: работа в условиях тяжелых физических нагрузок (24,1 ± 2,9 %), в условиях профессиональных вредностей (21,8 ± 2,8 %), а так же в условиях значительных нервно-психических перегрузок (21,3 ± 2,8 %).

Для ребенка, страдающего теми или иными проявлениями туберкулезной инфекции, важным фактором является качество жилья. В этой связи следует отметить, что около 65 % семей с детьми, страдающими теми или иными проявлениями туберкулезной инфекции, проживало в благоустроенных квартирах. Вторая достаточно большая часть семей (16,3 ± 2,1 %) проживала в неблагоустроенных домах частного сектора, 7,3 ± 1,5 % проживало в общежитиях, 4,3 ± 1,2 % – в бараках без «удобств», 3,7 ± 1,1 % – в общежитиях для малосемейных и, наконец, 3,3 ± 1,0 % проживало в коммунальных квартирах с подселением (табл. 2). В связи с тем, что туберкулез относится к социально значимым заболеваниям, то значительный

Таблица 2
Некоторые характеристики условий проживания детей страдающих проявлениями туберкулезной инфекции

Характеристика жилищных условий	%
Благоустроенная квартира	65,0 ± 2,8
Общежитие	7,3 ± 1,5
Дом барачного типа без «удобств»	4,3 ± 1,2
Комната в малосемейном общежитии	3,7 ± 1,1
Неблагоустроенные дома частного сектора	16,3 ± 2,1
Коммунальная квартира с подселением	3,3 ± 1,0

интерес представляет уровень среднемесячного дохода на одного члена семьи, воспитывающего ребенка с проявлениями туберкулезной инфекции. Средняя величина прожиточного минимума на первый квартал 2011 года установлена Постановлением губернатора Хабаровского края № 10 от 14.02.2011 в размере 8776 руб. на одного человека (табл. 3). Именно на этот промежуток времени приходился проведенный нами опрос членов семей, воспитывающих детей с проявлениями туберкулезной инфекции в г. Хабаровске [3]. Причем структура распределения доходов в семьях опрошенных жителей краевой столицы выглядела следующим образом: на приобретение продуктов питания истрачено 39,31 ± 0,73 % от суммы месячного дохода, на оплату коммунальных услуг – 20,32 ± 0,65 %, на приобретение одежды – 19,08 ± 0,76 %, на оплату отдыха и развлечений – 11,38 ± 0,51 % и на приобретение медикаментов и средств медицинского назначения – 9,16 ± 0,37 %. Следует отметить, что величина прожиточного минимума рассчитывается без учета средств, которые тратит семья на услуги ЖКХ и опла-

Таблица 3
Уровень месячного дохода на одного члена семьи, воспитывающей ребенка с проявлениями туберкулезной инфекции

Месячный доход на 1 члена семьи	%
Менее 1 тыс. рублей	0,7 ± 0,5
1 тыс. рублей – 3 тыс. рублей	4,0 ± 1,1
3 тыс. рублей – 5 тыс. рублей	18,3 ± 2,2
5 тыс. рублей – 10 тыс. рублей	46,3 ± 2,9
Более 10 тыс. рублей	30,7 ± 2,7

ту проживания. Таким образом, мы пришли к заключению, что только 30,7 ± 2,7 % опрошенных родителей чувствовали себя относительно комфортно, по уровню доходов, т.е. их доходы можно было сопоставить с уровнем прожиточного минимума в регионе. Что же относительно других, то именно эта группа семей испытывала значительные материальные проблемы, связанные с обеспечением относительно комфортных условий проживания своих детей.

Для оценки вероятных возможностей родителей повысить свой социальный статус, нами проведен анализ состояния их здоровья. Данные социологического опроса показали, что здоровыми себя считают 72,1 ± 2,6 % матерей и 76,9 ± 2,9 % отцов.

Результаты выборочных исследований по динамике состояния здоровья детей различных возрастных групп в г. Хабаровске указывают на широкий спектр медико-социальных проблем. К ним относятся «рисковые», или «саморазрушающие» формы поведения членов семьи в виде употребления алкоголя, табакокурения, токсикоманий, ранней сексуальной активности, безнадзорности, бродяжничества, правонарушений несовершеннолетних и др.

Все это происходит в условиях физической, психической и нравственной незрелости, отрицательно влияющих на физическое и нравственное состояние детей. В особом положении находятся дети с проявлениями туберкулезной инфекции, поскольку кроме проблем характерных для всех, у них формируются проблемы как социальной, так и медицинской дезадаптации.

В условиях г. Хабаровска среди населения значительное распространение получили вредные привычки, которые отрицательно сказываются на здоровье членов семьи. Данные анализа ответов респондентов показали, что среди родителей детей, страдающих проявлениями туберкулезной инфекции, только 62,7 ± 2,8 % не злоупотребляли приемом алкоголя и всего 31,7 ± 2,7 % не курили. Следует отметить факт того, что, как правило, вредные привычки родителями реализуются в семье в присутствии детей, что позиционирует последних к приверженности к этим привычкам и снижает уровень действенности формируемых в обществе позиций по борьбе с вредными привычками среди детей и подростков.

Важным с точки зрения формирования предпосылок реализации тех или иных проявлений туберкулезной инфекции у детей является возможность обеспечения членов семьи полноценным питанием. По мнению респондентов о дефектах рациона питания членов семей, самым значимым являлся дефицит овощей и фруктов в семейном рационе (23,7 ± 2,5 %), второе место занимал дефицит рыбы (17,3 ± 2,2 %), третье место – мяса и мясопродуктов (15,7 ± 2,1 %) и четвертое место – дефицит молочных продуктов (14,0 ± 2,0 %). Только 29,3 ± 2,6 % респондентов не отметили недостатков семейных рационов питания (табл. 4).

По данным социологического обследования семей, имеющих детей с проявлениями туберкулезной инфекции, 43,7 ± 2,9 % респондентов отметили наличие регулярных конфликтов. Причинами конфликтов, по мнению респондентов, чаще всего (33,6 ± 4,1 %) являлись различные варианты материальных затруднений. Второе место, среди причин семейных конфликтов (32,8 ± 4,1%), занимали спорные вопросы, связанные с воспитанием детей.

Социальная структура общества с дифференциацией семей из различных социальных слоев и групп

Таблица 4

Данные по опросу респондентов о дефектах рациона питания членов семей, в которых воспитываются дети с проявлениями туберкулезной инфекции

Категория продуктов питания в семейно рационе	%
Мясо и мясопродукты	15,7 ± 2,1
Рыба	17,3 ± 2,2
Молочные продукты	14,0 ± 2,0
Овощи, фрукты	23,7 ± 2,5
Нет недостатка	29,3 ± 2,6

представляет неиссякаемый источник конфликтов. В то же время наличие семейных конфликтов негативно отражается на состоянии здоровья членов семьи, и особенно на здоровье детей. В этой связи весьма важным является вопрос об информированности членов семьи о туберкулезе, как о заболевании и социальной проблеме.

В качестве источника информации о туберкулезе чаще всего используются СМИ в виде газет, радио и телевидения (26,7 ± 2,6 %) и информация, предоставляемая участковым врачом (26,0 ± 2,5 %), последующие места занимают интернет (24,3 ± 2,5 %), книги и журналы (13,3 ± 2,0 %), а также информация от родственников и знакомых (9,7 ± 1,7 %) (табл. 5).

Значительный уровень инфицированных и заболевших туберкулезом детей различных возрастных групп в г. Хабаровске служит неблагоприятным прогностическим фактором в отношении дальнейшего распространения этого заболевания среди населения. При этом наибольшую значимость представляют именно те группы детей и подростков, которые воспитываются в семьях социального риска. К ним относятся семьи с низкими и очень низкими доходами, а также дети с асоциальным поведением, из семей мигрантов, беженцев, переселенцев и лиц без определенного места жительства. По нашим данным эпидемическая значимость указанных групп риска формирует значительную часть лиц с впервые выявленным активным туберкулезом. При этом у детей из числа мигрантов и беженцев туберкулез выявляется, как правило, только при обращении за медицинской помощью, а не в результате превентивных мер, что сопровождается генерализацией процесса.

Анализ обследуемых контингентов семей, где воспитывались дети с проявлениями туберкулезной инфекции в г. Хабаровске, показал, что у значительной части матерей беременность протекала с осложнениями, в частности ОПГ гестоз наблюдался у 44,3 ± 2,9 %, угроза прерывания беременности – у 21,0 ± 2,4 %, рецидивы вирусных заболеваний – у 9,0 ± 1,7 %. Нормальное течение беременности наблюдалось лишь у 25,7 ± 2,5 % из них.

Значительная часть матерей детей с проявлениями туберкулезной инфекции имели недостаточный уро-

Таблица 5

Источники медицинской информации, которыми регулярно пользуются родители детей с проявлениями туберкулезной инфекции

Источники медицинской информации	%
Книги, журналы	13,3 ± 2,0
Газеты, радио, телевидение	26,7 ± 2,6
Интернет	24,3 ± 2,5
Советы родных и знакомых	9,7 ± 1,7
Беседы с участковым врачом	26,0 ± 2,5

вень качества жизни, что проявлялось в виде дисгормональных и функциональных нарушений репродуктивной системы. Эти нарушения отрицательно сказывались на течении родов. В частности, преждевременные роды наблюдались у 17,0 ± 2,2 % этих женщин, операции «кеесарева сечения» встречались в 16,3 ± 2,1 %, а родовой травмой сопровождалось 3,0 ± 1,0 %. Без каких-либо осложнений протекало 63,3 ± 2,8 % родов у женщин, в семьях которых воспитывались дети с проявлениями туберкулезной инфекции.

По нашим данным, физическое развитие 88,3 ± 1,9 % детей с проявлениями туберкулезной инфекции в г. Хабаровске соответствовало возрастным нормативам, у 4,0 ± 1,1 % оно опережало возрастные нормативы. В то же время отставание в физическом развитии наблюдалось у 7,7 ± 1,5 % обследованных детей.

Наряду с определением уровня физического развития одной из важнейших характеристик состояния здоровья является оценка нервно-психического развития ребенка. По нашим данным, у 84,7 ± 2,1 % детей этой группы в г. Хабаровске психомоторное развитие соответствовало возрасту, опережение наблюдалось у 5,0 ± 1,3 % обследованных детей и 10,3 ± 1,8 % детей отставало в психомоторном развитии.

При клиническом обследовании детей с проявлениями туберкулезной инфекции в г. Хабаровске у 27,3 ± 2,6 % были выявлены те или иных хронические заболевания в стадии компенсации, что стало обоснованием перевода этих детей в третью группу здоровья.

Выводы

1. Данные социологических опросов родителей указывают на значимость таких факторов как неполное удовлетворение потребности семей в рациональном питании и оптимальных жилищных условиях. В этих семьях у родителей фиксируются различные вредные привычки и традиции в быту. Негативные социально-экономические проблемы отрицательно повлияли на привычный уклад жизни значительной части семей, которые воспитывают детей с проявлениями туберкулезной инфекции, что привело к дезадаптации личности отдельных родителей и отрицательно отразилось на психическом и физическом здоровье детей.

2. Семьи детей, имеющих те или иные проявления туберкулезной инфекции, нуждаются в проведении медико-социальных мероприятий, включающих в себя медицинские, социальные, экономические, правовые, психологические и педагогические услуги. Целью указанных мероприятий должно стать создание благоприятных условий жизнедеятельно-

сти семьи, сохранение и укрепление здоровья (физического, психического, нравственного) ее членов и создание условий для улучшения эпидемической безопасности для населения в целом.

3. Инфицированность детей зависит от эпидемической ситуации по туберкулезу среди взрослого населения.

Список литературы

1. Мурашкина, Г. С. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Дальневосточном федеральном округе в 2003–2008 гг. / Г. С. Мурашкина, Т. В. Алексеева, И. М. Новикова и др. // Ту-

беркулез и болезни легких. – 2010. – № 10. – С. 10–16.

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

удк 617.7: 614.21 (571.620) «2006/2010»

Итоги работы Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за период 2006–2010 годы

В.В. Егоров*, С.П. Бадогина, В.Г. Рогова

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

V.V. Egorov, S.P. Badogina, V.G. Rogova

The Results of Work of the Khabarovsk Branch of FSI "Intersectoral Research and Technology Complex "Eye Microsurgery" named after acad. S.N. Fyodorov Rosmedtechnologii" on Rendering of Hi-tech Medical Care in 2006–2010

Резюме

В статье представлены основные итоги работы Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за период 2006–2010 годы жителям Дальневосточного федерального округа. Проведен анализ структуры и объемов реализованных квот высокотехнологичной медицинской помощи.

Ключевые слова: квота высокотехнологичной медицинской помощи, структура квот ВМП, офтальмологическая помощь.

Summary

The basic results of work of The Khabarovsk branch of FSI "Intersectoral Research and Technology Complex "Eye Microsurgery" named after acad. S.N. Fyodorov Rosmedtechnologii" on rendering of hi-tech medical care by years 2006-2010 to inhabitants of the Far Eastern federal district are presented in the article. The analysis of structure and volumes of the realized quotas of hi-tech medical care is carried out.

Key words: a quota of hi-tech medical care, structure of hi-tech medical care quotas, ophthalmologic care.

* nauka@khvmntk.ru

Развитие высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в настоящее время является одним из основных направлений деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Впервые термин ВМП был введен в 1998 году. ВМП – это комплекс высокоспециализированных, проводимых в условиях стационара лечебных и диагностических медицинских мероприятий, выполняемых с использованием обладающих значительной ресурсоемкостью сложных и (или) уникальных медицинских технологий, полное возмещение затрат на которые осуществляется за счет средств федерального бюджета.

Перечень видов ВМП утверждается приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Объем ВМП – число пролеченных больных по профилям и видам (в том числе по офтальмологии) ежегодно утверждается приказом Министерства здравоохранения и социального развития совместно с Российской Академией медицинских наук.

Стационарная офтальмологическая помощь в Дальневосточном федеральном округе – это 665 коек, располагающихся на базе краевых, областных и городских больниц. Кроме того, в ДФО лечение и диагностику глазных заболеваний осуществляют лечебные учреждения федерального подчинения (Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»); ведомственные (Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД», 301-й окружной военный клинический госпиталь МО РФ); негосударственные (Дальневосточный центр охраны зрения).

Учитывая тот факт, что Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федоро-

ва Росмедтехнологии» по техническому оснащению и кадровому составу был готов к оказанию ВМП, он был включен (вместе с другими филиалами системы МНТК) в Перечень учреждений, в которых планировалось оказывать данный вид помощи.

В связи с этим с 2006 года Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» стал получать разрядку на выполнение квот ВМП жителям ДФО.

Целью данной статьи явилось проведение анализа работы филиала за 2006–2010 годы по оказанию ВМП жителям ДФО.

Ежегодно общее количество квот для оказания ВМП доводилось филиалу приказом Генерального директора ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии».

Объем ВМП для каждого субъекта был определен на год, но в 2008 году была проведена коррекция количества квот ВМП в сторону увеличения.

В таблице 1 представлено выполнение квот ВМП за 2006–2010 годы Хабаровским филиалом.

Из представленной таблицы 1 видно, что наибольшее количество квот за эти годы реализовано для жителей Хабаровского края – 2611, что составило 55,3 % от общего объема. Жителям Приморского края была реализована 741 квота, что составило 15,7 %. Это обусловлено, прежде всего, большим количеством населения, проживающего в этих субъектах и, следовательно, наличием большей потребности в получении высокотехнологичной медицинской помощи. С другой стороны, с Министерством здравоохранения Хабаровского края в настоящее время отработана более четкая система реализации порядка направления жителей Хабаровского края в филиал для получения ВМП.

Таблица 1

Выполнение квот ВМП в Хабаровском филиале ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» в 2006–2010 годах.

Регион	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Итого
Республика Саха (Якутия)	19	2	-	10	-	31
Приморский край	155	73	217	154	142	741
Хабаровский край	142	368	1273	387	441	2611
Амурская область	60	49	69	93	90	361
Камчатский край	30	65	63	79	67	304
Магаданская область	13	28	24	29	29	123
Сахалинская область	72	61	116	112	90	451
Еврейская АО	18	11	15	3	3	50
Чукотский АО	8	8	12	10	6	44
Корякский АО	1	-	-	-	-	1
Забайкальский край	-	-	1	1	-	2
ИТОГО	518	665	1790	878	868	4719

Виды и объемы высокотехнологической офтальмологической помощи, оказанной населению ДФО за период 2006–2010 гг.

Код ВМП	Вид ВМП	Количество					
		2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	итого
11.1	Комплексное лечение глаукомы с использованием микроинвазивной и лазерной хирургии, лазерной селективной трабекулопластики	27	109	361	132	-	629
11.2	Микроинвазивная энергетическая хирургия катаракты с имплантацией эластичных интраокулярных линз	151	131	741	132	226	1381
11.3	Транспупиллярная и эндовитреальная хирургия при диабетической ретинопатии	46	82	124	128	145	525
11.4	Витреоретинальная хирургия при сочетанной патологии глаза	38	57	75	74	119	363
11.5	Реконструктивно-пластические операции при травмах глаза и глазницы, термических и химических ожогах, ограниченных областью глаза и его придаточного аппарата	1	7	16	5	-	29
11.6	Хирургическое и лучевое лечение при отслойке и разрыве сетчатки	236	246	409	355	357	1603
11.7	Интенсивная терапия язвы роговицы, включая хирургическое и лучевое лечение	3	1	2	-	1	7
11.8	Комбинированное лечение (хирургическое и лучевое) злокачественного новообразования глаза и его придаточного аппарата	6	3	16	5	5	35
11.9	Оптико-реконструктивные операции при заболеваниях роговицы	-	-	-	-	-	-
11.10	Комбинированное лечение (хирургическое и лучевое) при ретролентальной фиброплазии (ретинопатии недоношенных)	-	6	30	31	-	67
11.11	Реконструктивное, восстановительное, реконструктивно-пластическое хирургическое лечение при врожденных аномалиях (пороках развития) века, слезного аппарата, глазницы, переднего и заднего сегмента глаза, хрусталика	10	23	16	16	15	80
	ИТОГО:	518	665	1790	878	868	4719

Коды и виды ВМП по офтальмологии утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ. В таблице 2 представлены виды ВМП и объемы, которые были реализованы жителям ДФО за период 2006–2010 годы.

Наибольшее количество квот ВМП за этот период реализовано по коду 11.6 (хирургическое и лучевое лечение при отслойке и разрыве сетчатки) – 1603, что составило 33,9 % от общего количества квот ВМП.

На втором месте по количеству квот ВМП выполнение работ по коду 11.2 (микроинвазивная энергетическая хирургия катаракты с имплантацией эластичных интраокулярных линз) – 1381, что составило 29,2 %. Учитывая тот факт, что в настоящее время энергетическая хирургия возрастной катаракты с имплантацией эластичных линз стала рутинной технологией, она была исключена. По всем остальным кодам ВМП за эти годы было выполнено различное

количество операций в зависимости от потребности регионов ДФО.

Необходимо отметить, что реализация квот ВМП по коду 11.4 (оптико-реконструктивные операции при заболеваниях роговицы) за период 2006–2010 годы не проведена. Это обусловлено, прежде всего, нерешенными на сегодняшний день юридическими и организационными вопросами по забору и заготовке донорского материала – трупной роговицы человека.

Таким образом, работа, проводимая Министерством здравоохранения и социального разви-

тия Российской Федерации совместно с территориальными органами управления здравоохранения и федеральными лечебными учреждениями, позволяет оптимизировать порядок предоставления населению ВМП. У жителей отдаленных субъектов Российской Федерации теперь имеется реальная возможность за счет средств федерального бюджета получать ВМП.

Необходимо провести организационные мероприятия, которые позволили бы реализовать потребность жителей ДФО в пересадке донорской роговицы.

удк 616.89:614.2(571.620)

О состоянии психиатрической и наркологической помощи населению края и мерах по ее совершенствованию

Г.Ф. Ракицкий*, **В.Н. Плющенко**, **Л.И. Дорожкина**, **И.Н. Брылева**, **С.В. Песня**
КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница»,
г. Хабаровск

G.F. Rakitsky, **V.N. Pluschenko**, **L.I. Dorozhkina**, **I.N. Bryleva**, **S.V. Pesnya**
About a Condition of the Psychiatric and Narcological Help To the Population of the Khabarovsk Territory and Measures on Her Perfection

Резюме

Работа психиатрической службы края в 2010 году была направлена на сохранение и укрепление психического здоровья населения, восстановление статуса личности и возвращение этой личности в общество. В течение 2006–2010 гг. заболеваемость населения края психическими расстройствами и расстройствами поведения снизилась на 3,8 %, стабилизировалась общая наркологическая заболеваемость, уровень самоубийств снизился в 1,5 раза. Организована диагностика употребления наркотиков среди учащейся молодежи г. Хабаровска и г. Комсомольска-на-Амуре. Внедрена система реабилитации наркологических больных. Эффективность лечения больных опийной наркоманией повысилась с 1,5 % до 19 %. Дальнейшее развитие и совершенствование оказания психиатрической помощи населению края будет осуществляться в рамках краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2012–2014 годы)» и краевой целевой программы «Модернизация здравоохранения Хабаровского края на 2011–2012 годы».

Ключевые слова: психическое здоровье, уровни и структура заболеваемости, силы и средства службы, результаты работы, задачи и перспективы развития психиатрической службы.

Summary

The work of the territorial mental health service in 2010 was aimed at the promotion of mental health, rehabilitation of the status of an individual and the return of the individual in society. In 2006–2010 morbidity of population with mental and conduct disorders decreased by 3.8%, overall narcological incidence stabilized, the suicide rate decreased by 1.5 times. The diagnostics of drug use among students in Khabarovsk and Komsomolsk-on-Amur was organized. A system of drug rehabilitation patients was introduced. The effectiveness of treatment of patients with opioid addiction has increased from 1.5% to 19%. Further development and improvement of the provision of psychiatric care to the population will be implemented through the territorial target programs.

Key words: mental health, level and structure of illness, forces and means of the service, results of work, terms and aspects of development of psychiatric service.

* hkpb@rambler.ru

«Нет здоровья без психического здоровья!»
ВОЗ

Психическое здоровье – неотъемлемая часть высокого качества жизни, обеспечивающая полноценность и активность каждого члена общества в реализации социальной политики России. Главной целью деятельности психиатрической службы края является и укрепление психического здоровья населения, восстановление статуса личности и возвращение этой личности в общество. По экспертным оценкам 15–20 % населения России нуждаются в квалифицированной психолого-психиатрической помощи, психические отклонения пограничного уровня обнаруживаются у 54 % работающих.

Все виды деятельности психиатрической службы края осуществляются в порядке исполнения Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в редакции от 22.08.2004 № 122-ФЗ; выполнения мероприятий по реализации Указа Президента Российской Федерации «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г.» № 690 от 9 июня 2010 года и «Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года», одобренной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р; Постановления Правительства Хабаровского края от 25 июля 2005 г. № 86-пр «О ходе выполнения Постановления Губернатора Хабаровского края от 09 января 2002 г. № 6 "Об основных направлениях развития здравоохранения Хабаровского края на 2002–2005 годы" и мерах по дальнейшему развитию здравоохранения Хабаровского края на 2006–2010 годы», Постановления Правительства Хабаровского края «Комплексные меры противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков на 2007–2010 годы» от 10.03.2007 № 47-пр., Постановления Правительства Хабаровского края от 23.06.2009 № 189-пр. и других законодательных и ведомственных нормативных актов. Реализовались мероприятия краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)», подпрограмма «Психические расстройства»; решений коллегий Министерства здравоохранения Хабаровского края и других ведомственных нормативных актов.

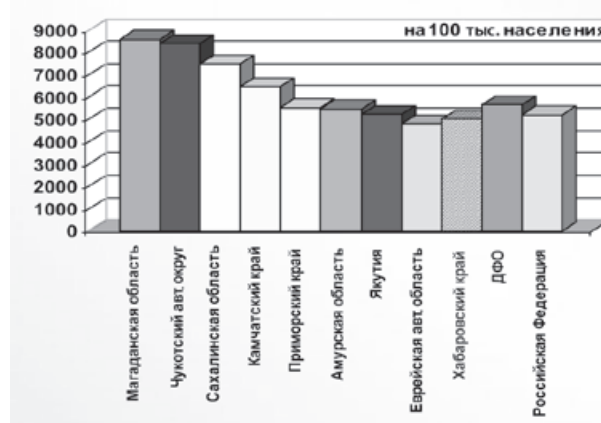
Раздел I. Состояние психического здоровья населения края в 2010 году.

1.1. Общая заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения.

За 2010 год зарегистрировано 67,759 психических и наркологических расстройств – 4815,5 заболеваний на 100 тыс. населения. За последние 5 лет заболеваемость снизилась на 3,8 %. Краевой показатель на 7,2 % ниже показателя Российской Федерации (РФ 2009 г. – 5191,3) и на 14,7 % ниже показателя ДФО (2009 г. – 5643,9). Мак-

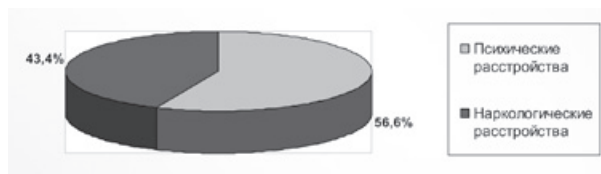
симальный уровень в ДФО зарегистрирован в Магаданской области – 8589,4 заболеваний на 100 тыс. населения; минимальный – в ЕАО (4794,7). Среди девяти субъектов ДФО Хабаровский край по этому показателю находится на 8 месте.

Уровни общей заболеваемости населения психическими и наркологическими расстройствами в субъектах ДФО в 2010 году (заболеваний на 100 тыс. населения)



В структуре общей заболеваемости 56,6 % психических расстройств и 43,4 % наркологических расстройств. Возрастная структура: среди взрослого населения (18 лет и старше) зарегистрировано 85,6 % всех заболеваний, среди детей (0–14 лет) – 10,1 %, среди подростков (15–17 лет) – 4,3 %.

Структура психических и наркологических расстройств населения Хабаровского края в 2010 году (в %)



В течение 2006–2010 гг. уровень самоубийств на 1000 населения края снизился в 1,5 раза: с 45,8 завершённых суицидов на 100 тыс. населения в 2006 г. до 31,2 в 2010 г. Тем не менее, в 2010 году он остался на 24,7 % выше показателя по Российской Федерации (РФ 2010 – 23,50).

В структуре причин первичного выхода на инвалидность в течение ряда последних лет психические и наркологические расстройства составляют среди взрослых (18 лет и старше) около 5 % (2010 г. – 4,7 %, 2009 г. – 4,9 %, 2008 г. – 4,9 %) и находятся на 5–6 месте; среди детей (0–17 лет) – около 30 %, являясь ведущей причиной первичной инвалидности детей (2010 г. – 30,2 %, 2009 г. – 28,1 %, 2008 г. – 28,7 %, 2007 г. – 28,1 %).

1.1.1. Общая заболеваемость психическими расстройствами составила 2726,0 заболеваний на 100 тыс.

Структура основных причин первичной инвалидизации детей Хабаровского края в возрасте 0–17 лет в 2010 году



населения. За 5 лет она снизилась на 5,5 % (с 2883,8 заболеваний на 100 тыс. населения в 2006 г. до 2726,0 в 2010 г.). Она ниже показателя в РФ 2009 (2976,5) на 7,2 %. Тенденция к снижению соответствует ситуации в Российской Федерации и ДФО. В зависимости от социально-экономических условий жизни населения общая заболеваемость населения психическими расстройствами к 2015 году может возрасти до 2832,4 заболеваний на 100 тыс. населения (prognosis pessimum).

Нозологическая структура общей заболеваемости психическими расстройствами в течение 2006–2010 гг. стабильна:

Психические расстройства непсихотического характера – 47,8 %

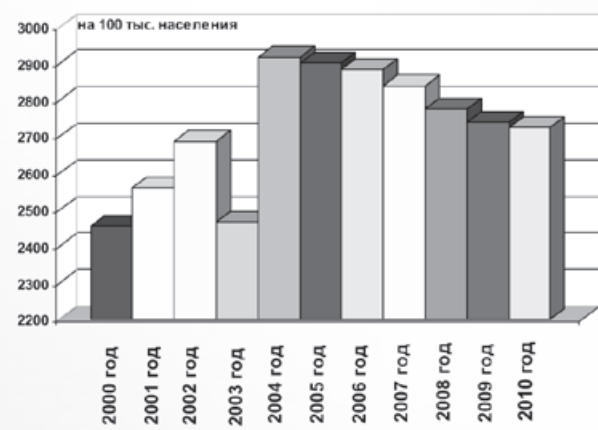
Психозы и слабоумие – 28,0 % (53,1 % психозов составляют заболевания шизофренией)

Умственная отсталость – 24, 2 %

От показателей РФ и ДФО она не отличается.

Заболеваемость непсихотическими расстройствами за этот период практически не изменилась (2006 г. – 1350,4 заболеваний на 100 тыс. населения, 2010 г. – 1320,5) и на 13,5 % ниже заболеваемости в РФ (2009 г. – 1525,1). Заболеваемость психозами снизилась на 9,4 % (с 823,3 заболеваний на 100 тыс. населения в 2006 г. до 746,4 в 2010 г.) и ниже заболеваемости в РФ

Общая заболеваемость населения Хабаровского края психическими расстройствами в 2010 году

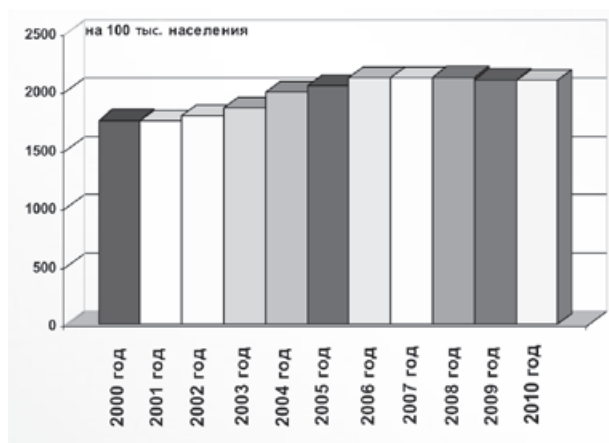


на 3,8 %. В то же время заболеваемость шизофренией за последние 5 лет не снижается (в 2006 г. – 407,4 заболеваний на 100 тыс. населения; в 2010 г. – 396,3).

По муниципальным образованиям края выше среднекраевого уровня заболеваемость населения в Бикинском районе (в 1,4 раза), в Ванинском (в 1,3 раза), в Тугуро-Чумиканском и Ульчском (в 1,6 раза), в Нанайском и Николаевском районах (в 2,4–2,3 раза).

1.1.2. Общая заболеваемость наркологическими расстройствами составила 2089,4 заболеваний на 100 тыс. населения. В течение 2006–2010 гг. отмечается стабилизация общей наркологической заболеваемости (2006 г. – 2118,1 заболеваний на 100 тыс. населения, 2010 г. – 2089,4). Она на 8,8 % ниже заболеваемости в РФ (2009 г. – 2290,7). По нашим прогнозным расчетам общая заболеваемость населения наркологическими расстройствами к 2015 году может возрасти до 2301,6 заболеваний на 100 тыс. населения (prognosis pessimum).

Динамика общей заболеваемости населения Хабаровского края наркологическими расстройствами в течение 2000–2010 гг.

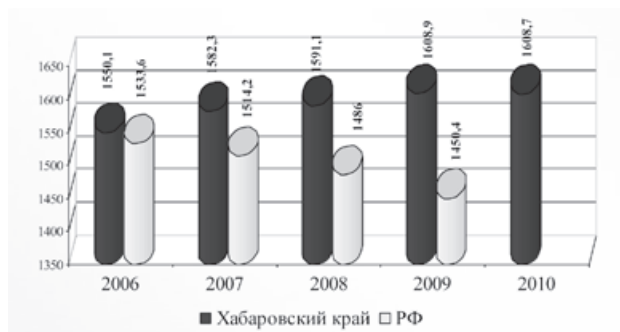


Нозологическая структура наркологических расстройств (в %): в течение 2006–2010 гг. в ней преобладает заболеваемость алкоголизмом – около 77 % и наркоманиями – около 13 %. Отличий от показателей ДФО и РФ она не имеет.

По муниципальным образованиям края выше среднекраевого уровня заболеваемость в районе им. С. Лазо и Советско-Гаванском районе (в 1,2 раза); г. Комсомольске-на-Амуре (в 1,4 раза); Солнечном районе (в 1,5 раза).

Общая заболеваемость алкоголизмом в 2010 году составила 1608,7 заболеваний на 100 тыс. населения. В течение 2006–2010 гг. она увеличилась на 3,7 % (с 1550,1 заболеваний на 100 тыс. населения в 2006 г. до 1608,7 в 2010 г.). Она выше уровня заболеваемости в РФ на 9,9 %. Следует отметить, что в течение 2001–2005 гг. заболеваемость населения Хабаровского края алкоголизмом была ниже показателей заболеваемости в Российской Федерации, но с 2006 года она превышает их. По муниципальным образованиям края заболеваемость алкоголизмом выше среднекраевого уровня

**Динамика показателей
общей заболеваемости алкоголизмом в
Хабаровском крае и Российской Федерации
за 2006–2010 гг. (на 100 тыс. населения)**



на в г. Комсомольске-на-Амуре и районе им. С. Лазо (в 1,5 раза); Советско-Гаванском районе (в 1,3 раза), Солнечном и Хабаровском районах (в 1,2 раза).

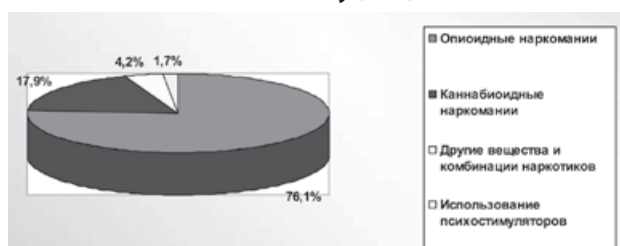
Общая заболеваемость наркоманиями составила 263,3 заболеваний на 100 тыс. населения. В течение 2006–2010 гг. она снизилась на 13,4 %, но осталась выше показателей в Российской Федерации, хотя и со снижением различий: если в 2000 году общая заболеваемость наркоманиями в крае превышала общероссийскую на 40 %, то в 2010 году – на 4 %. Нозологическая структура общей заболеваемости наркоманиями (в %):

- Опиоидные наркомании – 76,1 %
- Каннабиоидные наркомании – 17,9 %
- Другие вещества и комбинации наркотиков – 4,2 %
- Использование психостимуляторов – 1,6 %

**Уровни общей заболеваемости населения
Хабаровского края и Российской Федерации
наркоманиями за период 2005–2010 годы**



**Нозологическая структура общей
заболеваемости населения Хабаровского края
наркоманиями по отдельным видам заболеваний
в 2010 году (в %)**



За 2006–2010 гг. увеличился удельный вес опиоидных наркоманий с 64,7 % до 76,1 % и уменьшился удельный вес каннабиоидных наркоманий с 21,6 % до 17,9 %.

По муниципальным образованиям края выше среднекраевого уровня заболеваемость в г. Комсомольске-на-Амуре (в 1,1 раза); Амурском районе (в 1,2 раза); г. Хабаровске (в 1,4 раза) и в Солнечном районе (в 1,8 раза).

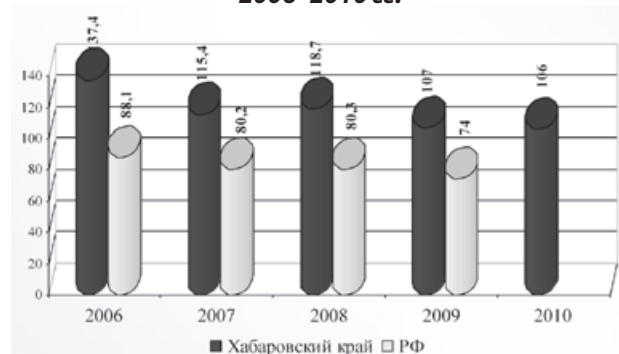
Общая заболеваемость алкогольными психозами составила 106,0 заболеваний на 100 тыс. населения. За 2006–2010 гг. она снизилась на 37,9 %, но превышает показатели в Российской Федерации на 30,9 %. (Хабаровский край 2010 – 106,0 на 100 тыс. населения; РФ 2009 – 74,0 на 100 тыс. населения).

