

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

Издаётся с 2002 года
выходит 1 раз в три месяца
№ 4 (58) декабрь 2013
Дата выхода в свет: 31.12.2013

Главный редактор:

Г.В. Чижова

Заместитель главного редактора:

К.В. Жмеренецкий

Редакционная коллегия:

В.Е. Воловик

В.В. Егоров

О.В. Молчанова

В.М. Савкова

С.Ш. Сулейманов

С.К. Сухотин

И.В. Ткаченко

Редакционный совет:

П.А. Воробьев (Москва)

Г.А. Зайнутдинов (Магадан)

А.З. Зурдинов (Бишкек)

В.Н. Канюков (Оренбург)

В.Н. Карпенко (Петропавловск-

Камчатский)

Г.А. Пальшин (Якутск)

Д.А. Сычев (Москва)

А.П. Тяжелков (Комсомольск-на-Амуре)

Ответственный секретарь,

редактор:

Е.Г. Вожжова

Художественный редактор:

О.Ф. Вальченко

Корректор:

А.Г. Савочкина

Учредители:

Министерство здравоохранения
Хабаровского края;

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения» МЗ ХК

**Плата за публикацию материалов
не рекламного характера не взимается**

Издатель:

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения» МЗ ХК.

Отпечатано в редакционно-издательском
центре ИПКСЗ, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Тираж 200 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» МЗ ХК

Тел./факс: (4212) 72-87-15

E-mail: rec@ipksz.khv.ru

http://zdravdv.ucoz.ru

СОДЕРЖАНИЕ

I. ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Дьяченко В.Г., Шиганцова Н.В., Чижова Г.В. Аборт – кривое зеркало демографии (история абортот в России).....3

Топалов К.П., Лобастова О.В., Развин С.Б. Смертность как критерий оценки здоровья населения Хабаровского края: состояние и тенденции.....7

II. ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Черкасов С.М. Рынок стоматологических услуг и его функции 13

III. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тереженко Ю.А., Сидоренко Т.К., Авакян А.Г., Сорокин Е.Л. Ретроспективный анализ ближайших и отдаленных осложнений имплантации отрицательной интраокулярной линзы 17

IV. ОБМЕН ОПЫТОМ

Новикова Н.В., Чижова Г.В., Рамзина Т.Н., Шошкина Ю.В., Ермак В.А. Хирургическое лечение бесплодия: 17 лет спустя..... 20

Ушакова О.В., Химиченко О.В., Билько Т.В., Унитис Н.В., Алейникова Л.Ю. Обоснование системы реабилитационной помощи больным с онкопатологией на примере Амурской области. 23

Поротиков В.Т., Писарева И.Г., Катик А.А. Работа службы медицины катастроф в условиях чрезвычайной ситуации при ликвидации последствий паводка в Хабаровском крае 29

Кравченко В.А., Лучшева Л.Ф., Бондаренко Л.В., Тармаева С.В. Актуальные вопросы ведения медицинской карты стоматологического больного..... 32

V. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Харченко А.В., Сапега Н.Н., Гельмутдинов Д.Д. Первый зарегистрированный случай гранулоцитарного анаплазмоза человека во внутренних войсках МВД России..... 35

Сапега Н.Н., Костюченко П.Б., Малахов А.М., Каргина Е.С., Журавлев А.М., Гельмутдинов Д.Д. Случай эндометриоза червеобразного отростка у военнослужащей внутренних войск МВД России 37

Левинская Д.И. Клинический случай синдрома larva migrans. 38

VI. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Филиппова В.В., Кузнецова Е.Ю., Карманова Е.Ж., Прасова М.В., Колесникова С.М. Стеноз легочной артерии у новорожденных..... 41

Некипелова А.В., Назаревская Т.И., Волков С.М. Новые технологии в терапии псориаза..... 46

Ушакова О.В. Анализ влияния технологий на уровень компенсации углеводного обмена у больных сахарным диабетом 1 типа 50

Некипелова А.В., Власов В.Г., Лунёва Т.Г. Применение низкоминерализованной слабосульфидной иловой грязи в комплексной терапии больных вульгарным и артропатическим псориазом 53

VII. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Панёнов А.Н., Бояринцев Н.И., Черненко Е.Н. Современные методы диагностики и оперативного лечения аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка (обзор литературы) 58

Деменёв В.А., Yogo Y., Sekino Y., Савин С.З. Результаты изучения генетического разнообразия JC-вируса человека в этнических группах населения Северо-восточной Азии в контексте реконструкции хронологических и этнических процессов заселения человеком Евразии..... 64

VIII. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

Плющенко В.Н. Здоровье населения: методические подходы к изучению. Расчет, оценка и прогнозирование основных параметров 70

IX. ФАРМАЦИЯ

Абросимова Н.В., Крюкова И.В., Бадяев И.В. Оценка работы аптечной организации в рамках ответственного самолечения 79

X. ИНФОРМАЦИЯ

План научно-практических конференций, семинаров, съездов, симпозиумов, конгрессов министерства здравоохранения Хабаровского края на 2014 год..... 84

Указатель статей, опубликованных в 2013 г. 91

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ 95

ISSN 1728-1261

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

№ 4 (58) December 2013

Editor-in-Chief:

G.V. Chizhova

Deputy Editor:

K.V. Zhmerenetsky

Editorial Board:

V.E. Volovik

V.V. Egorov

O.V. Molchanova

V.M. Savkova

S.K. Sukhotin

S.Sh. Suleymanov

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)

Executive Secretary,

Editor:

E.G. Vozzhova

Designer:

O.F. Valchenko

Proofreader:

A.G. Savochkina

Journal of:

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

Publisher:

Postgraduate Institute for
Public Health Workers
www.ipkszh.ru

Journal is registered by

Federal Service for Supervision
of Mass Communication
and Cultural Heritage Protection
for Khabarovsk Territory
24 April 2008 (ПТИ № ФС 27-0710 П)

680009, Khabarovsk, Russia

9, Krasnodarskaya str.

E-mail: rec@ipkszh.khv.ru

http://zdravdv.ucoz.ru

Phone/fax: +7 (4212) 72-87-15

CONTENTS

I. LEADING ARTICLES

Dyachenko V.G., Shigantsova N.V., Chizhova G.V. Abortion – is the demographic distorting mirror (Russian abortion's history)..... 3

Topalov K.P., Lobastova O.V., Rasvin S.B. Mortality rate as the criteria of Khabarovsk krai population health status estimation: present state and tendencies..... 7

II. THE HEALTH SERVICES ECONOMY AND ORGANIZATION

Cherkasov S.M. Dental services market and its functions..... 13

III. ORIGINAL INVESTIGATIONS

Tereshchenko Y.A., Sidorenko T.K., Avakian A.G., Sorokin E.L. Retrospective analysis of the immediate and remote complications of a negative power intraocular lens implantation. 17

IV. EXPERIENCE EXCHANGE

Novikova N.V., Chizhova G.V., Ramzina T.N., Shoshkina Y.V., Ermak V.A. Surgical treatment of infertility: 17 years later. 20

Ushakova O.V., Khimichenko O.V., Bilko T.V., Unitis N.V., Aleynikova L.U. The substantiation of medical rehabilitation system for the oncology patients at Amurskaya oblast..... 23

Porotikov V.T., Pisareva I.G., Katik A.A. Disaster medicine activity in the extraordinary situation at the floodwater consequences liquidation in Khabarovsk krai..... 29

Kravchenko V.A., Luchsheva L.F., Bondarenko L.V., Tarmaeva S.V. Important issues of dental patient's medical card reference..... 32

V. CLINICAL OBSERVATIONS

Kharechko A.V., Sapega N.N., Gelmutdinov D.D. The first clinical case of human granulocytes anaplasmosis in the internal troops of the Ministry of Internal Affairs of Russia..... 35

Sapega N.N., Kostyuchenko P.B., Malakhov A.M., Kargina E.S., Ghuravlev A.M., Gelmutdinov D.D. The case of appendix endometriosis in female soldier of the Russian Internal Affairs Ministry troops..... 37

Levinskaya D.I. Clinical case of larva migrans syndrome..... 38

VI. FOR THE PRACTITIONER

Philippova V.V., Kuznetsova E.U., Karmanova E.G., Prasova M.V., Kolesnikova S.M. Pulmonary artery stenosis in the newborns infants..... 41

Nekipelova A.V., Nazarevskaya T.I., Volkov S.M. Novel technologies in psoriasis treatment..... 46

Ushakova O.V. Analysis of the impact of technology on the level of compensation of carbohydrate metabolism in patients with type 1 diabetes.... 50

Nekipelova A.V., Vlasov V.G., Lunyova T.G. The use of lowmineralized mud in complex therapy of patients with psoriasis vulgaris and arthropathic psoriasis..... 53

VII. LITERATURE REVIEW

Panyonkov A.N., Boyarintsev N.I., Chernenko E.N. Acute retrocaecal retroperitoneal appendicitis: nowadays management and surgery..... 58

Demenev V.A., Yogo Y., Sekino Y., Savin S.Z. The results of human JC-virus genetic polymorphism investigation in the South-Eastern Asia ethnic groups in the context of chronological and ethnic processes of the human settlement of Eurasia..... 64

VIII. CLINICAL LECTURE

Plushenko V.N. Population's health state: Investigational methodological approaches: calculating, assessment and main parameters forecasting..... 70

IX. PHARMACY

Abrosimova N.V., Krukova I.V., Badyev I.V. Pharmacy's work organization assessment in the boundaries of responsible self-treatment..... 79

X. INFORMATION

The plan of practice – scientific conferences, seminars, symposiums and congresses of Khabarovsk krai Health services Ministry for 2014..... 84

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

УДК 618.39:93(470+571)

Аборт – кривое зеркало демографии (история абортов в России)

В.Г. Дьяченко, Н.В. Шиганцова, Г.В. Чижова

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

V.G. Dyachenko, N.V. Shigantsova, G.V. Chizhova

Abortion – is the demographic distorting mirror (Russian abortion's history)

Резюме

В статье представлены данные по истории предохранения от нежелательной беременности и методы ее прерывания в ранние периоды жизни женщин в России. Отражены вопросы репродукции в настоящее время.

Ключевые слова: рождаемость, аборт, контрацепция, репродуктивное здоровье.

Summary

Historical data for the contraception of undesirable gravidity and the abortions among Russian young women are represented in this article. Present situation with reproduction problems are reflected.

Key words: birth rate, abortion, contraception, reproductive health.

Проблема репродукции в России и состояние здоровья населения становится в настоящее время одним из факторов национальной безопасности государства. В связи с этим важной задачей улучшения репродуктивного здоровья женщины и качества ее жизни является профилактика незапланированной беременности и снижения числа абортов.

Во многих развитых странах приняты законы, позволяющие выполнять аборт по желанию женщины до срока 10–12 недель беременности. В большинстве случаев разрешается также прерывать беременность при сроке 20–24 недели, если у плода имеются серьезные нарушения или женщина больна и ее состояние при сохранении беременности усугубится [2].

XX век был очень богат на события во всех сферах жизни населения. Менялась политика властей по отношению к рождаемости и контролю над рождаемостью. Принято считать, что высокий уровень рождаемости, существовавший в России до Первой мировой войны, свидетельствовал о том, что сознательное регулирование рождаемости не имело широкого распространения среди населения.

Искусственный аборт в нашей стране, как и в других государствах, был законодательно запрещен и считался тяжким преступлением. Церковь считала предотвращение рождения грехом.

Конечно, издавна были известны такие примитивные методы предотвращения беременности, как намеренное воздержание, длительное грудное вскармливание и прерванное сношение.

Достоверных данных о числе абортов в то время, конечно, не существует, поскольку искусственные аборт тщательно скрывались.

Косвенными подтверждениями распространения абортов могли служить: число привлеченных к уголовной ответственности за аборт и увеличение числа женщин, поступающих в больницы после нелегального аборта с осложнениями.

Закон, однако, плохо соблюдался в этой сфере, и число осужденных за аборт было небольшим (по некоторым данным, менее 1 % женщин, сделавших аборт, предстали перед судом, причем в 75 % случаев они были оправданы). Второй же показатель – доля женщин, перенесших аборт, среди пациенток больниц быстро

возрастала и достигла в Москве и Санкт-Петербурге к 1910 году 10–33 процентов. Причины выкидышей в большинстве случаев были неизвестны, но, вероятно, значительная их часть была искусственными. При этом надо учитывать, что в статистику попадали только те «неудавшиеся» аборт, которые требовали дальнейшей медицинской помощи, и не попадали аборт в частных лечебницах и прошедшие без медицинской помощи.

С течением времени проблема распространения абортов стала все больше привлекать внимание общественности, особенно медицинской. Врачи прежде всех сталкивались с последствиями роста абортов и понимали, что надо что-то срочно делать.

Вопрос об искусственном выкидыше был поставлен первым вопросом программы 4-го съезда Общества Российских акушеров и гинекологов (декабрь 1911 года). Из многих выступлений особенный интерес представляет передовой по тем временам доклад Л.Л. Окинчица «Как бороться с преступным выкидышем». Поскольку карательные меры не приносят результата, а призыв к воздержанию не имеет смысла, единственным путем сокращения практики абортов, по мнению докладчика, должны стать противозачаточные средства.

На 12-м Пироговском съезде врачей (май-июнь 1913 года) вопрос об искусственном выкидыше также вошел в программу отделения акушерства и женских болезней. Основными докладчиками выступили Л.Г. Личкус (Петербург) «Искусственный преступный выкидыш» и И.В. Грин (Москва) «Социально-правовое положение аборта».

Врачи пытались осмыслить такое новое явление, как стремление ограничить число детей. Чаще всего в качестве причин нежелания рожать детей, и, следовательно, причин аборта назывались:

- экономические (нужда, «вздорожание жизни»);
- боязнь позора, то есть резкое осуждение внебрачных рождений;
- «упадок нравственности»;
- прогресс медицины, искусственный аборт перестал быть опасным для жизни женщины;
- повышение требований усложнившейся жизни, «борьба за более культурные условия существования в интеллигентных слоях общества».

Даже называли боязнь родовых болей, как будто раньше женщины их не испытывали.

Поскольку быстро изменить социально-экономические условия представлялось грудным, участники съезда высказались на легализацию искусственных абортов по медицинским и социальным показаниям. И в резолюции, принятой на отделении акушерства и женских болезней, было указано, что уголовное преследование женщины за искусственный выкидыш и врача, сделавшего его по ее просьбе, не должно иметь места.

Применение противозачаточных средств («неомальтузианство») как мера борьбы с абортами чаще осуждалось.

В 20–е годы в России была сформирована особая абортная культура – приспособление и привыкание общества к широкому производству абортов как к основному или даже единственному способу регулирования числа детей в семье. В ноябре 1920 года Россия впервые в мире приняла решение о легализации искусственного прерывания беременности. Постановление Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции РСФСР почти повторяет положения резолюции, принятой на отделении акушерства и женских болезней 12-го Пироговского съезда общества русских врачей (1913 год): допускается производство аборта только врачом и только в условиях больницы; врач, произведший операцию с корыстной целью, передается суду. Послереволюционная Россия стала первой страной в мире, узаконившей прерывание беременности по желанию женщины. Западные страны осуществили полную легализацию аборта почти на 40–50 лет позже [1].