По муниципальным образованиям края выше средне краевого уровня заболеваемость населения в Охотском и Солнечном районах (в 1,4 раза); Ванинском районе (в 1,8 раза); г. Комсомольске-на-Амуре (в 1,9 раза), Ульчском районе (в 2,1 раза) и в Николаевском районе (в 4,1 раза).

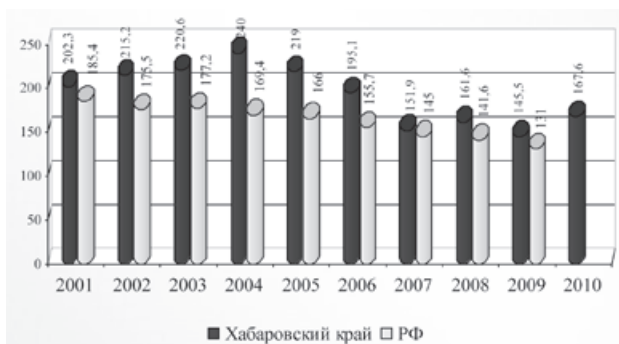
1.1.3. Отравления алкоголем и алкогольсодержащей продукцией (по данным Управления Федеральной службы Роспотребнадзора по Хабаровскому краю)

Общее число зарегистрированных отравлений от токсического действия алкоголя и спиртосодержащей продукции в течение 2007–2010 гг. увеличилось в 1,2 раза (с 272 зарегистрированных отравлений в 2007 г. до 339 отравлений в 2010 г.). Уровень смертельных исходов от острых отравлений алкоголем за этот же период увеличился в 1,5 раза (2007 г. – 2,9 смертей на 100 тыс. населения; 2010 г. – 4,4). Среди мужского населения Хабаровского края этот показатель увеличился в 1,7 раза (2007 г. – 2,1 смертей мужчин на 100 тыс. населения, 2010 г. – 3,5). Среди всех отравлений алкоголем и спиртосодержащей продукцией 246 отравлений среди взрослых (18 лет и старше) – 72,6 %; 22 отравления среди подростков (15–17 лет) – 6,5 % и 71 отравление среди детей (0–14 лет) – 20,9 %. Среди умерших от острых отравлений алкоголем и спиртосодержащей продукцией в течение 2007–2010 гг. преобладают мужчины – до 80 %.

**Динамика уровней общей заболеваемости
населения алкогольными психозами в течение
2006–2010 гг.**



Динамика уровней первичной наркологической заболеваемости населения Хабаровского края в течение 2001–2010 гг.
(заболеваний на 100 тыс. населения)



1.2. Первичная заболеваемость психическими и наркологическими расстройствами

В 2010 году впервые заболели психическими и наркологическими расстройствами 5211 человек.

1.2.1. Первичная заболеваемость психическими расстройствами

Зарегистрировано 2864 (3087 в 2009 г.) первичных заболеваний – 204,5 заболеваний на 100 тыс. населения. За последние пять лет она снизилась на 26,3 % и ниже показателя по РФ на 38,5 % (РФ 2009 – 358,3; Хабаровский край 2009 – 220,4). Тенденция снижения первичной заболеваемости соответствует ситуации в ДФО и Российской Федерации. По муниципальным образованиям края выше среднекраевого уровня в 1,7 раза заболеваемость в г. Комсомольске-на-Амуре и в Николаевском районе.

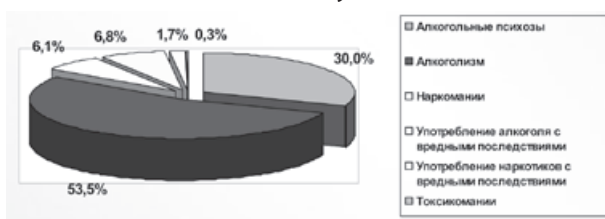
1.2.2. Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами

Зарегистрировано 2347 первичных заболеваний наркологическими расстройствами – 167,6 заболеваний на 100 тыс. населения (2009 г. – 2038 заболеваний – 145,5 заболеваний на 100 тыс. населения). За период 2001–2010 гг. в крае она снизилась на 17,2 %: с 202,3 заболеваний на 100 тыс. населения в 2001 г. до 167,6 в 2010 г., но в течение всего периода остается выше показателей по РФ на 9–11 %.

Нозологическая структура первичной заболеваемости наркологическими расстройствами

В течение 2001–2010 гг. практически стабильна: преобладает заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами – до 84 %; употребление алко-

Нозологическая структура первичной заболеваемости населения Хабаровского края наркологическими расстройствами в 2010 году (в %)



Динамика первичной заболеваемости населения Хабаровского края алкоголизмом в течение 2001–2010 гг.
(заболеваний на 100 тыс. населения)



голя с вредными последствиями и наркомании – по 6–7 %; употребление наркотиков с вредными последствиями – менее 2 %. Возрастная структура: в 2010 году среди взрослых зарегистрировано 91,7 % всех первичных наркологических расстройств (2009 г. – 93,3 %); среди подростков – 5,7 % (2009 г. – 5,5 %); среди детей – 2,7 % (2009 г. – 1,2 %). Возрастная структура первичных наркологических расстройств в крае в течение 2001–2010 гг. относительно стабильна.

По муниципальным образованиям края: выше среднекраевого уровня первичная наркологическая заболеваемость в Солнечном районе (в 1,3 раза), в г. Комсомольске-на-Амуре и Хабаровском районе (в 1,5 раза) и в Ванинском районе (в 1,9 раза).

Первичная заболеваемость алкоголизмом

В 2010 году зарегистрировано 1256 первичных заболеваний алкоголизмом – 89,7 заболеваний на 100 тыс. населения. В течение 2001–2004 гг. она нарастала, увеличившись к 2004 году на 43,4 % (2001 г. – 74,3; 2004 г. – 129,1). С 2005 года регистрируется снижение заболеваемости к 2010 году на 30,5 % (2004 г. – 129,1; 2010 г. – 89,7). Тем не менее, это на 14,4 % выше показателя заболеваемости в Российской Федерации (РФ 2009 – 76,8). По территориям края: выше среднекраевого уровня первичная заболеваемость населения алкоголизмом в г. Комсомольске-на-Амуре (в 1,5 раза); в районе им. П. Осипенко и Хабаровском районах (в 2,0 раза.)

Первичная заболеваемость наркоманиями

В 2010 г. зарегистрировано 144 первичных заболевания наркоманиями – 10,3 заболевания на 100 тыс. населения (2009 г. – 118 заболеваний – 8,4 заболевания на 100 тыс. населения). Это на 18,5 % выше уровня 2009 года и на уровне 2008 года (10,3 заболевания на 100 тыс. населения).

В структуре первичной наркологической заболеваемости заболеваемость наркоманией в течение 2000–2010 гг. заметной роли не играет, ежегодно составляя не более 5,0–6,0 % от всех регистрируемых наркологических расстройств (2010 г. – 6,1 %; 5,8 % в 2009 году). В 2010 году среди взрослого населения (18 лет и старше) было зарегистрировано 97,2 % сре-

ди всех случаев (2009 г. – 98,3 %); среди подростков – 2,7 % – 4 случая (2009 г. – 1,7 % – 2 случая). Среди первично регистрируемых наркоманий преобладают наркомании вследствие употребления опиоидов – 83,3 % (2009 г. – 79,7 %); вследствие употребления каннабиоидов – 16,6 % (2009 г. – 16,1 %) и 0,0% вследствие употребления сочетанных препаратов (2009 г. – 4,2 %). Первичная заболеваемость наркоманиями ниже таковой в Российской Федерации в 1,7 раза (край – 10,3; РФ 2009 – 17,8).

Первичная заболеваемость острыми алкогольными психозами: зарегистрировано 705 острых алкогольных психозов – 50,3 заболеваний на 100 тыс. населения (2009 г. – 565 заболеваний – 40,3 заболеваний на 100 тыс. населения). Это выше заболеваемости в крае в 2009 году на 19,9 % и на 11,5 % выше первичной заболеваемости алкогольными психозами в 2009 году в Российской Федерации (35,7 заболеваний на 100 тыс. населения). При том, что в течение 2005–2010 гг. в крае она снизилась на 30,7 %.

По муниципальным образованиям выше среднее краевого уровня заболеваемость в г. Хабаровске и Хабаровском районе в 1,1–1,2 раза; г. Комсомольске-на-Амуре в 1,4 раза и в Николаевском районе в 2,5 раза.

Раздел II. Структура и средства, обеспечивающие деятельность психиатрической службы

По состоянию на 01.01.2011 года психиатрическая служба края представлена трехуровневой системой оказания специализированной медицинской помощи:

I уровень – 15 кабинетов психического здоровья районных психиатров и психиатров-наркологов в районных центрах организации специализированных видов медицинской помощи и центральных районных больниц;

II уровень – 4 лечебно-профилактических учреждения, оказывающие специализированную помощь населению муниципальных образований и городских округов:

МБУЗ «Психиатрическая больница», г. Комсомольск-на-Амуре, на 360 коек;

МБУЗ «Городской наркологический диспансер», г. Комсомольск-на-Амуре, на 68 коек;

МУЗ «Психоневрологическая больница», г. Николаевск-на-Амуре на 65 коек;

МУЗ «Психоневрологический диспансер», г. Советская Гавань – 35 коек;

Психонркологическое отделение на 14 коек в структуре МУЗ «Охотская ЦРБ».

III уровень – краевое специализированное лечебно-профилактическое учреждение – КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» на 1050 коек, в которой функционируют:

- 18 лечебно-диагностических отделений; в их числе 14 психиатрических отделений для взрослых больных общей мощностью 817 коек, в составе которых функционирует 156 наркологических коек;

- отделение реабилитации наркозависимых лиц на 25 коек;

- отделение судебно-психиатрических экспертиз на 25 коек;

- психотуберкулезное отделение на 40 коек;

- детское психиатрическое отделение на 50 коек;

- дневной стационар на 93 койки;

- 2 диспансерных психиатрических, 1 наркологическое и 1 психотерапевтическое отделения, работающие в 2 смены, общей мощностью 250 посещений в смену с 4 койками дневного стационара;

- психотерапевтический центр;

Ряд подразделений больницы осуществляет узкоспециализированные виды помощи: отделение медицинского освидетельствования на состояние опьянения; специальная наркологическая экспертная комиссия; центр медицинской профилактики и психологическая лаборатория. Показатель обеспеченности койками в 2010 году – 11,34 койки на 10 000 населения. Это на 12,1 % ниже федерального показателя (РФ 2009 – 12,9 койки на 10 тыс. населения). Дефицит коек в психиатрической службе края, рассчитанный на основе краевых дифференцированных нормативов, составил 376 коек, в том числе 356 психиатрических и 20 наркологических коек.

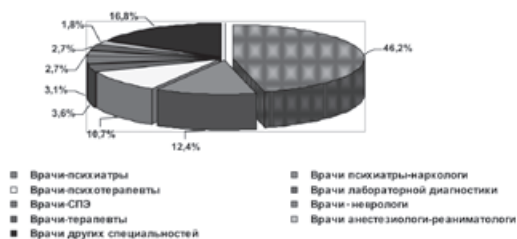
2.1. Кадровый потенциал

За период 2006–2010 гг. обеспеченность населения края врачами психиатрической службы по профильным специальностям достаточно стабильна, и



**Обеспеченность населения Хабаровского края
врачами-специалистами психиатрической службы**

составила **1,72 врача** на 10 тыс. населения (РФ - 1,55 врача на 10 тыс. населения)



в 2010 году она составила 1,72 врача на 10 тыс. населения. Это на 9,9 % превышает показатель по РФ (1,55 врача на 10 тыс. населения).

Структура врачебных кадров (физические лица, в %):

- врачи-психиатры – 46,2;
- врачи психиатры-наркологи – 12,4;
- врачи-психотерапевты – 10,7;
- врачи лабораторной диагностики – 3,6;
- врачи СПЭ – 3,1;
- врачи-неврологи – 2,7;
- врачи-терапевты – 2,7;
- врачи анестезиологи-реаниматологи – 1,8;
- врачи других специальностей – 16,8.

Обеспеченность врачами психиатрической службы на 10 тыс. населения по муниципальным образованиям края:

- высокая обеспеченность в г. Хабаровске – 3,8; в г. Комсомольске-на-Амуре – 2,1; в г. Николаевске-на-Амуре – 1,8; в г. Советская Гавань – 1,0 и в Охотском районе – 2,9;

- низкая обеспеченность в районах: Ванинском, Верхнебуреинском и С. Лазо – по 0,5; Комсомольском – 0,6; Амурском и Солнечном – по 0,7 врача на 10 тыс. населения;

– в остальных территориях края обеспеченность врачами психиатрической службы находится в пределах 0,8–1,0 врача на 10 тыс. населения.

В Бикинском районе штатные должности врача-психиатра и врача психиатра-нарколога не укомплектованы с 2009 года.

Укомплектованность учреждений здравоохранения врачами профильных специальностей психиатрической службы с учетом совместительства в 2010 году составила – 98,8 %, без учета совместительства – 66,1 %. Во всех территориях края, за исключением Тугуро-Чумиканского района и территорий, имеющих стационарные учреждения службы, работает по одному врачу-психиатру (физическому лицу). Служба не укомплектована врачами психиатрами-наркологами (физическими лицами) в Аяно-Майском, Верхнебуреинском, Нанайском, им. П. Осипенко, Тугуро-Чумиканском и Ульчском районах. Наркологическую помощь населению этих территорий оказывают по совместительству работающие там врачи-психиатры, прошедшие

постдипломную подготовку по наркологии. В Тугуро-Чумиканском районе все виды психиатрической и наркологической помощи населению оказывает врач-терапевт, прошедший постдипломную подготовку по психиатрии с курсом наркологии. В Бикинском районе штатные должности врачей-психиатров и врачей психиатров-наркологов не укомплектованы в течение последних трех лет. В то же время, в соответствии со штатными нормативами Минздравсоцразвития РФ, возможно введение в штатные расписания учреждений здравоохранения Аяно-Майского, Верхнебуреинского, Нанайского, им. П. Осипенко, Тугуро-Чумиканского и Ульчского районов не менее 1,0 должности врача психиатра-нарколога (утверждено по 0,5 должности, в Тугуро-Чумиканском районе должность врача психиатра-нарколога вообще не предусмотрена). Следует отметить, что врачи-психиатры и врачи психиатры-наркологи, помимо лечебно-диагностических функций, должны выполнять большой объем профилактической и медико-социальной работы с населением. И отсутствие врача, физического лица, в муниципальном образовании неизбежно приводит не только к ухудшению качества диагностики и лечения больных и статистического учета и анализа их оценки, но и к существенному свертыванию многих разделов высоко актуальной сегодня медико-социальной работы.

Имеют квалификационные категории 173 врача – 81,6 % от числа работающих врачей – физических лиц. Повысили квалификацию в 2010 году 140 врачей, из них 5 врачей на центральных базах обучения (гг. Москва, Санкт-Петербург). Из общего количества врачей, повысивших деловую квалификацию в 2010 году, 75 врачей прошли постдипломное обучение по освидетельствованию на состояние опьянения на базе «Института повышения квалификации специалистов» МЗ ХК. Сертифицировано на право ведения профессиональной деятельности 100 % работающих врачей.

Подготовка кадров врачей для психиатрической службы: в 2010 году закончили обучение в интернатуре 14 врачей, 12 из которых приступили к работе в КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница», один направлен на работу в Нанайский район и один – в Амурский район (пос. Эльбан); два врача заканчивают в 2011 г. обучение в клинической ординатуре.

2.2. Основные показатели деятельности службы в 2010 году

По всем учреждениям службы выполнены плановые объемы в рамках ТППГ по оказанию бесплатной медицинской помощи населению края.

Работа коечного фонда учреждений психиатрической службы: занятость койки – 347,1 дней в пределах нормативной (340–350 дней): средняя длительность лечения – 41,7 дня при рекомендуемой в РФ длительности 76,2 дня; показатель регоспитализации – 14,6 % при рекомендуемом в РФ не выше 19,2 %. Во всех стационарах службы 18–20 % коек за-

**Работа коечного фонда учреждений
психиатрической службы**

Учреждения службы	Пролечено больных	Занятость койки	Длительность лечения	Оборот койки	Р. регоспитализации в %
ГУЗ КПБ	10 843	360,1	38,2	9,6	14,5
Комсомольская психиатрическая больница	1900	357,0	63,3	6,3	21,5
Комсомольский наркологический диспансер	1614	349,0	14,7	23,7	14,7
Николаевская психиатрическая больница	367	337,0	34,2	9,4	14,4
Советско-Гаванский психиатрический диспансер	280	322,1	40,2	8,0	10,4
Охотское психиатрическое отделение	271	209,1	18,1	15,3	8,3
Всего по краю	15 275	317,1	41,7	15,3	17,5

няты больными, нуждающимися в переводе в учреждения социальной защиты. Выполнены целевые показатели краевой целевой программы «Борьба с социально значимыми заболеваниями (2009–2011 гг.):»:

– доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи – 22,9 % при плановом показателе не ниже 18,1 %;

– доля пациентов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи – 6,7 % при плановом показателе не выше 18,7 %.

По данным медико-социального анкетирования 3 651 больных, получавших в 2010 году медицинскую помощь в КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница», 92,3 % из них удовлетворены качеством диагностики и лечения в больнице.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения: за последние 5 лет число проводимых медицинских освидетельствований уменьшилось на 11,7 % (с 25 281 в 2006 г. до 22 343 в 2010 г.). Снижение объемов работы произошло за счет уменьшения на 32,9 % числа освидетельствований для направления на принудительное лечение и на 37,6 % числа освидетельствований на состояние опьянения. Число освидетельствований на употребление наркотических средств увеличилось на 12,8 %. 84,4 % всех освидетельствований в крае проводится в учреждениях службы гг. Хабаровска (71,1 %) и Комсомольска-на-Амуре (13,3 %).

2.3. Работа краевого центра судебной психиатрии

Фактически осуществлялась стационарная и амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза лиц, проживающих на территории ДФО. В стационарном

Работа краевого центра судебной психиатрии

Проведено экспертиз из субъектов ДФО:



В 2010 году

В стационарном отделении проведена 351 судебно-психиатрическая экспертиза
В амбулаторном отделении - 1719 судебно-психиатрических экспертиз

отделении проведена 351 судебно-психиатрическая экспертиза. В том числе: 43 % экспертиз проведено для лиц, проживающих в Хабаровском крае; 22,5 % – в Амурской области; 10,5 % – в Забайкальском крае; 10,2 % – в Камчатском крае; 9,4 % – в республике Бурятия; 2 % – в Магаданской области; 1,1 % – в Приморском крае и по 0,6 % – в Сахалинской и Еврейской автономных областях. Объемы работы краевого центра судебной психиатрии в 2010 году осуществлены в пределах многолетних среднегодовых и финансируются в рамках краевой территориальной программы оказания бесплатной медицинской помощи населению.

2.4. Организационно-методическая, консультативная и профилактическая работа

Разработаны: «Концепция развития психиатрической службы в Хабаровском крае до 2020 года», предложения по модернизации психиатрической службы края на период 2010–2012 гг. и обоснование строительства типового корпуса на 740 коек для КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница».

Созданы: страница КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» в рамках портала инновационных технологий Минздравсоцразвития РФ и сайт КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» в рамках сайта Министерства здравоохранения Хабаровского края.

На IX международном Конгрессе «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения» была организована работа секции психиатрии, наркологии и психотерапии. На ежегодной международной выставке «Мир медицины: красота и здоровье» работала тематическая выставка «Психическое здоровье детей». Организовано 34 выезда врачей в районы края. Осмотрено 8237 человек, в том числе 2289 подростков и 2055 детей. Ежемесячно читается 30–35 лекций антиалкогольной направленности (в 2010 году – 394 с охватом 2223 человек), в 7–9 учебных заведениях. В летний период осуществляется 18–20 выездов в оздоровительные лагеря с проведением ролевых игр, показом тематических видеороликов, проведением бесед и чтением лекций, проведением конкурсов на лучший рисунок и плакат и т.д. с охватом до 2000 человек (в 2010 г. – 1 946 чел.). Ежеквартально проводится 47–50 выступлений специалистов службы в средствах мас-

совой информации края (в 2010 г. – 189 выступлений: на краевом телевидении – 78, на краевом радио – 85, в массовой печати – 26).

Ежегодно проводятся до 30 семинаров по вопросам профилактики, раннего выявления алкоголизма и реабилитации наркозависимых лиц для родственников наркозависимых и заинтересованных служб; врачи психиатры-наркологи участвуют в работе передвижного диагностического центра «Терапевт Матвей Мудров». В рамках «Всемирного дня борьбы с наркоманией», «Всемирного дня психического здоровья», «Всемирного дня – день без сигареты» и Всероссийской акции «31 мая – день отказа от курения» принято участие в проведении 59 массовых молодежных акций по пропаганде здорового образа жизни. Подготовлено и издано массовыми тиражами 19 буклетов для населения; 6 методических рекомендаций для врачей, педагогов и родителей по актуальным вопросам борьбы с пьянством и алкоголизмом. В КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» функционируют 3 интернет-сайта по психологической поддержке населения в трудных жизненных ситуациях и реабилитации наркозависимых лиц и «телефон доверия», ориентированный на подростков и работающую молодежь. На базе учреждений психиатрической службы работает 5 обществ «Анонимных алкоголиков», общество «Анонимных наркоманов» и 2 общества Ал-анон, работающих с родственниками наркозависимых лиц. В 2010 году специалистами КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» была продолжена диагностика употребления наркотиков среди учащейся молодежи г. Хабаровска. Исследования проводились на добровольной основе путем анонимного анкетирования в сочетании с экспресс-иммунохроматографической диагностикой употребления наркотиков среди студентов ВУЗов, средних специальных учебных заведений и учащихся профессиональных училищ и школ. Обследовано 2 768 человек, в основном в возрасте 14–18 лет (90,6 %). Выявлен 221 человек, употребляющий наркотические вещества, что составило 19,8 % от общего числа осмотренных (4,2 случая на 100 обучающихся). Запланировано дальнейшее продолжение работы в г. Хабаровске и ее организация в муниципальных образованиях края. С 2008 года в крае внедрена система реабилитации наркологических больных. Эффективность лечения больных опийной наркоманией повысилась с 1,5 % до 19 %.

За организацию медицинской реабилитации наркологических больных по итогам Всероссийского конкурса 2010 года «За подвижность в области душевного здоровья» им. академика Т.Б. Дмитриевой больница награждена Дипломом III степени «За энтузиазм в реабилитационной работе». В ноябре 2010 г. КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» награждена Грамотой Российского общества психиатров «За инициативы в совершенствовании психиатрической помощи» и Благодарностью Национального научного центра наркологии «За участие в проведении научного исследования по изучению проблемы оказания наркологической помощи потребителям наркотиков с

ВИЧ-инфекцией».

Все виды деятельности психиатрической службы традиционно осуществляются в рамках межведомственного сотрудничества с главами муниципальных образований, министерствами образования, культуры и социальной защиты края, Региональным управлением Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, управлением Федеральной службы Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, управлением внутренних дел, военными комиссариатами, Хабаровской Епархией и различными общественными организациями.

Раздел III. Основные направления работы и задачи по развитию психиатрической службы Хабаровского края на 2011–2012 годы:

3.1. В порядке реализации правительственных документов Российской Федерации и Хабаровского края:

- осуществление мероприятий по реализации Указа Президента Российской Федерации «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г.» № 690 от 9 июня 2010 года;

- осуществление мероприятий по реализации «Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года», одобренной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р;

- выполнение постановления Правительства Хабаровского края «О краевой целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009–2011 годы)», подпрограмма «Основные направления развития психиатрической службы в Хабаровском крае» от 01.11.2008 года № 255-пр.;

- выполнение постановления Правительства Хабаровского края от 29.04.2011 № 124-пр «О мерах по реализации краевой программы "Модернизация здравоохранения Хабаровского края на 2011–2012 годы"»; в рамках программы модернизации предусматривается выделение на ремонты учреждений здравоохранения, оказывающих помощь больным с психическим расстройством, 96,6 млн. руб., на оснащение их медицинским оборудованием – 19,7 млн. руб.; в том числе, выделено на ремонт отделений КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» на 2011 г. – 26,8 млн. руб. и на 2012 г. – 36,9 млн. руб.; запланировано приобретение нового медицинского оборудования; в том числе для оборудования токсикологической лаборатории, что позволит существенно повысить качество определения наркотических веществ в биологических средах, выявлять не только факт употребления психоактивных веществ, но и их количество. Кроме того, новое оборудование значительно расширит перечень выявляемых ПАВ; на капитальный ремонт МУЗ «Психиатрическая больница» в г. Комсомольске-на-Амуре предусмотрено около 31 млн. рублей.

– формирование краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2012–2014 годы», подпрограмма «Психические расстройства».

3.2. В порядке реализации Концепции развития психиатрической службы в Хабаровском крае на 2011–2014 годы запланированы следующие мероприятия.

В течение 2012 г. запланирована разработка проектно-сметной документации на строительство типового лечебного корпуса КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» мощностью 740 коек.

Организация в 2012 г. в МБУЗ «Наркологический диспансер» г. Комсомольска межрайонного отделения стационарной реабилитации наркозависимых на 25 коек для населения г. Комсомольска-на-Амуре, Амурского, Комсомольского, им. П. Осипенко и Солнечного районов.

В 2012–2013 гг. открытие стационарных отделений в Амурском муниципальном районе на 15 коек и на 30 коек в Вяземском муниципальном районе.

В 2012–2014 гг. поэтапная организация суицидологической службы в г. Комсомольске-на-Амуре на базе МБУЗ «Психиатрическая больница»:

В 2012 г. организация работы отделения «Телефон доверия»;

В 2013 г. организация кабинета социально-психологической помощи;

В 2014 г. организация отделения кризисных состояний на 5 коек.

В 2012 г. планируется придание статуса государственных учреждений муниципальным учреждениям «Психиатрическая больница» и «Наркологический диспансер» в г. Комсомольске, «Психоневрологическая больница» в г. Николаевске и «Психоневрологический диспансер» в г. Советская Гавань.

Для повышения доступности оказания специализированной медицинской помощи населению планируется закрепление за ними территорий обслуживания:

За г. Комсомольск-на-Амуре – население г. Комсомольска-на-Амуре, Амурского, Комсомольского, им. П. Осипенко и Солнечного районов общей численностью 397 075 чел.; за г. Николаевск-на-Амуре – население г. Николаевска-на-Амуре, Аяно-Майского, Охотского, Тугуро-Чумиканского и Ульчского районов общей численностью 45 121 чел.; за Советской Гаванью – население Советскогаванского и Ванинского районов общей численностью 80 587 чел.

3.3. В целях дальнейшего совершенствования оказания специализированной медицинской помощи намечается решение следующих задач:

– внедрение амбулаторной программы реабилитации психически больных;

– совершенствование системы реабилитации наркозависимых больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях;

– продолжение работы по совершенствованию экспертизы качества психиатрической и наркологической помощи населению на основе клинико-экономических стандартов;

– продолжение работы по обучению врачей и средних медицинских работников в районах Хабаровского края по вопросам медицинского освидетельствования граждан на состояние опьянения;

– совместно с главами муниципальных образований принять меры к укомплектованию штатных должностей врачей-психиатров и психиатров-наркологов в подведомственных учреждениях здравоохранения.

Успешное решение всех задач по охране и укреплению психического здоровья населения края возможно без участия всех структур и институтов общества и власти.

УДК 616.89-008.441.44

Суициды как социально-психопатологическое явление

В.Н. Плющенко^{1*}, И.Н. Брылёва¹, К.Г. Лазарь²

¹КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница»,

²КГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,

г. Хабаровск

V.N. Pluschenko, I.N. Bryleva, K.G. Lazar

Suicides as a socio-psychopathological phenomenon

Резюме

Предупреждение суицида – проблема, которую решают в ряду других государственные службы и общественные организации. Она может быть реализована единственным образом – повышением психологической культуры населения и культуры отношения к жизни. Российская Федерация – страна со средневысоким показателем самоубийств и не нуждается в специальных мерах для стабилизации этого показателя. Самоубийства не являются катастрофой для России, как это представляют некоторые средства массовой информации. Гораздо важнее для страны снижение смертности в результате болезней. Полностью избавиться от самоубийств среди граждан не удавалось ни одному государству и, возможно, не удастся и в будущем. Во многих странах мира даже в стабильные и благополучные периоды их существования наблюдались резкие всплески самоубийств. Но стремиться к максимально возможному сокращению невосполнимых потерь численности населения России и Хабаровского края в условиях низкой рождаемости и высокой смертности населения необходимо и социально-экономически оправдано.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, факторы риска, частота суицидов, проблемы суицидов и их решение.

Summary

Preventing suicide is a problem which is solved within a number of others by public service and community organizations. It can be realized in only one way – by an increasing psychological culture of the population and culture of attitude towards life. Russia is a country with a medium suicide rate and it does not require special measures to stabilize this indicator. Suicides are not a disaster for Russia, as some mass-media describe. Much more important for the country is a decline in mortality due to diseases. None of countries could ever completely get rid of suicides among the citizens, and it can hardly be possible in the future. In many countries, even in a stable and prosperous period of their existence, sharp bursts of suicide took place. But it is necessary and socio-economically justified to seek for the maximum reduction of losses among the population of Russia and the Khabarovsk Territory in conditions of low fertility and high mortality.

Keywords: suicide, suicide attempt, risk factors, the incidence of suicides, suicide problems and their solution.

1. Введение в проблему суицида

1.1. Терминология

– суицид, самоубийство (от лат. *sui caedere* – убивать себя) – умышленное лишение себя жизни, как правило, добровольное и самостоятельное; синонимы: законченное или завершённое самоубийство;

– суицидальная попытка – действие, предприняемое для совершения самоубийства [8].

1.2. Суициды как общемировая проблема

Самоубийство – одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует на Земле человек. С начала 19 века наблюдается постоянное и равномерное возрастание статистики самоубийств во всех странах мира.

По официальной статистике, в мире каждый год кончают жизнь самоубийством 1 100 тыс. человек. Среди них 350 тысяч китайцев, 110 тысяч индийцев, 55 тысяч русских, 31 тысяча американцев, 30 тысяч японцев, 12 тысяч украинцев и 10 тысяч французов.

Необходимо отметить, что в официальную статистику самоубийств попадают только явные случаи суицида. По экспертным оценкам считается, что реальные самоубийства превосходят официальные цифры и ежегодно в мире заканчивают счёты с жизнью более 4 000 000 человек; свыше 19 000 000 человек совершают суицидальные попытки. По мнению судебных экспертов, большинство так называемых «смертей от несчастного случая» (передозировка лекарственных препаратов, аварии на дорогах, падения с

* pluschenkovn@rambler.ru



Рис. 1. Суицидальная карта мира (частота суицидов на 100 тыс. населения)

высоты, утопления и т.д.) на самом деле являются суицидами. **Только один из четырех, кто совершил попытку самоубийства и остался жив, соприкасался с профессиональной системой здравоохранения.**

За последнее десятилетие число самоубийств среди молодежи (15–19 лет) выросло в 3 раза. Основные причины подросткового суицида: неразделенная любовь, конфликты с родителями и сверстниками, страх перед будущим, одиночество. Ежегодно каждый двенадцатый подросток пытается совершить попытку самоубийства.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) делит все страны по частоте суицидов на три группы: высокий и очень высокий уровень самоубийств – свыше 20 человек на 100 тыс. населения; средний уровень самоубийств – от 10 до 20 человек на 100 тыс. населения; низкий уровень самоубийств – до 10 человек на 100 тыс. населения в год (Рис.1). По прогнозу ВОЗ, к 2020 ежегодно в мире будут кончать жизнь самоубийством 1 500 000 человек. 10 сентября провозглашено ВОЗ Всемирным днем предотвращения самоубийств.

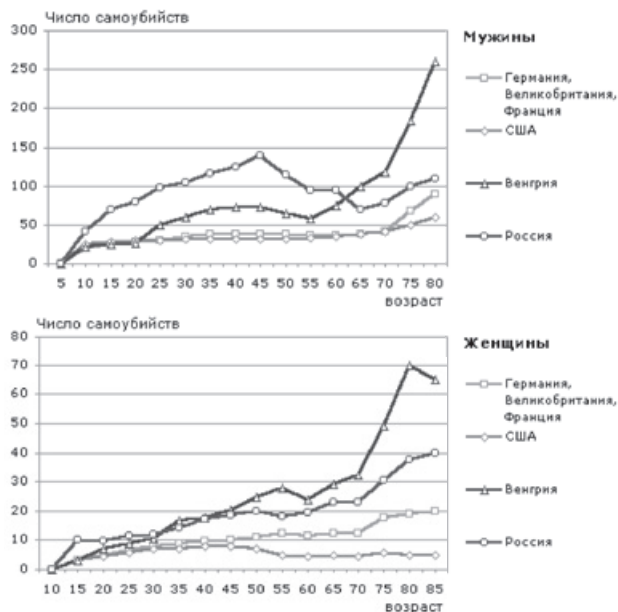


Рис. 2. Повозрастные уровни самоубийств среди мужчин и женщин в России, Венгрии, странах ЕЭС (Германия, Великобритания, Франция) и США

По данным за 2010 г., Россия по частоте самоубийств находится на 6-м месте в мире – 23,5 случая суицида на 100 тыс. населения и относится к странам с высоким уровнем самоубийств. Низкий уровень самоубийств в Российской Федерации в республиках Северного Кавказа – 6,6 случая на 100 тыс. населения; ниже критического уровня самоубийств в Центральном и Южном федеральных округах – 15,6 и 18,0 случаев на 100 тыс. населения; наихудшая ситуация в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах – 33,3 и 34,3 случая на 100 тыс. населения. За 20 лет в России покончили жизнь самоубийством 800000 человек. По абсолютному количеству подростковых самоубийств Россия занимает первое место в мире.

Таблица 1

Динамика суицидов в Хабаровском крае, Дальневосточном Федеральном округе и Российской Федерации за 2000–2010 годы* (абсолютные данные и частота на 100 тыс. населения)

	2000 г.**	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Количество суицидов в Хабаровском крае	712	826	777	708	704	670	647	593	574	454	436
На 100 000 населения: Хабаровский край	48,5	56,8	54,0	49,5	49,5	47,3	45,9	42,2	40,9	32,4	31,1
На 100 000 населения: Российская Федерация	39,3	39,1	38,4	36,1	34,3	32,2	30,1	29,1	27,1	26,5	23,6
На 100 000 населения: ДФО	нет данных	нет данных	нет данных	нет данных	43,8	42,7	40,2	40,4	38,2	35,4	33,3

* здесь и далее: сведения о численности населения края и его возрастно-половой структуре приведены по данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю по состоянию на 01.09.2011 с учетом данных Всероссийской переписи населения 2010 года; число суицидов – по данным ГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края.

** здесь и далее: данные за 2000 год полностью не анализировались и приведены для сопоставления в необходимых случаях.

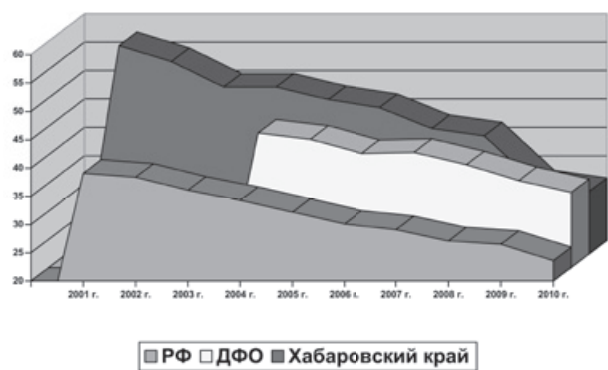


Рис. 3 Динамика суицидов в Хабаровском крае и Российской Федерации за 2000–2010 годы

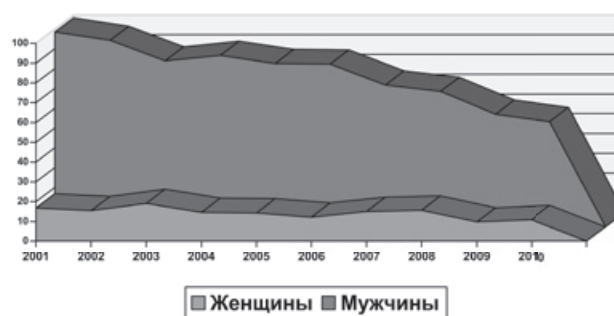


Рис. 4 Динамика распределения суицидов по полу в Хабаровском крае за период 2000–2010 годы

Таблица 2
Динамика распределения суицидов по полу в Хабаровском крае за период 2000–2010 годы

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Количество суицидов среди мужчин	612	700	661	581	596	564	557	482	459	382	356
Показатель на 100 000 мужчин	85,1	98,5	94,3	83,9	86,7	82,6	82,3	71,7	68,5	57,0	53,2
Количество суицидов среди женщин	100	126	116	127	108	106	90	111	115	72	80
Показатель на 100 000 женщин	13,5	16,8	15,5	19,1	14,6	14,3	12,2	15,1	15,7	9,8	10,9
Соотношение суицидов среди мужчин и женщин	м > ж в 6,3 раза	м > ж в 5,8 раза	м > ж в 6,1 раза	м > ж в 4,9 раза	м > ж в 5,9 раза	м > ж в 5,9 раза	м > ж в 6,7 раза	м > ж в 4,7 раза	м > ж в 4,3 раза	м > ж в 5,8 раза	м > ж в 4,9 раза

1.3. Факторы риска совершения суицидов.

Этнические группы, предрасположенные к суициду, – представители угро-финской группы – жители Удмуртии, Венгрии и Финляндии. Профессиональный суицидальный риск (в баллах от 1 до 10): на первом месте музыкант – 8,5 балла, медсестра и зубной врач – 8,2; финансист и психиатр – 7,2; замыкают список библиотекарь – 3,2 и продавец – 2,1. Семейное положение: состоящие в браке кончают жизнь самоубийством значительно реже, чем холостые или разведенные. Высокий уровень самоубийств у потерявших партнера: они кончают с собой в три раза чаще, чем семейные. Потеря социального статуса: высокий уровень самоубийств среди демобилизованных офицеров; молодых солдат; людей, взятых под стражу; недавних пенсионеров [1]. Образование: самая опасная группа – люди с неполным средним образованием, люди с высоким уровнем образования менее склонны к суициду. Общественные катаклизмы оказывают непосредственное влияние на число суицидов (например: после возведения Берлинской стены уровень самоубийств в восточном секторе Берлина уве-

личился в 25 раз!). Экономические и социальные кризисы отрицательно влияют на материальное положение и психику человека, когда будущее кажется крайне неопределенным, а самоубийство – единственным возможным решением неожиданно возникших непреодолимых проблем. Прослеживается связь числа самоубийств с возрастом (Рис. 2).

60 % всех суицидов приходится на лето и весну. Геи совершают попытки самоубийства в 7 раз чаще, чем натуралы. Самые высокие показатели самоубийств среди наркоманов, инвалидов, психически больных и хронических алкоголиков. На алкоголиков приходится около трети всех законченных самоубийств и четверть всех попыток всех самоубийств. Повторные суицидальные попытки: 12 % несостоявшихся самоубийц после неудачной попытки суицида в течение двух лет повторяют ее и достигают желаемого; 80 % покончивших с собой, пытались сделать это в прошлом, по крайней мере, однажды. Считается, что болезнью самоубийц является депрессия – до 70 % депрессивных больных обнаруживают суицидальные тенденции, а 15 % из них совершают самоубийства. Но по данным

Таблица 3**Динамика распределения суицидов по возрасту в Хабаровском крае за период 2000–2010 годы**

	2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.	
Количество суицидов на все население (абсолютное число)	712		826		777		708		704		670		647		593		574		454		436	
В том числе по возрастам:	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*	абс	Р*
0–14 лет	6	2,2	3	1,1	4	1,7	4	1,7	5	2,2	7	3,3	2	0,9	3	1,4	1	0,5	2	0,9	2	0,9
15–19 лет	37	26,1	62	43,6	56	34,0	48	33,7	52	40,0	53	39,6	38	29,4	33	27,0	31	27,4	26	25,3	22	23,4
20–24 года	70	53,5	78	60,1	75	55,9	80	58,5	80	53,8	65	45,7	66	46,3	85	59,9	68	48,2	49	35,6	50	37,6
25–29 лет	75	66,4	76	66,9	91	79,1	78	67,3	71	59,8	74	61,2	80	64,7	66	52,8	79	61,8	71	54,1	56	41,8
30–39 лет	128	59,8	163	78,3	151	74,1	137	67,7	132	65,5	136	67,1	132	64,4	123	59,1	128	59,8	103	47,0	98	43,8
40–49 лет	146	60,5	171	71,9	153	66,7	147	64,9	145	65,3	125	58,0	121	57,9	99	48,7	102	51,5	61	31,5	63	33,1
50 лет и старше	250	69,7	273	74,6	247	64,9	214	55,7	219	57,1	210	53,3	208	52,8	184	46,1	165	40,8	142	34,7	145	35,0

Р* – частота суицидов на 100 000 численности соответствующей возрастной группы населения.

Таблица 4**Динамика суицидов по территориям Хабаровского края за 2000–2010 годы (абсолютные числа)**

	Всего	г.Хабаровск	г. Комсомольск-на-Амуре	Амур-ский р-н	Аяно-Майский р-н	Бикинский р-н	Ванинский р-н	Верхнебуреинский р-н	Вяземский р-н	Комсомольский р-н	Район им. Лазо	Нанайский р-н	Николаевский р-н	Охотский р-н	П.Осипенко р-н	Совгаванский р-н	Солнечный р-н	Тугуро-Чумик. р-н	Ульчский р-н	Хабаровский р-н	Жители других территорий	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
2000	712	232	125	40	2	21	18	23	25	25	39	8	34	8	7	16	13	4	27	40	5	
2001	826	261	170	62	5	17	14	24	28	23	40	15	38	13	2	9	12	6	22	54	11	
2002	777	224	167	56	3	15	21	20	15	20	56	20	28	12	2	3	25	10	17	56	7	
2003	708	203	142	40	5	16	21	19	17	17	42	10	46	9	9	12	24	0	19	49	8	
2004	704	209	128	54	7	23	22	13	18	17	42	15	32	12	2	22	20	5	21	35	7	
2005	670	192	105	50	3	15	19	15	23	26	31	17	34	6	2	24	29	8	20	42	9	
2006	647	183	117	39	4	28	17	13	18	21	32	18	26	10	5	19	15	5	30	35	12	
2007	593	128	105	41	0	19	23	16	18	20	41	12	23	8	6	25	13	10	29	37	19	
2008	574	138	100	37	5	12	21	15	23	15	45	10	23	5	3	22	13	4	25	39	19	
2009	454	111	77	32	4	12	9	15	12	18	37	14	20	4	4	14	14	1	16	28	12	
2010	436	118	76	29	4	7	15	15	19	13	15	17	18	4	2	12	14	5	26	18	9	
Всего	7101	1999	1312	480	43	185	200	188	216	215	420	156	322	91	47	178	163	58	252	433	118	

Всероссийского суицидологического Центра проф. А.Г. Амбрумовой, среди лиц, покончивших с собой, не менее 75–80 % не страдали тяжелыми психическими заболеваниями, а то и вовсе были здоровы, без признаков хотя бы невротических расстройств.

Следовательно, суицид – явление не столько психопатологическое, сколько социальное, и должен рассматриваться в ключе социальных процессов, происходящих в России в период ее новейшей истории.

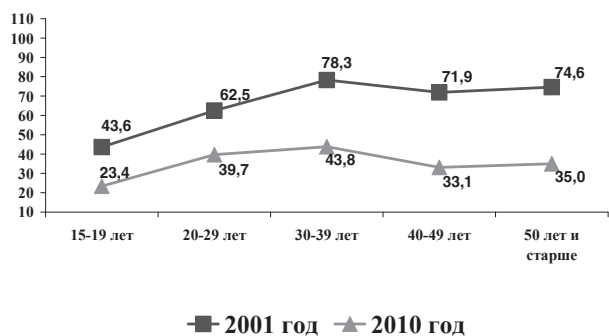


Рис. 5. Частота суицидов на 100 тыс. населения по отдельным возрастным группам населения края в 2001 и в 2010 годах

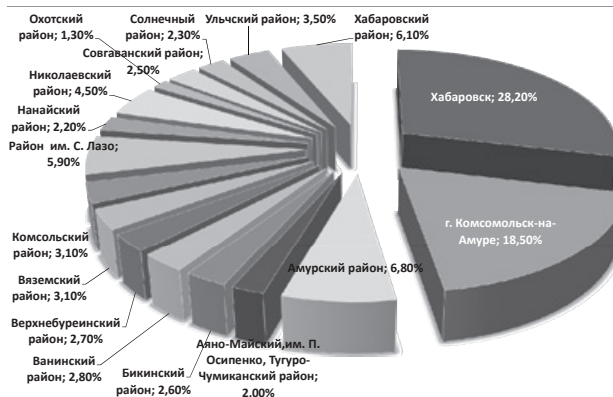


Рис. 6. Суммарный удельный вес суицидов по муниципальным образованиям Хабаровского края за 2001–2010 гг.

Таблица 5
Динамика частоты суицидов по муниципальным образованиям Хабаровского края за 2000–2010 годы (на 100 тыс. населения)

Годы	Хабаровский край	г. Хабаровск	г. Комсомольск-на-Амуре	Амурский р-н	Аяно-Майский р-н*	Бикинский р-н	Ванинский р-н	Верхнебуреинский р-н	Вяземский р-н	Комсомольский р-н	Район им. Лазо	Нанайский р-н	Николаевский р-н	Охотский р-н	Совгаванский р-н	Солнечный р-н	Ульчский р-н	Хабаровский р-н
2000	48,5	39,1	43,1	61,5	96,9*	71,7	41,2	67,6	93,4	78,1	70,5	40,5	75,3	62,9	26,6	35,2	108,6	44,5
2001	56,8	44,2	59,3	80,8	96,9*	58,3	32,4	71,1	106,2	72,3	73,7	76,5	86,2	104,1	18,6	32,7	89,8	60,1
2002	54,0	38,2	58,9	73,9	110,6*	52,7	49,2	59,7	57,8	63,3	105,1	102,6	65,1	98,3	6,3	68,8	70,6	62,3
2003	49,5	34,8	50,1	53,3	112,3*	56,7	49,8	57,3	65,7	53,9	80,2	51,6	109,2	78,9	25,5	66,5	79,5	54,3
2004	49,5	36,0	46,1	72,8	105,7*	81,4	52,6	39,6	69,8	53,5	81,5	77,0	77,3	105,3	47,2	55,4	88,4	46,0
2005	47,3	33,1	38,0	68,1	116,8*	53,1	45,7	46,3	89,2	81,9	60,9	86,3	63,8	87,8	51,8	80,4	84,9	46,0
2006	45,9	31,6	42,8	53,7	136,6*	99,7	41,3	40,7	70,2	66,3	63,6	90,7	65,0	90,4	41,2	41,6	129,3	38,3
2007	42,2	22,1	38,4	57,1	103,2*	68,3	56,5	50,6	70,7	63,4	82,6	60,0	59,9	76,6	54,5	36,1	127,2	40,4
2008	40,9	23,9	36,7	51,9	176,2*	43,6	51,8	48,2	90,9	47,2	90,7	50,0	59,9	47,8	48,3	36,2	111,4	42,1
2009	32,4	19,1	28,4	45,4	80,5*	43,6	22,4	48,7	47,4	55,6	74,8	69,8	53,2	39,8	31,0	38,9	72,2	29,8
2010	32,1	20,3	28,1	41,4	99,5*	26,1	37,5	49,1	74,1	39,8	30,4	84,3	48,7	41,3	26,8	38,9	118,6	18,9

*приведены суммарные данные по Аяно-Майскому, им. П. Осипенко и Тугуро-Чумиканскому районам края.

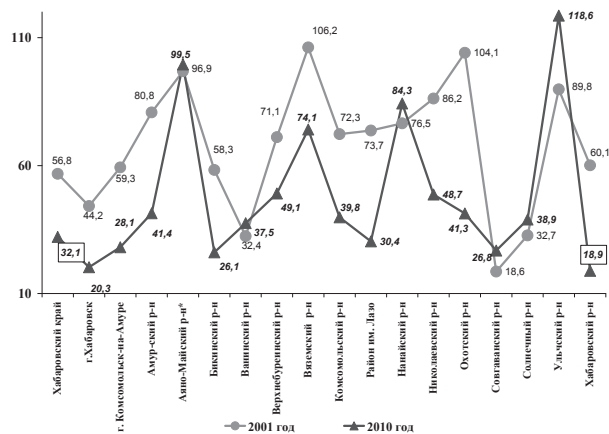


Рис. 7. Частота суицидов по муниципальным образованиям Хабаровского края в 2001 и в 2010 году (на 100 тыс. населения)

За последние 20 лет граждане России постоянно подвергаются испытанию множеством больших и малых социальных потрясений, каждое из которых нашло свое отражение в динамике суицидов. Это: перестройка; буржуазная революция, сопровождавшаяся переделом собственности; военные конфликты; дефолт 1998 года; террористические акты; нынешняя «перестройка» государственной власти и многое другое. В таких событиях и процессах и кардинальная смена ценностей и идеологических представлений россиян: ломка жизненных стереотипов, изменение социальных и этических стандартов, обострение проблем религиозной и этнической идентичности [5]. То, что ранее представлялось дурным, теперь культ; изменилось отношение к предпринимательству и финансовым средствам; атеизм заменяется религиозностью [7]; интернационализм вытес-



Рис. 8. Частота суицидов по муниципальным образованиям Хабаровского края в 2010 году (на 100 тыс. населения)

няется национализмом и т.д. То, о чем ранее считалось неприличным говорить публично, теперь в изобилии наличествует в средствах массовой информации; существенные трансформации претерпела лексика обывателя. Изменилась общественная и личностная идентификация: постулат «человек человеку – друг» сменился на принцип «конкурентных взаимоотношений»; ориентация на «опыт и знание» старших сменилась на приоритет «молодого» и «нового»; ценность и интересы «индивида», «личности» возобладают над ценностью и интересами «общества», что отразилось на внутрисемейных отношениях, сексуальной культуре и пр. [2, 3, 6].

Поэтому системе здравоохранения и, в первую очередь психиатрической службе, необходимо оценивать происходящие социальные перемены как кризис дезадаптации и нарушение привычных стереотипов поведения, что всегда чревато психическими расстройствами [4].

2. Суициды в Хабаровском крае: состояние и возможные пути решения проблемы

В течение 2000–2011 гг. в крае зарегистрировано 7101 самоубийство. Потери населения края от самоубийств практически равны численности населения района им. П. Осипенко в 2000 году – 6896 чел. За 2001–2010 гг. частота самоубийств на 100 тыс. населения снизилась в 1,8 раза – на 46,9 % (с 56,8 суицидов на 100 тыс. населения в 2001 году до 31,1 в 2010 году).

В течение рассматриваемого периода уровень самоубийств в крае выше показателя по Российской Федерации (в 2001 году на 31,2 %; в 2010 году на 24,5 %) и показателя по ДФО до 2008 года (в 2004 году на 11,5 % и в 2008 году на 6,7 %). С 2009 года уровень суицидов в крае ниже показателя по ДФО (в 2009 г. – на 25,2 %; в 2010 г. – 29,2 %). По международным стандартам уровень суицидов в крае выше критического.

В гендерной структуре суицидов в Хабаровском крае в течение 2001–2010 гг. преобладают суициды сре-

ди мужчин – свыше 80 %: в 2001 г. – 84,7 %; в 2010 г. – 81,6 % и среди женщин соответственно 15,3 % и 18,4 %. Уровень суицидов на 100 тыс. мужчин ежегодно превышает уровень суицидов среди женщин в 5–6 раз (в 5,8 раза в 2001 году и в 4,9 раза в 2010 году). Полученные соотношения коррелируют с аналогичными показателями по Российской Федерации: по данным ФГУ ГНЦ ССП им В.П. Сербского, в России в 2005–2010 гг. суициды среди мужчин регистрировались в 6 раз чаще суицидов среди женщин. Частота суицидов на 100 тыс. мужчин с 2001 по 2010 годы снизилась в 1,85 раза; на 100 тыс. женщин – в 1,54 раза.

В течение 2001–2010 гг. наиболее высокий уровень суицидов среди населения края отмечен в возрасте 30–39 лет: 78,5 суицидов на 100 тыс. населения в 2001 году и 43,8 суицидов на 100 тыс. населения в 2010 году. Следует отметить нарастание удельного веса суицидов в возрасте 20–29 лет с 18,64 % среди всех суицидов в 2001 году до 24,31 % в 2010 году. То есть, практически каждый четвертый суицид в крае в 2010 году произошел в этом возрасте! Удельный вес суицидов в возрасте 30–39 лет стабилен: 19,73 % в 2001 году и 22,47 % в 2010 году (разность показателей статистически недостоверна: $P_0 > 0,05$; $t < 2,0$). Удельный вес суицидов в возрасте 40–49 лет снизился с 20,70 % в 2001 году до 14,44 % в 2010 году. Удельный вес суицидов в возрасте 50 лет и старше снизился незначительно: с 33,05 % в 2001 году до 31,93 % в 2010 году.

Частота суицидов на 100 тыс. населения за этот же период снизилась во всех возрастных группировках: в возрасте 15–19 лет в 1,86 раза; в возрасте 20–29 лет в 1,60 раза; в возрасте 30–39 лет в 1,78 раза; в возрасте 40–49 лет в 2,17 раза и в возрасте 50 лет и старше в 2,13 раза. За период 2000–2010 гг. удельный вес суицидов от всех суицидов в крае составил: в г. Хабаровске – 28,2 %, в г. Комсомольске-на-Амуре – 18,5 %; в районах Амурском – 6,8 %, Аяно-Майском, им П. Осипенко и Тугуро-Чумиканском – 2,0 %, Бикинском – 2,6 %, Ванинском – 2,8 %, Верхнебуреинском – 2,7 %, Вяземском – 3,1 %, Комсомольском – 3,1 %, им. С. Лазо – 5,9 %, Нанайском – 2,2 %, Николаевском – 4,5 %, Охотском – 1,3 %, Совгаванском – 2,5 %, Солнечном – 2,3 %, Ульчском – 3,5 % и Хабаровском – 6,1 %. За 2001–2010 гг. динамика частоты суицидов на 100 тыс. населения по муниципальным образованиям края имеет различные тенденции:

- как и в целом по краю, она снизилась в Хабаровском районе в 3,2 раза; им. С. Лазо и Охотском районах – в 2,4–2,5 раза; в г. Хабаровске, г. Комсомольске-на-Амуре и Бикинском районе – в 2,1–2,2 раза; в Амурском, Комсомольском и Николаевском районах – в 1,8–1,9 раза; в Верхнебуреинском и Вяземском районах – в 1,4 раза;

- осталась на одном уровне в Аяно-Майском, им. П. Осипенко и Тугуро-Чумиканском районах;

- увеличилась в 1,3–1,4 раза в Советско-Гаванском и Ульчском районах; в 1,1–1,2 раза в Ванинском, Нанайском и Солнечном районах.

Безопасного уровня частота суицидов на 100 тыс. населения в 2010 году достигла в г. Хабаровске – 20,3 и Хабаровском районе – 18,9. Она существенно превышает и безопасный и средне краевой уровень: в Ульчском районе в 3,7 раза; Аяно-Майском, им. П. Осипенко и Тугуро-Чумиканском районах в 3,1 раза; Нанайском районе в 2,6 раза; Вяземском районе в 2,3 раза; Амурском, Верхнебуреинском, Николаевском и Охотском районах в 1,3–1,5 раза; Ванинском, Комсомольском и Солнечном районах в 1,2 раза. Кроме того, ниже среднекраевого уровня частота суицидов на 100 тыс. населения в Бикинском и Советскогаванском районах – в 1,2 раза и в г. Комсомольске-на-Амуре – в 1,1 раза.

Ведущим направлением в деятельности психиатрической службы края по снижению частоты суицидов в крае является профилактическая работа с населением. Она ведется в порядке реализации приказа Минздрава РФ от 06.05.1988 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». В 1994 году в г. Хабаровске организован психотерапевтический центр (ПТЦ), входящий в настоящее время в состав КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница», приоритетным направлением, в деятельности которого является суицидология. В составе ПТЦ: служба «телефон доверия», амбулаторное отделение и кризисный стационар на 10 коек. Основным звеном в профилактике самоубийств является анонимная телефонная служба («телефон доверия»), в которую в течение 2006–2010 гг. ежегодно поступает в среднем около 20 000–22 000 обращений. За последние 3 года нарастает количество посещений 3-х специализированных Интернет-сайтов ПТЦ. Среди пациентов, обратившихся за помощью в амбулаторное отделение ПТЦ, больные с невротическими, связан-

ными со стрессом, и соматоформными расстройствами составляют 39,5 %. Значительная часть таких больных – суициденты. В кризисном стационаре ежегодно получают помощь 300–340 человек, в числе которых 44,3 % больных с соматоформными расстройствами. В результате в г. Хабаровске и Хабаровском районе в 2010 году впервые за всю историю психиатрической службы края зарегистрирован безопасный уровень частоты суицидов.

Решением коллегии Министерства здравоохранения Хабаровского края от 29.06.2011 № 2 «О состоянии психиатрической и наркологической помощи населению края и мерах по ее совершенствованию» на базе МБУЗ «Психиатрическая больница» г. Комсомольска-на-Амуре в течение 2012–2014 гг. предусмотрена поэтапная организация суицидологической службы с отделением «Телефон доверия», кабинетом социально-психологической помощи и стационаром кризисных состояний на 5 коек. При этом планируется оказание суицидологической помощи не только населению г. Комсомольска-на-Амуре, но и населению Амурского, Комсомольского, им П. Осипенко и Солнечного районов. Кроме того, предусматривается в течение 2011–2013 гг. регулярная подготовка и усовершенствование специалистов для суицидологической службы края на базе Московского научно-исследовательского института психиатрии в количестве 1 специалиста ежегодно.

Но усилий одной психиатрической службы края по дальнейшему снижению частоты суицидов среди населения сегодня недостаточно. Необходимо привлечение к работе по профилактике суицидов в крае служителей конфессий и общественных организаций.

Список литературы

1. Александровский, Ю. А. *Диагностика социально-стрессовых расстройств // Актуальные вопросы воен. и экол. психиатрии.* – СПб.: ВМедА, 1995. – С. 15–21.
2. Курпатов, А. В. «Физика» суицида против его «метафизики» // *Реальность и субъект.* – 2001. – Т. 5, № 4. – С. 30–35.
3. Курпатов, А. В. *Кризисная и суицидологическая служба: состояние и перспективы развития / А. В. Курпатов, О. О. Полетаева // III Клинические Павловские чтения «Депрессия»: сб. работ.* – СПб., 2001. – Вып. 3. – С. 42–44.
4. Лоренц, К. *Агрессия (так называемое «зло»): пер. с нем.* – М.: Изд. гр. «Прогресс»: Универс, 1994. – 272 с.
5. Павлов, И. П. *Полное собрание трудов. Т. 3: Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведение) животных – условные рефлексы.* – М.; Л., 1949. – 607 с.
6. Розенток-Хюсси, О. *Бог заставляет нас говорить.* – М.: Канон+, 1997. – 288 с.
7. Фуко, М. *Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет.* – М.: Касталь, 2006. – 448 с.
8. *Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3 т. / под ред. Б. В. Петровский.* – М.: Совет. энцикл. – Т. 3. – 1984. – С. 159.

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 616.34-008.87:616.33-089.878

Схема коррекции дисбиоза кишечника у пациентов, перенесших резекцию желудка

П.С. Голямов, С.Б. Платова, С.В. Щагин

КГБУЗ «Верхнебуреинский центр оказания специализированных видов медицинской помощи», г. Чегдомын

P.S. Golyamov, S.B. Platova, S.V. Shchagin

Correction of intestinal dysbiosis in patients, undergone resection of stomach

Резюме

Дисбиоз кишечника является закономерным следствием ор­ганоуносящих операций на желудке; обусловленная этим иммунологическая и метаболическая дисфункция ухудшает течение послеоперационного периода. В ходе исследования была разработана схема коррекции дисбиоза кишечника у пациентов, перенесших оперативное вмешательство в объеме субтотальной резекции желудка, гастрэктомии.

Ключевые слова: гастрэктомия, дисбиоз кишечника, продукты функционального питания, диета, медикаментозная коррекция.

Summary

Dysbiosis intestines is a natural consequence of body operations on a stomach; immunological and metabolic dysfunction worsens a current of the postoperative period. During research the correction scheme of dysbiosis intestines at the patients who have transferred operative intervention in volume of a subtotal resection of a stomach, gastrectomy has been developed.

Keywords: gastrectomy, intestinal dysbiosis, functional food products, diet, medication adjustment.

Введение

Полное (гастрэктомия) либо частичное (резекция) удаление желудка неизбежно приводит к существенным изменениям процесса пищеварения, закономерным следствием чего является дисбиоз кишечника [8,10]. Нарушение нормального состава микрофлоры кишечника в послеоперационном периоде ведет к формированию дискинетического, мальдигестивного, интоксикационного (за счет активации бродильно-гнилостных процессов) синдромов [1,2,4]. Обусловленные этим метаболические и иммунологические расстройства значительно снижают качество жизни и ведут к ухудшению течения послеоперационного периода [10].

Целью нашей работы стала разработка схемы коррекции дисбиоза кишечника у пациентов, перенесших оперативное вмешательство в объеме субтотальной резекции желудка, гастрэктомии.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Верхнебуреинский центр ОСВМП» в 2008 – 2011 гг.

Группу обследованных составили 35 человек (20 женщин, 15 мужчин) в возрасте $48 \pm 5,5$ лет, оперированных в ККЦО г. Хабаровска по поводу рака желудка I–II ст., в объеме гастрэктомия (22; 63%) субтотальная резекция желудка по Бильрот – I, II (13; 37%) + лимфодиссекция D1-D2, в период 1–12 месяцев после проведения операции. Определялись объективные клинические проявления дисбиоза кишечника (снижение аппетита, метеоризм, характер и частота стула, болевого абдоминального синдрома). Оценка статуса вегетативной нервной системы производилась на основании индекса Кирдо (ВИ). Копрологическое обследование выполнено 100% пациентов при первичном обследовании. Также на основании лабораторных данных производится расчет ЛИИ по Островскому.

Результаты и обсуждение

Явления дисбиоза кишечника I–III ст. наблюдались у 100% обследованных (табл.).

Ректероманоскопия была выполнена 18 (51 %) пациентам. Во всех случаях в начале лечения наблю-

Клиническая и лабораторная характеристика группы обследуемых

Степень дисбиоза кишечника	n	Клинические, лабораторные проявления	Копрологическая характеристика
I	7 (20%)	Снижение аппетита Умеренный преходящий метеоризм Неустойчивость стула, дефекация 3 – 5 раз/сут ЛИИ 1,2± 0,5 Стабильный вегетативный статус (ВИ=0)	Уменьшение количества эуфлоры кишечника (до 10 ⁶ – 10 ⁷ КОЕ/г) Выявление представителей УПФ (St. aureus, Proteus spp., Enterococcus spp.) до 10 ³ КОЕ/г
II	15 (43%)	Преходящие коликообразные боли в животе, изжога, тошнота Постоянный метеоризм Умеренный диарейный синдром, дефекация 6 – 10 раз/сут. Признаки интоксикации выражены умеренно; ЛИИ 2,0± 0,4 Преходящая вегетативная дисфункция (ВИ ≤ 0)	Значительное снижение количества эуфлоры кишечника (до 10 ⁴ – 10 ⁵ КОЕ/г) Повышение уровня УПФ – до 10 ⁴ КОЕ/г Наличие патогенных штаммов E.coli (до 10 ⁴ – 10 ⁵ КОЕ/г), уменьшение ее нормальных форм
III	13 (37%)	Отсутствие аппетита, отвращение к пище Постоянное чувство распирания, тяжести в животе, постоянные коликообразные боли в животе Явления выраженного интоксикационного синдрома; ЛИИ 3,7± 0,8 Выраженный диарейный синдром (10 – 15 раз/сут.) Осложнения (вторичный острый геморрой, анальные трещины) Постоянная вегетативная дисфункция (ВИ > 0)	Выраженное снижение количества эуфлоры кишечника (до 10 ² – 10 ³ КОЕ/г) Повышение уровня УПФ – до 10 ⁵ КОЕ/г, выявление их ассоциаций Наличие патогенных штаммов E.coli (до 10 ⁶ – 10 ⁷ КОЕ/г), значительное уменьшение ее нормальных форм

далась картина катарального проктосигмоидита, характеризовавшегося отечностью, выраженной гиперемией слизистой оболочки кишки с единичными поверхностными эрозиями, полнокровием сосудистой системы.

Коррекция дисбиоза кишечника включала в себя 2 компонента: диету и поэтапную медикаментозную терапию.

Всем пациентам рекомендовалось дробное 5–6 разовое питание с ограничением количества углеводов до 200–250 г/сутки, преимущество отдавалось свежим овощами и фруктам; белков до 100–150 г/сутки, жиров до 50 г/сутки. Обязательным компонентом диеты являлись т.н. продукты функционального питания [4] (бифидокефир, ацидофилин, «Бифилайф») по 100 мл. 2 раза в день. Исключались молоко, растительные и мясные продукты, приготовленные путем тушения или жарки.

Медикаментозная коррекция проявлений дисбиоза проводилась по следующей схеме.

1-я неделя:

Энтеросгель 1 столовая ложка 3 раза в день за 1 час до приема пищи и лекарств.

Сульфосалазин 0,5 4 р/день;

Хилак-форте 50 кап. 3 р/день

Метеоспазмил 1 т. 3 р/день

На данном этапе осуществлялась сорбция энтерогенных токсических веществ, эрадикация патогенной микрофлоры кишечника, коррекция таких проявлений дисбиоза, как дискинезия, метеоризм, диарейный синдром.

2–3 недели:

Хилак-форте 50 кап. 3 р/день;

Энтерол 2 капс. 2 раза в день,

Бифоформ 2 капс. 3 р/день,

Метеоспазмил 1 т. *2 р/день (при наличии клинических признаков метеоризма).

Целью данного этапа лечения являлось постепенное восстановление физиологической микрофлоры кишечника и обеспечение оптимальных условий для ее жизнедеятельности.

4–6 неделя:

Бифиформ 2 капс. * 3 р/день;

Линекс 2 капс. * 2 р/день

Основной задачей третьего этапа терапии было закрепление положительного клинического эффекта, достигнутого при предыдущем лечении и профилактики возможной дисбиотической дисфункции

В 65% случаев положительный эффект (регресс явлений метеоризма, диарейного, интоксикационного синдромов, уменьшение частоты и интенсивности приступов кишечной колики) наблюдался уже к 5–7 дню лечения. Продолжение терапии по указанной схеме в течение 4–6 недель характеризовалось устойчивой положительной динамикой в 87% наблюдений: стабилизировался вегетативный статус, регрессировал диарейный синдром, нормализация показателей ЛИИ.

По завершению курса лечения (на 5–6 неделе терапии) повторное копрологическое исследование в 80% случаев установило полную эрадикацию патогенной и снижение уровня условно-патогенной флоры до 10^3 – 10^4 КОЕ/г, увеличению уровня нормальной микрофлоры кишечника до 10^7 – 10^8 КОЕ/г.

В последующем, при соблюдении диеты и режима питания, рецидивов дисбиоза кишечника не наблюдалось.

Выводы

Предложенная схема лечения поэтапно решает следующие задачи:

- комплексное воздействие на ЖКТ: подавление воспалительного процесса в тонком и толстом кишечнике, воздействие как на аэробный, так и анаэробный компонент микрофлоры (за счет спектра воздействия используемых препаратов);

- подавление на начальном этапе терапии гнилостно-броидильных процессов в кишечнике и сорбция обусловленных ими токсических агентов, эрадикация патологической микрофлоры;

- создание оптимальных условий для восстановления нормальной микрофлоры кишечника;

- постепенное восстановление нормальной сбалансированной микрофлоры кишечника, профилактика повторных дисбиотических явлений.

Использование современных препаратов с относительно узким кругом противопоказаний, малой вероятностью побочных эффектов делает описанную схему лечения применимой широкому контингенту пациентов.

Список литературы

1. Билибин, А.Ф. Проблема дисбактериоза в клинике // *Терапевт. архив.* – 1969. – № 39. – С. 21–28.
2. Бондаренко, В.М. Дисбактериоз кишечника как клиничко-лабораторный синдром: современное состояние проблемы. – М., 2006. – 304 с.
3. Васильев, А.А. Современные методы коррекции и профилактики дисбиоза кишечника / А.А. Васильев, О.В. Кемерер и др. – Челябинск, 2003. – 19 с.
4. Грачева, Н.М. Дисбактериоз кишечника у взрослых: клиничко-лабораторные аспекты, диагностика, лечебные мероприятия / Н.М. Грачева, О.С. Патрин, И.Т. Щербаков // *Мед. научный и учеб.-метод. журнал.* – 2007. – № 37. – С. 100 – 116.
5. Григорьев, П.Я. Нарушение нормального состава кишечной микрофлоры, клиничское значение и вопросы терапии. – М., 2000. – 15 с.
6. Запруднов, А.М. Микробная флора кишечника и пробиотики / А.М. Запруднов, Л.Н. Мазанкова. – М., 1999. – 154 с.
7. Комплексная диагностика, лечение и профилактика дисбактериоза (дисбиоза) кишечника в клинике внутренних болезней: метод. рекомендации / С.Д. Митрохин, М.Д. Ардатская, Е.В. Никушкин, И.О. Иваников и др. – М., 1997. – 45 с.
8. Курыгин, А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: руководство для врачей. – СПб., 2001. – 469 с.
9. Парфенов, А.И. Микробная флора кишечника и дисбактериоз // *Рус. мед. журн.* – 1998. – № 6(18). – С. 1170–1173.
10. Попова, Т.С. Синдром кишечной недостаточности в хирургии. – М., 1991. – 240 с.
11. Применение энтерола (*Saccharomyces boulardii*) для лечения диареи на фоне химиотерапии и лучевого лечения онкологических больных / Н.В. Дмитриева, И.Н. Петухова, Л.Ф. Иванова и др. – М., 2002. – 24 с.

удк 616.23 + 616.24]-036.12:616-071

Изучение качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких как составная часть ее клинической диагностики

Ф.Т. Малыхин^{1*}, Т.С. Думан²

¹ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»,

²МУЗ «Городская клиническая больница № 3»,

г. Ставрополь

F.T. Malykhin, T.S. Duman

Study of Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease as Part of Its Clinical Diagnostics

Резюме

Проведено изучение изменений качества жизни (КЖ) у 151 больного в возрасте от 60 лет с хроническим обструктивным бронхитом в процессе лечения обострения заболевания. Установлено наличие значительных половых различий оценки КЖ больными. Купирование обострения ХОБ, достигнутое в результате многокомпонентной терапии, сопровождалось уменьшением величины «Итоговой оценки» и всех ее составляющих, что свидетельствовало об улучшении КЖ пациентов. Достижение ремиссии ХОБ не влияло на гендерные различия в соотношении показателей КЖ: более высокий уровень «Итоговой оценки» и ее компонентов «Активность», «Влияние» – у женщин, а показателя «Симптомов» – у мужчин. Наличие выявленных половых различий доменов КЖ у больных ХОБ свидетельствует о возможности использования его в клинической диагностической практике для диагностики психосоматических нарушений.