Лишь во второй половине 1950-х гг. первыми в Европе соответствующие законы приняли соседние социалистические страны: в 1956 г. – Болгария, Венгрия, Польша и Румыния; в 1957 г. – Чехословакия и Югославия.

Страны Западной Европы проделали тоже самое гораздо позже. Так, в Великобритании производство аборта стало легальным только в 1967 г.; в Дании – в 1973 г.; во Франции и Австрии – в 1975 г.; в ФРГ – в 1976 г.

В странах Южной Европы это произошло еще позже: в Италии закон о расширении оснований для искусственного прерывания беременности был принят в 1978 г. (до этого аборт разрешался только в случае угрозы жизни женщины).

Жительницы Португалии получили право делать аборт по своему желанию лишь в 2007 г. (в сроки до 10 недель беременности)[3].

В США прерывание беременности по всей стране было легализовано в 1973 г.

Здравомыслящие специалисты высказывались за развитие и пропаганду противозачаточных средств, но, по-видимому, их голос звучал слабо. Хотя в 1923 году и была создана Центральная научная комиссия по изучению противозачаточных средств при отделе охраны материнства и младенчества Научного комиссариата здравоохранения, соответствующая научная база и инфраструктура сильно отставали от потребностей.

После выхода закона о разрешении аборта количество «полных» абортов, то есть произведенных от начала до конца врачом в больнице, стало быстро расти. В больницах не хватало коек для растущего числа пациенток, поэтому постановлением Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции (от 3 ноября 1924 года) были организованы специальные комиссии, которые давали заключение об основаниях преры-

вания беременности и постановление об удовлетворении или отказе в просьбе о бесплатном аборте. Постановление определяло, кому в первую очередь должно предоставляться право на бесплатный аборт:

- безработные-одиночки,
- одиночки-работницы, имеющие одного ребенка,
- многодетные, жены рабочих,
- все остальные категории застрахованных и остальные гражданки.

Те женщины, которым было отказано, обращались либо в частные больницы, либо к нелегальным услугам. Впоследствии таким женщинам была предоставлена возможность делать аборт в государственных больницах, но за деньги.

27 июня 1936 года было принято постановление ЦИК и СНК СССР «О запрещении аборт, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах». Аборты в СССР были запрещены.

Фактически после запрещения аборта была свернута и работа по пропаганде и развитию контрацепции. Обучение применению противозачаточных средств было исключено из числа обязанностей врачей женских консультаций, была ликвидирована Центральная комиссия по борьбе с абортами, прекратилось печатание статей и популярных изданий по этому вопросу. На протяжении 20-летнего периода запрета аборт в нашей стране почти не занимались вопросами контрацепции.

В период запрета было налажено производство нелегального аборта. «Аборт, после того как он был запрещен, когда производство его стало незаконным, превратился в дорогое оплачиваемое преступление». Возросла не только материнская смертность, но и число случаев детоубийства. Все это вынудило власти вновь легализовать аборты.

По данным Госкомстата России (опубликованным в 90-е годы) быстрый рост абортов продолжался до 1964 года, когда был зафиксирован их максимальный уровень за всю историю России – около 5,6 миллиона или 169 абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста. Буквально на следующий год (в 1965) нетто-коэффициент воспроизводства населения впервые в мирное время опустился ниже единицы, то есть ниже границы простого замещения поколений, а соотношение родов и абортов составило 100 к 278. В 1960–80-е гг. число абортов постепенно снижалось, но еще долгое время статистика абортов фиксировала чрезвычайно высокие показатели. Вплоть до 1990 г. включительно в России ежегодно совершалось более 4 млн. прерываний беременности, а среднегодовое число абортов в 1970–1980-х гг. превышало 4,5 миллиона.

Что же касается гормональной контрацепции, то в качестве примера отношения к ней официальной медицины приводят разосланное в 1974 году инструктивное письмо Министерства здравоохранения «О побочном действии и осложнениях при применении оральных контрацептивов», в котором эти побочные эффекты настолько сильно были преувеличены, что дальнейшее использование оральных контрацептивов (ОК) с целью контрацепции оказалось под вопросом. В частности, со ссылками на зарубежные источники были приведены данные о том, что от приема ОК были зарегистрированы летальные исходы в 3,4 % случаев в Великобритании и в 6,5 % случаев в Дании, не говоря уже о различных осложнениях здоровья.

В то же время в мире ОК систематически применяли более 18 миллионов женщин, на середину 70-х годов пришелся пик увеличения потребления ОК. Западные страны шли по пути постоянного развития и совершенствования гормональной контрацепции, уменьшения риска ее использования, там проводились широкие научные исследования.

В то же самое время на протяжении всего советского периода провозглашались меры по расширению доступности производства аборта. В частности, во всех документах Минздрава говорилось о необходимости увеличения числа абортных коек. Видимо, это было связано с существованием, несмотря на возможность легального аборта в медицинском учреждении, относительно большого числа нелегальных, внебольничных абортов и, как следствие, высокого уровня материнской смертности. Наверное, этим же руководствовался Минздрав, когда в 1987 году разрешил производство аборта в период до 28 недель беременности по немедицинским показаниям (Приказ МЗ СССР №1342 от 31 февраля 1987 года). Такими основаниями могли быть: смерть мужа во время беременности, пребывание в местах лишения свободы, многодетность (свыше 5 детей), лишение прав материнства, развод, изнасилование, инвалидность у ребенка.

В целом советский период можно охарактеризовать следующими чертами: руководством страны репродуктивные права не признавались, и не соблюдались. Право на такую варварскую операцию, как аборт, – это лишь иллюзия выбора и свободы [1].

В среднем за четырнадцать лет открытой фазы депопуляционного периода (1992–2005 гг.) в рамках неполной официальной статистики ежегодно отмечалось прерывание аборт 63 % всех российских беременностей. Более 70 % совершаемых в нашей стране абортов приходится на самую благоприятную для деторождения возрастную группу – 20–34 года, а количество прерываний первой беременности, по данным Министерства здравоохранения и социального развития, составляет 10–11 % от общего числа абортов.

Практически отсутствовала служба планирования семьи, которая занималась бы информировани-

ем, обеспечением средствами контрацепции и медицинской помощью, обеспеченность населения современными средствами контрацепции была низкой, отсутствовал выбор методов контроля рождаемости (у женщин был выбор рожать или не рожать, тогда как большинство беременностей были незапланированными). Достоверных данных о распространенности противозачаточных средств очень мало, согласно выборочным обследованиям населения, главную роль в предупреждении беременности играли малоэффективные методы – прерванное половое сношение, воздержание в опасные дни (календарный метод), спринцевание. Почти полностью отсутствовало половое воспитание и образование, как следствие, низкий уровень контрацептивной и сексуальной культуры населения.

Проблема искусственного прерывания зародившейся жизни потеряла моральный и гуманитарный аспекты и стала представляться как особый тип хирургической операции.

В 1990-е годы, вместе со всей страной, существенно изменилась и ситуация в области противозачаточных средств. Сыграли свою роль и возникновение рыночной экономики, и рынка контрацептивов в частности (чему способствует активная деятельность фармацевтических фирм).

В то же время существенно изменилась и ситуация в сфере сознательного регулирования рождаемости. В последние годы число аборт неуклонно снижается. С 1989 года (с которого началось непрерывное снижение) по 2009 год абсолютное число аборт снизилось в 3,4 раза – с 4,4 до 1,3 млн., а относительный показатель (на 1000 женщин репродуктивного возраста) в 3,6 раза – со 123 до 34. Сегодня можно утверждать, что в России идет неуклонное замещение аборта планированием семьи, а само планирование семьи становится более эффективным. Хотелось бы подчеркнуть, что под планированием семьи следует понимать совокупность методов, позволяющих предотвращать нежелательную беременность, а не прерывать уже наступившую; таким образом, аборт к методам планирования семьи не относится.

На волне общих демократических преобразований в 1994 году была даже принята Федеральная целевая программа «Планирование семьи» (1994–1997 годы), имевшая статус Президентской. Как следствие были разработаны аналогичные региональные программы в более чем 50 регионах России. Эти про-

граммы определяли основные мероприятия, направленные на рождение желанных и здоровых детей, профилактику детской и материнской заболеваемости и смертности.

Сегодня на сохранение репродуктивного здоровья, увеличение рождаемости и продолжительности жизни населения направлена Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351. Новая концепция, призванная максимально сократить число демографических проблем, остановить высокую смертность трудоспособного населения и увеличить срок жизни россиян, предполагает три этапа: до 2015 года запланирована ликвидация естественной убыли населения, в 2015–2020 годах – обеспечение его прироста, а в 2020–2025 годах – стабилизация ситуации. Большую роль в увеличении рождаемости и снижении младенческой смертности играет улучшение репродуктивного здоровья населения.

В Основах социальной концепции РПЦ (2000 год) указано, что «Церковь рассматривает аборт как тяжкий грех и приравнивает его к убийству». Контрацепция, как «абортивная», так и «неабортивная», тоже признается несомненным грехом, так как одной из основных целей брачного союза, по церковным канонам, является продолжение рода. Церковь допускает только воздержание от половых отношений на определенное время. Сегодня церковь обосновывает свою позицию необходимостью улучшения демографической ситуации.

Российское законодательство об абортах до сих пор считается одним из самых либеральных в мире. Большим достижением является открытие в женских консультациях кабинетов медико-социальной помощи, доабортного консультирования, основными функциями которых является медико-психологическая помощь женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, оказание помощи несовершеннолетним, направленной на укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентация на здоровую семью, осуществление мероприятий по профилактике аборт, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин по поводу прерывания нежелательной беременности, формирования у женщин сознания необходимости вынашивать беременность и дальнейшая поддержка их в период беременности.

Список литературы

1. *Демографическая модернизация России, 1900–2000/ под ред. А. Г. Вишневецкого. – М.: Новое издательство, 2006. – С. 200.*

2. *Липман, А. Д. Использование Мифепристонa для медикаментозного прерывания беременности и других*

целей / А. Д. Липман, И. С. Левина, Д. М. Кочев // Сиб. мед. журнал. – 2002. – № 4. – С. 46–61.

3. *Сакевич, В. Аборт – кривое зеркало демографической политики: (докл. на семинаре в Центре демографии и экологии Человека, 2 окт. 2001 г.) // Демоскоп*

Weekly. – 2003. – № 123–124. – Режим доступа: [www.URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0123/analit01.php](http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0123/analit01.php).
4. Сакевич, В. В каких странах разрешено искусственное прерывание беременности // Демоскоп

Weekly. – 2007. – № 297–298. – Режим доступа: [www.URL: http://demoscope.ru/weekly/2007/0297/reprod01.php](http://demoscope.ru/weekly/2007/0297/reprod01.php)

УДК 614.2:314.42 (571.620)

Смертность как критерий оценки здоровья населения Хабаровского края: состояние и тенденции

К.П. Топалов¹, О.В. Лобастова², С.Б. Развин³

¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,

²Министерство здравоохранения Хабаровского края,

³КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» МЗ ХК, г. Хабаровск

K.P. Topalov, O.V. Lobastov, S.B. Razvin

Mortality rate as the criteria of Khabarovsk krai population health status estimation: present state and tendencies

Резюме

Представлен анализ основных причин смерти населения Хабаровского края за 20 лет (1992–2011) и в сравнении по четырем пятилетиям (1992–1996, 1997–2001, 2002–2006 и 2007–2011 гг.). Показатели смертности изучены во взаимосвязи с потенциальным риском смерти от основных причин смерти, которые составляют в крае до 95–97 %. Подчеркнута актуальность повышения значимости патологоанатомической и судебно-медицинской службы.

Ключевые слова: смертность, потенциальный риск смерти, патологоанатомическая служба, судебно-медицинская экспертиза

Summary

The analyze of Khabarovsk krai population deaths main reasons for the 20 years period (1992 –2011 years) and in comparison with four 5-years periods (1992–1996; 1997–2001; 2002–2006 and 2007–2011 years) are represented. Death indexes are examined as the interconnection of possible death risks with the main death reasons, estimating as 95–97 % at Khabarovsk krai. The actuality of considerable significance growth for pathological – anatomical and crime – medical services was underlined.

Key words: mortality, potential death risk, pathological – anatomical service, crime – medical expertise.

Состояние общественного здоровья населения основывается, большей частью, уровнем обращения людей в медицинские учреждения, однако показатели общей и первичной заболеваемости носят в большинстве случаев субъективный характер. Они обусловлены мотивацией населения, культурными, психологическими и социально-экономическими условиями и традициями в Хабаровском регионе.

Более объективную оценку состояния здоровья населения могут дать показатели смертности, которые объективно отражают ситуацию и зависят, как известно, от

состояния здоровья человека, течения болезни, своевременности обращения за медицинской помощью, профессионализма медицинского персонала, материально-технического обеспечения медицинских организаций.

Цель исследования

Изучение основных показателей смертности населения Хабаровского края за 1992–2011 годы.

В исследовании ставились следующие задачи:

1. Дать картину частоты смертности населения Хабаровского края за 1992–2011 годы, в том числе по пятилетиям.

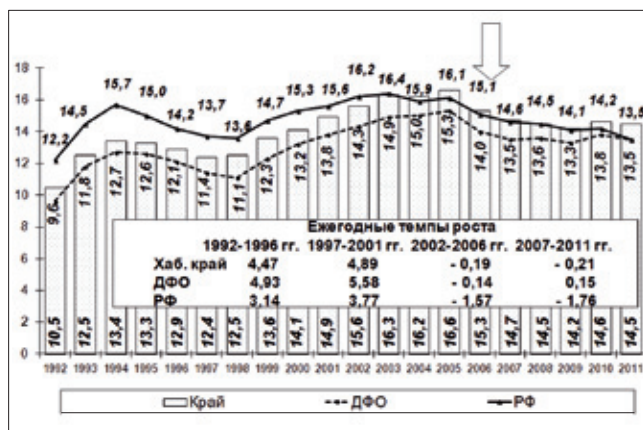


Диаграмма 1. Показатели смертности населения Хабаровского края, ДФО и Российской Федерации в 1992-2011 гг. (на 100 000 населения)

2. Провести анализ потенциального риска смерти от основных причин смерти за 1992–2011 годы.

3. Выяснить соотношение смертности населения и потенциального риска смерти от инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, болезней системы кровообращения, заболеваний органов дыхания и пищеварения, внешних причин по четырем пятилетиям и в сравнении со смертностью населения Российской Федерации за 1992–2011 годы.

4. Определить соотношение патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий по основным причинам смерти в 2002–2011 гг.

Материалы и методы

Объектом исследования являлось население Хабаровского края, предметом – случаи смерти при инфекционных и паразитарных болезнях, новообразованиях, болезнях системы кровообращения, заболеваниях органов дыхания и пищеварения, внешних причин. Были анализированы краевые годовые сводные отчеты формы № 14 «Сведения о работе стационара», форма № 51 Росстата по Хабаровскому краю, а также статистические материалы КГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края в 1992–2012 гг.

В работе рассчитаны следующие показатели: частота смертности на 100 тыс. населения, потенциальный риск смерти, определяющий совмещения двух событий: заболеваемости и смертности [2] с последующим определением значимости признака (ранжирование) классов заболеваний по степени их влияния на потенциальный риск заболевания и смерти [3].