Ключевые слова: качество жизни, хроническая обструктивная болезнь легких, гендерные различия, клиническая диагностика.

Summary

The study of changes in quality of life (QOL) in 151 patients aged 60 years with chronic obstructive bronchitis in the treatment of acute illness. Revealed the presence of significant sex differences QOL assessment by patients. Relief of acute COB reached as a result of a multi-component therapy, accompanied by a decrease in the "Final Evaluation" and all its components, indicating an improvement in QOL of patients. COB remission did not affect the gender differences in the ratio of QOL indicators: higher levels of "Final Evaluation" and its components "Active", "Influence" – in women, the indicator "symptoms" in men. The presence of sex differences identified domains of QOL in patients with COB suggests the possibility of its use in clinical diagnostic practice for the diagnosis of psychosomatic disorders.

Keywords: quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, gender differences, the clinical diagnosis.

Введение

Качество жизни (КЖ) – это субъективная оценка человеком своего самочувствия, на которое оказывают огромное влияние внешние и внутренние факторы (состояние здоровья, тяжесть хронических заболеваний, окружающая среда, политический строй, религиозные убеждения, уровень благосостояния человека, уровень медицинского обслуживания и многие другие воздействия) [5, 8]. Вначале понятие КЖ использовалось в социологии, сегодня оно активно применяется во многих областях науки, в том числе и в медицине [4]. Результатом этого стало появление модифицированного понятия «качество жизни, связанное со здоровьем» [1, 2]. Одной из областей наиболее частого проведения исследований качества жизни является пульмонология [3], в частности, проблемы одного из вариантов хроническом обструктивной болезни

легких (ХОБЛ) – хронического обструктивного бронхита [6]. Следует учитывать, что ХОБЛ – прогрессирующее заболевание, которое к 2020 году переместится с 12-го места (1990 г.) на 5-е по уровню причиняемого экономического ущерба, опережая все другие заболевания бронхо-легочной системы [6].

Цель работы

Изучить: 1) изменения КЖ при хроническом обструктивном бронхите (ХОБ) в процессе лечения обострения заболевания; 2) соответствие изменений КЖ степени тяжести болезни, как одного из критериев целесообразности использования исследования в качестве компонента клинической диагностики.

Материалы и методы

Исследование КЖ осуществлено у 151 больного в возрасте от 60 лет с ХОБЛ в стадии обострения, в том числе 60,8 % женщин в возрасте $74,4 \pm 6,1$ года и 39,2 %

* fmalykhin@yandex.ru

мужчин в возрасте $72,9 \pm 6,9$ года. Проведена клинико-лабораторная оценка степени тяжести заболевания. Пациенты, госпитализированные в гериатрический стационар МУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Ставрополя», получали многокомпонентную бронхолитическую терапию: антихолинергические средства, β_2 -агонисты короткого действия или комбинированные препараты, сочетающие в себе β_2 -адреномиметик и М-холинолитик. В периоде выраженного обострения ХОБЛ у пациентов применяли небулайзерную терапию бронходилататорами, а также внутривенную капельную инфузию короткодействующего производного теофиллина. При наличии показаний назначали глюкокортикостероиды (системные и/или топические). Оксигенотерапия назначалась в случае пребывания больного в отделении интенсивной терапии. При инфекционном обострении пациентам назначали антибактериальные препараты с учетом определения чувствительности микрофлоры мокроты по экспресс-методике.

В качестве инструмента исследования КЖ использовали одномесечную версию специализированного «Вопросника для больных с заболеваниями органов дыхания госпиталя Святого Георгия» («St. George's Hospital Respiratory Questionnaire» – SGRQ). Вопросник включает в себя 50 вопросов, позволяющих оценить 3 компонента «Итоговой оценки» качества жизни, связанного со здоровьем пациентов: «Симптомы» – этот домен отражает нарушения дыхания (одышка и кашель), их частоту и тяжесть; «Активность» – характеризует степень ограничения физической активности больного за счет заболевания; «Влияние» – охватывает диапазон психологических нарушений и ограничения социального функционирования. Подсчет итога проводился с помощью оценочного калькулятора вопросника SGRQ, базирующегося на Excel. При интерпретации проведенных в динамике заболевания исследований, а также при оценке эффективности лечебных программ, за минимальное клинически значимое отклонение в ту или иную сторону принималось изменение любого показателя не менее чем на 4 балла. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием парного критерия Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение

Более тяжелое течение ХОБЛ, по данным клинико-лабораторных методов исследования, отмечено у мужчин. Это подтверждено тем, что до начала лечения у больных степень выраженности субъективных «Симптомов» ХОБЛ была более значимой у мужчин, чем у женщин и отличалась на 7 баллов. Исходная степень ограничения физической «Активности» была значительно снижена у пациентов обоего пола (количество баллов превышало 61). При этом женщины считали упомянутые нарушения более тягостными, чем представители «сильного» пола. У них же отмечена худшая переносимость проблем, связанных с ХОБЛ (превышение домена

«Влияние» у женщин на 8 баллов). Одновременно зарегистрировано превышение показателя «Итоговая оценка» в пользу «слабого» пола на значимом уровне.

Проведенное лечение приводило к достижению ремиссии, достоверному уменьшению уровня «Симптомов», «Активности», «Влияния» и в целом «Итоговой оценки» качества жизни ($p < 0,01$ для обследуемой когорты в целом и обеих выделенных групп). После окончания стационарного этапа лечения уровень гендерных различий «Симптомов» снизился до незначимого, хотя значение этого показателя у мужчин по-прежнему сохранялось более высоким, чем у женщин. О более выраженном снижении качества жизни у женщин свидетельствует сохранившаяся значимая разница показателей «Итоговой оценки», доменов «Активность» и «Влияние» в их пользу. Прослеживаются определенные параллели с исследованиями, свидетельствующими о зависимости КЖ, ограничений ежедневной деятельности и скорости развития болезни, депрессивных изменений от частоты обострений, а по сути дела и от тяжести ХОБЛ [7].

Более высокий уровень КЖ у мужчин (в соответствии с большинством компонентов этого показателя и «Итоговой оценкой») при более тяжелом течении заболевания у них, вероятно, в определенной степени связан со снижением критического отношения к заболеванию на фоне гипоксии, свыванием с длительно протекающей болезнью. Полученные данные дают возможность рекомендовать в процессе лечения обострения ХОБЛ у мужчин уделять больше внимания лечению основного заболевания, а у женщин – коррекции психосоматических нарушений, т.е. следовать принципам классиков медицины: лечить не болезнь, а больного. Вместе с тем, наличие половых различий значений доменов КЖ у больных ХОБЛ свидетельствует о целесообразности использования этого показателя в клинической диагностике с целью обоснования проведения последующей дифференцированной терапии.

Выводы

1. При обострении ХОБЛ обнаружены значительные гендерные различия оценки КЖ больными: начальная степень «Симптомов» заболевания более выражена у мужчин. Вместе с тем, у женщин преобладают: восприятие более существенного исходного уровня ограничения физической «Активности», тяжелая психологическая переносимость проблем, обусловленных ХОБЛ, общее отрицательное воздействие заболевания на состояние здоровья.

2. Купирование обострения ХОБЛ, достигнутое в результате многокомпонентной терапии, сопровождалось уменьшением величины «Итоговой оценки» и всех ее составляющих, что свидетельствовало об обратном пропорциональном улучшении КЖ пациентов.

3. Достижение ремиссии ХОБЛ не влияло на половые различия в соотношении показателей КЖ: более высокий уровень «Итоговой оценки» и ее компонентов «Активность», «Влияние» – у женщин, а показателя «Симптомов» – у мужчин.

4. Наличие выявленных половых различий доменов КЖ у больных ХОБЛ свидетельствует о целесообразности использования этого показателя в клинической диагностической практике для верификации психосоматических нарушений.

Список литературы

1. Афанасьева, Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // *Качественная клиническая практика*. – 2010. – № 1. – С. 36–38.

2. Белоусов, Д. Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей // *Качественная клиническая практика*. – 2008. – № 2. – С. 28–38.

3. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования «ИКАР-ХОБЛ» / А. Г. Чучалин, А. С. Белевский, Б. А. Черняк и др. // *Пульмонология*. – 2005. – № 1. – С. 93–102.

4. Шевченко, Ю. Л. Исследование качества жизни в кардиологии / Ю. Л. Шевченко, А. А. Новик, Т. И. Ионова // *Вестник Межнационального центра исследования качества жизни*. – 2007. – № 9-10. – С. 4–14.

5. Cella, D. F. *Quality of Life: concepts and definition* / J. Pain and Symptom Manag. – 1994. – Vol. 9, № 3. – P. 186–192.

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease, 2006*. – Режим доступа: www.goldcopd.com; Data last accessed and updated: September 15, 2007.

6. Relationship between depression and exacerbations in COPD / J. K. Quint, R. Baghai-Ravary, G. C. Donaldson et al. // *Eur. Respir. J.* – 2008. – № 32. – P. 53–60.

7. WHOQOL Group. *The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL)* // *Quality of life assessment: international perspectives* / J. Orley, W. Kuyken, eds. – Berlin, 1994. – P. 41–57.

УДК 614.2 (571.620-25)

Оценка эффективности работы медицинской регистратуры МУЗ «Клинико-диагностический центр» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска

О.В. Ушакова*, **Е.П. Шапиро**, **И.И. Дмитричева**, **В.А. Буркова**, **М.А. Будкова**
МБУЗ «Клинико-диагностический центр»,
г. Хабаровск

O.V. Ushakova, **H.P. Shapiro**, **I.I. Dmitricheva**, **V.A. Burkova**, **M.A. Budkova**
The effectiveness of medical registries in Diagnostics Centre of Health Department of Khabarovsk Administration

Резюме

Цель исследования – провести анализ работы медицинской регистратуры МУЗ «Клинико-диагностический центр» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска.

Исследование показало, что в процессе управления медицинским учреждением должны быть введены такие должности, как менеджер по управлению потоками пациентов, в должностных обязанностях которой обозначены ежедневный сбор оперативной информации деятельности учреждения, распределение потока пациентов в зависимости от нагрузки врачей и среднего медицинского персонала. Через шесть месяцев от начала реализации проводимых мероприятий доля пациентов, получивших медицинскую помощь по предварительной записи в течение 15–30 мин., увеличилась с 60 % до 67 %. Количество жалоб на невозможность записаться на прием к врачу по телефону сократилось в 4 раза.

Ключевые слова: управление медицинским учреждением, медицинская помощь, медицинская регистратура.

* oluschk@mail.ru

Summary

The purpose of research was the analysis of work of medical registry in the Diagnostic center of public health services of Khabarovsk administration.

Research has shown, that in the process of management in a medical institution, such posts should be made as the manager of patients' streams, who should gather daily the operative information of establishment activity, and distribute stream of patients among the personnel, depending on doctors and average medical personnel working load. In six months from the beginning of changes in the registry's work, the part of the patients who have received medical aid on preliminary record in 15–30 minutes, has increased from 60 % up to 67 %. The quantity of complaints to impossibility to make an appointment by phone was reduced in 4 times.

Keywords: management of a medical institution, medical aid, medical registry.

Введение

Система управления медицинскими учреждениями и безопасность медицинского обслуживания приобретает особую значимость на современном этапе развития российского здравоохранения. Специфика управления медицинскими учреждениями обусловлена, прежде всего, тем, что здравоохранение – особая сфера деятельности, существенно отличающаяся от других видов деятельности.

Кроме этого, необходимо учитывать и новые экономические отношения. В настоящее время это жесткая конкуренция за потенциального потребителя медицинских услуг. В условиях конкуренции есть только 2 способа быть привлекательным для потребителя, а именно: либо предоставляемые услуги дешевле, либо качественнее. Причем, учитывая специфику деятельности, одно не должно быть в ущерб другому: пациент должен получить минимально необходимый, но достаточный качественный объем помощи.

Одним из основных путей решения этих проблем является повышение внутренней организационной работы медицинского учреждения, в том числе и медицинской регистратуры.

Цель исследования – провести анализ работы медицинской регистратуры МБУЗ «Клинико-диагностический центр» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска.

Материалы и методы

При проведении исследования использовались методы построения «древа проблем» и установления причинно-следственных связей, SWOT-анализа, анкетирование, статистического анализа.

Результаты и обсуждение

Начиная с 2009 г. с целью изучения ситуации о доступности и качестве оказанных медицинских услуг, выявления причин в МБУЗ «Клинико-диагностический центр» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска проводится анкетирование пациентов.

Проводимое анкетирование позволило выделить основные причины, объясняющие снижение получения качественной и доступной медицинской помощи. Среди основных причин первое место занимает очередь в регистратуру. 41 % от всех опрошенных пациентов отметили неудовлетворительную организацию работы регистратуры учреждения. Ежемесячно в адрес администрации учреждения здравоохра-

нения поступало до 40 жалоб на невозможность записаться к врачу по телефону.

На втором месте пациентами обозначена неудовлетворительная организация приема к врачу по предварительной записи. Доля опрошенных, получивших данную услугу в течение 15–30 мин., в 2010 г. составила только 60 %. Соответственно доля пациентов, которые ожидали получение своей услуги более 30 мин., составила 40 %.

Анализ причин формирования ключевых проблем позволил выделить две основные – отсутствие менеджера по управлению потоками пациентов, распределению их между врачами, кадровое обеспечение.

В настоящей работе не затрагивается вопрос решения кадрового обеспечения МБУЗ «Клинико-диагностический центр» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска. Данный вопрос, как особо важный, необходимо вычленять как отдельную проблему, выстраивать причинно-следственные связи, разрабатывать отдельные мероприятия. Но в то же время с учетом зависимости удовлетворенности пациентов от кадрового обеспечения, указанная проблема должна решаться параллельно.

Проведенный анализ позволил определить следующие основные пути решения данной проблемы: введение в штатное расписание учреждения должности менеджера по управлению потоками пациентов и изменение работы регистратуры.

На основании проведенного анализа «сильных и слабых сторон» деятельности учреждения были обозначены следующие задачи:

- 1) разработка регламента обеспечения доступности медицинской помощи населению;
- 2) введение положения оплаты труда медицинских регистраторов;
- 3) ведение должности менеджера по управлению потоками пациентов;
- 4) организация работы многоканального телефона в регистратуре с фиксированием количества звонков в регистратуру и «отвеченных» звонков, записью телефонных разговоров.

В последующем каждое мероприятие разбивалось на конкретные действия:

- разработать регламент работы регистратуры;
- разработать должностные инструкции менеджера по управлению потоками пациентов, медицинского регистратора;

- организовать работу многоканального телефона;
- создать программу контроля полученных и обработанных телефонных звонков на каждом рабочем месте медицинского регистратора;
- создать модули обучения медицинских регистраторов;
- провести обучения;
- разработать анкеты для пациентов и медицинских регистраторов;
- провести анкетирование.

Следующей процедурой было проведение оценки начала и продолжительности действия поставленной задачи и составление итогового расписания. Эта процедура проводилась совместно с заместителями главного врача по лечебной работе, амбулаторно-поликлинической и клинико-экспертной работе и менеджера по управлению потоками пациентов. В последующем были определены контрольные пункты: оценка регламента работы регистратуры к концу первого месяца, программы обработки звонков к концу первого месяца, работы многоканального телефона к концу первого месяца, модули обучения – к концу третьего месяца, обучения персонала – к концу пятого месяца, анкетирования – к концу шестого месяца.

Через шесть месяцев от начала реализации мероприятий доля пациентов, получивших медицинскую помощь по предварительной записи в течение 15–30

мин., увеличилась с 60 % до 67 %. Количество жалоб на невозможность записаться на прием к врачу по телефону сократилось в 4 раза и составило 10 жалоб за последние три месяца.

Увеличилась доля «отвеченных» телефонных звонков в регистратуре с 35 % от всех зарегистрированных звонков в регистратуру в январе 2011 г. до 78 % через шесть месяцев от начала реализации проекта.

Выводы:

1. В управлении учреждением, для достижения поставленных целей, требуется обязательное вмешательство в слабые стороны деятельности учреждения.

2. В процессе управления медицинским учреждением должны быть введены такие должности, как менеджер по управлению потоками пациентов, в должностных обязанностях которой обозначены ежедневный сбор оперативной информации деятельности учреждения, распределение потока пациентов в зависимости от нагрузки врачей и среднего медицинского персонала. Через шесть месяцев от начала реализации проводимых мероприятий доля пациентов, получивших медицинскую помощь по предварительной записи в течение 15–30 мин., увеличилась с 60 % до 67 %. Количество жалоб на невозможность записаться на прием к врачу по телефону сократилось в 4 раза.

Список литературы

1. *Леонов, В. П. Факторный анализ: основные положения и ошибки применения // Междунар. мед. журн. – 2005. – № 3. – С. 11–15.*

2. *Михайлова, Ю. В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 3. – С. 48–52.*

3. *Никитина, Н. Ш. Методика проектирования системы менеджмента качества образования в вузе на основе логико-структурного подхода // Унив. управление: практика и анализ. – 2005. – № 2(25). С. – 70–78.*

4. *Райзберг, Б. А. Экономика и управление / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский. – М., 2005. – С. 50–52*

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 618.2-07 (571.620)

Алгоритм пренатальной диагностики на территории Хабаровского края

Н.Ю. Владимирова*, В.С. Ступак, М.В. Никишина, В.В. Филиппова

КГБУЗ «Перинатальный центр»,

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,

г. Хабаровск

N.Y. Vladimirova, V.S. Stupak, M.V. Nikishina, V.V. Filippova

The Algorithm of Prenatal Diagnostics in the Khabarovsk Territory

Резюме

Врожденные пороки развития (ВПР) занимают второе место в структуре причин младенческой и перинатальной смертности. Несмотря на некоторое снижение поздно диагностированных ВПР и уменьшение количества новорожденных с этой патологией, имеются значительные резервы для снижения летальности и инвалидности с детства: повышение квалификации специалистов ультразвуковой диагностики, обеспечение ультразвуковой аппаратурой с высокой разрешающей способностью, соблюдение этапности медицинской помощи беременным с пренатальной патологией плода.

Ключевые слова: ВПР, пренатальная диагностика, ультразвуковое исследование

Summary

Congenital malformations take the second place in structure of the reasons of the infantile and perinatal death rate. Despite of some lowering late-diagnosed malformations and decrease of the quantity of newborns with such pathology, it has meaningful reserves for decrease of the mortality and disability from the childhood: increase of the qualification of the specialists ultrasonic apparatus, observance of deeds by stages of specialized assistance to the pregnant with perinatal pathology of the child, singular approaches to pat morphology verification of the diagnose.

Keywords: congenital malformations, prenatal diagnostics, ultrasonic diagnostics

Врожденные пороки развития (ВПР) у детей представляют собой наиболее сложную составляющую в структуре детской заболеваемости, инвалидности и причин смертности [1]. По данным ВОЗ, 4–6% новорожденных в мире ежегодно появляются на свет с ВПР и наследственными болезнями. Более 50% из них требуют сложного и крайне дорогостоящего лечения [5].

Тяжелые ВПР, а также ВПР с летальным исходом выходят на первое место среди причин младенческой смертности в развитых странах, ограничивают возможности лечения и реабилитации больного ребенка, обуславливая огромные затраты общества на оказание ему медицинской помощи [4]. ВПР представляют собой наиболее сложную составляющую в струк-

туре детской заболеваемости, инвалидности и причин смерти. Поэтому именно данная патология представляется реальным резервом в снижении младенческой смертности, перинатальной заболеваемости и инвалидности с детства [5].

Необходимо отметить, что достигнутые в предыдущие годы результаты по снижению младенческой смертности от ВПР на территории Хабаровского края в 2010 г. вновь ухудшились и соответствовали уровню 2008 г. Несколько увеличилось количество детей, рожденных с ВПР. В 2010 г. в медико-генетической консультации краевого перинатального центра было зарегистрировано рождение 18 детей с синдромом Дауна, 13 из которых – жители г. Комсомольска-на-Амуре и г.

* *perinatalcenter@rambler.ru*

Хабаровска, причем в структуре данных случаев женщин, не наблюдавшихся по беременности, запоздало вставших на учет или сознательно вынашивающих беременность выявлено всего 22%.

Причиной смерти 41 ребенка из 174 умерших до 1 года детей в 2010 г. явились ВПР. В структуре нозологий ВПР, как причины младенческой смертности, повысились множественные ВПР (43%→49%), хромосомные аномалии (2%→4,9%), как индикатор наличия явных медицинских показаний для прерывания беременности до срока живорождения плода.

По данным II уровня УЗИ в перинатальном центре 82% поздно диагностированных в 2010 г. ВПР подлежало прерыванию беременности до 27 недель (72% в 2009 г.). Большинство таких случаев выявлено у жительниц г. Хабаровска и г. Комсомольска-на-Амуре, причем если их численность по сравнению с 2009 г. по г. Комсомольску-на-Амуре уменьшилась в 2,8 раза, то по г. Хабаровску – только в 1,6 раза. В г. Хабаровске и Хабаровском муниципальном районе отмечается явно неблагоприятная тенденция к низкому качеству пренатальной диагностики в коммерческих учреждениях, где периодически обследуются беременные – доля запоздало диагностированных ВПР в этих учреждениях увеличилась с 16% до 25%.

Приведенные статистические данные свидетельствуют о наличии значительных резервов в снижении младенческой и перинатальной смертности от врожденных аномалий на территории Хабаровского края. В связи с этим считаем необходимым вновь представить территориальный алгоритм пренатальной диагностики, регламентированный распоряжениями Министерства здравоохранения Хабаровского края от 11.09.2009 г. № 658-р «О совершенствовании пренатальной диагностики на территории Хабаровского края» и № 657-р «О совершенствовании деятельности краевой комиссии по определению тактики ведения женщин с пренатальной патологией плода».

Пренатальная диагностика врожденных и наследственных болезней – это комплекс врачебных мероприятий, раздел медицинской генетики на стыке клинических дисциплин и фундаментальных наук: акушерства и гинекологии, медицинской генетики, лучевой диагностики, неонатологии и др. Основной целью пренатальной диагностики является предотвращение рождения детей с тяжелыми не коррегируемыми ВПР, с социально значимыми моногенными и хромосомными аномалиями (ХА) для уменьшения генетического груза популяции.

Методы пренатальной диагностики подразделяются на непрямые (обследование беременной) и прямые (обследование плода). К непрямым методам относятся отбор группы высокого риска по ВПР, где требуется углубленное обследование; методы исключения инфекций, медико-генетическое консультирование, исследование гормонов и белков. Основным прямым методом является биохимический скрининг.

Прямые методы: неинвазивные (УЗИ, доплерометрия, кардиотокография (КТГ)), инвазивные (опре-

деление кариотипа плода по клеткам хориона, плаценты, крови или амниотической жидкости).

По общемировым данным, при полном охвате беременными методами пренатальной диагностики, особенно ультразвуковым исследованием и биохимическим скринингом можно снизить частоту рождения детей с врожденными аномалиями на 30%.

По данным В. И. Кулакова и соавт. (2004), стандарт пренатальной диагностики обязательно должен включать методы исключения безусловно влияющих на плод инфекций у беременной (сифилис, гонорея, ВИЧ, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, урогенитальный хламидиоз, краснуха, токсоплазмоз) и методы антенатальной охраны плода (КТГ, тест шевеления плода, доплерометрия). По показаниям проводятся медико-генетическое консультирование и исследование системы гемостаза.

В плане ультразвукового обследования беременных в РФ и Хабаровском крае с 2003 г. разработана 3-этапная, 2-уровневая система, включающая:

- охват беременных 100% ультразвуковым скринингом в сроках 10–14, 20–24, 32–34 недели;
- проведение II уровня УЗИ при подозрении на любые нарушения в состоянии плода в рамках деятельности медико-генетической консультации перинатального центра;
- направление беременной и членов ее семьи на заседание Краевой комиссии по определению тактики ведения беременности с пренатальной патологией плода (антенатальный консилиум) при подтверждении ВПР, маркеров хромосомных аномалий или наличия наследственных болезней.

Ведущим методом диагностики ВПР является ультразвуковая эхография, эффективность которой в I триместре составляет 22,3%, во II триместре – 60–70%, в III триместре – 85–90% [4].

При выполнении УЗИ беременным на I уровне в рамках обязательного алгоритма индивидуального наблюдения беременной со стороны акушеров-гинекологов требуется строгое соблюдение сроков исследования; определенный уровень знаний и умение ориентироваться в протоколах; быстрое реагирование при выявлении любых нарушений со стороны плода.

Необходимо помнить, что своевременно выявить на УЗИ маркеры синдрома Дауна (расширение ТВП > 2,5 мм, гипо-, аплазия носовой кости/костей, реверсный кровоток в венозном протоке) представляется возможным **только до 13–14 недель**. Поэтому запоздало проведенный I ультразвуковой скрининг не может считаться объективным критерием отсутствия у плода хромосомных аномалий.

Показаниями для направления беременных женщин на II уровень УЗИ (в любом сроке беременности) являются ультразвуковые маркеры (увеличение толщины воротникового пространства 2,5 мм и более; нарушение анатомического строения плода; ВПР; гипоплазия носовой кости; кисты сосудистых сплетений; нарушение экоструктуры хориона; аномальное

количество околоплодных вод; эхографические маркеры хромосомных и других наследственных болезней плода; аномалии развития плаценты и пуповины; задержка внутриутробного развития плода); отклонения в уровне сывороточных маркеров (биохимический скрининг); наличие факторов высокого риска врожденных аномалий (возраст женщины 35 лет и старше, рождение ребенка с ВПР, ХА или моногенной болезнью, установленное семейное носительство ХА или генной мутации, кровнородственный брак).

Основными причинами ошибочных результатов в диагностике ВПР являются недостаточная квалификация врачей ультразвуковой диагностики, несовершенство ультразвуковой аппаратуры, несоблюдение кратности и уровневой системы ультразвуковых исследований. Объективными, не предотвратимыми факторами являются отсутствие наблюдения по беременности или поздняя явка на учет.

В соответствии с Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи в РФ (приказ Минздравсоцразвития № 808-р) проведение I биохимического скрининга является обязательным, хотя не входит в оплату за счет средств обязательного медицинского страхования. При отсутствии обследования до 13 недель необходимо провести его в сроках 16–20 недель (таблица).

Основной обязанностью врача акушера-гинеколога, наблюдающего беременную, в данном случае является знание сроков и составление рекомендаций по его проведению.

Наиболее значимыми и обязательными показаниями для медико-генетического консультирования являются наследственные заболевания у супругов, кровное родство, беременные в возрасте 35 лет и старше, прием медикаментов группы С, D и X в ранние сроки беременности, острые и тяжело протекающие инфекционные заболевания во время беременности. Врач медицинский генетик определяет также показания для проведения инвазивной пренатальной диагностики (возраст женщины 35 лет и старше, установленное семейное носительство ХА или генной мутации; ультразвуковые и/или биохимические маркеры хромосомных аномалий плода и др.).

Тактика ведения беременности с наличием ВПР плода определяется группой пороков в соответствии с классификацией В.И. Кулакова и соавт. (2004). Родоразрешение путем операции кесарева показано при гигантской тератоме, гастрошизисе, лимфангиоме, омфалоцеле плода. Неотложного хирургического вмешательства у новорожденного требуют пупочная грыжа, атрезия любого отдела ЖКТ, в том числе, ануса, диафрагмальная грыжа, кистозная гипоплазия легкого. Поэтому такие женщины должны госпитализироваться на роды только в Перинатальный центр, где оказывается хирургическая помощь новорожденным. Тактика ведения беременности при врожденной патологии плода, направленная на прерывание беременности, определяется разделом XVII приказа Минздравсоцразвития РФ от 3.12.2007 № 736

I б/х скрининг 11–13 недель		
Маркеры	↑	↓
PAPP-A	Может быть при многоплодии	Снижение < 0,5 МоМ – синдром Дауна . Может быть при сахарном диабете, ошибке определения срока беременности
В-ХГЧ	Повышение в 2 раза – синдром Дауна . Может быть при трофобластической болезни, резус-конфликте, применении гестагенов	Угроза прерывания, замершая беременность

II б/х скрининг 16–20 недель		
Маркеры	↑	↓
α-фето протеин	ВПР нервной трубки, ЖКТ (омфалоцеле, гастрошизис), почек; многоплодие. Резкое повышение – гипоксия плода, внутриутробная гибель. Умеренное повышение – угроза прерывания	В сочетании с другими маркерами – синдром Дауна . Может быть при других ХА (синдром Эдвардса), анэнцефалии
Неконъюгированный эстриол	-	В сочетании с другими маркерами – синдром Дауна . Может быть синдром Эдвардса. На 40–50% – внутриутробная гипоксия
ХГЧ	В сочетании с другими маркерами – синдром Дауна . Применение гестагенов.	Угроза прерывания, синдром Эдвардса, ПН.,

«Об утверждении перечня показания для прерывания беременности по медицинским показаниям» – класс «врожденные аномалии» (ВГР, деформации и хромосомные нарушения):

– при неблагоприятном прогнозе для жизни плода вопрос решается индивидуально;

– при ХА, подтвержденных кариотипированием, возможно прерывания до наступления периода жизнеспособности плода (до 22 недель);

– независимо от срока беременности при неблагоприятном прогнозе для жизни плода индивидуально решает консилиум».

Показаниями для направления беременных на инвазивную пренатальную диагностику являются возраст женщины 35 лет и старше; рождение ребенка в анамнезе с наследственными заболеваниями и хромосомными аномалиями; установленное семейное носительство хромосомных аномалий или генной мутации; наличие в семье муковисцероза, фенилкетонурии, гемофилии, аденогенитального синдрома; ультразвуковые маркеры ХА; высокий риск ХА по результатам биохимического скрининга.

Фолиевая кислота предотвращает дефекты головного и спинного мозга, челюстно-лицевых структур, мо-

чевыделительной системы, которые формируются в первые 4 недели беременности. Эффективность назначения фолиевой кислоты в плане профилактики ВГР составляет 70% при условии ее приема за 2–3 месяца до беременности и в течение 12 первых недель гестационного процесса [3]. Профилактическая доза фолиевой кислоты для всех беременных составляет 0,8 мг в день, а в группах высокого риска ВГР – 4 мг ежедневно.

Таким образом, наиболее действенными путями повышения эффективности профилактики врожденной и наследственной патологии плода являются:

- строгое соблюдение представленного алгоритма пренатальной диагностики, прежде всего кратности, уровней, стандартных протоколов ультразвукового скрининга беременных женщин;

- проведение медико-генетического консультирования при наличии показаний;

- повышение уровня квалификации специалистов ультразвуковой диагностики; прохождение обязательного тематического усовершенствования по пренатальной диагностике (особенности обследования беременных);

- техническое обеспечение кабинетов ультразвуковой диагностики современной аппаратурой.

Список литературы

1. Жученко Л.А. Профилактика врожденных пороков развития // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2003. – Т. 3, № 1. – С. 64–69.

2. Кулаков, В. И. Новорожденные высокого риска: новые диагностические и лечебные технологии / В. И. Кулаков, Ю. И. Барашнев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 528 с.

3. Новиков, П. В. Основные направления профилактики врожденных и наследственных болезней у детей // *Рос. вестн. перинатологии и педиатрии*. – 2004. – № 1. – С. 5–9.

4. Титченко, Л. И. Значение пренатального ультразвукового скрининга в выявлении врожденных пороков развития / Л. И. Титченко, Л. А. Жученко, Е. Н. Мельникова // *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. – 2006. – № 1. – С. 25–29.

5. Филиппов, О. С. Комплексное изучение факторов, влияющих на возникновение врожденных пороков развития / О. С. Филиппов, А. А. Казанцева // *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. – 2004. – № 1. – С. 37–40.

удк 616.36-053.3 (571.620)

Распространенность муковисцидоза в Хабаровском крае по данным неонатального скрининга

Н.В. Сикора*, В.В. Филиппова, В.С. Ступак

КГБУЗ «Перинатальный центр»,

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», г. Хабаровск

N.V. Sikora, V.V. Filippova, V.S. Stupak

Cystic Fibrosis in Khabarovsk Territory, According to the Neonatal Screening

Резюме

Муковисцидоз является наиболее распространенным наследственным заболеванием. Неонатальный скрининг помогает установить диагноз до развития клинической картины. Частота муковисцидоза в Хабаровском крае в 2006–2010 годах составила 1 случай на 6201 новорожденных.

Ключевые слова: новорожденные, скрининг, муковисцидоз, частота, диагностика

Summary

Cystic Fibrosis is the most widespread hereditary disease. Clinic is not specific. Neonatal screening helps to prove the diagnosis before clinic develops. The frequency of Cystic Fibrosis in Khabarovsk region in 2006-2010 makes 1 case to 6201 newborns.

Keywords: newborn screening, cystic fibrosis, the incidence, diagnosis

Муковисцидоз (МВ) (Cystic Fibrosis) – наиболее частая полиорганная патология, характеризующаяся генетической гетерогенностью и клиническим полиморфизмом [1, 4, 6, 7, 11]. Это – моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена МВТР (муковисцидозного трансмембранного регулятора проводимости), характеризующееся поражением экзокринных желез жизненно важных органов и имеющее обычно тяжелое течение, проявляющееся первоначально функциональными, в последующем органическими отклонениями в эпителии дыхательных путей, экзокринной части поджелудочной железы, желудочно-кишечном тракте и секреторном аппарате потовых желез [5, 6, 13]. Имеющиеся изменения приводят к недостаточности поджелудочной железы и к легочной недостаточности [1, 8, 10, 12].

После выделения МВ в отдельную нозологическую категорию его относили к разряду «фатальных» или «летальных» заболеваний, так как средняя продолжительность жизни не превышала 5 лет [4, 5, 6, 13]. В наши дни, благодаря расширению знаний о МВ и разработке эффективных методов ранней диагностики и терапии, заболевание диагностируется намного раньше, а средняя продолжительность жизни больных в развитых странах увеличилась [1, 7, 11]. По данным регистра США, она в 1969 году составляла 14 лет, а к 2001 году – 32 года [14, 15]. В России средняя продолжительность жизни больного МВ равня-

ется 16 годам, в Москве и Санкт-Петербурге – 23,6 годам с тенденцией к увеличению числа взрослых больных МВ. Распространенность МВ варьирует в зависимости от популяции [2, 3, 8, 9]. В большинстве стран Европы и Северной Америки она колеблется от 1:2000 до 1:5000 новорожденных. В России частота МВ ниже. В Москве, по данным неонатального скрининга 2006–2010 гг., она составила 1:10600 новорожденных [3, 4, 5, 6, 9].

Массовый неонатальный скрининг в Хабаровском крае на фенилкетонурию (1991 г.) и врожденный гипотиреоз (1993 г.) проводится в рамках федеральной программы «Дети России» с централизованным обеспечением расходными материалами и оборудованием. В июне 2006 года, согласно Национальному приоритетному проекту «Здоровье», начато обследование новорожденных дополнительно на три нозологии: адено-генитальный синдром (АГС), муковисцидоз (МВ) и галактоземию (ГАО).

Цель исследования

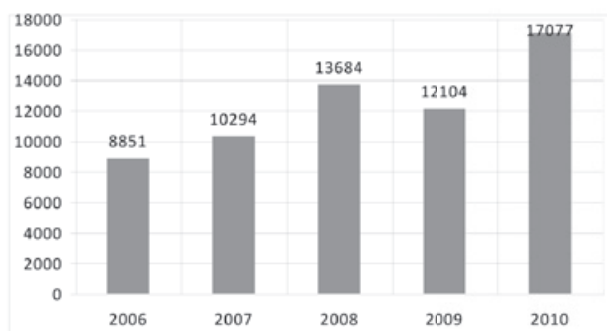
Изучить распространенность МВ в популяции детского населения Хабаровского края.

Задачи

1. Оценить динамику исследования муковисцидоза в Хабаровском крае за период 2006–2010 гг.
2. Определить частоту МВ среди новорожденных Хабаровского края по данным неонатального скрининга.