Для анализа полученного материала были использованы вариационный и корреляционный анализ, метод наименьших квадратов.

Результаты и обсуждение

За 20 лет (1992–2011) в Хабаровском крае умерло 409 047 человек, из них в медицинских организациях – 99 537, или 24,3 %. Анализ динамики смертности свидетельствует, что в 1994 году начался ее резкий рост с последующим снижением до 1998 г. (диаграмма 1).

Ежегодные темпы роста в первые два пятилетия (1992–1996 и 1997–2001 гг.) в Хабаровском крае были ниже подобных показателей по Дальневосточному федеральному округу, опережая федеральные значения. Однако уровень смертности в крае в этот период был ниже показателей по РФ, но выше, чем в ДФО (диаграмма 1). В последующие два пятилетия (2002–2006 и 2007–2011 гг.) показатели смертности населения стали снижаться, однако более медленными темпами, чем на федеральном уровне. В 2007–2011 гг. в ДФО зафиксировано даже повышение смертности, хотя в крае и стране в целом наблюдалось снижение смертности.

С учетом стандартизации населения оказалось, что в 2002–2011 гг. смертность среди мужчин превышает аналогичный показатель среди женщин более чем в 2 раза (диаграмма 2). В последнее пятилетие (2007–2011 гг.) эти показатели снизились на 11,3 % и 11,5 % по сравнению с 2006 годом.

Рост смертности в первое десятилетие (1992–2001 гг.) в рассматриваемых регионах, стране в целом, обусловлен протекающими социально-экономическими изменениями в России, которые превысили адаптивные возможности человеческого организма к созданным условиям жизни [4]. Корреляционный анализ показал, что процессы, протекавшие в Хабаровском крае, ДФО и РФ, были аналогичными, хотя на федеральном уровне они были менее значимыми (0,99 и 0,79 при $p < 0,001$).

Основными причинами смертности населения в Хабаровском крае являются болезни системы кровообращения (1 место), травмы и отравления (2 место), новообразования (3 место). В последнее десятилетие (2002–2011 гг.) на четвертое место в причинах смерти вышла патология пищеварительного тракта, оттеснив болезни органов дыхания на 5 место (табл. 1). Инфекционные и паразитарные болезни занимают шестое

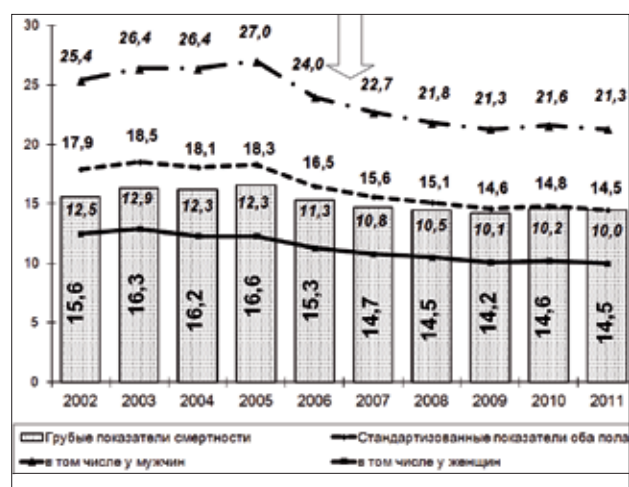


Диаграмма 2. «Грубые» и стандартизованные показатели смертности населения Хабаровского края в целом, а также среди мужчин и женщин (на 1000 человек соответствующего пола)

Таблица 1

**Структура основных причин смерти населения Хабаровского края за 1992-2011 годы
в зависимости от пятилетних периодов в процентах**

Причины смерти	1992–1996 гг.	1997–2001 гг.	2002–2006 гг.	2007–2011 гг.
Инфекционные и паразитарные болезни	1,9 ± 0,04	2,4 ± 0,05	2,2 ± 0,04	2,4 ± 0,05
Новообразования	13,7 ± 0,11	13,6 ± 0,11	12,4 ± 0,10	13,8 ± 0,1
Болезни кровообращения	51,3 ± 0,16	53,0 ± 0,16	54,2 ± 0,15	56,1 ± 0,16
Болезни органов дыхания	4,0 ± 0,06	4,1 ± 0,06	4,3 ± 0,06	4,1 ± 0,06
Болезни органов пищеварения	3,0 ± 0,05	3,7 ± 0,06	5,2 ± 0,07	5,5 ± 0,07
Травмы и отравления	21,4 ± 0,13	19,8 ± 0,13	18,9 ± 0,12	15,3 ± 0,12
Прочие болезни	4,7 ± 0,07	3,4 ± 0,06	2,8 ± 0,05	2,8 ± 0,05

место в основных причинах смерти населения Хабаровского края. Перечисленные классы болезней составляют 95–97 % общей смертности.

Показатели смертности населения Хабаровского края в изучаемый период остается более высоким, чем в Российской Федерации (табл. 2).

Анализ представленных данных таблицы 2 свидетельствует, что в последние годы (2007–2011 гг.) в крае наблюдается стабилизация показателей смертности при инфекционных и паразитарных болезнях, патологии органов дыхания и пищеварения по сравнению с предыдущим пятилетием (2002–2006 гг.). В то же время отмечен рост смертности от новообразований на 2,9 % и снижение смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин на 4,3 % и

6,5 % соответственно. По сравнению с федеральными показателями основных причин смертности региональные значения превышают их на несколько десятков порядков (табл. 2).

Смертность от болезней системы кровообращения в 2007–2011 гг. превышает аналогичные показатели за 1992–1996 гг. на 22 %. Несмотря на снижение показателей смертности населения в последние годы (2007–2011 гг.) от заболеваний системы кровообращения по сравнению с предыдущим пятилетием (2002–2006 гг.) потенциальные риски смерти от этой патологии среди населения края возрастают (диаграмма 3).

Менее половины умерших лиц от болезней системы кровообращения подвергаются патологоана-

Таблица 2

**Частота смертности от основных причин смерти среди населения РФ и Хабаровского края
(на 100 000 населения)**

Причины смерти	Территория	1995	2000	2005	2010	2011
Инфекционные и паразитарные болезни	РФ	20,7	24,9	27,2	23,5	23,6
	Край	28,4	37,0	34,8	32,8	33,5
Новообразования	РФ	203,0	204,7	200,6	205,2	204,6
	Край	165,0	185,6	205,0	205,6	211,6
Болезни системы кровообращения	РФ	790,7	848,1	905,4	806,4	753,0
	Край	681,7	741,8	902,3	868,9	831,4
Болезни органов дыхания	РФ	73,9	70,2	66,0	52,4	51,9
	Край	56,7	64,0	75,3	57,5	57,6
Болезни органов пищеварения	РФ	46,1	44,4	65,4	64,4	62,2
	Край	48,7	54,4	93,3	80,5	81,3
Внешние причины	РФ	236,8	219,0	220,1	151,8	139,4
	Край	284,8	284,0	308,8	210,5	195,8
Все причины смерти	РФ	1497,7	1529,0	1605,3	1420,0	1347,0
	Край	1329,0	1414,2	1664,2	1456,9	1453,0

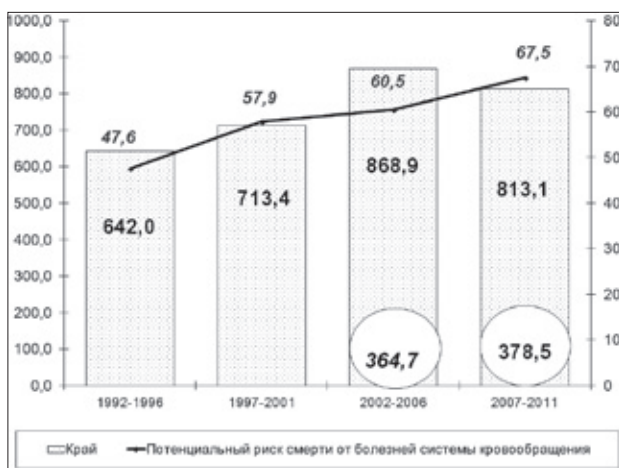


Диаграмма 3. Частота умерших от болезней системы кровообращения (на 100000 населения) и потенциальный риск смерти от данной патологии; в кружке указана частота вскрытий на 100000 населения

томическому или судебно-медицинскому вскрытию (42 % и 46,6 % соответственно). Причиной высоких показателей смертности населения края от болезней системы кровообращения является хронизация сердечной патологии, которая обусловлена соответствующим образом и условиями жизни, плохим отношением населения к своему здоровью, отсутствием в достаточной мере профилактики, низким выявлением донозологических отклонений в функционировании сердечно-сосудистой системы и заболеваний на ранних стадиях болезни [1]. Корреляционный анализ свидетельствует, что ситуация со смертностью населения в крае мало отличается от таковой в России ($r_{xy} = 0,76$; $p < 0,001$).

Смертность населения от внешних причин на протяжении последних пяти лет (2007–2011 гг.) снизилась. В 2002–2006 гг. смертность населения от травм и отравлений была высокой по сравнению со всеми другими изучаемыми периодами (диаграмма 4).

Такое снижение смертности в 2007–2011 годах обусловлено четкой организацией травматологической помощи в крае, внедрением дорожной карты на федеральных трассах, проходящих через Хабаровский край, общей тенденцией снижения потенциального риска смерти от внешних причин (диаграмма 4). Существенно изменился уровень маргинализации гражданского общества в крае, повысилось качество оказания медицинской помощи с использованием современных лечебно-диагностических технологий. Отмеченные изменения в смертности населения края от внешних причин соответствуют аналогичным процессам на федеральном уровне ($r_{xy} = 0,94$; $p < 0,001$).

За 20 лет (1992–2011 гг.) на 28,2 % увеличились показатели смертности населения края от новообразований и составили в 2007–2011 гг. 200,3 случая на 100 тыс. населения. Потенциальный риск смерти населения от новообразований в последнее десяти-

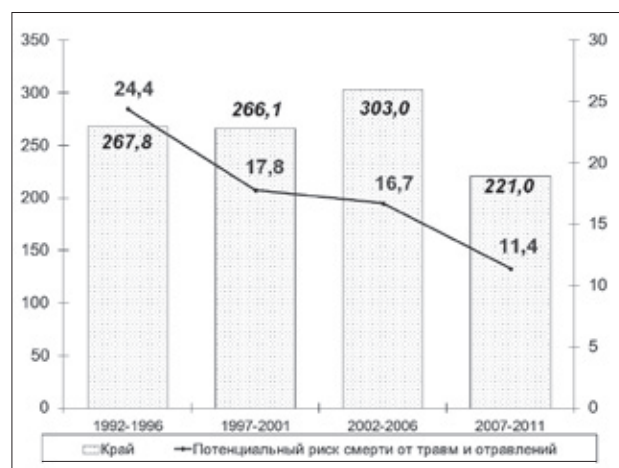


Диаграмма 4. Частота смертности населения Хабаровского края от внешних причин (травм и отравлений) на 100 000 человек и потенциальный риск смерти от указанной патологии

летие снизился по сравнению с первым десятилетием (1992–2001 гг.), несмотря на то, что в 2007–2011 гг. наблюдался некоторый рост указанного риска (диаграмма 5).

Несмотря на некоторый рост патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий, показатель верификации патологического процесса остается низким (18,0 % и 23,1 % соответственно). Отмеченная тенденция к росту смертности населения от новообразований будет сохраняться в связи с нарастающими процессами старения, миграцией населения в Европейскую часть России (диаграмма 5).

Анализ диаграммы 6 свидетельствует, что на протяжении 20 лет в крае наблюдается тенденция к росту смертности населения от болезней органов дыхания, несмотря на снижение потенциального риска смерти от указанной патологии. Более половины умер-

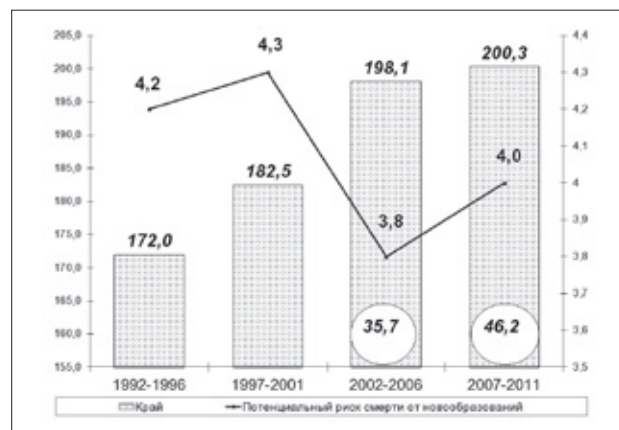


Диаграмма 5. Частота смертности населения Хабаровского края в 1992–2011 гг. от новообразований (на 100 000 человек); потенциальный риск смерти от указанной патологии; в кружке – частота вскрытий на 100 000 населения.

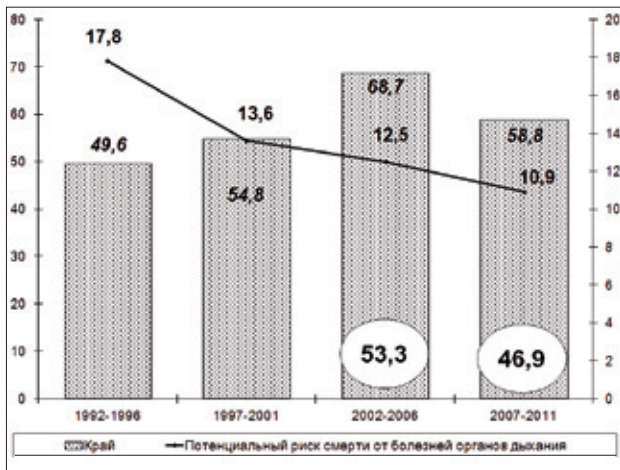


Диаграмма 6. Частота смертности населения Хабаровского края от болезней органов дыхания в 1992–2011 гг. (на 100 000 человек); потенциальный риск смерти от указанной патологии; в кружке – частота вскрытий на 100 000 населения

ших пациентов от легочной патологии подверглись патологоанатомическому и судебно-медицинскому вскрытию (77,6 % и 79,8 % соответственно в 2002–2006 и 2007–2011 гг.). Отмеченная тенденция в отношении смертности населения от болезней органов дыхания обусловлена ростом обращаемости населения в медицинские организации, неадекватным лечением в первичном звене оказания медицинской помощи, позднем поступлением больных в специализированные отделения третьего уровня. Отмеченные изменения в показателях смертности населения края от болезней органов дыхания отличаются от федеральных значений, где эти показатели гораздо ниже и имеют тенденцию к снижению ($r_{xy} = -0,03$; $p > 0,05$).