* perinatalcenter@rambler.ru

Диаграмма № 1
Количество новорожденных, обследованных на МВ в Хабаровском крае в 2006–2010 гг.



Материалы и методы

В группу наблюдения включены новорожденные дети, родившиеся в Хабаровском крае и прошедшие исследование массового неонатального скрининга на МВ в рамках национального проекта в период 2006–2010 гг.

Материалом для исследования является капиллярная кровь, взятая в родильном доме из пальца или пятки новорожденного на 4–5-й день жизни на тест-бланки фильтровальной бумаги марки Schleicher & Schuell 2992. Высушенные образцы крови направлялись в лабораторию МГК в сроки, регламентированные действующими приказами по проведению скрининга (приказ Минздравсоцразвития № 185 от марта 2006 г., приказ № 102 Министерства здравоохранения Хабаровского края от 04.2006 г.). Определение иммунореактивного трипсина (ИРТ) проводилось в образцах крови набором DELFIA Neonatal IRT (Финляндия).

С целью диагностики муковисцидоза определяли иммунореактивный трипсин (ИРТ) иммунофлюоресцентным методом. При повышенном уровне ИРТ проводилось повторное исследование в образцах крови поступивших тест-бланков. Выявление увеличения уровня ИРТ выше порогового, требует забора крови для повторного исследования (ретест). В случае положительного результата ретеста новорожденный ребенок срочно вызывается в медико-генетическую консультацию для проведения подтверждающей диагностики, заключающейся в проведении потового теста на аппарате «Nanodact», с определением уровня хлоридов пота.

Таблица 1

Число выполненных ретестов в 2006–2010 гг.

Заболевание	Обследовано новорожденных	Кол-во повторно обследованных детей (РТ)	Кол-во выявленных больных
муковисцидоз	62010	335 (0,54 %)	10

Результаты исследования:

В Хабаровском крае скрининг на муковисцидоз проводится с июня 2006 года. За период 2006–2010 гг. обследовано 62 010 новорожденных (табл. 1).

Среднее число новорожденных ежегодно по Хабаровскому краю составляет около 16–17 тысяч. В период начала работы проекта «Здоровье» обследовано меньшее число детей в связи введением проекта со второго полугодия 2006 г. Кроме этого, снижение числа обследованных в период 2006–2009 года связано с неритмичностью федеральных поставок реагентов для проведения неонатального скрининга. В 2010 году охват новорожденных детей при проведении неонатального скрининга на муковисцидоз составил должностные показатели, максимально приблизившись к 100 %. Из приведенных данных диаграммы видна динамика ежегодного увеличения количества обследованных новорожденных. К 2010 году отсутствовали перебои поставок реагентов для проведения массовых исследований на муковисцидоз.

При положительном результате скрининга (ИРТ > 70 нг/мл) проводили повторное определение ИРТ в образцах крови, собранных на 21–28-й день жизни. В таблице 2 представлены результаты скрининга новорожденных на муковисцидоз в Хабаровском крае за период 2006–2010 гг. Из 335 новорожденных с высоким уровнем ИРТ при повторном исследовании в информативном сроке (в возрасте 21–28 дней жизни) был определен повышенный уровень иммунореактивного трипсина у 26 детей, что составляет 7,76 %; как видно, количество ложноположительных результатов при первичном обследовании довольно велико. Из этого количества диагноз муковисцидоза после проведения подтверждающей диагностики был установлен 10 новорожденным. При проведении ретестов процент ложноположительных результатов значительно ниже, чем при первичном обследовании в родильном доме. Почти у 40 % детей (38,5 %) диагноз муковисцидоза был в дальнейшем подтвержден. Таким образом, предварительная частота МВ за период 5 лет обследования, по данным неонатального скрининга, составляет в крае – 1:6201, что превышает общероссийский показатель. Детям с сохраняющимся повышенным ИРТ проводилось дополнительное обследование – определение хлоридов пота. При высоком уровне ИРТ (>40 нг/мл) проводили потовую пробу с помощью аппарата «NANODUKT». За норму принимались результаты 0–60 ммоль/л, показатели 60–80 ммоль/л расценивались как пограничные, 80

Таблица 2

Количество выявленных больных муковисцидозом по годам в Хабаровском крае в 2006–2010 гг.

2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1	2	1	4	2

ммоль/л и выше считались позитивными для муковисцидоза. Хлориды пота у больных детей варьировали от 100 до 130 ммоль/л.

Проведение неонатального скрининга и раннее обследование может быть важным для определения последующих исходов болезни у детей с МВ. Ранний диагноз, получаемый в результате скрининга новорожденных, имеет серьезные медицинские выгоды в плане раннего начала специфического лечения, включающего определение рационального режима питания и, таким образом, позволяет предотвратить недоедание у младенцев с МВ, а вместе с ним ликвидировать дефицит микроэлементов, витаминов, жирных кислот и жиров. Раннее обнаружение МВ может уменьшить риск задержки физического развития, снижает риск развития легочных инфекций.

Неонатальный скрининг на МВ оправдан экономически, он позволяет избегать повторного рождения больных в семьях с установленным диагнозом МВ у предшествующего ребенка путем проведения пренатальной диагностики, тем самым способствует рож-

дению в этих семьях здоровых детей.

Качество жизни больных, выявленных с помощью скрининга, выше за счет максимально ранней терапии метаболических нарушений [2, 3, 4, 5].

Проведение неонатального скрининга сокращает время постановки диагноза.

Выводы

Отмечается позитивная динамика в обследовании новорожденных на муковисцидоз: в 2010 г. охват новорожденных неонатальным скринингом на муковисцидоз приблизился к должествующим показателям.

Средняя популяционная частота встречаемости муковисцидоза в Хабаровском крае составила за прошедшие 5 лет 1 случай заболевания на 6021, что превышает общероссийские показатели.

Проведение неонатального скрининга на муковисцидоз оправдано, несмотря на достаточно редкую частоту патологии с учетом отсутствия специфичной клинической картины заболевания на ранних этапах диагностики.

Список литературы

1. Васильева, Ю. И. Клинико-функциональная и фармако-экономическая эффективность современного лечения муковисцидоза у детей: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2005.
2. Денисенкова, Е. В. Результаты проведения неонатального скрининга на муковисцидоз в г. Москве / Е. В. Денисенкова, Е. В. Смажил // *Материалы IX Национального конгресса по муковисцидозу, Московская область, 4 – 5 апр. 2009 г.* – М., 2009. – 34 с.
3. Капранов, Н. И. Муковисцидоз – современное состояние проблемы // *Пульмонология.* – 2006: Приложение к муковисцидозу. – С. 3-11
4. Капранов, Н. И. Муковисцидоз: достижения и проблемы на современном этапе / Н. И. Капранов, Н. Ю. Каширская, Н. В. Петрова // *Медицинская генетика.* – 2004. – № 9. – С. 398-412.
5. Капранов, Н. И. Перспективы ранней диагностики и адекватного лечения детей, страдающих муковисцидозом, в РФ / Н. И. Капранов, Н. Ю. Каширская, В. Д. Шерман // *Материалы IX Национального конгресса по муковисцидозу, Московская область, 4 – 5 апр. 2009 г.* – М., 2009. – С. 7-13.
6. Муковисцидоз. Современные достижения и актуальные проблемы: метод. рекомендации / под ред. Н. И. Капранова, Н. Ю. Каширской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005. – 105 с.
7. Организация неонатального скрининга муковисцидоза в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в Приморском крае / С. В. Воронин, Ф. Ф. Антоненко, С. В. Егорова и др. // *Муковисцидоз у детей и взрослых: сб. ст.* – Ярославль, 2007. – С. 57-58.
8. Проблемы и успехи программы массового неонатального скрининга на муковисцидоз в России / В. Д. Толстова, Н. И. Капранов, Н. Ю. Каширская и др. // *Муковисцидоз у детей и взрослых: сб. ст.* – Ярославль, 2007. – С. 153-159.
9. Протасова, Т. А. Заболеваемость муковисцидозом в Кемеровской области / Т. А. Протасова // *Материалы IX Национального конгресса по муковисцидозу, Московская область, 4 – 5 апр. 2009 г.* – М., 2009. – С. 62.
10. Результаты неонатального скрининга на муковисцидоз в Алтайском крае / В. Н. Сероклинов, А. М. Никитин, Н. И. Таскина и др. // *Муковисцидоз у детей и взрослых: сб. ст.* – Ярославль, 2007. – 139 с.
11. Результаты неонатального скрининга на муковисцидоз в Свердловской области / М. В. Никитина, Т. И. Беляева, Е. Б. Николаева, Т. А. // *Материалы IX Национального конгресса по муковисцидозу, Московская область, 4 – 5 апр. 2009 г.* – М., 2009.
12. Симонова, О. И. Ошибки диагностики муковисцидоза у детей / О. И. Симонова, В. П. Чистякова // *Муковисцидоз у детей и взрослых: сб. ст.* – Ярославль, 2007. – 143 с.
13. Скачкова, М. А. Результаты неонатального скрининга на муковисцидоз в Оренбургской области / М. А. Скачкова, М. Г. Бушина, В. Н. Сбитнева // *Материалы IX Национального конгресса по муковисцидозу, Московская область, 4 – 5 апр. 2009 г.* – М., 2009. – С. 71.
14. Bouffard, Ch. Genetics, Screening and Assisted Procreation: Ethical and Social Considerations SVB // *ACFCQ.* – 2007. – № 31. – P. 4-7.
15. Warwick, W. J. Letter to the Editor / W. J. Warwick, J. Braverman // *Chronic Respiratory Disease.* – 2007. – № 4. – P. 51.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.379-008.64-036.22 (=1.1-17-81)

Некоторые вопросы эпидемиологии сахарного диабета 2 типа среди коренных народов северных территорий

Т.И. Рябова*

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

T.I. Ryabova

Some Questions in the Epidemiology of Diabetes Type 2 among Indigenous Peoples of the Northern Territories

Резюме

Изучение эпидемиологических аспектов СД-2 представляется важным не только в практическом, но и в научном отношении. Эпидемиологические исследования, проведенные по единым унифицированным методам, дают возможность получить сопоставимые данные о распространенности заболевания среди населения отдельных географических регионов. Способствуют раскрытию этиологической и патогенетической роли факторов внешней среды в развитии патологии.

Ключевые слова: сахарный диабет, эпидемиология, коренное население.

Summary

The study of epidemiological aspects of SD-2 is important not only practical, but scientifically. Epidemiological studies, repetition, conducted by a single, unified methods give the possibility to obtain comparable data on the prevalence of disease among the population of specific geographic regions. Promote disclosure of etiologic and pathogenetic role of environmental factors in the development of pathology.

Keywords: diabetes, epidemiology, the indigenous population.

Сахарный диабет (СД) во всем мире достиг эпидемических уровней и является приоритетом первого порядка национальных систем здравоохранения всех без исключения стран мира. В настоящее время только по обращаемости насчитывается 246 млн. больных СД, причем 50 % из них приходится на наиболее активный, трудоспособный возраст 40–59 лет [1]. Еще 20 лет назад численность больных СД в мире не превышала 30 млн. человек. Учитывая темпы роста распространенности этого заболевания, эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируют, что число больных СД к 2025 году увеличится в 1,5 раза и достигнет 380 млн. человек, а к 2030 году – 438 млн. человек; в основном за счет больных СД 2 типа (СД-2), который развивается у взрослых и причинно связан, прежде всего, с избыточной массой тела [1].

Расчеты показывают, что в случае увеличения средней продолжительности жизни до 80 лет, количество больных СД-2 будет превышать 17 % от всего населения [2].

Изучение эпидемиологических аспектов СД-2 представляется важным не только в практическом, но и в научном отношении. Эпидемиологические исследования, проведенные по единым унифицированным методам, дают возможность получить сопоставимые данные о распространенности заболевания среди населения отдельных географических регионов. Способствуют раскрытию этиологической и патогенетической роли факторов внешней среды в развитии патологии [3].

Результаты эпидемиологических исследований показали различия в распространенности СД среди

*kbb1@dvmc.khv.ru

населения планеты. Развитие СД-2 может быть связано с факторами окружающей среды, средовыми и демографическими характеристиками. Изучение распространенности СД в разных климато-географических зонах у коренных жителей и мигрантов является актуальной задачей, так как позволяет в перспективе определить факторы риска развития СД-2, наметить возможные пути профилактики этого заболевания и усовершенствовать специализированную медицинскую помощь [4].

Для того чтобы верифицировать и оценить факторы риска в развитии СД-2, необходимо изучить распространенность СД-2 у пришлого и коренного населения в сравнении, рассматривая коренное население как адаптированное к условиям проживания.

В России крупные эпидемиологические исследования по СД-2 среди коренного и пришлого населения стали проводиться с 70-х годов прошлого столетия. Были проведены исследования в Норильске, Иркутске, на Чукотке, Камчатке, в Якутии, в Бурятии, Красноярском крае, в Республике Тыва, в Ямало-Ненецком автономном округе.

Исследования в Норильске и Иркутске были проведены в начале 70-х годов. Обследованы мужчины и женщины в возрасте от 15 до 60 лет. Отмечена более высокая заболеваемость диабетом на севере – в Норильске (28,0 на 1000) по сравнению с Иркутском (23,0 на 1000) [5].

На Чукотке в результате исследования, проведенного в 70-х годах прошлого столетия среди репрезентативных групп мужчин 30–59 лет, сахарный диабет был выявлен у 0,4 % обследованных пришлых жителей, а у коренных жителей случаев сахарного диабета не выявлено [5].

В Бурятии изучалась распространенность СД-2 у мужчин и женщин в возрасте от 15 до 60 лет, которая составила 8,5 на 1000 и оказалась одинаковой среди бурят и небурятского населения [6].

Исследования, проведенные в Камчатском крае в 1982 году, не выявили случаев СД среди коренного населения – чукчей, коряков, ненцев, а среди пришлого его распространенность составила 2,2 % [7].

На севере Красноярского края исследования проводились с 1991 по 1996 годы среди коренного и пришлого населения в возрасте 18 лет и старше. Среди пришлого населения распространенность СД-2 составила 6,55 %, а среди коренного населения (эвенки) – 1,91 % [8].

В Республике Тыва исследования по изучению эпидемиологии СД-2 проводились в 2007–2010 годах. Распространенность СД-2 в целом составила 4,59 на 1000 населения, при этом среди пришлого – 11,01, среди коренного – 2,67 на 1000 населения. В мужской популяции пришлых жителей распространенность СД-2 соответствовала 5,49, а в коренной – 1,25 на 1000 населения. Среди женщин пришлых распространенность СД-2 составила 15,66, среди коренных – 3,87 на 1000 проживающих в Республике [9].

В Ямало-Ненецком автономном округе в начале 2000-х годов были проведены эпидемиологические исследования по выявлению СД-2 только среди репрезентативных групп пришлого населения в возрасте от 20 до 59 лет, распространенность СД-2 в целом составила 6,19 %, при этом среди женщин – 6,04 %, среди мужчин – 6,68 % [10].

В Якутии распространенность СД-2 среди русского населения на севере составила 3,03 %, а среди якутов – 1,25 % (0,5 % среди женщин и 0,75 % среди мужчин). В Центральной части республики Саха СД-2 выявлен у 2,7 % коренных жителей.

Однако, несмотря на все возрастающее количество работ по изучению СД-2, эпидемиологическая обстановка в отношении этого заболевания среди многочисленных этнических групп коренных жителей Севера, проживающих на территории России, до настоящего времени не ясна. Так, например, масштабных исследований по изучению СД-2 среди многочисленных групп коренных жителей Хабаровского края до настоящего времени не проводилось. Вместе с тем, отсутствие данных о закономерности возникновения заболевания, специфики его распространенности в данной популяции не позволяют предложить достаточно эффективные методы профилактики диабета среди коренных жителей.

В 2000 году впервые было проведено эпидемиологическое исследование по изучению распространенности СД в Нанайском анклав в Хабаровском крае, которое убедительно продемонстрировало наличие СД-2 среди женской популяции нанайцев [11]. В последующие годы исследование по изучению распространенности СД-2 среди наиболее многочисленных групп коренного населения Приамурья (нанайцев, ульчей, эвенов) было продолжено. В результате проведенного исследования выявлено: распространенность СД-2 среди нанайцев в целом составляет 6,5 %, причем среди мужчин СД-2 не выявлен ни в одной возрастной группе, в то время как среди женщин распространенность СД-2 составила 11,3 %. Среди ульчей распространенность СД-2 равнялась 2,78 % (среди мужчин – 0,89 % и среди женщин – 4,17 %). Среди эвенов – 1 %, при этом среди женщин – 1,7 %, а среди мужчин, как и в популяционной группе нанайцев, случаев СД не выявлено ни в одной возрастной группе.

Среди пришлого населения в Нанайском районе распространенность СД составила 13,8 % (10,0 % среди мужчин и 17,5 % среди женщин); в Ульчском районе 4,0 % (2,89 % среди мужчин и 5,15 % среди женщин); в Охотском районе 2,5 % (1,59 % среди мужчин и 3,52 % среди женщин).

В то же время интерес представляет информация о распространенности СД-2 среди популяций жителей северных территорий в других странах. Эпидемиологические исследования, проведенные в северных территориях Канады, Гренландии, США выявили высокую распространенность СД среди коренных жителей, а также влияние на нее образа жизни. Так, например, в исследовании, проведенном в Канаде в Са-

скачеване в 1937 году среди 1500 представителей исконных народов (эскимосы), не было зарегистрировано ни одного случая СД. А в 1990 году при аналогичном исследовании выявлено уже 10,0 % коренных жителей, больных СД-2. В 2006 году эта доля составила более 20,0 % [12, 13, 14].

Чтобы лучше понять эту «развивающуюся эпидемию», ученые провели исследование среди 8000 взрослых коренных жителей и 82000 взрослых пришлого населения, живущего в Саскачеване с 1980 по 2005 год. Как оказалось, распространенность СД-2 среди женской популяции аборигенов в 1980 году составляла 10 %, среди мужчин – 5 %. К 2005 году этот эпидемиологический показатель изменился и составил уже 20 % для женщин-аборигенов и 16 % для мужской популяции аборигенов. В то время как распространенность СД-2 для мужчин и женщин пришлых составила 6 % [12, 13, 14].

Кроме того, в 2005 году исследователи обнаружили, что 50 % женщин коренного населения 60 лет и старше имеют СД-2 и более 40 % мужчин аналогичного возраста. В то время как распространенность СД-2 среди женщин пришлого населения составила менее 25 % и среди мужчин менее 20 % [14].

Исследователи считают, что стремительно растущая заболеваемость СД-2 среди исконных народов связана в большей степени с экологическими, а не генетическими факторами [1, 6, 11, 14].

Общая численность населения Гренландии 56000, из которых 90 % составляют этнические гренландцы (эскимосы). Они тесно связаны с эскимосами Канады, Аляски и Сибири. До 1950-х годов эскимосы добывали себе пропитание охотой. За последние десятилетия в Гренландии произошли существенные изменения с быстрой вестернизацией, особенно в городах. Сегодня охота и рыболовство являются важными мероприятиями досуга и в то же время составляют существенную долю в рационе питания [15, 16].

Исследование, проведенное среди эскимосов Гренландии в 1966 г. и включающее 4249 лиц, обнаружило всего три случая СД-2. Исследование, проведенное в районе Upernavik (примерно 800 жителей) в течение двадцатипятилетнего периода между 1950 и 1974 годами, выявило СД-2 только у одного эскимоса [15, 16].

С марта 1999 года по апрель 2001 года было проведено исследование в случайных выборках взрослых эскимосов. Для исследования были выбраны три района Западной Гренландии: столица (Нуук, 13500 жителей), которая имеет самые прозападные условия жизни; четыре деревни в охотничьем районе (Uummannaq, 230–277 жителей на селе), и малые города с промежуточными условиями жизни (Qasigiannnguit, 1400 жителей). В исследовании принимали участие взрослые люди ≥ 35 лет. Всего в исследовании приняли участие 917 взрослых эскимосов. Распространенность СД-2 составила 10,8 % среди мужчин и 8,8 % среди женщин. Из них у 70 % СД-2 был диагностирован впервые. Распространенность СД-2 среди эскимосов ≥ 55 лет составила 35 %. Существенными факторами риска СД-2

являлись семейная история СД, возраст, избыточная масса тела (ИМТ), а также высокий уровень потребления алкоголя [15, 16].

Удивительным стало то обстоятельство, что 70 % лиц с диабетом проживало в деревнях (Uummannaq), и только 37–44 % в Нуук и Qasigiannnguit. Такого рода различия, вероятнее всего, связаны с распределением факторов риска, таких как наследственность, возраст, ожирение, низкий уровень потребления фруктов и более высокий потребления алкоголя. Кроме того, из-за инбридинга в относительной изоляции населения, большого скопления семейных пороков развития и врожденных нарушений метаболизма, можно объяснить высокую распространенность СД-2 в деревнях [15, 16].

В то же время проспективные исследования, проведенные среди эскимосов, показали, что частота нарушения толерантности к углеводам значительно выросла в популяциях за последние годы. Так, например, в начале 80-х годов распространенность СД-2 среди эскимосов Аляски не превышала 0,1 %. В то же время исследования, проведенные в начале 90-х годов, то есть через десятилетие, констатировали значительный рост распространенности СД-2 среди этой популяции, которая составила 1,2 % [11].

Исследование, проведенное Mouratoff и др. среди инуитов Аляски, выявило увеличение распространенности СД-2 с 0,7 % в 1967 году до 5,2 % в 1972 году. Эббесон и др. обнаружили 6,6 % распространенности СД-2 среди трех групп эскимосов Аляски в 1994 году [17].

Генетически детерминированные механизмы адаптации коренных жителей Севера к белково-липидной пище, вероятно, связаны с более высокой активностью липолитических ферментов, гидролизующих экзогенные жиры. У аборигенов Севера, которые длительный период находились преимущественно на углеводном питании, активность липазы кишечника значительно снижена по сравнению с аборигенами, которые находились на традиционном питании [18, 19].

Наличие определенных физиологических особенностей коренных жителей Севера, к которым относятся высокое содержание белков и липидов сыворотки крови, повышенная способность к окислению жиров, более высокая стабильность уровня метаболизма в условиях переохлаждения, по мнению Т.И. Алексеевой, связано с особенностью климатических воздействий. Наличие общих морфофизиологических черт в различных, генетически несвязанных между собой этнических группах, позволило авторам сформулировать гипотезу адаптивных типов [18].

Указанные особенности метаболизма у коренных жителей связаны и с исторически сложившимся характером питания местных жителей. В питании человека больше, чем где бы то ни было, проявляется специфика природных условий, характер изменения внешней и внутренней среды, которые определяют «местные» нормы потребления пищевых веществ. Они отражают генетические особенности популяции и природу адаптацион-

ных изменений обмена веществ. Основными продуктами питания местного населения Севера являются продукты традиционных видов хозяйства: мясо оленя, морских животных, рыба, животный жир. При сравнении характера питания коренных жителей Севера и средних данных по России показано, что в рационе северных народов преобладают мясо (в частности, оленина), сало. Употребление в пищу хлеба, картофеля, кондитерских изделий было значительно ниже, чем в среднем по России [20].

По мнению некоторых авторов, белково-липидный тип питания можно рассматривать как антистрессовый. Такой тип питания следует считать оптимальным в условиях Крайнего Севера. Низкое употребление углеводов с пищей привело и к морфологическим изменениям в организме коренных жителей Севера. Методом биопсии слизистой кишки обнаружен дефицит дисахаридов у гренландских эскимосов, и, как следствие, нарушение всасывания дисахаридов [8].

В последнее время, в связи с социальными преобразованиями, изменился характер питания северных

народов. Уменьшается доля белков и жиров животного происхождения, повышается количество углеводов в рационе [19]. Однако приближение питания коренных жителей Севера к «европейскому типу» ведет к нарушениям и обменных процессов. Изменение характера традиционного питания в сторону увеличения потребления углеводов в сочетании с уменьшением физической активности является фактором повышенного риска возникновения СД.

Таким образом, углеводный обмен на Севере имеет свои определенные особенности, закрепленные в организме коренных жителей Севера генетически. В то же время условия внешней среды могут существенно изменять показатели углеводного обмена. Изучение особенностей показателей углеводного обмена в различных этнических группах коренных жителей Севера с учетом экологических условий их проживания позволяет получить ценную информацию для улучшения выявления и профилактики разных норм СД.

Список литературы

1. Алексеева, Т. И. Проблемы биологической адаптации человека // *Природа*. – 1975. – № 6. – С. 33-41.
2. Балаболкин, М. И. Лечение сахарного диабета и его осложнений. – М.: Медицина, 2005. – С. 5.
3. Бурлак, С. И. Распространенность сахарного диабета среди населения Камчатской области и его факторы риска // *Проблемы эндокринологии*. – 1982. – № 5. – С. 17-22.
4. Дедов, И. И. Сахарный диабет / И. И. Дедов, М. В. Шестакова. – Б. м.: Универсум паблишинг, 2003. – С. 82-83.
5. Догадин, С. А. Распространенность инсулиннезависимого сахарного диабета среди сельского населения Красноярского края / С. А. Догадин, Б. И. Маштаков // *Вестн. Межрегион. ассоц. «Здравоохранение Сибири»*. – 1999. – С. 15-18.
6. Еганян, Р. А. Особенности питания жителей Крайнего Севера России / Р. А. Еганян, Н. С. Карамнова, М. Г. Гамбарян // *Профилактикт. медицина*. – 2005. – № 4. – С. 33-37.
7. Зыбина, В. Д. Раннее распознавание эндокринных заболеваний и новые методы лечения / В. Д. Зыбина, Т. И. Тужинова. – М., 1984. – С. 100.
8. Лобанова, Л. Распространенность компонентов метаболического синдрома и фактическое питание у пришлого населения Крайнего Севера: автореф. дис... канд. мед. наук. – Б. м., 2008.
9. Монгуш, Б. Д. Клинические и гормонально - метаболические особенности ожирения и сахарного диабета 2 типа у коренных и пришлых жителей Республики Тыва: автореф. дис... канд. мед. наук. – Б. м., 2011.
10. Панин, Л. Е. Метаболические аспекты адаптации человека в условиях высоких широт // *Экологическая физиология человека*. Ч. 2: Адаптация человека к различным климато-географическим условиям. – Л.: Наука, 1980.
11. Рябова, Т. И. Распространенность сахарного диабета 2 типа среди наиболее многочисленных групп коренных народов Приамурья // *Сахарный диабет*. – 2007. – № 4. – С. 7-10.
12. Шестакова, М. В. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек / М. В. Шестакова, И. И. Дедов. – М.: МИА, 2009. – С. 15.
13. Шуст, Г. М. Распространенность, факторы риска и профилактика сахарного диабета среди коренного населения Якутской АССР: автореф. дис...канд. мед. наук. – Красноярск, 1998.
14. Bethesda, MD: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institute of Health.
15. Canadian Institute for Health Information. Canadian organ replacement register report 1998 / *Canadian Medical Association Journal*. – 2010.
16. Diabetes complications and mortality among Alaska Natives: 8 years of observation / C. D. Schraer, A. I. Adier, A. M. Mayer, K. R. Halderson, B. A. Trimble // *Diabetes Care*. – № 20(3). – P. 314-316.
17. *Epidemiological Studies in Grenland 1962-1974. Diabetes mellitus in Eskimos* / U. Sagild, J. Littauer, C. S. Jespersen, S. Andersen // *Acta med. Scand.* – 1975. – Vol. 179, № 1. – P. 29-39.
18. Gohdes, D. Diabetes in North American Indians and Alaska Natives // *National Diabetes Data Group, Diabetes in America (NIH Publication)*. – 2nd ed. – 1995. – № 95-1468. – P. 683-701.
19. World Health Organization Study Group Diabetes mellitus // *Technical Report Series*. – 2006. – Vol. 844. – P. 1-103.
20. Young T.K., O'Neill J, Elias B. Chronic diseases among Aboriginal people in Canada: Literature review and analysis of the First Nation and Inuit regional health surveys: Conference proceedings / T. K. Young, J. O'Neill, B. Elias // *National Aboriginal Information and Research Aboriginal*. – Ottawa, 1998.

УДК 615.1 (571.620)

Оценка фармацевтического рынка в Хабаровском крае

Е.А. Ефимова¹, Н.В. Абросимова^{2*}, К.П. Топалов²

¹Министерство здравоохранения Хабаровского края,

²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», г. Хабаровск

E. A. Efimova, N. V. Abrosimova, K. P. Topalov

Estimation of the Pharmaceutical Market in Khabarovsk Territory

Резюме

Представлена характеристика фармацевтического рынка в Хабаровском крае. Включен анализ ценовой и ассортиментной доступности лекарственных препаратов в Хабаровском крае по перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, фармацевтический рынок, Хабаровский край, ценовая доступность, аптека.

Summary

Characteristics of the pharmaceutical market in the Khabarovsk Territory. Include an analysis of price and product line availability of medicines in the Khabarovsk region on the list of vital and essential medicines.

Keywords: provision of medicines, pharmaceutical market, Khabarovsk Territory, affordability, pharmacy.

Лекарственное обеспечение является одной из важнейших составляющих здравоохранения. Основными структурными составляющими этого обеспечения являются управление фармацевтической деятельностью, промышленное производство лекарств, изготовление лекарств в аптеках, оптовая и розничная реализация лекарственных средств. Фармацевтический рынок в целом характеризуется стабильностью, так как является социально значимым. Специфика фармацевтической деятельности определяется ориентированностью на социальную и экономическую функции, а именно – повышение дохода. С развитием рыночных отношений, жесткой конкуренции в производстве и реализации лекарственных средств, происходит переориентация стратегии фармацевтической деятельности, повышается потребность в научном анализе, экономической оценке ситуации на фармацевтическом рынке [1, 2].

Розничный сегмент фармацевтического рынка Хабаровского края представлен 462 (юридические лица) аптечными организациями различной формы собственности. Крупнейшая аптечная сеть в Хабаровском крае ХКГУП «Фармация» представлена 108 аптеч-

ными учреждениями, имеет наиболее широкую географию продаж, годовой ассортимент закупаемых товаров аптечного ассортимента предприятия составляет порядка 7 тысяч наименований.

Наиболее развита конкуренция среди аптечных учреждений, расположенных в городских поселениях Хабаровского края. Конкурентоспособность обеспечивается появлением аптечных учреждений с новыми формами продаж (например, «открытая форма» торговли позволила сделать процесс покупки более быстрым и удобным, а также обеспечить выкладку максимально широкого ассортимента, как лекарственных препаратов, так и изделий медицинского назначения).

Необходимо также отметить предоставление дополнительных услуг многими аптечными учреждениями (введение «дисконтных карт», закупка товара «под заказ покупателя», проведение различных акций совместно с врачами и др.), расширение товаров нелекарственного ассортимента.

За последние три года произошло укрупнение аптечных сетей под торговой маркой «Семейная аптека», «Городская аптека», «Новая аптека» и др.

*rec@ipkszh.khv.ru

В то же время сокращается количество государственных аптек, принадлежащих ХКГУП «Фармация». Причинами сокращения аптек государственной формы собственности являются:

- отмена с января 2011 года льготного режима налогообложения и одновременный рост тарифов страховых взносов привело к росту убыточности предприятия;
- предприятие выполняет социальные функции обеспечения населения отдаленных и сельских районов Хабаровского края, в том числе северных районов необходимыми лекарственными препаратами, что требует дополнительных затрат на доставку лекарственных препаратов и содержание аптечных помещений;
- реализация предприятием наркотических и психотропных лекарственных препаратов требует дополнительных затрат на организацию доставки, хранения и отпуска препаратов данной группы (предприятие ХКГУП «Фармация» является единственным в Хабаровском крае, имеющим право на оборот наркотических и психотропных лекарственных препаратов);
- отсутствие фармацевтических кадров в отдаленных и сельских районах края приводит к закрытию аптек.

Данные факторы приводят к тенденции «компенсировать затраты» за счет повышения цен на лекарственные препараты, потере «лояльности» покупателей и снижению конкурентоспособности предприятия ХКГУП «Фармация».

Необходимо отметить, в Хабаровском крае отсутствует конкуренция внутриаптечного производства лекарственных препаратов, так как содержание специализированных помещений, оборудования дополнительная подготовка специалистов требует дополнительных затрат, предприятие ХКГУП «Фармация» является единственным в Хабаровском крае, которое осуществляет данный вид деятельности.

Лекарственное обеспечение городского населения Хабаровского края практически не имеет своих особенностей в ассортименте и ценовой доступности лекарственными препаратами по сравнению с рейтингами Российской Федерации.

В целом на Дальнем Востоке наблюдается определенное различие в обеспечении сельского населения по сравнению с городскими жителями доступной, своевременной лекарственной помощью.

Дальний Восток имеет свои особенности; он характеризуется низкой плотностью населения – 1,8 чел. на 1 кв. м. (по России в среднем 8,5 чел.), большое количество отдаленных населенных районов, обеспечение доступной и своевременной фармацевтической помощи их жителям остается основной проблемой [2].

Основными причинами отсутствия конкуренции среди аптечных учреждений в отдаленных районах края являются:

- небольшое число потенциальных покупателей;
- слаборазвитая транспортная инфраструктура, большое время нахождения товара «в пути», дополнительные затраты на перевозку товара;

- недостаток фармацевтических кадров на селе;
- высокая плата за аренду и/или коммунальные платежи (в северных районах за отопление, электроэнергию).

Все эти причины приводят к невозможности функционирования аптек в малонаселенных пунктах, снижению товарного ассортимента и низким экономическим показателям действующих аптечных учреждений.

Вступление в силу Федерального Закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» создает дополнительную возможность обеспечения доступной лекарственной помощи жителям сельских поселений и отдаленных территорий края.

В настоящее время в крае проводятся мероприятия по реализации механизма обеспечения населения лекарственными препаратами через медицинские организации и их обособленные подразделения. По состоянию на 15 августа 2011 года получили лицензию на право осуществлять фармацевтическую деятельность 105 ФАПов и 18 амбулаторий.

Анализ ценовой и ассортиментной доступности лекарственных препаратов в Хабаровском крае проводился нами по перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития от 8.02.2010 года № 70-н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 мая 2009 г. № 277н "Об организации и осуществлении мониторинга цен и ассортимента лекарственных средств в стационарных лечебно-профилактических и аптечных учреждениях (организациях) Российской Федерации"».

Для анализа ценовой доступности лекарственных препаратов использовались данные, внесенные на сайт [www.rznd.ru] (<http://mols.roszdravnadzor.ru>). В проекте «Мониторинг цен» участвуют как учреждения здравоохранения, так и аптечные организации.

В базу данных за первое полугодие 2011 г. было введено в среднем 14 000 учетных записей (порядка 400 МНН), внесенных респондентами.

В амбулаторном секторе общее количество респондентов, предоставивших информацию в 2011 г., составило в среднем 60 фармацевтических и медицинских организаций. Основная часть базы данных для анализа, около 91 % – информация от фармацевтических компаний, расположенных в г. Хабаровске.

Наиболее активные участники проекта в амбулаторном сегменте мониторинга – ХКГУП «Фармация», ООО «Радуга Дальний Восток», ООО «Фарма-Хабаровск», КГБУЗ КДЦ «Вивея», т.е. организации, представленные различными формами собственности. Различий в ассортименте фармацевтических организаций не отмечено.

По итогам 2010 года, лидером продаж на фармацевтическом рынке Хабаровского края являются препараты для лечения простудных, вирусных заболеваний (первое место в рейтинге по объему продаж занимает лекарственный препарат «Арбидол»), а также

препараты для лечения желудочно-кишечного тракта «Эссенциале форте», «Линекс».

Анализ дефектуры лекарственных препаратов показал, что основными причинами отсутствия отдельных позиций лекарственных препаратов в ассортименте являются:

– наличие в обороте аналогичных препаратов (в рамках одного международного непатентованного наименования) других производителей и/или торгового названия, дозировки и упаковки;

– отсутствие спроса на отдельные препараты по различным причинам (закупаются в рамках государственных программ и отпускаются по рецептам бесплатно, используются профильно, в условиях стационара и т.д.);

– отсутствие поставок в связи с временной перерегистрацией.

В госпитальном секторе принимают участие в проекте мониторинга ценовой и ассортиментной доступности 90 учреждений здравоохранения края. Ассортимент лекарственных препаратов в госпитальном секторе зависит от профиля лечебного учреждения, велика также роль клинических фармакологов при выборе лекарственных препаратов, предлагаемых к закупке.

Анализ цен на лекарственные препараты за период 1 полугодие 2009 года – 1 полугодие 2011 года позволил сделать следующие выводы: снижение цен, в среднем, на 9,2 % за одну упаковку в секторе до 50 рублей; в секторе от 500 рублей – на 26,7 % соответственно. В ценовом секторе от 50 до 500 рублей, наоборот, отмечался рост цен на лекарства, в среднем, на 14,1 %.

Аналогичная ситуация с ценами на лекарственные препараты отмечена при анализе первых полугодий 2010 и 2011 годов. Снижение цен за одну упаковку в секторе до 50 рублей на 1,05 % в среднем; в секторе от 500 рублей – снижение цен в среднем на 8,4 %. В ценовом секторе от 50 до 500 рублей наблюдался рост цен на 2,9 %.

Значительное снижение цены одной упаковки в секторе от 500 руб. объясняется введением регулирования ценообразования на препараты, входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на территории Российской Федерации с 2010 года. С целью ограничения роста цен на лекарственные препараты в крае Постановлением Губернатора Хабаровского края от 26.02.2010 № 32 «О торговых надбавках на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства», были установлены предельные размеры оптовых и розничных надбавок к ценам на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

Рост цен в среднем ценовом сегменте объясняется социальной значимостью реализации лекарственных препаратов: даже при наличии конкуренции фармацевтические компании имеют возможность повышать цены на лекарственные препараты из-за сильной мотивации пациента «избавиться от болезни».

Информация о ценах на лекарственные препараты с учетом предельных оптовых и розничных надбавок ежемесячно имеется на сайте Правительства Хабаровского края [www.adm.khv.ru] в разделах «министерства информируют», «Министерство здравоохранения края». Это повышает доступность информации о ценах; в целях информирования населения по вопросам ценообразования на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты Министерством здравоохранения Хабаровского края организована «горячая линия».

Реализация программ льготного лекарственного обеспечения населения Хабаровского края за счет государственных закупок, финансируемых из федерального и краевого бюджета, позволила снизить уровень госпитализации, улучшить качество жизни пациентов, особенно по «7 высокозатратным» нозологиям. Основная заслуга реализации государственных программ лекарственного обеспечения – увеличение доступности для отдельных категорий населения (лиц, с социально-значимыми, хроническими заболеваниями) ранее недоступных, дорогостоящих лекарственных препаратов.

Сохраняются существенные проблемы, оказывающие влияние на реализацию программ льготного лекарственного обеспечения в Хабаровском крае. Одной из основных задач здравоохранения является регулирование государственных закупок согласно Федеральному закону от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Этот закон регламентирует длительные процедуры государственных закупок, исключает экстренные закупки (от момента определения потребности до реализации лекарственного средства проходит зачастую несколько месяцев), суживает ассортимент закупаемых лекарственных препаратов (при закупках предпочтение отдается цене препарата, закупаются более дешевые лекарственные препараты без учета качественных и фармакоэкономических характеристик). Подобные проблемы возникают и при проведении закупок лекарственных препаратов для их применения в условиях стационара.

Вместе с тем, в государственном секторе отмечается увеличение доли закупленных лекарственных препаратов отечественного производителя. Так, в первом полугодии 2011 года за счет средств федерального бюджета количество закупленных международных непатентованных наименований отечественного производителя составило 51 %, за счет краевого бюджета – 52,8 % соответственно.

Таким образом, среди основных факторов, препятствующих развитию конкуренции в фармацевтической отрасли Хабаровского края необходимо отметить:

– отсутствие конкуренции (сокращение аптек) в отдаленных и сельских районах края, из-за отсутствия фармацевтических кадров в сельских районах края, высокой арендной платы, либо платы за коммуналь-

ные платежи (в северных районах более высокие тарифы на свет, отопление и т.д.), дополнительных затрат на доставку товара и низких экономических показателей деятельности аптечных учреждений;

– решение в приобретении лекарственного препарата, как правило, зависит от врача, выбор которого зависит не всегда от клинической эффективности, зачастую влияют маркетинговые способы стимуляции выписки;

– регулирующее действие Федеральным законом от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» при проведении государственных закупок не позволяет оперативно реагировать на потребность населения в лекарственных препаратах. Этот закон ограничивает ассортимент закупаемых лекарственных препаратов, так как основной фактор при проведении торгов – предложение лекарственного пре-

парата по наиболее низкой цене, а не клиническая эффективность;

– отмена льготного режима в виде единого налога на вмененный доход и одновременный рост тарифов страховых взносов, переход с 1 января 2011 г. на общую систему налогообложения приводит к ухудшению экономического положения большинства аптечных учреждений края, сокращению численности аптек.

В целом для современного фармацевтического рынка Хабаровского края характерно развитие конкуренции, что побуждает фармацевтические предприятия постоянно совершенствовать продукты и услуги, искать эффективные методы получения дополнительных конкурентных преимуществ, трансформировать свою деятельность в направлении эффективности и конкурентоспособности. Развитие конкуренции в фармацевтической отрасли оказывает решающее значение в обеспечении дальнейшего устойчивого экономического развития фармацевтического рынка Хабаровского края.

Список литературы

1. Джупарова, И. А. *Использование фармацевтической географии в проблеме оптимизации лекарственно-го обеспечения граждан / И. А. Джупарова, Е. А. Абрашкина // Медицина и образование в Сибири. – 2011. – № 2.*

2. *Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы / В. Б. Пригорнев, В. О. Щепин, В. Г. Дьяченко, Н. А. Капитоненко. – Хабаровск: Изд-во Дальневост. гос. мед. ун-та, 2003. – 368 с.*

УДК 615.1:615.15: 001.4

Фармацевтическая помощь – новая парадигма профессиональной деятельности фармацевтического работника. Основные термины и понятия

Я.А. Шамина*, С.Ш. Сулейманов

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», г. Хабаровск

Y.A. Shamina, S.S. Suleymanov

***Pharmaceutical care as a new paradigm of professional pharmaceutical worker.
Basic terms and concepts***

Резюме

Безрецептурное и бесконтрольное применение лекарственных препаратов ставит под угрозу здоровье населения. В этом аспекте важной тенденцией для сохранения здоровья является ответственное самолечение лекарственными препаратами (ЛП), отпускаемыми в аптеках без рецепта врача.

Разумный выбор ЛП (как пациентами в режиме самолечения, так и врачами при оказании медицинской помощи) подчас затруднен наличием противоречивой информации о ЛП, носящий в большинстве своем рекламный характер. Для решения проблемы рационального использования лекарств необходимо внедрение

*m260203@rambler.ru

комплекса мер (для пациентов, медицинских и фармацевтических работников), направленных на их безопасное и эффективное применение. В этой связи существенно возрастает роль провизора: осуществление грамотной фармацевтической помощи, как врачу, так и пациенту, позволит минимизировать риски развития нежелательных реакций и повысить результативность выбранной фармакотерапии.

Ключевые слова: фармацевтическая помощь, терапевтические отношения, самолечение

Summary

Uncontrolled use of not-prescription drugs endangers the health of the population. In this respect, the most important tendency for health saving is responsible self-treatment with drugs which are available in pharmacies without a prescription.

Sometimes to make a reasonable choice of drugs (for self-treatment and for physicians in health care) is difficult because of contradictory advertising information about drugs.

To solve the problem of rational use of drugs it's necessary to implement a set of measures for safety and efficient use (for patients, medics and pharmacists). In this regard the role of pharmacist substantially increases: competent implementation of pharmaceutical care for doctors and patients will minimize the risk of adverse reactions and increase the effectiveness of selected drug therapy.

Key words: pharmaceutical care, therapeutic relationships, self-treatment

*«Фармацевтический работник – это организатор качественной фармацевтической помощи, менеджер, владеющий навыками управления лекарственным обеспечением, осуществляющий рациональный отбор препарата, организацию закупок лекарств, средств медицинского назначения и их эффективного использования»
Т.Л. Мороз*

С конца 80-х годов прошлого столетия в мировой фармацевтической практике отмечается переход от обычной продажи лекарств в аптечных организациях к новой, обширной сфере деятельности, получившей название *pharmaceutical care*. Дословно в переводе с английского этот термин означает «фармацевтическая опека», «фармацевтическая забота», «фармацевтическое обслуживание» или «фармацевтическая помощь». Принципы фармацевтической помощи (ФП) в 1989 г. сформулировали Helper С.Д. и Strand L.М. По их определению, основная цель ФП заключается в «обеспечении надежности лекарственной терапии для достижения определенного результата, который бы улучшил качество жизни пациента». Развитие данного направления современной клинической фармации получило поддержку Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Согласно определению ВОЗ, под фармацевтической помощью понимается философия практики общения с пациентом и общественностью в аптеке, как первом звене многоуровневой системы здравоохранения. Данная философия положена в основу концепции надлежащей аптечной практики (НАП), утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1996 г.

В 1998 г. советом международной фармацевтической ассоциации была разработана декларация, в которой понятие ФП трактуется как ответственное предоставление фармакотерапии с целью достижения определенных результатов по улучшению или сохранению качества жизни пациента, а также процесс сотрудничества врача, провизора и пациента, направленный на предотвращение или же выявление и решение проблем, касающихся здоровья и использования лекарств.

Таким образом, в концепции фармацевтического обслуживания аптечные работники отходят от стандарта специалистов, занимающихся только изготовлением и отпуском лекарственных препаратов. Это проявляется во вовлечением фармацевтического работника в лечебный процесс: обоснование выбора ЛП, консультирование и обучение пациентов, мониторинг и оценка результатов лекарственной терапии. В цепочке врач–провизор–пациент появляются новые отношения «терапевтические» (Н.Б. Дремова, А.И. Овод, 2007), которые мы изобразили на рисунке 1.

Главная задача, которую решает взаимодействие специалистов в области обращения лекарственных средств и пациента – рациональное использование лекарственных препаратов.

Переход от обычной продажи лекарств к фармацевтическому обслуживанию диктует и изменение подходов к обучению провизоров, включая их постдипломное и дополнительное профессиональное образование. Сегодня от фармацевтического работника необходимо гораздо больше, чем только владение информацией о лекарственных препаратах. В 1997 г. на совещании ВОЗ совместно с Международной фармацевтической федерацией фармацевтов в Ванкувере были разработаны современные требования, предъявляемые к фармацевтическому работнику, получившие название «фармацевт 7 звезд» (Е.А. Максимкина, 2010):



Рис. 1. Терапевтические отношения

- работник системы здравоохранения, член команды;
- способен принимать ответственные решения;
- специалист по коммуникации – посредник между врачом и пациентом;
- готов к лидерству в интересах общества;
- руководитель, способный управлять ресурсами и информацией;
- готов учиться всю жизнь;
- наставник, участвующий в подготовке молодых фармацевтов.

За рубежом фармацевтическая помощь активно развивается и в настоящее время представляет собой направление клинической фармации. Использование основ фармацевтической помощи на практике, позволили ряду стран извлечь, как социальные, так и экономические выгоды, выразившиеся в снижении частоты развития побочных действий при приеме лекарственных препаратов, сокращении вторичных обращений к врачу, сроков госпитализаций и др.

В некоторых странах индивидуальное фармацевтическое обслуживание (опека, помощь) выделена из аптечной практики и осуществляется в соответствии с соглашениями между органами здравоохранения, провизорами и лечащими врачами. В таких случаях речь идет об управлении медикаментозной терапией – УМТ – medication therapy management (А.П. Мешковский, 2007).

Основы нового направления в профессиональной фармацевтической деятельности в нашей стране вначале 90-х были представлены профессором В.П. Лопатиным. В разработку теории фармацевтической помощи им был положен системный подход. «Фармацевтическая помощь – это деятельность, имеющая целью, во-первых, обеспечение населения и конкретно каждого человека всеми товарами аптечного ассортимента и, во-вторых, оказание научно-консультационных услуг медицинскому персоналу и отдельным гражданам по вопросам выбора наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств и других предметов аптечного ассортимента, способов их хранения, использования, порядка приобретения и т.п.»

Вопросам фармацевтической помощи на территории РФ посвящены работы Л.В. Машковой, Э.А. Кор-

жавых, Е.Н. Фединой, Л. Багировой, Н.Б. Дремовой, А.И. Овод и др.

На наш взгляд наиболее удачным определением фармацевтической помощи является определение, данное Н.Б. Дремовой, А.И. Овод. «Фармацевтическая помощь – дополнительная фармацевтическая услуга, представляющая собой систему лекарственного, информационного и организационно-методического обеспечения качества фармакотерапии конкретного больного с конкретным заболеванием».

Для внедрения услуги ФП в работу аптеки, важным является формирование терапевтических взаимоотношений между пациентом, врачом и провизором (схема 1).

К сожалению, в нашей стране, комплексное взаимодействие врача и провизора – большая редкость, исключение из правил. Борьба между специалистами направлена на завоевание внимания пациента и определения своего места в фармакотерапии больного. Однако, прежде всего, фармацевтическая помощь должна защищать интересы пациента, исходя из этого, целесообразно разделить данную услугу на две части: ФП для врачей и ФП для пациентов (И.А. Запунец, 2002). Такое разделение связано и с делением ЛП на рецептурные (Rx-препараты) и безрецептурные препараты (ОТС-препараты) (табл. 1).

При отпуске Rx-препаратов потребитель, как правило, уже располагает полученной от врача информацией о диагнозе и необходимости применения того или иного ЛП. В обязанности фармацевтического работника входит выполнение рекомендаций врача, а также контроль назначенной дозы, режима приема препарата, информирование о развитии возможных побочных действий во время приема лекарства. ФП по отношению к врачу заключается в содействии выбору лучшей лекарственной формы и торгового названия препарата, т.к. врач не успевает за стремительным ростом номенклатуры лекарств, часто проявляя консерватизм – выписываются только те препараты, свойства которых знает.

Фармацевтическая помощь по отношению к пациенту требуется, когда посетитель приходит в аптеку без рецепта. В этом случае нужно определить симптомы заболевания, степень его тяжести и принять решение о направлении пациента к врачу или рекомендо-

Таблица 1

Препараты рецептурного и безрецептурного отпуска

Rx-препараты	ОТС-препараты Rx-препараты	ОТС-препараты
– ЛП назначаются врачом;	– применение должно быть корректным;	– ЛП могут применяться без решения врача;
– отпускаются из аптечных учреждений по рецептам;	– лечение детей только с разрешения родителей;	– могут отпускаться как по рецепту, так и без него;
– предназначены для лечения конкретного человека.	– провизор может оказывать консультации.	– могут использоваться для лечения всей семьи или нескольких заболеваний

вать ОТС-препарат для облегчения симптомов заболевания. Элементом нормативного регулирования здесь является отраслевой стандарт отпуска и реализации лекарственных препаратов в аптечных организациях. В государственном документе прописано, что аптечные организации могут осуществлять функцию по «...оказанию консультативной помощи в целях обеспечения ответственного самолечения». Статья 1.3 Этического кодекса фармацевтического работника России гласит, что провизор (фармацевт) должен принимать профессиональные решения исключительно в интересах пациента.

Как показали наши наблюдения (в аптеках г. Хабаровска), большая часть рекомендаций фармацевтических работников при выборе лекарственного препарата для устранения болевого синдрома ограничивалась выявлением локализации боли, без выяснения возможной причины, длительности болевых ощущений, сопутствующих заболеваний, перечислением имеющихся в ассортименте аптечной организации обезболивающих препаратов, без информирования о развитии возможных побочных действий при приеме рекомендуемого ЛП и т.д.

Кроме того, результаты проведенных нами исследований показали использование рецептурных препаратов, обладающих повышенным риском развития нежелательных реакций, в режиме самолечения боли, как результат самостоятельного выбора потребителя, так и выбора сделанного по рекомендации провизора (фармацевта). Основные рекомендации данные аптечными работниками посетителям аптек в режиме самолечения: при головной боли – ибупрофен (22,4 %), цитрамон (20,4 %), кеторолак (17,6 %), метамизол натрия (11,4 %), пенталгин-Н (6,1 %);

боль в спине – диклофенак (29,7 %), нимесулид (21,2 %), ибупрофен (3,6 %); для купирования боли в суставах – нимесулид (24,8 %), диклофенак (20,6 %), кеторолак (13,3 %), индометацин (6,7 %), ибупрофен (5,5 %);

при зубной боли – кеторолак (40 %), метамизол натрия (20 %), пенталгин-Н (7,9 %), ибупрофен (5,5 %), парацетамол (4,8 %); при менструальных болях – ибупрофен (23 %), кеторолак (16,4 %), брал (13,3 %), метамизол натрия (10,9 %), пенталгин-Н (3 %).

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости внедрения комплекса мер по безопасному и эффективному использованию безрецептурных

Схема 1. Авторская схема Н.Б. Дремовой, А.И. Овод «Терапевтические отношения»



ЛП, как основной концепции ответственного самолечения. Нарушения отпуска рецептурных препаратов из аптечных организаций требует жесткого контроля со стороны государства.

Для осуществления качественной фармацевтической помощи при безрецептурном отпуске препаратов (БРО) в аптеке провизор должен выполнить ряд обязательных действий, предусмотренных требованиями НАП:

1. Правильно оценить проблему пациента:
 - При обращении пациент за рекомендацией или просьбе отпустить ему не прописанный препарат, провизор должен получить информацию, позволяющую оценить конкретную проблему со здоровьем у данного пациента. Для этого необходимо обязатель-

но выяснить, у кого возникла проблема (у посетителя аптеки или у родных, близких или знакомых), чтобы иметь возможность оценить принадлежность пациента к группе повышенного риска и использовать эти сведения при дальнейшем консультировании.

Группы повышенного риска:

- дети;
- беременные и кормящие женщины;
- пожилые люди;
- пациенты, имеющие хронические заболевания;
- пациенты, самостоятельно принимающие ЛП без предварительных консультаций с врачом или фармацевтическим работником.

- Каковы симптомы, как давно продолжается недомогание, какие меры были приняты, имело ли место применение лекарственных препаратов;

- Необходимо определить, не связаны ли симптомы с серьезным расстройством здоровья;

- При менее серьезной проблеме со здоровьем следует дать совет, при этом рекомендовать использование лекарственных препаратов только в случае реальной необходимости.

2. Обеспечить пациента безрецептурным лекарственным препаратом:

- Провизор должен максимально использовать свои профессиональные знания и опыт при выборе ОТС-препаратов, исходя их эффективности, безопасности, качества и экономической целесообразности.

- При БРО лекарственных препаратов обеспечить пациента полной достоверной информацией о свойствах и действии ЛП, режиме применения, схеме лечения, дозировании, о развитии возможных побочных эффектов, мерах предосторожности, взаимодействии с другими ЛП, БАДами, пищей, режиме хранения в домашних условиях.

3. Обеспечить пациенту дальнейшее наблюдение;

- Рекомендовать пациенту посоветоваться с врачом, если симптомы не исчезают через определенный период.

Таким образом, осуществляя фармацевтическую помощь в аптеке при безрецептурном отпуске ЛП, провизор берет на себя ответственность за:

- диагностику симптомов нетяжелых заболеваний;

- индивидуальный подход к назначению лекарства (с учетом пола, возраста, сопутствующих заболеваний, взаимодействия с другими лекарствами, пищей);

- эффективность лекарственной терапии;

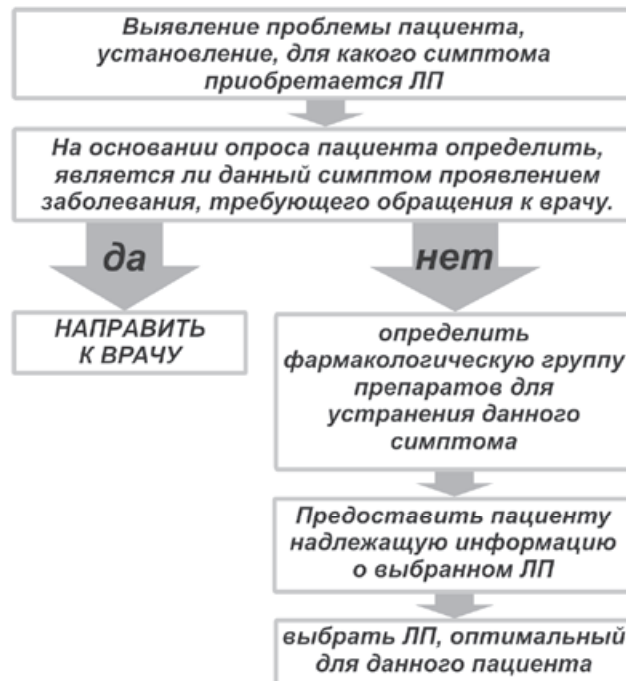
- безопасность лекарственной терапии;

- оптимальный фармакоэкономический выбор ОТС-препарата;

- конечный результат лекарственной терапии.

Действия провизора при предоставлении ФП во время БРО лекарственных препаратов можно представить следующими алгоритмами (И.А. Запунец, 2006) (схема 2).

Схема 2. Алгоритм действия провизора при осуществлении ФП пациентов во время БРО лекарственных препаратов для симптоматического лечения незначительных нарушений здоровья



Для качественного исполнения своих профессиональных обязанностей (приведенных в алгоритмах) фармацевтический работник должен:

- получить определенный уровень образования, позволяющий распознавать специфические состояния, симптомы распространенных заболеваний;

- уметь разделять случаи фармацевтической и медицинской ответственности;

- совершенствовать свои знания в области фармакологии;

- обеспечивать исполнение правовых и этических норм оказания фармацевтических услуг.

Основой правильного выбора пациентом лекарственных препаратов безрецептурного отпуска является полнота представления информации о ЛП (схема 3).

Таким образом, фармацевтический работник, на сегодняшний день становится ключевой фигурой в решении вопросов рационального использования лекарств, особенно в режиме ответственного самолечения. Именно фармацевтический работник должен объяснить пациенту, что применение безрецептурных препаратов требует индивидуального подхода (пол, возраст, сопутствующие заболевания, совместно применяемые ЛП и т.д.), а значение слова безрецептурный не значит безопасный. Обладая знаниями в области клинической фармакологии, провизор, исходя из наличия

Схема 3. Алгоритм предоставления провизором надлежащей информации о лекарственном препарате при осуществлении ФП пациенту

Информация о лекарственном препарате

Действие ЛП

- Зачем требуется этот ЛП?
- Какие симптомы заболевания исчезнут, а какие – нет?
- Через сколько проявится действие препарата?
- Что произойдет при неправильном приеме препарата или отказе от его приема?

Побочные эффекты

- Какие побочные эффекты могут возникнуть?
- Как их распознать?
- Как долго они будут сохраняться?
- Насколько они серьезны?
- Что следует предпринять?

Условия рационального приема ЛП

- Как принимать ЛП?
- Когда его принимать?
- Как долго продолжать лечение?
- Как хранить лекарственный препарат?

Меры предосторожности

- Когда нельзя принимать ЛП?
- Какова максимальная суточная доза?
- Почему необходимо пройти полный курс лечения?
- Почему не следует лечиться больше двух дней и необходимо проконсультироваться с врачом?

Контроль понимания предоставленной информации о ЛП

- Спросить пациента, все ли ему понятно;
- Попросить пациента повторить наиболее важную информацию;
- Узнать у пациента, остались ли у него какие-либо вопросы.

соответствующих симптомов, может давать потребителю советы (в рамках своей компетенции) по применению лекарственных препаратов. Он должен объяснить, при каких симптомах можно применять лекарственные препараты самостоятельно, а при каких симптомах необходимо обратиться к врачу.

В соответствии с правилами и требованиями НАП для каждого симптома и недомогания, которое не требует вмешательства врача, в аптеке должен быть отдельно разработанный алгоритм оказания фармацевтической помощи, с которыми должен быть ознакомлен провизор (фармацевт).

Список литературы

1. Дремова, Н. Б. Фармацевтическая помощь как новая форма обслуживания населения / Н. Б. Дремова, А. И. Овод // Аптеч. бизнес. – 2007. – № 1. – С. 57–61.
2. Максимкина, Е. А. «Фармацевт 7 звездочек» или Социальный статус и престиж фармработника в современном обществе / Е. А. Максимкина // Новая аптека. – 2010. – № 6. – С. 58–60.
3. Мешковский, А. П. Развитие фармацевтической практики: международные документы: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharmapractice.ru/1830-10.10.2011>
4. Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения. – М., 2005 – 22с.
5. Сулейманов, С. Ш. Ответственное самолечение: ликвидируя упущения... / С. Ш. Сулейманов, Н. В. Кирпичникова // Рос. аптеки. – 2008. – № 13. – С. 8-10.
6. Фармацевтическая опека: курс лекций / под ред. В. Ш. Черных, И. А. Зупанца, В. А. Усенко. – Харьков: Мегapolis С, 2006. – 608 с.
7. Федина, Е. А. Справочник провизора консультанта / Е. А. Федина. – М. : МЦФЭР, 2005. – 335 с.
8. Этический кодекс фармацевтического работника России (провизора и фармацевта) // Новая Аптека (Аптека и рынок). – 1999. – № 8. – С. 17-21.

ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

УДК 616(048)

Как писать обзор литературы*

В.В. Власов**

*Общество специалистов доказательной медицины,
г. Москва*

V.V. Vlasov

How to write literature review

Введение

Современный обзор литературы – нужный читателям раздел публикаций журналов, должен отвечать на четко сформулированный вопрос, отражать научные исследования за определенный период. В таком обзоре в обобщенном виде представляются результаты исследований, однородность которых должна обеспечить их статистическое обобщение (метаанализ).

Обзоры – один из наиболее востребованных типов статей. Однако зачастую их качество достаточно низко, что связано с отсутствием систематичности в освещении научных данных и недостаточным вниманием к структуре обобщаемых исследований и их качества.

Востребованность обзоров связана с тем, что все современные специалисты страдают определенной ограниченностью своих знаний, обусловленной узкой специализацией в той или иной области. Это в полной мере касается врачей и научных работников в области медицины. В настоящей статье мы будем рассматривать проблемы подготовки обзоров именно в этой области.

Обзоры выполняют несколько функций. Прежде всего обзоры концентрируют результаты исследований по выбранной теме и предоставляют их читателю в удобной обобщенной форме, обычно предлагая решение проблемы или хотя бы ее интерпретацию, базирующуюся на соответствующих данных. Это определяет две традиционные цели подготовки обзора – обобщение сделанного и обоснование решения (доказательство), которые находятся в своего рода конфликте.

Дело в том, что беспристрастное обобщение результатов проведенных исследований является наиболее важной и общественно востребованной функцией обзора. Однако наука движима страстью и она не может в них не отражаться. Поэтому в печати до последнего времени преобладали обзоры так называемого описательного типа (narrative), авторы которых подбирают результаты исследований таким образом, чтобы представленный материал наилучшим образом поддерживал продвигаемую идею. Подобные публикации при всем благородстве намерений авторов фактически дезинформируют читателя, ибо скрывают от него одни исследования, выдвигая на первый план другие. Поэтому ведущие научные журналы в последние годы стараются такие обзоры не публиковать [30] и отдают предпочтение систематическим обзорам, выполненным по методам, обеспечивающим поиск и обобщение всех существующих по той или иной теме исследований [4]. Тем не менее описательные обзоры, вероятно, сохранят свое место, поскольку такие публикации ориентированы на специалистов, для которых рассматриваемая в них проблема лежит на периферии интересов, но они заинтересованы в доступном ее изложении. Описательные обзоры встречаются не только в журналах, но и в руководствах и учебниках по отдельным медицинским специальностям [10, 28], что нередко служит основанием для критики соответствующих изданий относительно их качества.

Сказанное выше, однако, не меняет общей ситуации, так как обзоры остаются одними из самых востре-

© В.В. Власов, 2011

* Впервые опубликовано в издании «Журнал неврологии и психиатрии», № 10, 2011.

** vlassov@cochrane.ru

бованных статей для редакторов журналов и их читателей и авторов, особенно для молодых исследователей, приступающих к самостоятельной работе, которые получают возможность ознакомиться с научной проблемой в ее обобщенном виде, с одной стороны, и относительно быстро опубликовать результаты своих литературных поисков, с другой.

Если в XX веке подготовка обзора была отдельной задачей, считалась своего рода побочным продуктом исследовательской работы, то в последние десятилетия ситуация меняется. Во-первых, обзор становится исходной точкой для решения вопроса о целесообразности проведения исследования и необходимости его финансирования (предполагается, что финансироваться должны исследования только тех вопросов, на которые еще не получен ответ). Во-вторых, обзор становится заключительной частью исследования. Теперь от исследователей ожидается, что они, завершив исследование, введут его результаты в совокупность ранее известного и представят пользователю обновленную оценку знания (в работах терапевтической направленности это может быть даже вычисление показателей на основе метаанализа эффективности лечебного вмешательства или его нежелательных последствий [8]). В-третьих, обзоры становятся самостоятельной деятельностью. С возникновением Кокрановского сотрудничества потребность врачей в получении обобщенной информации об эффектах медицинских вмешательств удовлетворяется разработкой тысяч систематических обзоров довольно высокого и стандартизированного качества. Такие обзоры востребованы в передовых странах органами государственного управления и корпорациями, желающими принимать решения на основе наиболее точной и полной информации [6].

Изложенное выше касалось в основном клинической медицины, но тематические обзоры, естественно, востребованы и за ее пределами, особенно при изучении эпидемиологии потенциально вредных воздействий на человека, при исследовании поведения людей и влиянии на него социальных, педагогических вмешательств и т.п.

Систематический обзор

Единой методологии подготовки систематического обзора (СО) не существует, хотя технология его составления была описана в серии статей в «Международном журнале медицинской практики» [9] и затем во многих других публикациях, включая специальные руководства. Самое авторитетное руководство по СО доступно на сайте Кокрановского сотрудничества.

Технология СО была разработана в 50–80-е годы XX века прежде всего для преодоления смещения (bias) оценок эффективности медицинских вмешательств в работах авторитетных исследователей, рекомендациях медицинских организаций и соответствующих решений государственных регуляторных органов [22, 34]. Термином «смещение» в этом случае обозначается устойчивое отклонение оценки от истинной. Его не следует

путать со случайной ошибкой (отклонением). Случайное отклонение от истины возникает при отдельном измерении, например, массы объекта, или концентрации, или эффективности лечения, и его легко исправить, проведя повторное измерение. Систематическая же ошибка (отклонение) возникает из-за действия факторов, помимо основного измеряемого свойства, и она возникает регулярно (систематически), смещая получаемую оценку в одном направлении. Поэтому его называют «смещением». Пример смещения – завышение оценки эффективности лечения при анализе результатов рандомизированного контролируемого испытания в соответствии не с рандомизацией пациентов в группы сравнения, а с полученным лечением или с выполнением протокола. При обобщении результатов исследований в обзоре выявляется так называемое публикационное смещение – завышенная оценка эффективности лечения в опубликованных исследованиях по сравнению с неопубликованными, в исследованиях, опубликованных в ведущих международных англоязычных журналах, по сравнению с опубликованными во второстепенных журналах на редких языках, в исследованиях, проведенных компаниями–производителями изучаемого препарата (прибора), по сравнению с исследованиями, проведенными независимыми академическими исследователями.

СО базируется на полученных и доступных для обобщения научных данных. Поэтому, если они первично искажены, то обзор не может оказаться лучше или точнее, чем эти данные, хотя он может несколько компенсировать разного рода смещения, и в этом отношении представляемая им ситуация может соответствовать ожиданиям читателя.

Главные части и этапы реализации технологии СО следующие: формулировка вопроса; поиск релевантных исследований; оценка структуры и качества реализации исследований; обобщение результатов исследований.

Формулировка вопроса

В медицинских журналах регулярно печатаются обзоры типа «Роль XXX-х соединений в регуляции обмена УУУ и развитие ZZZ-патологии», цель которых в ознакомлении врачей с новыми достижениями в области биологии, химии, микробиологии, фармакологии и других областей медицины и естествознания. Врачи, особенно занимающиеся преподавательской и научной деятельностью, читают такие обзоры, чтобы ориентироваться в процессе смежных областей науки и удовлетворять запросы современных специалистов. Еще более важны такие обзоры для ученых, занятых разработкой отдельных проблем. Однако для практикующих врачей или организаторов здравоохранения наиболее интересны обзоры, отвечающие на четко и ясно поставленные вопросы, которые имеют прямое отношение к их деятельности. В разных профильных клинических журналах это могут быть вопросы об эффективности хирургического вмешательства по сравнению с выжидательной тактикой, экономической эф-

фективности магнитно-резонансной томографии по сравнению с рентгеновской и т.п.

В аспекте «доказательной медицины» правильно поставленный вопрос – это клинически важный вопрос, т.е. важный как для врача, так и для пациента. Для потребителя литературы важно, чтобы вопрос был очевиден уже из названия обзора, например: «Сравнительная эффективность и безопасность новых и старых антипсихотических препаратов в терапии шизофрении: систематический обзор рандомизированных контролируемых испытаний». Если речь идет об обзоре терапевтического профиля, то правильный вопрос обычно должен содержать четыре элемента: название вмешательства; тип пациентов (по диагнозу, состоянию), которому адресуется вмешательство; название вмешательства сравнения, изучаемый исход. Например: «Влияние соплатежей на частоту отказа больных от приобретения прописанных лекарств: результаты сравнительных исследований». Обратите внимание, что в данном примере на вмешательство сравнения явно не указывается, но понятно, что таковым является предоставление лекарств с полным покрытием затрат за счет системы (страховщика). Вторая особенность названия современного обзора: помимо основного вопроса в него выносятся описание метода (систематический обзор) или особенностей обобщаемых данных (например, когортные исследования или рандомизированные).

Поиск релевантных исследований

Для того, чтобы обзор давал достаточно полную картину полученных к моменту обобщения научных данных, необходимо применять современные технологии поиска информации и использовать приемы, обеспечивающие наиболее полное извлечение данных из всех источников.

Сегодня невозможно опубликовать в журнале обзор, если он не базируется на поиске информации в электронных базах данных с точным указанием на дату, когда был проведен поиск. Благодаря наличию доступной бесплатно библиографической базы данных (БД) Medline, ученые всего мира могут быстро и эффективно проводить поиск литературы. В случае, если обзор претендует на полноту обобщения мировой литературы, считается важным провести поиск в других БД – прежде всего в Embase и специализированных БД, например, в случае, если проблема затрагивает проблемы психологии, – Psychlit. В Кокрановском сотрудничестве группы обзоров создаются по тематике, и они постоянно поддерживают такие БД (например, по раку молочной железы, экономической оценке эффективности медицинских вмешательств и т.п.). На сайте сотрудничества доступна БД Central – самая большая БД библиографических описаний контролируемых испытаний медицинских вмешательств. Дополнительные БД, несмотря на то что они меньше, чем Medline, содержат результаты поиска литературы во вторичных источниках, малотиражной узкоспециальной литературе, а потому могут дать дополнительную

информацию об исследованиях, в том числе тех, которые не были опубликованы в больших (международных) медицинских журналах [26].

Следует заметить, что некоторые авторы по завершении исследования довольно быстро информируют о его основных результатах на конференциях, тогда как опубликование в полной форме откладывают иногда на годы (или не публикуют вообще). В связи с этим перед составителем обзора возникает задача поиска информации о проведенных исследованиях в материалах конференций [36]. Для этой цели можно использовать указатели конференций и поиск в интернете, где в последние годы программы конференций и даже рефераты сообщений публикуются достаточно полно. Подчеркнем, что если обнаруживается реферат сообщения на конференции, соответствующий критериям включения в обзор, у авторов обзора появляется возможность обращения непосредственно к авторам исследования за более полной информацией. Важным результатом сбора такой информации является перспектива оценки развития того или иного, даже не законченного, важного исследования.