Подобные закономерности наблюдаются при анализе смертности населения Хабаровского края от заболеваний органов пищеварения. На протяжении изучаемого периода наблюдается тенденция к росту смертности от указанной патологии. Так, за 20 лет показатели смертности увеличились более чем в 2,1 раза, а потенциальный риск смерти от болезней органов пищеварения – на 35,5 % (диаграмма 7). Более двух третей умерших пациентов в 2002–2011 гг. от патологии пищеварительного тракта подвергаются патологоанатомическому и судебно-медицинскому вскрытию (77,7 % и 72,0 % соответственно). Наблюдаемая тенденция увеличения смертности населения Хабаровского края от патологии пищеварительного тракта обусловлена снижением резистентности человеческого организма из-за низкого уровня качественных и количественных параметров питания, иммунного статуса как следствие устойчивых стрессогенных факторов, обусловленных социально-экономическими условиями на Дальнем Востоке, отсутствием мотивации населения к здоровому образу жизни. В перспективе эта тенденция на ближайшие годы. Аналогичные процессы отме-

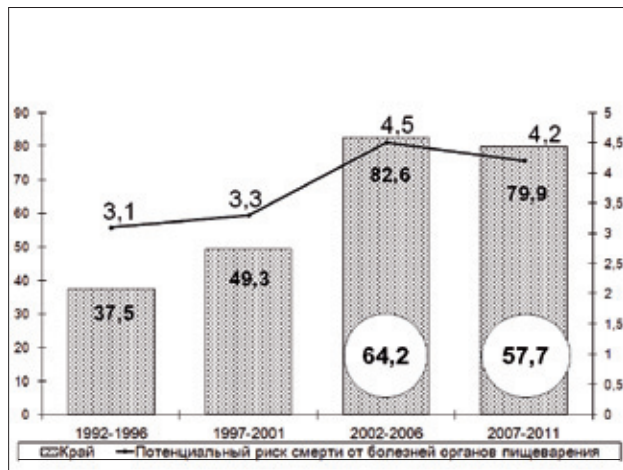


Диаграмма 7. Частота смертности населения Хабаровского края от болезней органов пищеварения в 1992–2011 гг. (на 100 000 человек); потенциальный риск смерти от указанной патологии; в кружке – частота вскрытий на 100 000 населения

чены и на федеральном уровне ($r_{xy} = 0,94$; $p < 0,001$).

За последние 20 лет в Хабаровском крае ухудшилась санитарно-эпидемиологическая обстановка, наблюдается неупорядоченная миграция населения из государств Тихоокеанского бассейна, рост туристических потоков как внутреннего, так внешнего. За этот период (1992–2011 гг.) отмечен рост смертности населения от инфекционных и паразитарных заболеваний на 47,6 % (диаграмма 8). Потенциальный риск смерти имеет тенденцию к снижению за счет роста обращаемости населения по поводу заболеваний инфекционного и паразитарного характера. Большая часть умерших пациентов подвергаются патологоанатомическому и судебно-медицинскому вскрытию

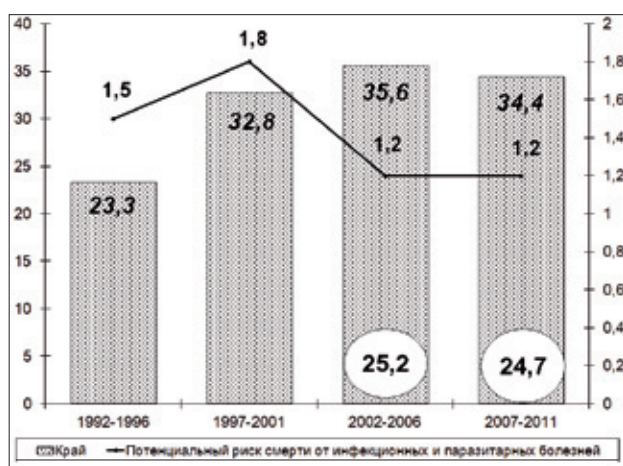


Диаграмма 8. Частота смертности населения Хабаровского края от инфекционных и паразитарных болезней в 1992–2011 гг. (на 100 000 человек); потенциальный риск смерти от указанной патологии; в кружке – частота вскрытий на 100 000 населения

(70,8 % и 71,8 % соответственно). В перспективе за счет расширения межгосударственных пограничных связей, ухудшения социально-экономических условий и качества жизни на Дальнем Востоке, снижения качества человеческого потенциала показатели смертности населения Хабаровского края от инфекционных и паразитарных болезней будут ухудшаться.

Выводы

Несмотря на прогнозируемое улучшение демографической ситуации в стране, в частности в Хабаровском крае, показатели смертности населения не улучшаются. Имеется тенденция к ухудшению показателей смертности, подтвержденные нарастанием потенциального риска смерти при основных классах заболеваний, а именно болезни системы кровообращения, внешние причины, новообразования, заболевания органов дыхания и пищеварения, инфекционные и паразитарные болезни.

Для улучшения показателей смертности на перспективу необходимо проведение ряда управленческих решений, направленных на улучшение санитарно-эпидемиологического обстановки, повышение качества профилактической работы среди населения, внедрение современных лечебно-диагностических техно-

логий с целью повышения эффективности лечения и его адекватности.

Кардинально изменить стратегию регионального здравоохранения с акцентом на усиление профилактики, пропаганды здорового образа жизни, уменьшение воздействия факторов риска, повышение санитарной культуры населения, ранее выявление заболеваний и их адекватное лечение.

Организация реально действующего мониторинга причин смертности населения Хабаровского края, позволяющего разработать мероприятия по снижению смертности в детском и трудоспособном возрастах, особенно предотвратимых случаев. Включать намеченные мероприятия по снижению смертности в региональную программу оздоровления населения края под эгидой законодательной и исполнительной власти.

Представленные материалы по смертности населения Хабаровского края свидетельствуют о необходимости мобилизовать ресурсы системы здравоохранения с целью предотвращения негативных последствий со стороны населения по устойчивости гомеостаза, повышения внимания к собственному здоровью, упорядоченности образа жизни.

Список литературы

1. Комаров, Ю. М. *Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю. М. Комаров // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 4-7.*
2. Мусийчук, Ю. И. *Учет потенциального риска смерти в методологии оценки состояния здоровья населения / Ю. И. Мусийчук, О. П. Ломов, В. М. Кудряшев // Гигиена и санитария. – 2010. – № 3. – С. 86-89.*
3. Топалов, К. П. *Анализ потенциального риска смерти как основная составляющая оценки состояния здоровья населения / К. П. Топалов, Л. П. Волокитина // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2012. – № 4. – С. 26-30.*
4. Щепин, О. П. *Особенности динамики смертности населения Российской Федерации / О. П. Щепин, В. Б. Белов, В. О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2006. – № 6. – С. 6-10.*

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.31:33

Рынок стоматологических услуг и его функции

С.М. Черкасов

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет»
Минздрава России,
г. Хабаровск

S.M. Cherkasov

Dental services market and its functions

Резюме

Развитие стоматологии в условиях рыночной экономики и внедрение маркетинговых принципов хозяйствования обеспечивает достаточный уровень эффективности функционирования системы производства стоматологических услуг, на основе взаимоотношения их спроса и предложения. В то же время, в условиях рыночной конкуренции товары и услуги ненадлежащего качества уходят из отрасли, тем самым обеспечивая развитие и совершенствование системы оказания стоматологической помощи. Оказание помощи на возмездной основе привело к появлению ряда качественных услуг за счет использования дорогостоящих импортных материалов и вывело стоматологию на европейский уровень.

Ключевые слова: рынок, стоматологические услуги.

Summary

Dental service development under the market economy circumstances provide enough level of dental aid and effective functioning of this activity based upon interaction between supply and demand. At the same time, in the circumstances of market competition, the low quality goods and services going to escape from this field. Medical aid on a fiscal base permitted to improve the quality of medical treatment, as the result of expensive and modern foreign materials usage and allowed domestic dentistry to achieve European level.

Key words: market, dental services.

Каждый человек хочет быть здоровым. Но, в процессе жизнедеятельности, организм человека постоянно находится в сосуществовании с факторами внешней и внутренней среды. Сохранение паритета между упомянутыми факторами и гомеостазом – есть здоровье, которое обеспечивает человеку комфортность в среде обитания. Болезнь – чрезпороговые отклонения анатомических, физиологических функций или разрыв их взаимосвязи в результате внешней и внутренней агрессии. Именно болезнь заставляет заняться поиском средств и способов для восстановления здоровья [1, 26].

Человек, преобразуя ресурсы в продукты, осуществляет производство. Цель производственной деятельности – создание необходимых обществу материальных и нематериальных благ. Одним из немате-

риальных благ являются медицинские услуги. Их появление и выделение в самостоятельную отрасль стало возможным благодаря разделению и специализации труда. Человек, имея склонность к врачеванию, стал выполнять конкретные виды работ в узкой деятельности (лечение людей). Накапливая опыт своих предшественников, и специализируясь в какой-либо отрасли медицины, врач совершенствует технические приемы, благодаря чему, улучшается качество лечения. Однако никто не стал бы специализироваться на лечении людей, если бы не рассчитывал обменять плоды своего труда на другие блага (еду, жилье, одежду), удовлетворяющие его потребности [25]. Это разделение труда и стало одной из объективных причин возникновения рыночных отношений в медицине.

Во всем мире рынок услуг является наиболее активно развивающейся частью потребительского рынка. Темп роста услуг преобладает над темпом роста мировой экономики как никогда прежде [34]. В последней трети XX века он традиционно опережал аналогичные показатели товарных рынков более чем на 20–25 %. При этом для России эти показатели были даже выше в силу того, что основной рывок в этой области пришелся на 90-е годы, когда в стране так и не победившего социализма стали появляться направления, ранее отсутствовавшие или «недоразвитые». В России, по сравнению с развитыми странами, львиная доля потребления приходится на жилищно-коммунальные (бытовые) и транспортные услуги, в потребление которых не вовлечены или мало вовлечены разве что бомжи [23].

В среднем около 70 % ВВП развитых стран производится в секторе услуг, причем темпы роста этого сектора высоки. При огромном разнообразии услуг трудно выделить какие-то их общие особенности. Можно разделить услуги на те, которые не требуют участия заказчика в процессе их оказания, и те, которые невозможны без участия заказчика. К последним можно отнести медицинские услуги. Эти услуги требуют от их поставщика особого умения общаться с людьми. Услуги отличает от товаров и то, что их легче изменить. Они предоставляют больше творческого простора [24].

Рынок – совокупность существующих и потенциальных покупателей товара [11]. Также рынок – это институт или механизм, сводящий вместе покупателей и продавцов (поставщиков) отдельных товаров и услуг, между которыми возникают экономические отношения, связанные с обменом товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена. Рынки могут принимать самые разнообразные формы: рынки медикаментов, медицинских услуг, капитала, рабочей силы (медицинских работников) и т.д. [25].

В классическом рынке человек покупает товары по рыночным ценам, выбирая любого устраивающего производителя, и руководствуется собственными соображениями о ценности покупки. Его выбор будет определяться собственным бюджетом, ценой продукта и неценовыми детерминантами. Если рост цен на медицинские услуги будет опережать экономический рост, денег не хватит на образование, армию, жилье и искусство [35]. При увеличении же спроса на товар производители увеличивают его производство, одновременно взвинчивая цены, но потребители на это реагируют отрицательно и сокращают покупки данного товара, переходя на его заменители. Спрос падает, производители товара начинают снижать цены, и часть их уходит с конкретного рынка, меняя специализацию. Цена товара колеблется вокруг точки равновесия. Все это наблюдается на идеальном рынке, который на рынке медицинских услуг не действует в полной мере [25].

Изменения, происходящие в экономике, отражаются на процессе расширения и углубления рыночных отношений, развитии рыночной инфраструктуры, укреп-

лении места и роли рынков товаров и услуг, усилении воздействия конкуренции во всех областях деятельности [27, 29, 30, 31, 36]. Это стало характерным и для здравоохранения страны, коренное реформирование которого в ходе рыночных преобразований и введение системы ОМС и ДМС способствовали укреплению рыночных отношений в сфере оказания медицинских услуг населению [2, 8]. Эти изменения вошли в стоматологию, имеющую во всем мире обширный опыт оказания платных услуг [28, 32, 33]. Одновременно остаются нерешенными многие вопросы, связанные со слабым экономическим развитием отношений в области организации стоматологической службы [13, 18, 20].

Одной из ключевых проблем стоматологии при переходе к рынку является способность государства обеспечивать конституционное право личности на охрану стоматологического здоровья и получения гарантированной стоматологической помощи нужного объема и качества [12, 14, 15]. Острота проблем формируется в связи с продолжающимся экономическим кризисом и значительным дефицитом финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, нарастанием негативных тенденций в состоянии здоровья населения [16, 17]. В связи с этим региональная стоматология все больше и больше финансируется за счет личных средств граждан [6, 9].

Субъектами рынка стоматологических услуг выступают: предприниматели, то есть лица, осуществляющие инициативную деятельность на свой риск и под свою исключительно экономическую и юридическую ответственность; коллективы предпринимателей и предпринимательские ассоциации; государственные структуры в тех случаях, когда они выступают непосредственными участниками сделок; индивидуальные потребители стоматологических услуг (пациенты); работники, осуществляющие трудовую деятельность на контрактной или иной основе [19].

Формирование рынка стоматологических услуг в регионе, интенсивное его развитие, появление большого числа негосударственных стоматологических организаций, потенциал реформирования муниципальных стоматологических поликлиник ставят решение проблемы формирования современных подходов к управлению стоматологической службой региона в ряд весьма актуальных. Сегодня в составе государственных (муниципальных) стоматологических учреждений появляются подразделения, оказывающие только платные услуги, формируется механизм скрытой аренды, прослеживается отчетливая тенденция закрытия стоматологических кабинетов на предприятиях и в школах, сворачивание технологий профилактической направленности, кроме того, активно развивается альтернативный (частный) сектор стоматологических услуг. Начавшийся в начале 90-х годов процесс демонтажа государственно-монополистических структур и административно-командного стиля управления в отрасли здравоохранения, не дол-

жен означать полной, никем неконтролируемой децентрализации и отказа от государственного регулирования рынка медицинских услуг, в том числе и стоматологической помощи населению. В обозримом будущем необходимо создание гибкой системы государственного влияния на два противоречивых начала – план и рынок [6].

Рынок стоматологических услуг несет в себе некоторые функции [10]:

- *Воспроизводственную*, обеспечивающую непрерывность и бесперебойность процесса производства всего многообразия услуг и товаров. Поставляя и сбывая их на рынке, коммерческая и некоммерческая стоматологическая структура приобретает на вырученные средства необходимое оборудование и материалы, а также продолжает производить услуги не только в прежнем объеме, но и увеличивает их количество. Одновременно улучшается и качество стоматологической помощи. При этом рынок как саморегулирующаяся система позволяет налаживать эффективные связи с производителями стоматологических изделий, обеспечивая развитие единого стоматологического комплекса услуг и товаров.

- *Регулирующую* хозяйственную стоматологическую деятельность в масштабах отдельного региона и страны в целом (отражая происходящие изменения в производстве и потреблении услуг). Рынок помогает приспособлять структуру производства услуг (товаров) к объему и структуре потребностей в стоматологической помощи, формировать и поддерживать прямые и обратные связи производителей и потребителей услуг.