Для пользователя обзора принципиально важно знать, на какой момент времени обобщены данные литературы. Если автор обзора после их поиска долго работал над анализом и текстом статьи, необходимо провести дополнительный поиск – за время после проведения поиска плюс, по крайней мере, последний год из периода первичного поиска. Последнее необходимо, поскольку все современные БД корректируются и пополняются, причем из разных источников и с разной скоростью. Например, содержание одних журналов попадает в Medline в день подготовки очередного номера, а другие журналы идут почтой (например, из Малайзии). Поэтому такие журналы индексируются датой, когда до них дойдет очередь у библиографа, владеющего малайским или иным редким языком. В любом случае обзор «устаревает», и читатель должен знать «дату его рождения» [32].

Поиск литературы по БД должен обязательно дополняться изучением ссылок в найденных статьях. Обычно в релевантных статьях содержатся важные ссылки на интересные публикации, не отраженные в БД из-за того, что они состоялись в журналах, не индексируемых в этих БД. Поскольку первоначально в каждой релевантной статье находится несколько интересных ссылок, а в каждой найденной статье – еще новые интересные ссылки, этот метод иногда образно называют методом «снежного кома». В целом желательно, чтобы глубина обзора, т.е. освещаемый в обзоре период, была максимальной.

В общей исследовательской практике для поиска публикаций считается допустимым использовать и упрощенные приемы, например инструмент «клинических запросов» на сайте PubMed. При этом «проблема» и «вмешательство» обозначаются ключевым словом, точнее, рубрикой MeSH. Однако при подготовке обзора такая стратегия поиска не подходит. Автор обзора

должен предпринять усилия для поиска всей литературы в соответствии с поставленным вопросом. Для этого нужна стратегия с максимальной чувствительностью. Она реализуется в виде запросов к БД, в которых используются, например для патологического состояния, не только его основное название на английском, но и синонимы, а также названия близких состояний, с которыми его иногда смешивают или смешивали в прошлом. Создание такой стратегии чувствительного поиска может быть трудоемким делом. Поэтому специалистам, планирующим проведение СО по клиническим проблемам, можно посоветовать использовать стратегии поиска, разработанные группами обзоров Кокрановского сотрудничества. Эти стратегии доступны на его сайте (cochrane.org). Используемая стратегия поиска обязательно должна быть представлена в разделе «методы» подготавливаемого отчета (статьи) [31].

В результате применения стратегии поиска максимальной чувствительности автор получает некоторый набор библиографических сведений. Особенности такого набора являются следующие: 1) полнота. В нем содержится большинство релевантных записей, которые имеются в БД (число ненайденных релевантных записей мало); пропущенные записи с высокой вероятностью будут найдены по пристатейным спискам литературы; 2) неточность. В нем содержится множество нерелевантных записей; это естественная плата за высокую чувствительность – точно так же в диагностике высокая чувствительность достигается обычно снижением специфичности, увеличением доли ложноположительных результатов. Указанный набор записей нужно обрабатывать «вручную» или с помощью компьютера. Для компьютерной обработки используют библиографические программы, из которых самыми известными являются EndNote и Reference Manager. Результаты поиска публикаций в электронных БД одним запросом импортируются в вашу собственную БД, созданную в такой программе. То немногое, что найдено в «бумажных» изданиях, нетрудно ввести в БД вручную. В результате получается первичная БД, которую нужно просмотреть и из которой необходимо исключить очевидно нерелевантные, судя по названию и реферату, публикации. Остальные публикации нужно получить в полном виде и оценить, насколько они соответствуют поставленному вопросу: если не соответствуют сформулированным в протоколе подготовки обзора критериям включения и исключения – удалить из БД.

Возможные критерии включения и исключения (помимо лечебного вмешательства, принципов составления групп сравнения, состояния и диагноза пациентов, исхода и периода опубликования статей) определяются прежде всего структурой включаемых в обзор исследований. Наиболее надежные оценки эффектов медицинских вмешательств получают в рандомизируемых контролируемых исследованиях, но в других случаях это могут быть когортные исследования и серии случаев. Кроме того, авторы обзоров накладывают

нередко временные ограничения, например, отбирают только исследования, в которых воздействие того или иного вмешательства длится не менее 3 мес., а результаты отслеживались не менее чем через год. Почти всегда авторы обзоров ограничивают круг изучаемых вмешательств, выделяя, например, использование растворов изучаемого вещества только в определенных концентрациях или облучение только от медицинских источников. Эти ограничения – результат поставленного вопроса, они должны быть сформулированы в протоколе подготовки обзора, тщательно соблюдаться и обязательно сообщаться при публикации обзора.

Личная электронная БД отобранных публикаций, подготовленная в одной из библиографических программ – не обязательно требование при подготовке обзора, но ее создание настолько облегчает работу и написание самого обзора, что сегодня мало кто принимается за его подготовку без этого инструментария. Если статья подготовлена с помощью библиографической БД, то ее легко изменять в соответствии с пожеланиями рецензентов.

Оценка структуры и качества исследований

Оценка структуры исследования, которое предполагает включить в обзор, проводится при первичном ознакомлении с ним. В большинстве случаев структура соответствующего исследования определяется достаточно легко и лишь иногда приходится сталкиваться со статьями, в которых структура представлена так, что исследование может выглядеть более «серьезным» и «доказательным», не являясь таковым по существу. Например, серия разнородных случаев может преподноситься как когортное исследование. Могут быть выявлены иные погрешности при проведении исследования [27]. В другом случае совокупность однородных пациентов (когорты), не получающих разное лечение, может представляться как контролируемое и далее рандомизированное исследование. Поэтому структура иногда требует очень тщательного изучения. В неясных случаях авторы обзора сами принимают решение о включении или исключении исследования. Авторы Кокрановских обзоров, чтобы уточнить детали структуры и проведения исследования, часто пишут письма авторам соответствующих работ. Авторы обзоров должны быть готовы к тому, что число потерянных по ходу подготовки обзора исследований может быть очень большим.

Столь же тщательно составитель обзора должен учитывать качество проведения исследования и его соответствие первоначальному протоколу. В этом отношении может быть сделан и специальный анализ исследований и их разделение на работы с высоким и низким качеством проведения.

Авторы обзоров могут столкнуться и с обнаружением повторных публикаций одного и того же исследования в разных изданиях [35], причем иногда с существенными противоречиями в изложении фактического материала. Не исключено и столкновение

с плагиатом, т.е. преподнесением чужого материала под своим именем [5]. Авторы обзоров, имея дело с большим количеством статей, имеют определенные преимущества по сравнению с обычными читателями в отношении возможности обнаружить ошибки, несуразности, несоответствия, свидетельствующие об определенной недобросовестности того или иного исследователя. Составитель обзора в этом случае может исключить соответствующую работу, представив ее в критическом аспекте, но могут и информировать о ситуации соответствующее издание, например редакцию журнала, в котором была опубликована статья. В результате статья, содержащая искаженную информацию, может быть отозвана и помечена в БД Medline как отозванная (retracted).

При планировании обзора авторы обычно имеют приблизительное представление о том, какие исследования по проблеме и в каком количестве уже опубликованы. Поэтому не исключена ситуация, когда составитель обзора, например, планирует обобщение результатов рандомизированных контролируемых исследований, а при анализе литературы выясняется, что таких работ по анализируемой проблеме не существует [2]. Конечно, это не означает, что соответствующие высокодоказательные исследования вообще отсутствуют, но они могут по тем или иным причинам не попасть в поле зрения автора обзора.

Особые трудности для составителей обзоров возникают в связи с неполнотой сведений по тому или иному вопросу в обобщаемых статьях [16]. Так, иногда в работе не сообщается даже о частоте первичного исхода заболевания, операции и т.п. В любом случае из-за исключения исследований, в которых не сообщается об изучаемом исходе, снижается статистическая мощность выводов CO [18, 19]. Однако если все же существует необходимость оценить результаты, не выполненные с применением рандомизированного контролируемого подхода, то оценка результатов по данным работ проводится с менее доказательной структурой, например когортных, серий случаев, исследования сравнения с контролем [3, 7, 23, 25]. В этом случае небольшие различия по частоте (шансы) между сравниваемыми группами должны рассматриваться с большой осторожностью. Можно полагать, что в таких исследованиях различия в пределах относительного риска до 2,0 и отношения шансов до 2,0 следует рассматривать как небольшие, возможно, связанные с действием приводящих факторов.

Формализование представления данных

Существует только один наглядный способ представить данные нескольких исследований читателю так, чтобы он мог их легко сопоставить и обобщить – это составление таблиц [24]. В последние годы составление итоговых таблиц стало распространенной практикой в журнальных и в электронных публикациях. Образцы таких таблиц можно найти в Кокрановских обзорах. Содержание включает ссылки на исследование по автору или по номеру (номерам) в списке литера-

туры, критерии включения и исключения, особенности структуры и реализации исследования (например, способ рандомизации, особенности подходов специалистов, оценивавших исходы) основные показатели в сравниваемых группах, частот; дополнительных показателей (например, частота развития осложнений терапии), примечания.

Составление сводной таблицы – один из самых трудных и ответственных этапов подготовки обзора. Известив случаи, когда из-за неправильного выделения данных и: оригинальных статей публиковались обзоры с ошибочными выводами [14].

В результате проведенной работы по составлению таблицы, авторы обзора могут, глядя на нее, получить общее впечатление от исследований, выявить особенности и различия. Соответственно и читатель по сводным таблицам может составить более правильное впечатление о результатах проведенных по той или иной проблеме исследований.

Поскольку сводные таблицы иногда оказываются достаточно большими, то редакции журналов зачастую публикуют их не в тексте статьи, а как приложение к ней (реже на интернет-сайте журнала). Побочным эффектом составления сводных таблиц может быть резкое сокращение основного текста обзора, тем более, что часто результаты статистического анализа представляются в смешанной таблично-графической форме.

Вопрос о соотношении текстовой части обзора, таблиц и других формализованных данных в каждом случае решается самим составителем обзора или редакционными специалистами с учетом особенностей издания.

Обобщение результатов исследований

Обобщение результатов проведенных исследований кажется самой важной и привлекательной для читателя частью обзора. Статистический метод, применяемый для этого, называется метаанализом. Неудивительно, что иногда метаанализ представлялся главной технологией обобщения данных, и содержащиеся метаанализ статьи вообще называют метаанализами. Между тем все же основное содержание обзора определяется включенными в него оригинальными исследованиями, которые были опубликованы к моменту его составления, а результаты метаанализа зависят от того, какие исследования включены в обзор [11]. Кроме того, всегда надо помнить о том, что сами статистические обобщения могут приносить ошибки [12].

Метаанализ проводится только в случае, если включенные в обзор исследования достаточно однородны (гомогенны) [33]. Несмотря на то что для оценки гетерогенности существуют статистические критерии, авторы обзора должны с учетом величины критерия и на основании собственного понимания материала принять решение о проведении или отказе от метаанализа [13]. Если авторы обзора полагают, что в разных исследованиях была получена различающаяся оценка величины эффекта, и это различие неслучайно, то проводить метаанализ для того,

чтобы получить оценку размера эффекта «вообще», нет смысла [20]. Так, например, если у одних пациентов какое-либо терапевтическое вмешательство не дает эффекта, а у других – дает, вряд ли интересно знать, какова эффективность «вообще». Естественно, решение о проведении метаанализа несколько субъективно и является ответственностью авторов обзора [17].

Описание методов проведения метаанализа выходит за пределы данной статьи. Можно лишь отметить, что для его выполнения существует специализированное программное обеспечение. Столь же успешно он может быть выполнен с помощью некоторых статистических пакетов программ, но это требует от исполнителя определенной подготовки [1]. Специализированные программы для метаанализа в основном коммерческие, но самая распространенная – бесплатная: программа Review Manager, которая разработана Кокрановским сотрудничеством и доступна на его сайте.

Заключение

Подготовка обзора – исследовательский проект, в котором его единицами выступают первичные исследования (клинические и др.). Они доступны для изучения через публикации и реже через неопубликованные отчеты.

Обзоры, подготавливаемые слишком рано, до накопления достаточного количества первичных исследований, нередко оказываются несостоятельными, т.е. приводят к оценкам, которые впоследствии не подтверждаются. Такая ситуация может возникать, например, в период введения на рынок нового лекарственного препарата, когда доступны всего несколько публикаций его создателей и обзор, как правило, лишь подтверждает их утверждения, обычно завышенные [21].

При накоплении публикаций у автора обзора появляется возможность более глубоко проникнуть в проблему [15,29].

Обзоры медицинских исследований в значительной степени изменились за последние 20 лет и впереди в связи с прогрессом информационных технологий их ожидает, вероятно, еще большая трансформация. По мере того как создаются регистры исследований, построенные на принципах доказательной медицины, в том числе регистры и самих систематических обзоров, развивается и их содержательность. В этой области большое значение приобретает доступная всем специалистам международная БД. Обзоры могут стать средством обобщения не столько статей, сколько содержания БД.

Список литературы

1. Плавинский С.Л. Биостатистика: планирование, обработка и представление результатов биомедицинских исследований при помощи системы SAS. Ст-Петербург: Издательский дом СПбМАПО 2005; 55.
2. Alderson P., Roberts I. Should journals publish systematic reviews that find no evidence to guide practice? Examples from injury research. *Br Med J* 2000; 320: 376-377.
3. Bekkering G.E., Rutjes A. W., Vlassov V.V. et al. The Effectiveness and Safety of Proton Radiation Therapy for Indications of the Eye: A Systematic Review. *Strahlenther Onkol* 2009; 185: 4: 211-221.
4. Bero L.A., Grilli R., Grimshaw J.M. et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *Br Med J* 1998; 317: 465-468.
5. Chalmers I. Role of systematic reviews in detecting plagiarism: case of Asim Kurjak. *Br Med J* 2006; 333: 7568: 594-596.
6. Chaudhry B., Wang J., Wit S. et al. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Ann Intern Med* 2006; 144: 10: 742-752.
7. Clarke M.J. Ovarian ablation in breast cancer, 1896 to 1998: milestones along hierarchy of evidence from case report to Cochrane review. *Br Med J* 1998; 317: 1246-1248.
8. Clarke M., Hopewell S., Chalmers I. Clinical trials should begin and end with systematic reviews of relevant evidence: 12 years and waiting. *Lancet* 2010; 376: 9734: 20-21.
9. Cook D.J., Mulrow CD., Haynes R.B. Систематические обзоры: синтез наиболее обоснованных фактов, важных для принятия клинических решений. *Международ журн мед практики* 1997; 4: 7-11.
10. Cook D.J., Greengold N.L., Ellrodt A.G., Weingarten S.R. The relationship between systematic reviews and practice guidelines. *Ann Intern Med* 1997-127: 210-216.
11. Egger M., Smith G.D. Meta-analysis bias in location and selection of studies. *Br Med* 1998; 316: 7124: 61-66.
12. Felson D.T. Bias in metaanalytic research. *J Clin Epid* 1992; 45: 8: 885-892.
13. Glasziou P.R., Sanders S.L. Investigating causes of heterogeneity in systematic reviews. *Stat Med* 2002; 21: 11: 1503-1511.
14. Gotzsche P.C., Hrobjartsson A., Marie K., Tendal B. Data Extraction Errors in Meta-analyses That Use Standardized Mean Differences. *JAMA* 2007; 298:4: 430-437.
15. Hemminki E., McPherson K. Impact of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular events and cancer: pooled data from clinical trials. *Br Med J* 1997; 315: 7101: 149-153.
16. Ioannidis J.P.A., Mulrow CD., Goodman S.N. Adverse Events: The More You Search, the More You Find. *Ann Intern Med* 2006; 144:4: 298-300.
17. Ioannidis J.P.A., Patsopoulos N.A., Rothstein H.R. Reasons or excuses for avoiding meta-analysis in forest plots. *Br Med J* 2008; 336: 7658: 1413-1415.
18. Kirkham J.J., Dwan KM., Altman D. G. et al. The impact of outcome reporting bias in randomised controlled trials on a cohort of systematic reviews. *Br Med J* 2010; 340:15:365.

19. Kyzas P.A., Loizou K. T., Ioannidis J.P.A. Selective Reporting Biases in Cancer Prognostic Factor Studies. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 14: 1043–1055.
20. Lau J., Ioannidis J.P.A., Schmid C.H. Meta-analysis: Summing up evidence: one answer is not always enough. *Lancet* 1998; 351: 123–127.
21. Lexchin J., Bero L.A., Djulbegovic B., Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *Br Med J* 2003; 326: 7400: 1167–1170.
22. Light R.J., Pillemer D.B. *Summing up: The science of reviewing research*. Cambridge, MA: Harvard Univ Press 1964; 1919.
23. Macle hose R.R., Reeves B. C, Harvey I.M. et al. A systematic review of comparisons of effect size derived from randomized and non-randomized studies. *Health Technol Assess* 2000; 4: 34: 1-156.
24. Mallett S., Deeb J.J., Halligan S. et al. Systematic reviews of diagnostic tests in cancer: review of methods and reporting. *Br Med J* 2006; 333: 7565: 413.
25. Norris S.L., Atkins D. Challenges in using nonrandomized studies in systematic reviews of treatment interventions. *Aim Intern Med* 2005; 142: 1112-1119.
26. Ogilvie D., Hamilton V., Egan M., Pettierew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Finding the evidence: how far should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 9: 804-808.
27. Olsen O., Gotzsehe P. C Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001; 358: 9290:1340-1342.
28. Oxman A.D., Fretheim A., Schunemann H.J. Improving the use of research evidence in guideline development: introduction. *Health Res Policy Syst* 2006; 4: 12.
29. Potshuma W.F.M., Westendorp R.G.J., Vandembroucke J.P. Cardioprotective effect of hormone replacement therapy in postmenopausal women: is the evidence biased? *Br Med J* 1994; 308: 6939:1268–1269.
30. Rochon P.A., Bero L.A., Bay A.M. et al. Comparison of Review Articles Published in Peer-Reviewed and Throwing Journals. *JAMA* 2002; 287: 21: 2853-2856.
31. Roundtree A.K., Kallen M.A., Lopez-Olivo M.A. et al. Poor reporting of search strategy and conflict of interest in over 250 narrative and systematic reviews of two biologic agents in arthritis: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 2: 128-137.
32. Shojania K G., Sampson M., Ansari M. T. et al. How Quickly Do Systematic Reviews Go Out of Date? A Survival Analysis. *Ann Intern Med* 2007; 147:4: 224-233.
33. Smith G.D., Egger M. Meta-analysis: Unresolved issues and future developments. *Br Med J* 1998; 316: 7126: 221-225.
34. Sterne J.A.C., Egger M., Smith G.D. Systematic reviews in health care: Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. *BrMedJ* 2001; 323: 7304: 101-105.
35. von Elm E., Poggia G., Walder B., Tramer M.R. Different patterns of duplicate publication: an analysis of articles used in systematic reviews. *JAMA* 2004; 291: 8: 971-980.
36. von Elm E., Scherer R. Do Clinical Trials Get Published After Presentation at Biomedical Meetings? A Systematic Review of Follow-up Studies. 2005. *JAMA*. Fifth International Congress on Peer Review and Biomedical Publication 2005.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

К 90-летию В.Ф. Григорьева

On the 90th Anniversary of V.F. Grigoriev

26 декабря 2011 г. исполняется 90 лет со дня рождения Василия Федоровича Григорьева.

Доктор медицинских наук, профессор, участник Великой Отечественной войны Василий Федорович Григорьев родился в деревне Болонье Новгородской области в крестьянской семье. Окончив в 1940 г. фельдшерско-акушерский техникум, в течение года работал фельдшером в родной деревне. Затем был призван в ряды Советской Армии, был курсантом учебной роты в Туле.

С первых дней войны Василий Федорович находился в действующей армии. Он воевал на Западном, 1-м и 3-м Белорусском и Забайкальском фронтах. Был рядовым, санинструктором, командиром санитарного взвода. С войсками прошел Восточную Пруссию, во время войны с Японией был в Маньчжурии.

В 1946 г. В.Ф. Григорьев стал студентом Хабаровского медицинского института, который окончил с отличием в 1951 г. По окончании вуза был направлен в клиническую ординатуру при акушерско-гинекологической клинике ХГМИ, впоследствии работал ассистентом этой клиники.

Василий Федорович внес большой вклад в развитие отечественной науки на Дальнем Востоке. С самого начала приоритетной для него стала проблема тазовых предлежаний. Располагая большим практическим материалом произведенных им акушерских поворотов при тазовых предлежаниях и неправильных положениях плода, он убедительно доказал несомненное преимущество наружного профилактического поворота плода на головку и предложил собственную его модификацию. Им был изучен метод проводниковой анестезии при оказании ручного пособия, предложено применение медикаментозных средств, снижающих тонус матки для трудных случаев поворота. Этот материал был обобщен В.Ф. Григорьевым в крупной монографической работе, которая была представлена на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и успешно защищена в 1962 г. в Омском медицинском институте. В следующем году ученым советом ХГМИ он был единогласно избран на должность доцента кафедры акушерства и гинекологии.

Василий Федорович разработал метод диагностики и критерии прерывания беременности при позднем

токсикозе с учетом длительности его течения.

Полученные в результате многолетнего изучения данные различных аспектов этой важной акушерской проблемы были оформлены им в виде докторской диссертации «Особенности течения беременности и исход родов для матери и плода в зависимости от длительности заболевания поздним токсикозом (с учетом отдаленных результатов)». Диссертация была успешно защищена в 1975 г., а в 1976 г. ему было присвоено ученое звание профессора.

Более 20 лет, с 1967 г. по 1990 г., В.Ф. Григорьев возглавлял кафедру акушерства и гинекологии лечебного факультета ХГМИ. За время своей многолетней работы он проявил себя эрудированным специалистом, прекрасным педагогом и воспитателем студентов, хорошим администратором и вдумчивым руководителем.

В характеристике, составленной в конкурсную комиссию ХГМИ, читаем: «В.Ф. Григорьев – высококвалифицированный специалист, прекрасно владеющий современными методами диагностики, терапии, техники акушерских и гинекологических операций. Занятия со студентами проводятся им на высоком теоретическом и практическом уровне и являются глубоко поучительными. Лекции содержательны, насыщены большим собственным клиническим материалом, излагаются на уровне современных достижений науки и практики, отличаются доходчивостью изложения». Уже в 70-х годах на кафедре проводился программированный контроль подготовки студентов к занятиям, были внедрены графологические разработки по многим акушерским и гинекологическим темам.

Под руководством профессора Григорьева было подготовлено не одно поколение акушеров-гинекологов в Хабаровском крае, а также научные кадры для кафедры. Он умело прививал сотрудникам кафедры и прак-



тическим врачам интерес к научным исследованиям и обобщениям полученного практического материала. Формирование интереса к научным исследованиям у студентов проводилось через работу студенческого научного кружка, численность которого достигала 100 человек. В.Ф. Григорьев – чуткий, терпеливый и внимательный наставник. Под его руководством были выполнены и успешно защищены 8 кандидатских диссертаций, издан тематический сборник «Современные аспекты перинатологии и краевой патологии». Он автор 87 опубликованных научных работ.

В.Ф. Григорьев проводил большую консультативную работу, оказывал практическую помощь органам здравоохранения. Он многократно выезжал в различные города Хабаровского края и других областей для оказания плановой и экстренной помощи больным, систематически проводил осмотры больных в женских консультациях и родовспомогательных учреждениях г. Хабаровска. Будучи главным акушером-гинекологом отдела здравоохранения Хабаровского края, организовывал научно-практические конференции для врачей и средних медицинских работников по актуальным вопросам акушерства и гинекологии. На кафедре установилась традиция ежемесячно выступать с лекциями на медицинские темы перед населением по линии общества «Знание».

В течение многих лет, начиная с 1967 г., Василий Федорович был бессменным председателем правления краевого общества акушеров-гинекологов, с 1975 г. – членом проблемной комиссии правления Всероссийского научного общества акушеров-гинекологов.

Уже в студенческие годы В.Ф. Григорьев умело сочетал отличную успеваемость с активной общественной работой. В последующем он неоднократно избирался членом партийного бюро института, членом профкома, председателем группы народного контроля, был редактором газеты «За медицинские кадры».

В 1990–2001 гг. В.Ф. Григорьев работал профессором и профессором-консультантом кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, продолжая плодотворно заниматься учебной, воспитательной, научно-исследовательской и лечебно-диагностической деятельностью.

Ратные подвиги и трудовая деятельность В.Ф. Григорьева отмечены двумя орденами Отечественной войны, двумя орденами Красной Звезды, девятью медалями, многочисленными грамотами и благодарностями. Ему присвоено звание заслуженного работника высшей школы и отличника здравоохранения. Говорят о нем и его заслугах и теплые слова его учеников. Вот что рассказывает профессор Ирина Анатольевна Блощинская:

«Роль учителя несомненно важна в выборе профессии, и особенно значима в период профессионального становления личности. Для меня одним из таких учителей стал профессор кафедры акушерства и ги-

некологии – в те годы Хабаровского государственного медицинского института – Григорьев Василий Федорович.

В этом человеке удивительно сочетались простота в отношении с пациентами и огромная человеческая мудрость.

Мы – его ученики – обязаны ему, прежде всего, пониманием того, что акушерское искусство не терпит лени, суеты, а требует умения ждать, наблюдать и анализировать ситуацию, бережно относиться к женщине, не вмешиваться в уникальный процесс родовой деятельности там, где это не нужно и, напротив, молниеносно принимать важное, а порой и единственное решение, там, где от этого зависит жизнь женщины и ее ребенка. Словом, обязаны ему пониманием того, что сегодня называется классическим акушерством. С моей точки зрения, именно этих знаний и навыков не хватает сегодня молодым врачам.

Первая операция кесарева сечения, первые самостоятельно проведенные роды, первый опыт клинического разбора сложных случаев – все это в моей жизни связано с именем моего учителя – профессора Василия Федоровича Григорьева.

Во многом научные пристрастия Василия Федоровича определили и мой научный интерес. Как и мой учитель, я многие годы занималась проблемой гестоза. Каждый, кто имеет ученую степень, близок со своим руководителем, так как только его вера в тебя, бесценный навык научных исследований, авторитет среди руководителей акушерских клиник и в научном сообществе позволяют добиться успехов.

Василий Федорович умел гордиться своими учениками. И по праву – ведь среди них профессора Пестрикова Татьяна Юрьевна, Чинова Галина Всеволодовна и автор этих строк.

Родившись в простой крестьянской семье, Василий Федорович никогда не терял связь со своей родиной. Будучи на пенсии, он продолжал материально помогать родственникам.

Каждый раз в день Победы испытываю горестные чувства, что не могу увидеть его, поздравить как ветерана Великой Отечественной войны.

Добрейшей души человек, трогательный и нежный муж, заботливый отец и дедушка, гостеприимный хозяин – таким запомнился нам наш дорогой учитель.

В своей преподавательской деятельности, в работе со студентами и молодыми врачами, я всякий раз вспоминаю Василия Федоровича, рассказываю им о своем учителе и считаю важным, чтобы врачи знали историю становления акушерской школы города Хабаровска».

К сожалению, Василий Федорович не успел отпраздновать девяностолетний юбилей: он скончался в 2007 г. Но светлая память о нем, знания и любовь к профессии, которые он успел передать своим ученикам, будут жить долгие-долгие годы.

* Использован очерк о В.Ф. Григорьеве из кн. «Юбилейная книга: 75 лет Дальневосточному государственному медицинскому университету», 2005.

ИНФОРМАЦИЯ

Обзор актуальных докладов научно-практической конференции «Модернизация здравоохранения – новый этап в развитии медицины Дальнего Востока»

**В.С. Ступак, А.В. Витько, В.Н. Плющенко, А.Ю. Мощинецкий,
Т.Н. Шишкина, Г.В. Гребенькова**

Министерство здравоохранения Хабаровского края,
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,
КГБУЗ «Перинатальный центр»,
Управление здравоохранения администрации г. Хабаровска

*Нам потребуются самые серьезные системные изменения и в организации медицинской помощи, и в техническом перевооружении медицинских организаций, и в качественном изменении кадрового потенциала здравоохранения»
В.В. Путин*

28 сентября 2011 года состоялась научно-практическая конференция «Модернизация здравоохранения – новый этап в развитии медицины Дальнего Востока» в рамках X Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»

В научно-практической конференции приняли участие 110 специалистов г. Хабаровска и районов Хабаровского края, а также других регионов России (Москва, Иркутск, Красноярск и др.) – это организаторы здравоохранения (главные врачи, заместители главных врачей), специалисты различного профиля (терапевты, акушеры-гинекологи, онкологи, эпидемиологи, неврологи, стоматологи, клинические фармакологи, провизоры, врачи-эксперты Министерства здравоохранения Хабаровского края), а также психологи, юристы и менеджеры.

На секции было представлено 10 докладов. Были заслушаны и обсуждены все запланированные доклады. Изложение выступлений подготовлено по материалам, представленным авторами в виде электронных презентаций и текстов выступлений в оргкомитет научно-практической конференции.

Открывая работу научно-практической конференции, министр здравоохранения Хабаровского края, кандидат медицинских наук **Александр Валентинович Витько** в докладе «**Модернизация краевого здравоохранения, основные цели и задачи**»

отметил, что стратегия социально-экономического развития Хабаровского края до 2025 года определила основные задачи дальнейшего развития здравоохранения в регионе, и неотложные меры реализации государственной политики, направленные на обеспечение высокого уровня и качества жизни населения.

Это предполагает высокие стандарты медицинской помощи, строительство новых объектов здравоохранения, оснащение их современным медицинским оборудованием, внедрение новых высокотехнологичных методов лечения.

С 2005 года реализуется национальный проект «Здоровье», в рамках которого значительно укрепилась материально-техническая база учреждений здравоохранения края. В крае открыты Центры здоровья, проведена диспансеризация работающих граждан и детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, плановая иммунизация населения, внедрены новые программы медицинского обследования новорожденных, значительно увеличились объемы высокотехнологичных видов медицинской помощи. Национальный проект «Здоровье» дал свои позитивные результаты, которые отразились на показателях смертности, рождаемости, младенческой смертности.

Расходы на здравоохранение по всем источникам финансирования увеличились с 2006 года, в среднем в 1,6 раза. Сегодня Хабаровский край занимает уверенные позиции в отечественном здравоохранении. На-

ряду с федеральными, приняты и успешно реализуются целевые программы «Здоровое поколение», «Демографическое развитие Хабаровского края», «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», «Комплексные меры противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков», «Пожарная безопасность», «Информатизация здравоохранения».

Проводится комплекс профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения края и формирование мотивации к ведению здорового образа жизни. В 2009 году начали работу шесть центров здоровья. В 2010 году дополнительно открыты детские центры здоровья. Проведение плановой иммунизации населению позволило стабилизировать эпидемиологическую обстановку.

Особое внимание уделяется развитию службы родовспоможения и детства, как основному фактору, определяющему демографическую ситуацию. С помощью родового сертификата, из приоритетного национального проекта в крае осуществлен переход от принципа содержания медицинских учреждений к принципу оплаты за конкретно выполненные объемы медицинской помощи.

Вместе с тем, в отрасли здравоохранения имеются серьезные проблемы: материально-техническая база изношена, сложившаяся структура медицинских учреждений характеризуется наличием дефицита учреждений и подразделений, оказывающих первичную медицинскую помощь, в частности на селе, тарифы за медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования не покрывают всех затрат на оказание медицинской помощи, уровень заработной платы медицинских работников, особенно врачебного персонала, является недостаточным. Сложившаяся ситуация в отрасли обусловила необходимость проведения широкомасштабной реформы системы здравоохранения.

В соответствии с требованиями ст. 50 Федерального Закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Министерством здравоохранения края разработана и утверждена Правительством Хабаровского края от 31 марта 2011 года № 84-пр **краевая программа «Модернизация здравоохранения Хабаровского края на 2011–2012 годы».**

Цель программы – улучшить качество и обеспечить доступность медицинской помощи населению края, путем:

- укрепления материально-технической базы медицинских учреждений;
- внедрения современных информационных систем в здравоохранении;
- внедрения стандартов оказания медицинской помощи.

На два ближайших года на реализацию краевой программы модернизации здравоохранения будет выделено 6,9 млрд. рублей на реализацию **приоритетных направлений:**

- охрана здоровья матери и ребенка;
- повышение доступности первичной и специализированной медицинской помощи жителям отдаленных северных районов, малых городов и сельской местности;
- совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- совершенствование медицинской помощи больным с социально-значимыми заболеваниями.

Только на укрепление **материально-технической базы** медицинских учреждений будет направлено 2,9 млрд. руб. В муниципальных районах края 128 объектов здравоохранения будут капитально отремонтированы. Мероприятия программы предусматривают оснащение медицинским оборудованием 66-ти учреждений здравоохранения. За период реализации Программы заработная плата врачей увеличится в 1,5 раза, средних медицинских работников – в 1,3 раза. Планируется переподготовка кадров, в том числе врачей общей практики и узких специалистов. За два года курсы повышения квалификации пройдут 3,6 тысячи врачей, профессиональную подготовку получают 69 специалистов. Особое место уделено закреплению в отдельных и труднодоступных районах медицинских кадров, в том числе молодых специалистов-целевиков.

Следующее направление Программы модернизации здравоохранения – **информатизация здравоохранения.** Из федерального бюджета на эти цели запланировано выделить 234 млн. руб.

К настоящему времени в системе здравоохранения Хабаровского края сложилась информационная инфраструктура, базирующаяся на современных технологиях и включающая в себя локальные вычислительные сети крупных ЛПУ, развитое программное обеспечение и достаточно хорошую оснащенность вычислительной техникой.

Приоритетными направлениями информатизации здравоохранения Хабаровского края в 2010–2017 гг. являются:

- комплексная информатизация учреждений здравоохранения Хабаровского края и формирование интеграционной среды для медицинских информационных систем;
- создание региональной информационно-аналитической медицинской системы Хабаровского края;
- создание краевой радиологической сети;
- создание ведомственной сети Министерства здравоохранения Хабаровского края;
- создание сети телемедицинских центров и узлов.

Одной из основных задач Программы модернизации является **внедрение стандартов оказания медицинской помощи**, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи. Для этого, планируется поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Минздравсоцразвития России и переход к одноканальному финансированию, то

есть включение в тарифы на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС статей расходов, оплачиваемых в настоящее время за счет средств бюджетного уровня. Выбор учреждений здравоохранения для внедрения стандартов медицинской помощи будет осуществлен исходя из их готовности к выполнению стандартов (обеспеченность кадрами, оборудованием).

В результате реализации Программы планируется достичь следующих целевых показателей (к 2013 году по отношению к уровню 2009 года):

Снизить:

1. Смертность населения в трудоспособном возрасте – с 72,9 до 72 случаев на 100 тысяч населения (на 1,2 %), в том числе:

– от болезней системы кровообращения – с 256,1 до 249 случаев (на 5,1 %);

– от злокачественных новообразований – 80,0 до 76,5 случаев (на 5 %);

2. Смертность населения в трудоспособном возрасте от травм с 209,3 до 202,3 случаев (на 3,3 %).

3. Смертность в течение года с момента установления диагноза злокачественного новообразования с 24,6 до 23 случаев (на 6,5 %).

Повысить:

1. Долю детей 1 и 2 группы здоровья, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, с 84 до 85 %;

2. Пятилетнюю выживаемость больных со злокачественными новообразованиями с момента установления диагноза с 43,4 до 50 %;

3. Удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи с 65 до 80 %;

4. Удовлетворенность населения медицинской помощью с 79,1 % до 82,5 %;

5. Среднегодовую занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения с 327 до 333 дней;

6. Количество врачей-специалистов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, которым были осуществлены денежные выплаты стимулирующего характера до 100 %;

7. Ожидаемый показатель младенческой смертности: в 2011 году – 10 случаев на 1000 родившихся живыми, в 2012 году – 11,6 случаев, в связи с переходом на рекомендованные ВОЗ критерии рождения будут учитываться маловесные недоношенные дети от 500 до 1000 граммов.