- *Стимулирующую*, то есть выступающую в роли эффективного инструмента снижения отдельных производственных затрат, экономии общественного труда. Выполнение этой функции связано с конкуренцией и рыночными ценами, учитывающими общественно необходимые затраты труда врачей-стоматологов, потребительские качества услуг, предложения и спрос на них. Рыночный механизм заставляет стоматологическую организацию повышать производительность и эффективность труда, улучшать качество услуг и развивать лечебно-диагностический процесс. Административный или экспертный контроль никогда не устранил услуги и товары низкого качества с такой эффективностью, как это делает рынок.

- *Санлирующую* – рыночные отношения укрепляют «здоровье» экономического организма предпринимательских структур, излечивая их от болезней консервативным, а нередко и хирургическим путем. Дело в том, что рынок вынуждает производителя снижать издержки производства, экономно расходовать финансовые, материальные и трудовые ресурсы, повышать эффективность работы за счет использования новейших лечебно-диагностических технологий. С помощью конкуренции рынок как бы очищает стоматологическую службу от профессионально слабых и экономически неэффективных хозяйственных единиц

и открывает возможности для более продуктивных и перспективных.

- *Конкуреннтную* – означающую профессиональное и социально-экономическое соперничество за достижение более качественных результатов в лечении, диагностике и реабилитации больных, за более полное удовлетворение их потребностей в услугах более высокого качества и сервиса в работе.

Вследствие непрерывного усложнения экономических и хозяйственных отношений, быстро меняющейся рыночной ситуации, необходимости использования дорогостоящих технологий и оборудования, постоянного повышения эффективности оказания стоматологических услуг [7, 21], успешное развитие рынка стоматологических услуг требует решения ряда проблем. Они объединены с правовыми, организационными, управленческими и экономическими аспектами, позволяющими связать экономические стимулы с доступностью стоматологической помощи [3, 4, 5].

Поэтому укрепление предпринимательства в стоматологии при одновременном установлении оптимального соотношения его государственного и частного сектора на рынке стоматологических услуг, определяет результативность оказания стоматологической помощи населению в условиях современной рыночной экономики [22].

В рыночных условиях необходимо формирование качественно новой системы регулирования взаимоотношений в стоматологической службе региона, путем создания «согласованных правил» функционирования в рамках принятой стратегии развития ЛПУ стоматологического профиля, утвержденных структурно-организационных стандартов и установленных ограничений. Необходимо использовать методологию, основанную на нескольких принципах: четкого определения стратегических целей и задач ЛПУ стоматологической службы; органического сочетания методов стратегического и текущего планирования; формирование единства систем планирования и нормирования на всех уровнях управления стоматологической службы; формирование комплексной системы планирования, нацеленной на реализацию стратегических целей и задач и предусматривающей не только планирование оказания бесплатной медицинской помощи населению, но и финансирование обеспечения этого процесса; разработку стратегии привлечения дополнительных финансовых ресурсов, поэтапное формирование оптимизированной по многим параметрам сети ЛПУ стоматологического профиля, адекватной потребностям населения и рыночным механизмам [6].

В заключение можно сказать, что обеспечение достаточного объема и видов стоматологических услуг должно сочетаться с должным объемом и уровнем качества. И ничто не сможет устранить услуги и товары низкого качества с такой эффективностью, как это делает рынок.

Список литературы

1. Артамонова, Г. В. *Маркетинг в здравоохранении / Г. В. Артамонова, Н. Д. Богомолова // Менеджмент и маркетинг в здравоохранении. Ч. 2. – Кемерово, 1996. – 34 с.*
2. Базиян, Г. В. *Основы научного планирования стоматологической помощи / Г. В. Базиян, Г. А. Новгородцев. – М.: Медицина, 1968. – 240 с.*
3. Вагнер, В. Д. *Лицензирование и аккредитация стоматологических учреждений: мнение специалистов стоматологов / В. Д. Вагнер, В. А. Захаров, И. В. Вашурин // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2001. – № 3. – С. 40–41.*
4. Вагнер, В. Д. *Оценка стоматологических учреждений лицензирующими органами / В. Д. Вагнер, В. А. Захаров, А. В. Сизиков // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2001. – № 3. – С. 38–39.*
5. Вагнер, В. Д. *Экспертная оценка стоматологических учреждений при лицензировании и текущем контроле за их деятельностью / В. Д. Вагнер, В. А. Захаров // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2001. – № 3. – С. 43–45.*
6. *Введение в общую врачебную практику в стоматологии [Текст]: учеб. пособие / В. Г. Дьяченко, С. А. Галеса, М. Т. Пьетрок, И. В. Павленко. – М.; Тверь, 2009. – 312 с.*
7. Гринин, В. М. *Особенности обращаемости взрослого населения за стоматологической помощью в государственные и коммерческие структуры / В. М. Гринин, Н. Н. Предтеченский // Стоматология для всех. – 2004. – № 1(26). – С. 32–36.*
8. Данилов, Е. О. *Особенности развития рынка стоматологических услуг на современном этапе / Е. О. Данилов, Т. Ш. Мчелидзе, А. В. Цимбалистов // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 12–13.*
9. Древина, Г. Р. *Научное обоснование контроля качества в терапевтической стоматологии на основе дифференцирования норм нагрузки врачей и алгоритмизации лечебного процесса: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 137 с.*
10. Золотуская, И. Б. *Особенности стоматологии переходного периода: оценка и прогноз профессионалов и населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Б. Золотуская. – М., 1998. – 24 с.*
11. Котлер, Ф. *Основы маркетинга / Ф. Котлер. – М., 1996. – 704 с.*
12. Леонтьев, В. К. *Формы собственности и организационно-правовые формы юридических лиц в стоматологии / В. К. Леонтьев, А. Ю. Шиленко, Ю. В. Шиленко // Стоматология. – 1996. – Т. 75, № 6. – С. 53–69.*
13. Леонтьев, В. К. *О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития / В. К. Леонтьев // Ин-т стоматологии. – 2006. – № 4. – С. 10–12.*
14. Леонтьев, В. К. *Профессиональные риски и профессиональная ответственность работников стоматологического профиля / В. К. Леонтьев, В. И. Полуев, В. Т. Шестаков // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 51–57.*
15. Леонтьев, В. К. *Сеть стоматологических учреждений: тенденции и направления при переходе к рыночным отношениям / В. К. Леонтьев, В. Н. Копейкин, А. В. Алимский // Стоматология. – 1998. – № 1. – С. 51–54.*
16. Леонтьев, В. К. *Состояние стоматологической помощи населению и перспективы ее развития / В. К. Леонтьев, А. В. Алимский, В. Т. Шестаков // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны. – М., 2004. – С. 5–13.*
17. Леонтьев, В. К. *Стоматология в XXI веке. Попытка прогноза / В. К. Леонтьев, В. М. Безруков // Стоматология. – 2000. – Т. 79, № 6. – С. 4–5.*
18. Леонтьев, В. К. *Экономика стоматологии как научная дисциплина / В. К. Леонтьев, И. Б. Золотуская, Ю. В. Шиленко // Новое в стоматологии. – 1997. – № 7. – С. 3–6.*
19. *Методические подходы к анализу экономической среды негосударственных стоматологических организаций / В. Г. Бутова, М. З. Каплан, Н. Г. Малахова и др. // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 7, 9. – С. 37–39.*
20. *Особенности юридической собственности в медицине / В. К. Леонтьев, А. М. Балло, Ю. Н. Курганский и др. // Экспертный контроль за медицинской деятельностью. – СПб., 2000. – 130 с.*
21. *Предпринимательство в российской стоматологии / В. Г. Бутова, Г. А. Комаров, Ю. М. Максимовский и др. – М., 1998. – 74 с.*
22. *Развитие и функционирование стоматологического рынка / Ю. М. Максимовский, В. Г. Бутова, Т. В. Ульянова, Н. Г. Ананьева // Рос. стоматология. – 1998. – № 1 (2). – С. 58–61.*
23. Разумовская, А. Л. *Маркетинг услуг. Настольная книга российского маркетолога–практика / А. Л. Разумовская, В. М. Янченко. – М.: Вершина, 2006. – 496 с.*
24. Репьев, А. П. *Классификация продуктов с точки зрения маркетинга и рекламы [Электронный ресурс]. – Б. м., 2011. – (Школа Александра Репьева).*
25. Столяров, С. А. *Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления / С. А. Столяров. – Барнаул, 2005. – С. 9.*
26. Шарапов, В. Ф. *Маркетинг в медицине: метод. рекомендации / В. Ф. Шарапов, В. П. Тьякин, И. Н. Денисов. – Самара, 1996. – 35 с.*
27. Colton, R. *Lessons for the health care industry from America's experience with public utilities / R. Colton, K. B. Frisof // J. Public Health Policy. – 1997. – № 18. – P. 389–400.*
28. De, St. *Telephone lanning: the key to improved patient service and reduced stress / St. De, J. M. Georges // J. Am. Dnt. Assoc. – 1995. – Vol. 126, № 10. – P. 1434–1437.*
29. Doherty, N. *Increasing Practice Efficiency by Linear Programming // J. Amer. Dent. Ass. – 1972. – № 85, № 5. – P. 1099–1106.*
30. Haase, E. *Менеджмент: модное слово или необходимая предпосылка для успешного руководства клиникой? // Квинтэссенция. – 1994. – № 4. – С. 48–53.*
31. Heidemann, E. *The Contemporary Use of Standards in Health Care, WHO/SHS/DHS/93. 2. – Geneva: World Health Organization, 1993. – 29 p.*
32. Jerrold, L. *Litiqation, legislation and ethics. Twarting vicarious liability // Amencan journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. – 2000. – Vol. 117, № 3. – P. 370–372.*
33. Kress, G. C. *A survey of ethical dilemmas and practical problems encountered by practicing dentists / G. C. Kress, T. K. Hasegawa, I. Y. Guo // J. Am. Dent. Assoc. – 1995. – Vol. 126, № 11. – P. 1554–1562.*
34. Lovelock, C. *Services, marketing: people, technology, strategy / C. Lovelock, J. Wirtz. – 7th ed. – W. p., 2010. – P. 282–291.*
35. Mahar, M. *Money driven medicine: the real reason health care costs so much / M. Mahar. – New York: Collins, 2006. – 451 p.*
36. Rowe, A. H. *Private fees in dental practice: a personal view for new graduates // Dent. Update. – 1995. – Vol. 22, № 8. – P. 330–332.*

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 617.753.2-089.819.843

Ретроспективный анализ ближайших и отдаленных осложнений имплантации отрицательной интраокулярной линзы

Ю.А. Терещенко¹, Т.К. Сидоренко¹, А.Г. Авакян², Е.Л. Сорокин^{1,2}

¹Хабаровский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России,

²ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Хабаровск

Y.A. Tereshchenko, T.K. Sidorenko, A.G. Avakian, E.L. Sorokin

Retrospective analysis of the immediate and remote complications of a negative power intraocular lens implantation

Резюме

Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов имплантации факичной интраокулярной линзы у 62 пациентов с миопией высоких степеней. Исследование показало, что имплантация факичной интраокулярной линзы с целью оптической коррекции стационарной миопии высоких степеней позволила достичь высоких зрительных функций в большинстве случаев (81,4 % глаз) при сроках наблюдения 5–7 лет.

Ключевые слова: факичная интраокулярная линза, миопия высокой степени, оптическая коррекция аметропии.

Summary

The analysis of the immediate and remote results of implantation of a phakic intraocular lens in 62 patients with a myopia of high degrees was carried out. The research showed that implantation of a phakic intraocular lens for the purpose of optical correction of a stationary myopia of high degrees allowed to reach high visual functions in most cases (81,4 % of eyes) at terms of observation of 5–7 years.

Key words: phakic intraocular lens, high myopia, optical correction of refractive ametropia.

Актуальность

В настоящее время существуют различные хирургические методы оптической коррекции миопии высокой степени. Одним из них является имплантация отрицательной интраокулярной линзы (ИОЛ) в факичный глаз. Она применяется при наличии противопоказаний к выполнению эксимерлазерной хирургии роговицы.

Среди преимуществ данного метода следует отметить возможность одномоментной оптической кор-

рекции высоких степеней аномалий рефракции, высокие функциональные результаты, короткий реабилитационный период, сохранение функции аккомодации, обратимость методики [2, 7].

Однако, являясь полостной операцией, данная методика, соответственно, создает риск послеоперационных осложнений [1, 2, 4, 5, 8]. Но, по данным литературы, их частота достаточно широко варьирует: от 13,3 % до 52,3 % [4, 5]. Такая неоднородность

может быть обусловлена различными критериями их оценки. Кроме того, мы не нашли данных о состоянии глаз после имплантации факичной ИОЛ в отдаленном периоде.

В нашей клинике данная технология используется с 1994 года, за эти годы накоплен большой опыт.

Целью работы явилось исследование частоты и структуры послеоперационных осложнений имплантации отрицательных факичных ИОЛ при коррекции стационарной миопии, оценка ее отдаленных результатов.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов имплантации факичных ИОЛ в 113 глазах (62 пациента). Их возраст составил от 18 до 42 лет (средний возраст – 30 лет). Большинство (74 глаза – 65,5 %) было представлено миопией высокой степеней с ее стационарным течением (от 6,5 до 18 Дптр, в среднем $11,87 \pm 6,13$). В 39 глазах (34,5 %) имела место средняя степень миопии (5,5–5,75 Дптр). В 27 глазах наблюдался роговичный астигматизм от 1,0 до 4,5 Дптр (в среднем $2,5 \pm 0,7$ Дптр). В 11 глазах он был прямым, в 9 глазах – обратным, в 7 глазах – с косыми осями. Острота зрения без коррекции составляла от 0,01 до 0,15. Показатель передне-задней оси глаза варьировал от 25,1 до 31,8 мм, в среднем $28,45 \pm 3,35$ мм. В 46 глазах ранее были выполнены склероукрепляющие вмешательства (40,7 %), в 33 глазах – ограничительная лазеркоагуляция по поводу прогностически опасных видов периферических витреохориоретинальных дистрофий (29,2 %). Уровень внутриглазного давления (ВГД) составил от 19 до 23 мм рт. ст. (21 ± 2 мм рт. ст.).

Всем пациентам выполнялась имплантация отрицательных ИОЛ по классической методике, через корнеосклеральный разрез. Имплантировались модели RSC 1, RSC 3, выполненные из сополимера коллагена.

В ходе исследования изучалось: состояние глаз после имплантации факичных ИОЛ, частота, структура ранних и поздних послеоперационных осложнений, динамика зрительных функций, удовлетворенность пациентов. Срок наблюдения составил до 5–7 лет.

Результаты и обсуждение

Во всех случаях оперативные вмешательства прошли запланировано, без осложнений. В подавляющем большинстве случаев (84 глаза – 74,3 %) ранний послеоперационный период протекал адекватно; факичная ИОЛ занимала правильное положение – располагалась в оптической зоне перед передней капсулой нативного хрусталика, была центрирована. В 4 глазах (3,5 %) развилась II степень ответной реакции глаза. Усиление противовоспалительной терапии (местные и внутривенные инъекции дексаметазона, инстилляции мидриатиков, физиотерапевтическое лечение) позволили стойко купировать ее в течение трех-четырех суток.

В раннем послеоперационном периоде различные осложнения отмечены в 25 глазах. Так, в 6 глазах (5,31 %), на первые-вторые сутки произошла адгезия факичной ИОЛ с передней капсулой хрусталика, выявленная при биомикроскопии (отсутствие диаста-

за между задней поверхностью факичной ИОЛ и передней капсулой хрусталика). В связи с высоким риском расстройств гидродинамики, формирования переднесубкапсулярной катаракты, обусловленных феноменом «присасывания» факичной ИОЛ к передней капсуле, этим пациентам была срочно произведена замена модели ИОЛ RSC 1 (с отсутствием микроперфората в оптической части ИОЛ) на модель RSC 3 (с наличием такового).

В 7 случаях на 2–4 сутки спонтанно развилась кератопатия II–III степеней при отсутствии признаков циклита и при нормальных значениях внутриглазного давления (ВГД) (от 17 до 23 мм рт. ст.). В связи с этим мы дополнили противовоспалительную терапию препаратами кератопротекторного ряда (солкосерил, баларпан). К 4–5 суткам данные явления были полностью купированы.

В 6 глазах на 2–3 сутки отмечено реактивное повышение ВГД (28–31 мм рт. ст.). При этом также отсутствовали признаки циклита (экссудативный выпот в переднюю камеру, интактность радужки, зрачка). Назначенный им дополнительный гипотензивный режим (0,5% р-р тимолола в сочетании с 2% р-ром тусупта 2-кратно) без усиления противовоспалительной терапии позволил стойко купировать эти явления к 3–4 суткам. По данным литературы, гиперсекреция камерной влаги при имплантации отрицательной ИОЛ может быть связана как с периодическим механическим раздражением ИОЛ, так и с наличием скрытого вялотекущего воспаления [6].

В 3 глазах на 1–4 сутки произошла дислокация факичной ИОЛ во фронтальной плоскости (значительное смещение оптической части). Это сопровождалось снижением остроты зрения и потребовало хирургической репозиции ИОЛ, которая была успешно выполнена. Данное осложнение оказалось связано с повышенной физической активностью пациентов в первые сутки после операции (резкие движения головой, нарушение режима сна).

В 3 глазах развилась клиническая картина зрачкового блока (бомбаж радужки, уменьшение глубины передней камеры, отек стромы и эпителия роговицы) с умеренным повышением ВГД до 32 мм рт. ст., не купирующимся гипотензивным режимом. Как оказалось, данное осложнение имело место исключительно в глазах с имплантируемой моделью RSC1, отличающейся отсутствием микроперфорации в оптической части линзы. Это затруднило нормальную циркуляцию водянистой влаги из задней камеры в переднюю. Проведенная лазерная иридэктомия во всех глазах полностью устранила данное осложнение.

На 5–7 сутки острота зрения без дополнительной оптической коррекции во всех глазах существенно повысилась и составляла от 0,5 до 1,0. Все пациенты были удовлетворены результатами оперативного вмешательства.

Спустя 1–3 года подавляющее большинство глаз выглядели интактными (92 глаза). Острота зрения без дополнительной оптической коррекции составила от 0,6 до 1,0. Оптическая часть факичной ИОЛ располагалась в проекции зрачка. Уровень ВГД составлял 17–24 мм рт. ст. Эти пациенты были вполне удовлетво-

рены результатами проведенной хирургической коррекции миопии.

Но в 18 глазах острота зрения оказалась сниженной: от 0,4 до 0,7. Как оказалось, во всех этих случаях в зоне контакта с оптической частью факичной ИОЛ произошло формирование начальных помутнений передней капсулы, субкапсулярных слоев хрусталика.

В 5 глазах были выявлены признаки начальной стадии эпителиально-эндотелиальной дистрофии (ЭЭД): локальная «шероховатость» эпителия, потеря его физиологического блеска, снижение прозрачности). Для поддержания трофики роговицы им была назначена местная метаболитическая терапия (кератопротекторы, слезозаменители). На фоне проводимого лечения в 2 глазах роговица вновь приобрела физиологический блеск и прозрачность. Однако в 3 глазах положительной динамики не произошло. Вероятно, это было обусловлено исходной слабостью эндотелиальной выстилки. Но поскольку эти глаза были прооперированы в 90-е годы, когда диагностические возможности клиники еще не позволяли подсчитывать количество эндотелиальных клеток, соответственно, данное исследование им не проводилось.

Спустя 5–7 лет подавляющее большинство пациентов были удовлетворены результатами операции (92 глаза – 81,4 %). Глаза выглядели спокойными, факичная ИОЛ располагалась правильно, была центрирована, оптическое состояние хрусталиков было прозрачным, уровень ВГД соответствовал 18–23 мм рт. ст. Острота зрения без коррекции составляла от 0,5 до 1,0.

Однако в 18 глазах, где ранее были выявлены начальные помутнения передней капсулы и субкапсулярных слоев хрусталика в оптической зоне, к этому сроку развилась осложненная катаракта (помутнения стали интенсивными). Острота зрения в них снизилась до 0,4–0,1. Этим пациентам был проведено удаление факичной ИОЛ и выполнена факоэмульсификация с имплантацией заднекамерной модели ИОЛ. Зрительные функции существенно повысились.

В 3 глазах с выявленными ранее начальными проявлениями ЭЭД к этому сроку сформировалась ее раз-

витая и далекозашедшая стадии (значительная потеря прозрачности роговицы, буллезные изменения стромы, интерстициальный отек, умеренный роговичный синдром). Острота зрения оказалась сниженной до 0,05–0,1. Уровень ВГД в 3 глазах был в пределах 19–21 мм рт. ст. Несмотря на углубленное офтальмологическое обследование, мы не нашли у данных пациентов каких-либо факторов риска формирования ЭЭД (дислокации ИОЛ, ее контакта с роговичным эндотелием, неравномерности передней камеры и т.д.). Возможно, данное грозное осложнение могло быть обусловлено исходно низкой плотностью эндотелиальных клеток. Мы не увидели также тенденции к развитию ЭЭД в зависимости от определенной модели ИОЛ, поскольку данное осложнение развилось в глазах с имплантацией обеих моделей факичных ИОЛ (в 2 глазах – модель RSC1, и в 1 глазу – RSC3). Нельзя полностью исключить также и токсическое воздействие материала, из которого изготовлена факичная ИОЛ, поскольку подобные сведения имеются в литературе [5].

Выводы

1. Имплантация факичной ИОЛ с целью оптической коррекции стационарной миопии высоких степеней позволила достичь высоких зрительных функций без дополнительной оптической коррекции в большинстве случаев (81,4 % глаз) при сроках наблюдения 5–7 лет.

2. Ранние постоперационные осложнения имели место в 25 глазах (22,1 %). Большинство из них они были купированы без последствий для функций глаза местной противовоспалительной и гипотензивной терапией.

3. В отдаленном периоде имплантации ИОЛ отмечено формирование осложненной субкапсулярной катаракты в 18 глазах, потребовавшей хирургического лечения; формирование ЭЭД в 3 глазах с резким снижением зрительных функций.

4. Для предупреждения постоперационных осложнений следует более тщательно осуществлять предоперационный отбор пациентов с учетом исходного состояния эндотелия роговицы, использовать усовершенствованные модели факичных ИОЛ, изготовленные из максимально инертных материалов, исключая адгезию линзы с передней капсулой хрусталика.

Список литературы

1. Агафонова, В. В. Коррекция аметропий интраокулярными факичными линзами: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 350 с.
2. Бадюгина, С. П. Результаты хирургической коррекции миопии высокой степени отрицательными ИОЛ // Актуальные проблемы офтальмологии: материалы конф. – Благовещенск, 1997. – С. 182-184.
3. Балашевич, Л. И. Анализ имплантации отрицательных ИОЛ больным миопией высокой степени / Л. И. Балашевич, А. Г. Радченко // Материалы I Евроазиатской конференции по офтальмологии. – Екатеринбург, 1998. – С. 130-131.
4. Балашевич, Л. И. Рефракционная хирургия. – СПб.: Изд. дом «СПБМАПО», 2002. – 288 с.
5. Коновалов, М. Е. Клинический анализ осложнений имплантации различных типов факичных интраокулярных

линз / М. Е. Коновалов, Е. М. Молокотин // Рос. офтальмол. журнал. – 2013. – № 1. – С. 15-18.

6. Туманян, Э. Р. Состояние гидродинамики до и после имплантации отрицательных ИОЛ в факичный глаз при миопии высокой степени / Э. Р. Туманян, В. К. Зуев, Т. В. Козлова // Офтальмохирургия. – 1997. – № 4. – С. 50-56.

7. Туманян, Э. Р. Хирургическая коррекция миопии высокой степени методом имплантации отрицательных ИОЛ в факичный глаз // Новое в офтальмологии. – 1997. – № 4. – С. 30-36.

8. Chen, L.-J. Metaanalysis of cataract development after phakic intraocular lens surgery / L.-J. Chen, Y.-J. Chang Y.-J. // J Cataract Refract Surg. – 2008. – Vol. 34 (10). – P. 1181-1200.

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 618.177-089

Хирургическое лечение бесплодия: 17 лет спустя

Н.В. Новикова, Г.В. Чижова, Т.Н. Рамзина, Ю.В. Шошкина, В.А. Ермак

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

N.V. Novikova, G.V. Chizhova, T.N. Ramzina, U.V. Shoshkina, V.A. Ermak
Surgical treatment of infertility: 17 years later

Резюме

В статье приводится сравнение данных оперативного лечения в 1995 г. и в 2012 г. На базе гинекологического отделения Дорожной больницы на ст. Хабаровск-1 в 1995 г. проведено 32 лапароскопические операции у женщин с бесплодием. Эти пациентки составили 1 группу. Во 2-ю группу вошли 79 женщин, которые были прооперированы в гинекологическом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» в 2012 г.

Ключевые слова: первичное и вторичное женское бесплодие, лапароскопия, эндометриоз, спаечный процесс.

Summary

The article presents a comparison of the dates of surgical treatment in 1995 and 2012 in patients with infertility. In 1995 on the basis of gynecological department of the hospital on the Road station Khabarovsk-1 was made the 32 laparoscopic surgeries in women with infertility in 1995. These patients consisted for 1st group. In 2012 was made surgeries in 79 women in the gynecology department of the Regional Clinical Hospital № 1 by professor's name Sergeev S.I. These patients consisted for 2nd group.

Key words: primary and secondary female infertility, laparoscopy, endometriosis, adhesive process.

Проблема бесплодия является одной из наиболее актуальных медико-социальных и демографических проблем, что определяется как сравнительно высокой (от 6 до 18 %) распространенностью бесплодных браков, так и недостаточно высокой эффективностью лечения данной патологии [1].

Несмотря на большое разнообразие консервативных методов лечения, в том числе и вспомогательных репродуктивных технологий, для многих пациенток с бесплодием встает вопрос о хирургическом лечении.

Показания для оперативного вмешательства при бесплодии самые разнообразные, это и окклюзия труб, спаечный процесс малого таза, опухоли яичников,

эндометриодная болезнь, лейомиома матки, кломи-фенрезистентный поликистоз яичников, бесплодие неясного генеза и т.д.

Цель исследования

Проанализировать изменения картины бесплодия, требующей оперативного вмешательства за последние два десятилетия.

Материалы и методы

Для решения поставленной задачи мы сравнили данные оперативного лечения в 1995 г. и в 2012 г. На базе гинекологического отделения Дорожной больницы на ст. Хабаровск-1 в 1995 г. проведено 32 лапароскопические операции у женщин с бесплодием.

Таблица 1

Возраст прооперированных больных с бесплодием

Возраст	1 группа (n = 32)		2 группа (n = 79)	
	Абс.	%	Абс.	%
20–25 лет	6	18,6	11	13,9
26–30 лет	12	37,5	27	34,2
31–35 лет	11	34,4	29	36,7
36–40 лет	3	9,4*	12	15,2*

Эти пациентки составили 1 группу. Во 2-ю группу вошли 79 женщин, которые были прооперированы в гинекологическом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» в 2012 г.

Возраст женщин варьировал в обеих группах от 22 до 40 лет. При этом хочется отметить, что удельный вес женщин старше 35 лет был значительно выше во 2-й группе.

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что в 21 веке женщины задумываются о рождении детей гораздо позже и обращаются за помощью, уже, когда происходит естественное снижение репродуктивной функции.

В то же время за 17 лет изменилась длительность обследования и консервативного лечения бесплодия, перед направлением на операцию.

Как видно из данных таблиц 2 и 3, за последние годы процесс обследования и предоперационного лечения значительно сократился. В настоящее время пациенткам не проводят многократные курсы антибактериальной терапии и необоснованные стимуляции овуляции, а направляют на эндоскопическую операцию с диагностической и леченой целью.

За последние годы так же изменилась и структура бесплодия. Если в 1 группе большинство (62,5 %) составляли женщины с вторичным бесплодием, то последнее время среди оперированных преобладают па-

Таблица 2

Длительность обследования больных с бесплодием

Обследование в течение	1 группа (n = 32)		2 группа (n = 79)	
	Абс.	%	Абс.	%
3-х мес.	2	6,2	10	12,7
6-ти мес.	3	9,4*	51	64,5*
1 года	12	37,5	12	15,2
более 1 года	15	46,9*	6	7,6*

Таблица 3

Длительность лечения по поводу бесплодия (до операции)

Лечение в течение	1 группа (n = 32)		2 группа (n = 79)	
	Абс.	%	Абс.	%
6-ти мес.	1	3,1	6	7,6
до 1 года	3	9,4	17	21,5
1–2 года	5	15,6*	34	43*
2–5 лет	10	31,3*	3	3,8*
5–7 лет	4	12,5	5	6,3
более 7 лет	5	15,6*	2	2,6*
Лечение не проводилось	4	12,5	12	15,2

циентки с первичным бесплодием (52 %). Высокая частота вторичного бесплодия в 1995 г. была обусловлена частым прерыванием первой нежеланной беременности. Аборт как причина бесплодия отмечен у 18 женщин (56,25 %) в 1996 г. и у 20 женщин (25,3 %) в 2012 г.

Основные гинекологические заболевания, приведшие к бесплодию и требующие хирургической коррекции, остались прежними, но как видно по данным таблицы 4, во 2-й группе значительно увеличилось число пациентов с эндометриозом и миомой

Таблица 4

Основные причины женского бесплодия, потребовавшие оперативного лечения

	1 группа (n = 32)		2 группа (n = 79)	
	Абс.	%	Абс.	%
Окклюзия маточных труб	14	43,75	26	32,9
Гидросальпинкс	4	12,5	6	7,6
Спаечный процесс малого таза	26	81,25	49	62
СПКЯ	11	34,4	27	34,2
Эндометриоз	9	28,1	31	39,2
Кисты яичников	3	9,4	9	11,4
Лейомиома матки	1	3,1	6	7,6
Патологии не выявлено	3	9,4	4	5

матки. Не смотря на то, что трубно-перитонийный фактор бесплодия остается лидирующим в обеих группах, отмечается тенденция к снижению его во 2-й группе. Выраженность спаечного процесса в малом тазу также изменилась. Среди всех женщин со спаечным процессом, в 1995 г. I-II степень отмечена в 81,2 % случаев и у 18,7 % – III степень. В 2012 г. выраженный (III степень) спаечный процесс был выявлен только в 5 % случаев.

Процент сочетанной патологии несколько вырос во 2-й группе (50,6 % и 46,9 % соответственно), в основном за счет увеличения частоты эндометриоза.