С докладом «**Регионализация здравоохранения – новый этап в развитии родовспоможения в Хабаровском крае**» выступил **Валерий Семенович Ступак**, главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр», заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», кандидат медицинских наук.

В докладе отмечалось, что регионализация службы охраны материнства и детства приведет к созданию координированной, взаимодействующей системы акушерской и неонатальной помощи; целенаправлен-

ному финансированию и материально-техническому оснащению, восстановлению вертикали управления, что позволит снизить материнскую, младенческую и перинатальную смертность и повысит качество и доступность медицинской помощи женщинам и детям.

К основным задачам службы родовспоможения и детства отнесены:

- реализация плана мероприятий по снижению младенческой и материнской смертности на территории Хабаровского края – оптимизация сети, четкая маршрутизация пациентов;

- формирование новых подходов к пренатальной диагностике;

- создание Центра помощи беременным, попавшим в кризисную ситуацию;

- создание симуляционного центра;

- создание центра паллиативной терапии;

- наращивание объемов планового дистанционного наблюдения и телемедицинских консультаций;

- наращивание объемов планового дистанционного наблюдения и телемедицинских консультаций.

Докладчик отметил, что в структуре управления Родовспомогательным объединением Хабаровского края, на базе КГБУЗ «Перинатальный центр» создан **Краевой Совет родовспомогательного объединения**, основными функциями и задачами которого являются:

1. Разработка и внедрение системы контроля качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным детям в учреждениях здравоохранения родовспомогательного профиля, входящими в Объединение, с использованием телекоммуникационных и информационно-аналитических систем;

2. Организация мониторинга и анализа состояния материнской, перинатальной и младенческой смертности на территории Хабаровского края;

3. Организационно-методическое сопровождение при внедрении в деятельность учреждений здравоохранения современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнских, перинатальных и младенческих потерь, инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

4. Анализ деятельности учреждений родовспоможения Хабаровского края;

5. Разработка и обеспечение мероприятий, направленных на повышение квалификации врачебных кадров и среднего медицинского персонала учреждений родовспоможения края;

6. Адаптирование и внедрение отраслевых федеральных стандартов в деятельность учреждений родовспоможения края;

7. Оптимизация коечного фонда учреждений здравоохранения родовспомогательного профиля, входящих в Объединение; приведение их в соответствие с федеральными нормативами с целью наиболее рационального использования материальных ресурсов и повышения качества оказания медицинской помощи;

8. Планирование и осуществление выездных заседаний Совета с целью совершенствования системы оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным в Объединении;

9. Участие в разработке нормативных правовых актов и программ по охране здоровья женщин и детей;

10. Оказание организационно-методической помощи в деятельности Комиссии по контролю за состоянием материнской и младенческой смертности Министерства здравоохранения Хабаровского края;

11. Взаимодействие с общественными и иными организациями, средствами массовой информации по вопросам деятельности Объединения.

С докладом «**Здоровье коренных малочисленных народов Севера – в зеркале демографических процессов в Хабаровском крае**» выступил **Виталий Николаевич Плющенко**, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница».

В докладе отмечалось, что по данным Всероссийской переписи населения 2002 г., в крае проживают представители 123 национальностей и этнических групп, а по данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю коренных малочисленных народов Хабаровского края на 01.01.2011 г. насчитывалось 24435 человек – 1,74 % от общей численности населения края (*в 11,6 раза выше, чем удельный вес коренных малочисленных народов в населении Российской Федерации – 0,15 %*).

Этнический состав коренных малочисленных народов Хабаровского края (*по данным Всероссийской переписи населения 2002 года*): нанайцев – 10993 чел. (46,05 %), эвенков – 4533 чел. (18,99 %), ульчей – 2718 чел. (11,38 %), нивхов – 2452 чел. (10,27 %), эвенов – 1272 чел. (5,32 %), удэгейцев – 613 чел. (2,56 %), негидальцев – 505 чел. (2,11 %), орочей – 426 чел. (1,78 %), других народностей и этнических групп – 1,54 %.

Естественный прирост коренных малочисленных народов Хабаровского края в течение 2002–2006 гг. имел отрицательные значения, но с 2007 года стал положительным, увеличившись в течение 2007–2010 гг. в 2 раза: с +6,1 человека на 1000 населения в 2007 году до +12,1 человека на 1000 населения в 2010 году.

Выводы

1. В отличие от медико-демографических показателей в целом по Хабаровскому краю, показатели общей численности, общей рождаемости, общей смертности и естественного прироста среди коренных малочисленных народов края в течение 2007–2010 гг. приобрели выраженные положительные тенденции:

- их численность не уменьшается;
- показатель общей рождаемости в 2010 году (21,1 родившихся живыми на 1000 населения) выше среднего краевого в 1,7 раза;
- показатель общей смертности в 2010 году (9,1 умерших на 1000 населения) ниже среднекраевого в 1,5 раза;

– показатель естественного прироста имеет положительные значения.

2. Все это свидетельствует о расширенном типе воспроизводства коренных малочисленных народов Хабаровского края (идет прирост населения) на фоне суженного типа воспроизводства населения в целом по Хабаровскому краю (население уменьшается в своей численности).

3. Необходимо продолжить работу по дальнейшему совершенствованию мониторинга состояния здоровья коренных малочисленных народов Хабаровского края, по данным государственной статистической отчетности учреждений здравоохранения края.

По проблеме информатизации в здравоохранении выступил с докладом «**Информатизация как основной компонент современного здравоохранения Хабаровского края**» **Андрей Юрьевич Мощинецкий** – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», в котором он отметил, что распоряжением Губернатора Хабаровского края от 12.02.2010 г. «О концепции информатизации отрасли здравоохранения Хабаровского края», в крае продолжает работать краевая целевая программа «Информатизация отрасли здравоохранения Хабаровского края на 2010–2017 годы».

Целью этой программы является **внедрение и развитие современных информационных и коммуникационных технологий**, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи и электронных услуг населению, повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения края, однако существует еще ряд **проблем**, а именно:

- создание единой информационной программы системы здравоохранения субъекта РФ;
- комплексная информатизация медицинских учреждений;
- создание баз данных диагностических изображений с доступом для специалистов;
- создание единой электронной карты жителя Хабаровского края;
- развитие телемедицинских технологий.

Для решения этих проблем необходимо провести комплекс мероприятий, которые включают в себя:

- комплексную информатизацию учреждений здравоохранения Хабаровского края и формирование интеграционной среды для медицинских информационных систем;
- создание региональной информационно-аналитической медицинской системы края;
- создание краевой радиологической сети;
- создание ведомственной сети Министерства здравоохранения края;
- создание сети телемедицинских центров и узлов.

В своем докладе А.Ю. Мощинецкий представил **ожидаемые результаты и показатели реализации Программы:**

- повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи в медицинских учреждениях Хабаровского края;
- рациональное использование ресурсов здравоохранения края;
- рост производительности труда медицинских работников;
- подключение к ведомственной сети Министерства здравоохранения Хабаровского края не менее 150 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения края;
- комплексное внедрение муниципального сегмента краевой информационной системы во всех муниципальных образованиях Хабаровского края;
- увеличение количества автоматизированных рабочих мест медицинских работников в ЛПУ до 3000;
- сокращение времени поликлинического обслуживания пациентов не менее чем на 20 процентов;
- повышение эффективности управления здравоохранением Хабаровского края (повышение оперативности управления основными фондами отрасли, управление финансовыми потоками в системе ОМС и бюджетного финансирования, снижение количества необоснованных выплат в системе обязательного медицинского страхования и др.) с суммарным экономическим эффектом до 60 млн. рублей ежегодно;
- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения на основе телемедицинских технологий с суммарным экономическим эффектом до 12 млн. рублей ежегодно;
- предоставление населению Хабаровского электронных услуг в сфере здравоохранения, предусмотренных соответствующими нормативными актами Российской Федерации.

С докладом «**Организационные подходы к формированию информационной системы отрасли здравоохранения г. Хабаровска на современном этапе**» выступила **Галина Дмитриевна Репина** – к.м.н., главный специалист отдела медицинского обеспечения экспертизы и управления программами управления здравоохранения администрации г. Хабаровска, преподаватель кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения».

В докладе были представлена структура информационного взаимодействия в отрасли здравоохранения г. Хабаровска и основные **организационные принципы информатизации отрасли здравоохранения**, а именно:

- проведение комплексной информатизации амбулаторно-поликлинических учреждений;
- внедрение электронных версий основных первичных медицинских документов в систему документооборота медицинских учреждений и управления здравоохранением;
- подготовка автоматизированных рабочих мест персонала лечебных, диагностических и функциональных подразделений;

- автоматизация процессов экспертизы и контроля качества медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи и индикаторов качества;
- централизация формирования компьютерных баз медицинских, фармацевтических и экономических данных МУЗ.

Особая роль в докладе была отведена **внедрению электронной медицинской карты**, которая позволила осуществлять:

- автоматизированный учет медицинской информации о состоянии здоровья пациента, результатах диагностического обследования, медицинских услугах, оказанных пациенту;
- обеспечение соблюдения утвержденных стандартов амбулаторной медицинской помощи пациентам;
- мониторинг соблюдения установленных стандартами требований к обследованию, установлению диагноза, лечению пациентов;
- анализ дефектов, допущенных при оказании медицинской помощи пациентам, выявлении причин отклонений от требований стандартов медицинской помощи.

Большую дискуссию вызвал доклад «**Роль врача общей практики в структуре современного здравоохранения**», с которым выступила **Наталья Эдуардовна Посвалюк** – к.м.н., старший научный сотрудник ВЦ ДВО РАН г. Хабаровск. В докладе автор представил основные нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность врачей общей практики основные функциональные обязанности и требования к уровню подготовки врачей общей практики. В заключении выделены основные инновационные технологии в проектировании профилактической деятельности врачей общей практики, а именно:

Создание здоровьесберегающего пространства в интегративных (образование – медицина – наука) и корпоративных региональных сетях на основе ОВП.

Создание интегрированной базы данных технологий профилактической работы врачей общей практики с учетом гендерных, половозрастных, этнологических, экологических и других особенностей населения.

Оптимизировать планирование и проведение профилактических мероприятий ВОП на основе системного анализа и теории массового обслуживания.

С интересными докладами выступили и другие участники научно-практической конференции: «**Духовно-этические аспекты медицинской помощи женщинам, попавшим в кризисные ситуации**» – священник **Игорь Константинов**, руководитель отдела церковной благотворительности и социального служения Хабаровской Епархии Русской Православной Церкви (г. Хабаровска); «**Новые реформы здравоохранения – шаг вперед или новые проблемы?**» – **Валентина Михайловна Савкова** – к.ф.н., доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», главный врач МБУЗ «Городская поликлиника № 5» г. Ха-

баровска и доклад «**Инновационные медицинские технологии как основа модернизации на примере КГБУЗ «Диагностический Центр "Вивея"»** – **Болоньева Наталья Александровна**, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, главный врач КГБУЗ «Диагностический Центр "Вивея"».

С заключительным словом выступил председатель научно-практической конференции **Валерий Семенович Ступак**, заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения». Он подчеркнул, что основными ожидаемыми результатами реализации региональных программ модернизации здравоохранения являются: оптимизация сети учреждений здравоохранения, развитие амбулаторной медицинской помощи (в т.ч. неотложной), стационарзамещающих технологий, приведение структуры коечного фонда по профилям в соответствии с потребностью населения в медицинской помощи, обеспечение медицинской помощи на основе соблюдения стандартов, укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе повышение фондооснащенности и фондовооруженности учреждений здравоохранения, сбалансированность территориальных

программ государственных гарантий, внедрение телемедицинских систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде и предложил участникам конференции проект резолюции, который был принят большинством голосов.

Участники конференции отметили высокий уровень организации и проведения конференции, актуальность обсуждаемых вопросов и значимость полученных сведений для повседневной работы.

Результатом работы конференции явилось принятие резолюции по основным приоритетным направлениям модернизации здравоохранения в Хабаровском крае, а именно:

1. Обратиться в Органы Законодательной и Исполнительной власти РФ об ускорении разработки и принятия концепции развития здравоохранения РФ и нового закона об охране здоровья граждан РФ.

2. Сформировать рабочую группу специалистов здравоохранения по завершению разработанной концепции развития здравоохранения Хабаровского края до 2020 года и представить ее к публичному обсуждению.

3. Продолжить работу по формированию и внедрению порядков и стандартов оказания медицинской помощи населению края.

План научно-практических мероприятий министерства здравоохранения Хабаровского края на 2012 год

УТВЕРЖДЕНО
распоряжением министерства здравоохранения
Хабаровского края от 21.11.2011 № 1148-р

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку меропри- ятия
1	Научно-практическая конференция «Особенности современного течения позднего сифилиса»	февраль	Аршинский М.И. – главный врач ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» МЗ ХК; Некипелова А.В. – доцент кафедры общеклинических дисциплин ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
2	Семинар «Современная терапия ИБС и артериальной гипертензии» г. Комсомольск-на-Амуре	март	Островский А.Б. – заведующий кафедрой внутренних болезней ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
3	Школа-семинар «Актуальные вопросы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний»	март	Петричко Т.А. – доцент кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
4	Научно-практическая конференция «Прикладные вопросы профилактики, клинико-лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, СПИД-ассоциируемых, кровоконтактных заболеваний, кровоконтактных вирусных гепатитов»	I квартал	Кузнецова А.В. – главный врач ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» МЗ ХК
5	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы пульмонологии»	I-II квартал	Добрых В.А. – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России
6	Научно-практическая конференция «Клещевые инфекции»	апрель	Макарова Т.Е. – заведующая кафедрой туберкулеза и инфекционных болезней ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
7	Научно-практическая конференция (с теле-трансляцией г. Комсомольск-на-Амуре) «Гармония в стоматологии, способы достижения, проблемы эстетической стоматологии»	апрель	Лучшева Л.Ф. – заведующая кафедрой стоматологии ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
8	Научно-практическая конференция «Современная гемостатическая терапия в акушерстве, хирургии, гематологии»	апрель	Мансветова Е.Ф. – и.о. заведующей кафедрой сестринского дела ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
9	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы наркологии»	апрель	Ракицкий Г.Ф. – главный врач ГУЗ «Краевая психиатрическая больница» МЗ ХК; Панюшкина Н.П. – доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
10	XI Международный конгресс «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения», посвященный проблеме родовспоможения и детства	май	Чижова Г.В. – ректор ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
11	II Дальневосточный симпозиум по перинатальной медицине «Проблемы перинатальной медицины» (в рамках XI Международного конгресса)	май	Ступак В.С. – главный врач ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК, заведующий кафедрой организации здравоохранения ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК; Колесникова С.М. – заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
12	Научно-практическая конференция медицинских сестер «Формирование здорового образа жизни» (в рамках XI Международного конгресса)	май	Ткаченко И.В. – декан ФПК и ППСМР, заведующая кафедрой сестринского дела в педиатрии ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК; Мансветова Е.Ф. – и.о. заведующей кафедрой сестринского дела ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
13	Региональная научно-практическая конференция «Состояние и перспективы развития травматологии и ортопедии на Дальнем Востоке»	май	Воловик В.Е. – заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
14	Научно-практическая конференция «Новые технологии в акушерстве и гинекологии»	май	Пестрикова Т.Ю. – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравоохранения России
15	Научно-практическая конференция «Ювенильная неврология – междисциплинарный подход в вопросах реабилитации детей с патологией нервной системы» (в рамках XI Международного конгресса)	июнь	Ступак В.С. – главный врач ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК, заведующий кафедрой организации здравоохранения ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК; Левкова Е.А. – заведующая консультативно-диагностической поликлиникой для детей «Перинатальный центр» МЗ ХК
16	II Дальневосточный съезд педиатров и неонатологов	июнь	Козлов В. К. – директор ХФ ДНЦ ФПД СО РАМН - НИИ ОМ и Д
17	Международный симпозиум по сексуальной медицине «Встреча на Дальнем Востоке»	август	Антонов А.Г. – заведующий кафедрой урологии и нефрологии ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравоохранения России, МУЗ «Городская больница № 10»
18	Медиа-конференция «Хочу все знать – 2012»	III квартал	Кузнецова А.В. – главный врач ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» МЗ ХК
19	Школа-семинар «Актуальные вопросы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний»	октябрь	Петричко Т.А. – доцент кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
20	Съезд ревматологов Дальнего Востока	октябрь	Оттева Э.Н. – доцент кафедры внутренних болезней ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
21	Выездная научно-практическая школа «Проточная цитометрия в гематологии. Избранные вопросы гемостазиологии»	октябрь	Васильева М.М. – заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК; Жмеренецкий К.В. – заведующий кафедрой клинической диагностики ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравоохранения России; Боровская Т.Ф. – профессор кафедры клинической диагностики ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравоохранения России

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
22	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы инфекционной патологии»	октябрь	Молочный В.П. – заведующий кафедрой детских инфекционных болезней ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России
23	Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы стоматологии детского возраста»	октябрь	Антонова А.А. – заведующая кафедрой стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России
24	Научно-практическая конференция «Развитие медицинской реабилитации на Дальнем Востоке»	октябрь	Завгородько В.Н. – заведующий кафедрой реабилитации и физиотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России
25	Научно-практическая конференция «Состояние здоровья подростков на современном этапе»	октябрь	Козлов В.К. – заведующий кафедрой детских болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России; Хабаровский филиал Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН НИИ охраны материнства и детства
26	Научно-практическая конференция «Новое в решении проблем нарушений моторики желудочно-кишечного тракта: от А до Я»	ноябрь	Алексеев С.А. – заведующий кафедрой госпитальной терапии ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития РФ
27	Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы школьной медицины»	ноябрь-декабрь	Рзынкина М.Ф. – заведующая кафедрой поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития РФ
28	Научно-практическая конференция «Решенные, нерешенные проблемы эндокринологии»	декабрь	Ушакова О.В. – доцент кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК; Пьянкова Е.Ю. – доцент кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины ГОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК
29	Межрегиональная научно-практическая конференция «Проблемы управления, экономики и права в современном здравоохранении»	декабрь	Кораблев В.Н. – заведующий кафедрой экономики и управления на предприятии здравоохранения ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития РФ
30	Краевая научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения высокопатогенного гриппа»	IV квартал	Кузнецова А.В. – главный врач ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» МЗ ХК

Указатель статей, опубликованных в 2011 г.**ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ**

Савкова В.М., Сулейманов С.Ш. Модернизация здравоохранения: положительные и отрицательные стороны. – № 2 (48). – С. 4–8.

Топалов К.П., Баглай И.А., Сотворенная Н.А. Онкологическая помощь населению Хабаровского края: состояние и перспективы ее улучшения. – № 4 (50). – С. 4–12.

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Концепция развития противотуберкулезной службы в Хабаровском крае до 2020 года. – № 1 (47) – С. 4–19.

Канин Е.С., Развин С.Б., Иванов С.С. Клинико-морфологический анализ летальных случаев от туберкулеза в Хабаровске и Хабаровском крае. – № 1 (47) – С. 20–24.

Топалов К.П., Юрченко Т.Ю., Минаев А.В. Эпидемическая ситуация с туберкулезом в Хабаровском крае: пути ее улучшения. – № 1 (47) – С. 25–29.

Гейц Т.В., Топалов К.П., Ганза В.Н., Хомченко С.В. Риски возникновения туберкулеза как проявление нозокомиальной инфекции в многопрофильной больнице. – № 1 (47) – С. 30–33.

Кораблев В.Н., Бурышкова Н.Н. В помощь главному врачу. Локальные нормативные акты, не предусмотренные законодательством о труде. – № 1 (47) – С. 33–35.

Дьяченко В.Г., Костакова Т.А. Современные тенденции формирования коечного фонда медицинских учреждений и кадров врачей в системе здравоохранения Дальневосточного федерального округа. – № 1 (47) – С. 36–40.

Лучшева Л.Ф., Тармаева С.В., Осетрова Т.С., Орлова Ю.Н., Пинкевич А.А. Вопросы организации ортодонтической помощи детям на примере Хабаровского края. – № 1 (47) – С. 40–41.

Данилова С.В. Критерии оценки деятельности психиатрических учреждений при проведении Всероссийского конкурса «За подвижность в области душевного здоровья». – № 1 (47) – С. 42–46.

Ступак В.С., Пошатаев К.Е., Пудовиков С.С., Свередюк М.Г., Петров Г.Г., Шишова Н.Н., Попова И.Е. Актуальные проблемы реализации нового закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в системе здравоохранения Хабаровского края. – № 2 (48) – С. 9–13.

Егоров В.В., Бадюгина С.П., Смолякова Г.П. Итоги работы Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» в 2010 году. – № 2 (48) – С. 14–17.

Хробрых С.Б., Наконечная О.В. Актуальные вопросы медицинского освидетельствования граждан, исполняющих воинскую обязанность, при наиболее часто встречающихся неврологических заболеваниях

ях. – № 2 (48) – С. 17–20

Бессонова Н.Н., Щукин Н.Н., Киселева Т.А., Ким Э.В. Динамика первичной инвалидности вследствие первичной открытоугольной глаукомы в Хабаровске и Хабаровском сельском районе по данным нейроофтальмологического бюро за период 2008–2010 гг. – № 2 (48) – С. 21–24

Ступак В.С., Чумакова О.А., Левкова Е.А., Карташев К.В. Младенческая смертность – показатель эффективности реализации программы модернизации здравоохранения Хабаровского края. – № 2 (48) – С. 24–27.

Отцецкая О.М., Федкова И.Г., Сочнева Г.А., Новикова А.В., Груздева Т.П., Абрамова Л.Д., Приходова Т.И. Результаты диспансеризации рамках национального проекта «Здоровье» в г. Комсомольске-на-Амуре за период 2006–2010 годы. – № 3 (49) – С. 4–7.

Белкина Е.И., Топалов К.П. Перспективы развития ортопедо-травматологической службы в Елизовском муниципальном районе Камчатского края. – № 3 (49) – С. 7–20.

Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Руссу Е.Ю. О принципах оценки эффективности муниципального здравоохранения субъектов РФ Дальневосточного федерального округа. – № 4 (50) – С. 13–17.

Дьяченко О.А., Гевлич Н.В., Яринчук Е.И., Тумакова Е.В., Мартын Е.В., Воробьева Л.А. Социально-экономические характеристики семей, воспитывающих детей с проявлениями туберкулезной инфекции в г. Хабаровске. – № 4 (50) – С. 18–22.

Егоров В.В., Бадюгина С.П., Рогова В.Г. Итоги работы Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за период 2006–2010 годы. – № 4 (50) – С. 22–25.

Ракицкий Г.Ф., Плющенко В.Н., Дорожкина Л.И., Брылева И.Н., Песня С.В. О состоянии психиатрической и наркологической помощи населения края и мерах по ее совершенствованию. – № 4 (50) – С. 25–34.

Плющенко В.Н., Брылёва И.Н., Лазарь К.Г. Суициды как социально-психопатологическое явление. – № 4 (50) – С. 35–41.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ступак В.С., Холичев Д.А., Казаринова М.В., Дудукалов С.Г., Беломыцина Н.А., Березина Г.П., Обухова Г.Г. Клинико-лабораторная характеристика вариантов течения воспалительной реакции у новорожденных с церебральной ишемией. – № 3 (49) – С. 21–24.

Оттева Э.Н., Черенцова И.А. «Золотой стандарт» в лечении ревматоидного артрита (пилотное исследование). – № 3 (49) – С. 25–30.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Сухотин С.К., Тарабарин В.Ф., Сухотина Н.В., Чижова Г.В., Филиппов А.Г., Антонов С.В., Щенников Э.Л., Пономарчук А.С. Интенсивная терапия и респираторная поддержка у беременных с тяжелой вирусно-бактериальной пневмонией А(Н1N1), осложненной острым респираторным дистресс-синдромом. – № 1 (47) – С. 47–52.

Уткин С.И., Сорокин Е.Л. Вегетативные реакции в детской офтальмохирургии: особенности профилактики. – № 1 (47) – С. 53–56.

Стеценко О.А., Шабанова Н.М., Туш Е.А. Применение гелевого метода для скрининга и идентификации антител на базе отделения переливания крови ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК. – № 1 (47) – С. 57–59.

Володченко Н.П., Погорелов В.В. Лечение больших и гигантских вентральных грыж у больных, страдающих ожирением и сахарным диабетом. – № 1 (47) – С. 59–60.

Кузьмичев П.П., Шапкин В.В., Кузьмичева Н.Е., Малинская Г.С., Карпова А.Е. Результаты лечения больных узловыми образованиями щитовидной железы с использованием озоновых технологий (по данным отдаленного катамнеза). – № 1 (47) – С. 61–64.

Козырев Г.А., Скирута Ю.Д., Белобратова Л.Н., Ко В.К., Канин Е.С. Опыт хирургического лечения базалиомы кожи лица с одномоментной пластикой дефекта свободным расщепленным кожным лоскутом. – № 1 (47) – С. 65–66.

Даненков А.С., Николаев Е.В., Бояринцев Н.И. Выбор метода лечения поздних осложнений после применения полиакриламидного геля для контурной пластики. – № 2 (48) – С. 28–30.

Данилова И.В. Значение ультразвукового скринингового обследования новорожденных, поступивших под наблюдение в поликлинику в 2008–2010 годах, проводимого в рамках Национального проекта «Здоровье» в ранней диагностике патологии. – № 2 (48) – С. 30–33.

Новикова Н.В., Ванчикова О.В., Филиппова В.В., Курилович И.А., Финке Г.И. Результаты внедрения современных реконструктивно-пластических операций у женщин по материалам гинекологического отделения краевой больницы г. Петропавловска-Камчатского. – № 2 (48) – С. 33–35.

Когут И.Д., Чернатова И.А., Сушкова М.А., Новолодская О.И. Анализ патологии, выявленной при полном офтальмологическом диагностическом обследовании. – № 2 (48) – С. 35–37.

Ду В.Ф., Завальский М.В. Использование цефтриаксона при лечении острой неосложненной гонококковой инфекции на амбулаторном этапе. – № 3 (49) – С. 31–32.

Люлин А.Ф., Емельянова В.Л., Нищенко Т.А., Люлина Г.Н. Конъюгационная желтуха новорожденных: перинатальные факторы риска, пути коррекции, исходы. – № 3 (49) – С. 33–34.

Коваленко В.Л., Леонов В.П., Свистун А.П., Еременко А.В. Наблюдение первичного рака 12-перстной кишки, осложненного анемией тяжелой степени. – № 3 (49) – С. 35–37.

Редькин Ю.В., Любошенко Т.М. Иммуномодулятор имунофан в лечении больных с герпетической микст-инфекцией. – № 3 (49) – С. 38–41.

Голямов П.С., Платова С.Б., Щагин С.В. Схема коррекции дисбиоза кишечника у пациентов, перенесших резекцию желудка. – № 4 (50) – С. 42–44.

Малыхин Ф.Т., Думан Т.С. Изучение качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких как составная часть ее клинической диагностики. – № 4 (50) – С. 45–47.

Ушакова О.В., Шапиро Е.П., Дмитричева И.И., Буркова, Будкова М.А. Оценка эффективности работы медицинской регистратуры МБУЗ «Клинико-диагностический центр» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска. – № 4 (50) – С. 47–49.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Удот Л.И., Крекнина С.В., Шестюк Т.В., Чешева Л.А. Опыт комплексной реабилитации детей в отделении ранней помощи. – № 1 (47) – С. 71–74.

Яценко С.К., Складов С.Д., Ткаченко И.В. Энтеровирусная инфекция у детей Хабаровского края. – № 2 (48) – С. 47–49.

Тяжелков А.П. Отдаленные результаты хирургического лечения детей с болезнью Легга – Кальве – Пертеса. – № 2 (48) – С. 49–53.

Кузьмичев П.П., Гандуров С.Г., Воловик В.Е., Зарецкий В.Т., Мешков А.В., Брызгалов А.В., Сова В.В. Синдром Поланда у детей. – № 2 (48) – С. 53–55.

Иванов С.С., Развин С.Б., Канин Е.С. Клинико-морфологический аудит причин смерти больных, умерших на дому. – № 2 (48) – С. 55–60.

Кетова Г.Г., Астапенкова Ю.В., Климова Е.В., Кремлев С.Л. Анализ неблагоприятных побочных реакций на анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты. – № 3 (49) – С. 55–56.

Кусик О.Г., Кусик А.В., Клейман М.Л. Стремительные роды, осложненные острым ишемическим отеком шейки матки. – № 3 (49) – С. 57–60.

Сычев Д.А., Захарова И.А., Кукес В.Г. Практическое использование фармакогенетического тестирования для персонализации применения противоопухолевых лекарственных средств: обзор регламентирующих документов. – № 3 (49) – С. 61–67.

Тарасевич В.Ю., Тарасова М.В., Баранова О.Б., Качанова Т.В. Динамика и структура обращаемости детского населения по поводу аллергической патологии за неотложной помощью в г. Хабаровске. – № 3 (49) – С. 67–70.

Тарасевич В.Ю. Современные технологии лечения бронхиальной астмы у детей раннего и младшего возраста. – № 3 (49) – С. 70–74.

Владимирова Н.Ю., Ступак В.С., Никишина М.В., Филиппова В.В. Алгоритм пренатальной диагностики на территории Хабаровского края. – № 4 (50) – С. 50–53.

Сикора Н.В., Филиппова В.В., Ступак В.С. Распространенность муковисцидоза в Хабаровском крае по данным неонатального скрининга. – № 4 (50) – С. 54–56.

СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ

Лазарева И.Г., Волочаева М.В., Ткаченко И.В. Стандартизация сестринской деятельности – путь к становлению системы управления качеством медицинской помощи. – № 2 (48) – С. 61–68.

Петухова Г.М., Николаевская Т.И., Левченко С.С. Особенности физического развития детей, проживающих в МУЗ «Дом ребенка специализированный № 2». – № 2 (48) – С. 69–73.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Темникова О.Г. Случай врожденного гидронефроза. – № 1 (47) – С. 67–68.

Шилова И.А., Галёса М.С. Клинический случай применения безметалловой керамики на основе диоксида циркония. – № 1 (47) – С. 69–70.

Макарова Т.Е., Головкова Н.Ф., Протасеня И.И., Заварцева Л.И., Миропольская Н.Ю., Солодовникова О.Н. Клинические проявления бактериального гнойного менингита смешанной этиологии у детей. – № 2 (48) – С. 38–39.

Кузьмичев П.П., Тропиковой А.М., Ефременко А.Д., Костенко В.Н. Случай успешного лечения гемангиомы носа у ребенка. – № 2 (48) – С. 40–41.

Люлин А.Ф., Черникова Н.А. Эффективность гомеопатического лекарственного средства «Млекоин» в лечении гипогалактии у кормящих матерей. – № 2 (48) – С. 41–43.

Чиняева Н.М., Брызгалина А.О., Брежнева Л.Ф., Ефременко Ж.А., Кожарская О.В., Обухова В.Т. Редкие случаи ультразвуковой диагностики дополнительных сосудов печени у новорожденных. – № 2 (48) – С. 43–46.

Бублик И.Н., Козырева Т.Г., Горбач А.А. Оценка влияния антипсихотических препаратов на функцию печени. – № 3 (49) – С. 42–44.

Воронов А.В., Павлов А.Э. Клиническое наблюдение хорионкарциномы желудка. – № 3 (49) – С. 44–45.

Гапоненко Е.К., Аршинский М.И. Вирус папилломы человека. Клинический случай папилломатозного вирусного хейлита: современный взгляд с точки зрения доказательной медицины. – № 3 (49) – С. 49–52.

Кузьмичев П.П., Гандуров С.Г., Зарецкий В.Т., Сова В.В., Мешков А.В., Брызгалин А.В. Лейомиома пищевода у детей. – № 3 (49) – С. 49–52.

Чиграй В.В., Калинин А.В., Пальчик Т.С., Желтышев А.Б., Шамшина С.А., Калинин М.А., Нестеренко С.Н., Оненко Н.А. Случай тяжелой преэклампсии с HELLP-синдромом. – № 3 (49) – С. 52–54.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

Новикова Н.В., Чижова Г.В., Горшкова О.В., Фельдшерова Г.И. Бесплодный брак. Современные методы обследования. – № 2 (48) – С. 74–82.

Новикова Н.В., Чижова Г.В., Горшкова О.В., Фельдшерова Г.И. Бесплодный брак. Современные принципы терапии женского бесплодия (часть 2). – № 3 (49) – С. 75–84.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Оттева Э.Н. Современные подходы к лечению и мониторингу больных ревматоидным артритом: состояние вопроса. – № 1 (47) – С. 75–82.

Рябова Т.И. Некоторые вопросы эпидемиологии сахарного диабета 2 типа среди коренных народов северных территорий. – № 4 (50) – С. 57–60.

ФАРМАЦИЯ

Юшков В.В., Юшкова Т.А. Иммунокорректоры. – № 1 (47) – С. 83–89.

Шамина Я.А., Сулейманов С.Ш., Абросимова Н.В. Региональные аспекты самолечения боли по результатам анкетирования посетителей аптек и данным розничных продаж аптечных организаций. – № 2 (48) – С. 83–86.

Ефимова Е.А., Абросимова Н.В., Топалов К.П. Оценка фармацевтического рынка в Хабаровском крае. – № 4 (50) – С. 61–64.

Шамина Я.А., Сулейманов С.Ш. Фармацевтическая помощь – новая парадигма профессиональной деятельности фармацевтического работника. Основные термины и понятия. – № 4 (50) – С. 64–69.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Кетова Г.Г., Тарасова И.С., Тюков Ю.А. Развитие аптечного дела в Челябинской области. – № 3 (49) – С. 85–88.
К 90-летию В.Ф. Григорьева. – № 4 (50) – С. 77–78.

ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ

КВАЛИФИКАЦИИ

Власов В.В. Как писать обзор литературы. – № 4 (50) – С. 70–76.

ИНФОРМАЦИЯ

Ступак В.С., Витько А.В., Плющенко В.Н., Мошинецкий А.Ю., Шишкина Т.Н., Гребенькова Г.В. Обзор актуальных докладов научно-практической конференции «Модернизация здравоохранения – новый этап в развитии медицины Дальнего Востока». – № 4 (50) – С. 79–84.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы эндокринологии Хабаровского края. Эндокринология – 21 век». – № 1 (47) – С. 90–111.

Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы эндокринологии Хабаровского края. Эндокринология – 21 век». Окончание. – № 2 (48) – С. 87–107.

Материалы научно-методической конференции «Дополнительное профессиональное образование: от традиций к инновациям». – № 3 (49) – С. 89–99.

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 визируются на полях. В формулах необходимо размечать:

а) строчные «а» и прописные «А» буквы (прописные обозначают двумя черточками снизу, строчные – сверху);

б) латинские (подчеркивают синим карандашом) и греческие (красным) буквы;

в) подстрочные (р.) и надстрочные (Ю) буквы и цифры.

5. Иллюстрации (фотографии, графики, схемы, карты и др.) представляют в черно-белом варианте

в двух экземплярах. Фотографии должны иметь контрастное изображение на плотной глянцевой бумаге, без изгибов и повреждений. Рисунки, схемы и карты исполняются черной тушью на плотной бумаге или при помощи компьютерной графики. На обороте каждой иллюстрации простым карандашом указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора, верх и низ. Подрисовочные подписи печатают на отдельном листе с указанием номеров рисунков, их названий и объяснением условных обозначений. При представлении микрофотографий должны быть указаны метод окраски и кратность увеличения.

6. Таблицы представляются на отдельных листах. Они должны быть компактными, иметь название, а головка (шапка) таблицы – точно соответствовать содержанию граф. Цифровой материал необходимо представить статистически обработанным. 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.

Уважаемые
рекламодатели!

Предлагаем разместить
необходимую вам рекламу
в журнале «Здравоохранение
Дальнего Востока».
Расценки самые низкие
в регионе!

*Наш адрес: 680009, г. Хабаровск,
ул. Краснодарская, 9.*

Связаться с нами можно по:
тел./факсу: **72-87-15**,
e-mail: **izdat@ipkszh.khv.ru**