В обеих группах всем больным операции выполнялись лапароскопическим доступом. В большинстве случаев выполнялся идентичный объем оперативного вмешательства в обеих группах больных (табл. 5).

Но, необходимо отметить, более щадящее отношение к овариальному резерву яичников (в 2012 г. операции выполнялись в основном с использованием биполярной коагуляции и не проводилась резекция яичников, а только энуклеация кист и фенестрация).

В то же время поменялась тактика ведения бесплодных женщин с гидросальпинксом. В настоящее время не целесообразно сохранять маточную трубу, так как это приводит к рецидивам, повторным операциям, затягиванию процесса лечения. Удаление поврежденной трубы позволяет сохранить другую трубу. И даже в тех случаях, когда имеет место двусторонние гидросальпинксы, более обоснованным является радикальная операция (удаление обеих труб) и направление женщин на ЭКО.

Выводы:

1. За 17 лет изменился облик женщины с бесплодием, обращающихся за оперативным лечением. Это в основном женщины старше 33 лет с первичным бесплодием.

2. Современные методы обследования позволили значительно сократить срок установления причины бесплодия.

3. Соблюдение алгоритма ведения пациенток с бесплодием позволяет сократить длительность консервативного лечения и своевременно направить на оперативное лечение.

Таблица 5

Объем лапароскопических оперативных вмешательств

Операции	1 группа (n = 32)		2 группа (n = 79)	
	Абс.	%	Абс.	%
Сальпингоовариолизис	26	81,25	23	29,1
Адгезиолизис	30	93,75	49	62
Сальпингонеостомия	14	43,75	21	26,6
Фимбриолизис и фимбриопластика	–	–	4	5
Удаление труб	–	–	5	6,3
Фенестрация яичников	12	37,5	26	32,9
Удаление эндометриоидных очагов	9	28,1	26	32,9
Удаление кист яичников (в том числе и эндометриоидных)	3	9,4	17	21,5
Резекция яичников	2	6,25	–	–
Миомэктомия	1	3,1	6	7,6
Хромотубоскопия	30	93,75	51	64,5
Диагностическая лапароскопия	3	9,4	4	5

4. Отмечается рост эндометриоза ассоциированного бесплодия, а также увеличение частоты лейомиомы матки среди женщин с бесплодием.

5. Современная эндоскопическая хирургия отличается выполнением адекватного объема оперативного вмешательства (удаление гидросальпинксов, сохранение овариального резерва яичников).

Список литературы

1. Кулаков, В. И. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения и перспективы // Проблемы репродукции. – 1999. – № 2. – С. 6-9.

2. Чижова, Г. В. Лапароскопическая диагностика и коррекция трубного бесплодия / Г. В. Чижова, Н. В. Новикова // Дальневост. мед. журнал. – 1996. – № 1. – С. 39-40.

УДК 616-006-052-036.868 (571.61)

Обоснование системы реабилитационной помощи больным с онкопатологией на примере Амурской области

О.В. Ушакова¹, О.В. Химиченко², Т.В. Билько³, Н.В. Унитис⁴, Л.Ю. Алейникова⁵

¹КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» МЗ ХК,

г. Хабаровск

²КГБУЗ «Свободинская больница Амурской области» МЗ ХК,

³КГБУЗ «Городская поликлиника № 2» МЗ ХК,

⁴Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области

«Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК,

⁵КГБУЗ «Амурская областная психиатрическая больница» МЗ ХК,

г. Благовещенск

O.V. Ushakova, O.V. Himchenko, T.V. Bilko, N.V. Unitis, L.Y. Aleynikova

The substantiation of medical rehabilitation system for the oncology patients at Amurskaya oblast

Резюме

Оценка имеющихся демографических показателей, показателей здоровья населения Амурской области позволила сформулировать и обосновать следующие проблемы: рост показателя смертности от онкопатологии, одногодичной летальности и недостаточный уровень организации специализированной медицинской помощи больным. С помощью метода построения формального прогнозирования изменения показателя смертности больных с онкопатологией приоритетным направлением выделено снижение уровня одногодичной летальности. Одной из технологий, влияющей на данный показатель, определена организация реабилитационной помощи данной категории больных.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, онкология, амбулаторно-поликлиническое учреждение здравоохранения.

Summary

Evaluation of the available demographic indicators, indicators of health has allowed to formulate and justify the following problems: high death rate from oncological pathology, of one-year mortality and insufficient organization level of specialized medical care to patients. Using the method of determination of integral indicators of achievement of specific goals and build formal forecasting of changes in the rate of mortality of patients with oncopathology Optimization of rehabilitation system will permit to improve treatment outcome.

Key words: medical rehabilitation, oncology, outpatient health care institution.

Актуальность

Еще в 1966 году специалисты-онкологи США обратили внимание на важную социальную проблему – реабилитацию онкологических больных. Проведение четырех международных конференций в прошлом столетии по проблемам реабилитации онкологических больных организационно закрепило стремление специалистов, работающих в области онкологии, объединить свои усилия по оказанию реабилитационной помощи данной категории больных. Но, к сожалению, реабилитация не стала составной частью комплекса терапевтических мероприятий в онкологии: так как рак, как фатальное заболевание, часто отождествляется с

непродолжительностью жизни, а больной со злокачественной опухолью считается бесперспективным с точки зрения реабилитации.

В настоящее время, в Российской Федерации, на официальном учете состоит более 2 миллионов 300 тысяч пациентов с онкологическими заболеваниями. Почти 150 тысяч человек в России ежегодно признаются инвалидами по причине имеющегося онкозаболевания.

В зарубежной литературе имеется достаточное количество научных работ, в которых приводятся результаты влияния целого ряда методов лечения и последующей реабилитации на показатель одногодичной летальности, пятилетней выживаемости онкобольных.

Таблица 1**Динамика заболеваемости онкологическими заболеваниями среди населения Амурской области за период с 2007 по 2012 гг.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Амурская область	279,4	304,4	300,6	310,5	328,9	346,3
Россия	341,55	345,69	355,84	364,22	374,7	–
ДФО	301,02	306,58	313,03	325,34	–	–

Однако работ, которые бы систематизировали имеющиеся данные и дали ответ на вопрос о возможности организации комплекса реабилитационной помощи, до настоящего времени не существует. Вопрос является актуальным, так как от ответа на него зависит принятие организационных решений по выбору направления для вложения ресурсов.

Цель исследования

Обоснование системы реабилитационной помощи больным с онкопатологией (на примере Амурской области).

Материалы и методы

Материалом для анализа послужили данные из официальных статистических отчетных форм № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», отчеты по онкологической службе Амурской области, данные ракового регистра за период с 2007 по 2012 гг. В работе проведен статистический анализ, использованы методы системного анализа, включающего формирование «древа проблем» и «древа целей», построения формальной модели прогнозирования и оценка результатов.

Результаты и обсуждение

Основой для формулирования и обоснования проблем стали демографические показатели, показатели здоровья и влияющих на них факторов.

Утвержденная численность населения региона на 01.01.2013 г. составляет 816,2 тыс. человек. Плотность населения – 2,27 человек на кв.км.

В таблице 1 представлена динамика относительных показателей заболеваемости онкопатологией среди населения Амурской области с 2007 по 2012 годы. Как видно из представленных данных, в Амурской области, как и в целом по РФ и ДФО отмечается рост заболеваемости онкологическими заболеваниями. Заболеваемость больных злокачественными новообразованиями в области за последние шесть лет выросла на 8 % (РФ, ДФО – на 9 %).

Параллельно росту заболеваемости отмечается тенденция к увеличению показателя смертности от онкологических заболеваний. Несмотря на стабилизацию показателя в 2011–2012 гг., за последние шесть лет показатель смертности вырос на 8,4 % (табл. 2).

Существенное влияние на показатель смертности населения от злокачественных образований оказывает раннее выявление больных с онкопатологией. Несмотря на то, что показатель удельного веса активно выявленных больных по Амурской области выше, чем в среднем по ДФО и РФ (табл. 3), как показывают данные, представленные в таблице 4, каждый третий из числа активно выявленных онкобольных имеет IV ст. заболевания. Данная ситуация отразилась на показателе, характеризующем одногодичную летальность

Таблица 2**Динамика показателя смертности от онкологических заболеваний среди населения Амурской области с 2007 по 2012 гг.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Амурская область	149,2	151,8	150,3	161,3	162,5	162,4
Россия	201,19	201,91	204,88	204,44	205,2	–
ДФО	179,28	179,28	182,81	184,51	186,4	–

Таблица 3**Удельный вес активно выявленных среди первичных больных злокачественными новообразованиями (%)**

	2007	2008	2009	2010	2011
Амурская область	12,5	14,9	14,9	15,8	18,2
Россия	12,1	12,2	12,9	13,2	–
ДФО	8,0	10,1	9,4	8,6	–

Таблица 4

**Удельный вес больных с IV стадией заболевания
в общем числе больных с впервые в жизни установленным диагнозом
злокачественного новообразования (%)**

	2007	2008	2009	2010	2011
Амурская область	25,1	26,0	25,8	25,1	26,2
Россия	22,8	22,8	22,4	22,3	–
ДФО	28,7	26,1	26,6	25,6	–

среди больных с онкопатологией. Несмотря на снижение уровня данного показателя за последние два года, он выше в сравнении с аналогичными показателями ДФО и РФ (табл. 5).

Оценка имеющихся демографических показателей здоровья позволила сформулировать и обосновать следующие проблемы (схема 1). Учитывая, что ключевым показателем здоровья населения является показатель средней продолжительности его жизни (общая проблема), который зависит от уровня смертности населения трудоспособного возраста, высокий показатель смертности от онкопатологии обозначен как ключевая проблема. В пользу данного обоснования указывает и тот факт, что уровень смертности населения от онкологических заболеваний занимает второе место в структуре общей смертности населения области.

Анализ причин формирования ключевой проблемы позволил выделить три основные проблемы [5, 6, 7, 8]: высокий показатель одногодичной летальности, рост заболеваемости онкопатологией и недостаточный уровень организации специализированной медицинской помощи больным. Данные проблемы в «древо проблем» обозначены как причины первого порядка. В свою очередь развитие указанных проблем вытекает из комплекса своих, которые обозначены в «древо проблем», как причины второго порядка. Так, высокий показатель одногодичной летальности происходит из комплекса своих проблем: развитие осложнений на фоне проводимой противораковой терапии и поздняя диагностика онкопатологии. Рост онкологической заболеваемости обусловлен увеличением численности населения, имеющихся факторов риска развития данного заболевания, влияние факторов внешней среды.

Проведенный анализ причин роста смерти от онкологических заболеваний позволил определить три основных пути решения данной проблемы, обозначенные как конкретные цели проекта: снизить рост заболеваемости онкопатологией, снизить уровень одногодичной летальности среди больных с онкопатологией, обеспечить оказание специализированной медицинской помощи всем больным с онкопатологией.

С помощью метода определения интегральных показателей достижения конкретных целей и построения формального прогнозирования [1, 2, 3, 4, 9, 10] изменения показателя смертности больных с онкопатологией в зависимости от этих показателей выявлено следующее. При снижении уровня одногодичной летальности с 29 до 16 у 100 больных с онкопатологией при сохраняющихся показателях первичной заболеваемости больных данной категории объеме специализированной медицинской помощи показатель смертности больных с онкологической заболеваемостью будет равен 1,42 (на 100 тыс. нас.).

При увеличении только объема оказания специализированной медицинской помощи до 60 % у 100 нуждающихся больных с онкопатологией показатель смертности больных будет равен 0,9 (на 100 тыс. нас.).

Таким образом, проведенное построение формальной модели прогнозирования изменения показателя смертности больных с онкопатологией в зависимости от целевых интегральных показателей убедительно продемонстрировало влияние снижения уровня одногодичной летальности.

Результаты влияния основных технологий на повышение показателя пятилетней выживаемости и снижение одногодичной летальности, как основных показателей эффективности работы онкологической службы, представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Одногодичная летальность от злокачественных новообразований
(в % от числа первичных больных, зарегистрированных в предыдущем году
и умерших в том же году или отчетном году, не дожив до года)**

	2007	2008	2009	2010	2011
Амурская область	32,4	35,1	35,0	31,7	29,8
Россия	30,2	29,9	29,2	28,6	–
ДФО	32,6	31,9	30,6	29,6	–

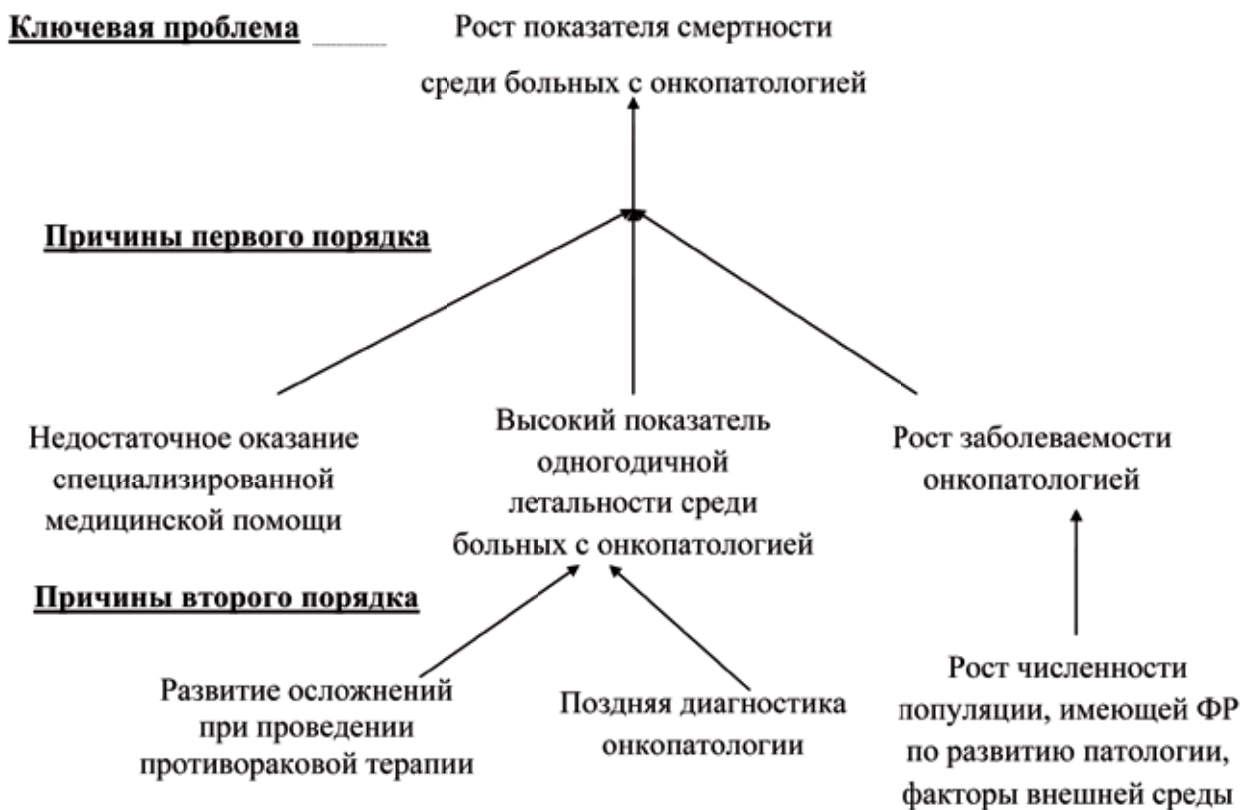


Схема 1. Древоидная схема проблем, связанных с онкопатологией

ческой службы, показали, что на изменение указанных показателей влияют и такие технологии, как проведение противорецидивизирующего лечения и медицинская реабилитация, направленная на снижение развития осложнений при проведении противораковой терапии (рис. 1).

В выступлении В.И. Скворцовой «Об итогах работы Министерства здравоохранения РФ за 2012 год» на коллегии Министерства здравоохранения РФ от 24.05.2013 года прозвучало, что в рамках региональных программ развития здравоохранения каждый субъект Российской Федерации разработал логику оказания медицинской помощи на своей территории в соответствии с правилами организации трехуровневой системы и порядками оказания медицинской помощи. Такой подход обеспечивает доступность всех видов помощи, независимо от уровня ее сложности, каждому гражданину, проживающему в регионе, в установленные сроки.

С учетом выше изложенного предлагается следующая организационная модель медицинской реабилитации онкобольных:

- первый уровень – амбулаторно-поликлиническое звено;
- второй уровень – центр восстановительного лечения и медицинской реабилитации;
- третий уровень – областная многопрофильная больница и областной онкодиспансер.

Для каждого уровня проведения медицинской реабилитации определены соответствующие функции. Так, для амбулаторно-поликлинического звена основными функциями определены проведение лечения в раннем восстановительном периоде: медикаментозная терапия по регуляции функции прооперированного органа, проведение специальной лечебной физкультуры, использование методов, улучшающих регенерацию.



Рис. 1. Влияние отдельных технологий на пятилетнюю выживаемость больных с онкопатологией

Параметры	Сильные стороны	Слабые стороны	Возможности	Риски
Организация	<ol style="list-style-type: none"> Наличие в структуре каждого амбулаторно-поликлинического учреждения дневного стационара, ЛФК, физиотерапевтического лечения. Возможность построения трехуровневой системы оказания реабилитационной помощи. Планируемые объемы работы в разрезе медицинских услуг в рамках предлагаемой модели не потребуют введение дополнительных штатов. 	<ol style="list-style-type: none"> Износ соответствующего оборудования. Необходимость приобретения дополнительного оборудования для обеспечения восстановительного лечения с учетом специфики заболевания. 	<ol style="list-style-type: none"> Организация лечения, как в комплексе, так и по отдельным услугам. Организация долечивания на др. клинических базах по договорам. 	<ol style="list-style-type: none"> Низкая укомплектование необходимыми специалистами. Недостаточный уровень инфраструктуры в районах.
Нормативно-правовые	<ol style="list-style-type: none"> Имеется нормативная база федерального, областного уровня, регламентирующая организацию медицинской реабилитации в учреждениях здравоохранения. 	Выбор пациентом учреждения здравоохранения.	<ol style="list-style-type: none"> Возможности использования территориального принципа с учетом необходимости льготного лекарственного обеспечения. Подготовка организационного нормативного документа, определяющего маршрутизацию реабилитации пациентов с онкопатологией. 	Низкая укомплектование необходимыми специалистами.
Финансовое обеспечение	<ol style="list-style-type: none"> Обеспечение медикаментозной терапии осуществляется в соответствии с утвержденным перечнем лекарственных препаратов. Возможность получения дополнительных тарифов на отдельные виды услуг. Возможность составления финансово-хозяйственного плана с учетом всех источников финансирования. Переход на одноканальное финансирование. 	Дефицитность тарифа.	<ol style="list-style-type: none"> Контроль и оптимизация расходов (издержек). Строгое следование приоритетам. Экономия средств при проведении котировок, аукционов. 	Превышение расходов над доходами.

Схема 2. Определение сильных, слабых сторон, риска организации реабилитационной помощи больным с онкопатологией.

Исходя из обозначенных функций, основными медицинскими услугами будут представлены следующие:

1. Лечение в условиях дневного стационара: проведение инфузионной терапии, направленной на восстановление основных показателей функционирования организма, проведение противовоспалительной терапии, в т.ч. анальгезирующей.

2. Консультации врачей-специалистов.

3. Проведение индивидуального комплекса лечебной физкультуры.

4. Диагностические услуги: лабораторные, методы функциональной диагностики, эндоскопические методы, УЗИ.

Для второго уровня – центра восстановительной медицины и медицинской реабилитации дополнительно определены функции проведения психологической и социальной реабилитации.

На третьем уровне определены функции проведения противорецидивизирующей терапии (химиотерапии, лучевой терапии) в областном онкодиспансере и проведения реконструктивных операций в областной многопрофильной больнице.

Реализация предлагаемой модели может столкнуться с различного рода рисками в исполнении, которые можно классифицировать по группам и разработать пути ми-

нимизации влияния последних на эффективность результатов проекта (схема 2). Основными рисками в реализации модели реабилитационной помощи больным с онкопатологией являются низкая укомплектованность кадрами, недостаточный уровень инфраструктуры в районах.

Выводы:

1. Доля влияния на снижение показателя односторонней летальности и повышение пятилетней выживаемости проведение медицинской реабилитации и противорецидивизирующей терапии составляет 30 %.

2. Для выполнения полного комплекса реабилитационных мероприятий необходимо построение трехуровневой системы, включающей амбулаторно-поликлинические учреждения, центр медицинской реабилитации и восстановительного лечения, областной онкологический диспансер и многопрофильную областную больницу.

3. Для каждого уровня оказания реабилитационной помощи должны быть определены свои функции, порядок маршрутизации пациентов с онкопатологией. При построении организационной структуры реабилитации пациентов с онкопатологией требуется обязательное вмешательство в слабые стороны, учитывать возможные риски.

Список литературы

1. Алгоритмы клинического прогнозирования / Т. МакГинн, А. Рандольф, С. Ридчарсон, Д. Сакетт // *АСР J Club*. – 1998. – Vol. 128. – А14–5.
2. Воробьев, П. А. Моделирование в клинко-экономическом анализе // *Главный врач*. – 2005. – № 11. – С. 38–46.
3. Леонов, В. П. Факторный анализ: основные положения и ошибки применения // *Международ. мед. журнал*. – 2005. – № 3. – С. 11–15.
4. Мисюк, Н. С. Основы математического прогнозирования заболеваний человека / Н. С. Мисюк, А. С. Мاستыкин, Е. Г. Гришков. – Минск, 1971. – С. 200.
5. Никитина, Н. Ш. Методика проектирования системы менеджмента качества образования в вузе на основе логико-структурного подхода // *Университетское управление: практика и анализ*. – 2003. – № 2(25). – С. 70–78.
6. Переиздаков, Ф. И. Введение в системный анализ / Ф. И. Переиздаков, Ф. П. Тарасенко. – М.: Высшая школа, 1989.
7. Петров, М. Системный анализ выбора технических задач: метод. пособие. – Рига, 1978. – С. 73–75.
8. Сибурина, Т. А. Проблемы управления здравоохранением / Т. А. Сибурина, С. И. Мотков, Г. Н. Барскова // *Рос. мед. журнал*. – 2000 – № 4. – С. 7–11.
9. Улащик, В. С. Прогнозирование в медицине: общие положения // *Здравоохранение*. – 2000. – № 7. – С. 3–5.
10. Устенко, А. С. Основы математического моделирования и алгоритмизации процессов функционирования сложных систем. – М., 2000.

УДК 614.88:614.2 (571.620)

Работа службы медицины катастроф в условиях чрезвычайной ситуации при ликвидации последствий наводка в Хабаровском крае

В.Т. Поротиков, И.Г. Писарева, А.А. Катик

КГКУЗ «Хабаровский территориальный центр медицины катастроф» МЗ ХК,
г. Хабаровск

V.T. Porotikov, I.G. Pisareva, A.A. Katik

Disaster medicine activity in the extraordinary situation at the floodwater consequences liquidation in Khabarovsk krai

Резюме

В статье рассказано о работе Хабаровского территориального центра медицины катастроф в условиях чрезвычайной ситуации в августе-сентябре 2013 года. О взаимодействии со всеми экстренными службами, МЧС России. О сборе и обработке информационных сообщений из затопленных районов Хабаровского края. Об организации отправки иммунопрепаратов и гуманитарной помощи в виде лекарственных средств. О готовности сил и средств к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Ключевые слова: чрезвычайная ситуация, служба медицины катастроф, ликвидация последствий ЧС, наводнее, оперативный дежурный.

Summary

This article describes the work of Khabarovsk territorial center of disaster medicine during extraordinary situation at August – September, 2013; interactions with all emergency services; collecting and processing of the information from over flooded Khabarovsk krai regions. Also describes the organization of immune medications and humanitarian aid medications dispatch; also the readiness of forces and facilities for medical – sanitary consequences of extraordinary situation liquidation.

Key words: extraordinary situation, disaster medicine service, liquidation of extraordinary situation consequences, floodwater, operational duty.

С конца июля 2013 года юг Дальнего Востока России и северо-восток Китая оказались подвержены катастрофическим наводнениям, которые были вызваны интенсивными затяжными осадками, что привело к резкому увеличению уровня воды в реке Амур. Наводнение таких масштабов произошло впервые за 115 лет наблюдений и стало самым масштабным с 1897 года.

4 сентября 2013 г. в городе Хабаровске вода в реке Амур поднялась до отметки 808 см.

Паводок охватил пять субъектов Дальневосточного федерального округа, общая площадь затопленных территорий составила более 8 миллионов квадратных километров. Количество пострадавших от наводнения в Хабаровском крае, Амурской и Еврейской автономной областях превысило 100 тыс. человек.

С 9 августа 2013 года распоряжением Правительства Хабаровского края введен режим чрезвычайной ситуации. В Министерстве здравоохранения края был организован оперативный штаб по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации. Соответственно, и краевое государственное казенное учреждение здравоохранения «Хабаровский территориальный центр медицины ка-

тастроф» (КГКУЗ «ХТЦМК») стал функционировать в режиме «Чрезвычайная ситуация».

С первых дней была обеспечена готовность сил и средств к вылету в районы ЧС на территории края. Определен порядок организации экстренной медицинской помощи больным (пострадавшим) в зонах подтопления и их эвакуация в лечебные учреждения.

Организовано круглосуточное дежурство ответственных лиц – директора Центра, заместителей и начальников отделов, оперативных дежурных по приему и обработке поступающей информации из затопленных районов края. Проводился мониторинг медико-санитарной обстановки в районах края и за лечебными учреждениями, попадающими в зону возможного подтопления. Ежедневно КГКУЗ «ХТЦМК» осуществлял обработку и анализ информации (донесений) о выполненных мероприятиях по ликвидации медико-санитарных последствий сложной гидрологической обстановки на территории Хабаровского края с указанием данных:

- о текущей паводковой обстановке;
- о подтоплении территории населенных пунктов;
- о подтоплении учреждений здравоохранения;



Фото 1. Отправка груза в с. Богородское и в г. Комсомольск-на-Амуре для лечебных учреждений



Фото 2. Наводнение в Хабаровске

– о количестве эвакуированного населения в подтапливаемых районах края;

– о подготовке, развертывании, общей вместимости пунктов временного размещения населения (ПВР) на территории подтапливаемых районов и городских округов края;

– об общем количестве населения размещенного в ПВР, в том числе детей, и их условиях пребывания;

– об оказании медицинской помощи и проведении вакцинации и фагирования населения в ПВР;

– о развертывании и работе ПВР других ведомств и министерств (ПВР МЧС России, ПВР подразделений ВВО и др.);

– об оказании медицинской помощи населению из зон подтопления (обращение за медицинской помощью, госпитализация в ЛПУ всего, в т.ч. детей, рожениц, новорожденных; нахождение на стационарном лечении, из них детей, беременных, инвалидов, пенсионеров; эвакуация из зон подтопления беременных, детей до года);

– об обращении больных с инфекционными заболеваниями, эпидемиологической ситуации в крае;

– о проведении подворовых обходов и медицинских осмотрах населения;

– о проведении вакцинации и фагирования населения в районах подтопления Хабаровского края;

– об обеспеченности и потребности хлорсодержащих препаратов;

– об оказании КГКУЗ «ХТЦМК» экстренной консультативной и специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации из районов подтопления;

– об организации отдыха и оздоровления детей из пострадавших районов Хабаровского края;

– о выдаче полисов ОМС – временных свидетелей застрахованных лиц, на ПВР и стационарных пунктах выдачи населению из пострадавших районов.

– о погибших;

– о развертывании и работе Сил и средств Всероссийской службы медицины катастроф на террито-

рии края (Мобильного госпиталя ФМБА России; ПМГ ВЦМК «Защита»; Медицинского отрядом СибКЦ ФМБА России; ОмеДБ ВВО МО РФ).

– о транспортной доступности медицинской помощи бригадами ССМП гражданам из зон подтопления.

Информация постоянно доводилась до МЗ Хабаровского края и других заинтересованных ведомств. Было обеспечено взаимодействие с ЕДДС Хабаровского края; органами управления и учреждениями здравоохранения края; ведомственными медицинскими службами; ГУ МЧС России по Хабаровскому краю; управлением гражданской защиты Правительства Хабаровского края, ГИБДД, территориальной подсистемой РСЧС по вопросам своевременного и ежедневного предоставления информации о паводковой обстановке. Организован контроль за подготовкой в необходимых количествах и объемах запасов лекарственных средств и кровезаменителей, перевязочных средств, средств для иммобилизации и транспортировки, изделий медицинского назначения и расходных материалов, запасов медицинского кислорода и санитарно-хозяйственного имущества, спецодежды и другого имущества для оказания медицинской помощи пострадавшему населению от паводков и наводнений на территории края. Обеспечена готовность Центра к оказанию экстренной медицинской помощи населению края и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Уточнялись вопросы организации лечебно-эвакуационных мероприятий на месте ЧС, медицинское обеспечение пунктов временного размещения пострадавших от паводка, оказывалась организационная помощь по проведению профилактических прививок и осуществлялся контроль за количеством вакцинированного населения. Ежедневно ХТЦМК направлял информацию-донесение с представлением таблиц о ликвидации медико-санитарных последствий сложной гидрологической обстановки на территории Хабаровского края.

С 9 августа 2013 года КГКУЗ «ХТЦМК» представлено 1047 донесений в Министерство здравоохранения Хабаровского края, в ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», в Министерство здравоохранения Российской Федерации (отдел скорой медицинской помощи и медицины катастроф), в Управление гражданской защиты Правительства Хабаровского края, в Главное управления МЧС России по Хабаровскому краю, в Территориальное управление Роспотребнадзора, в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Хабаровском крае» и другие ведомства.

Наряду с аналитической работой сотрудники КГКУЗ «ХТЦМК» оказывали экстренную и консультативную медицинскую помощь, медицинскую эвакуацию. С момента введения режима ЧС получили медицинскую помощь – 213 чел., из них 44 ребенка, проведено консультаций 213 чел., эвакуировано 182 чел., в т.ч. 44 ребенка. Эвакуировано санитарной авиацией – 142 чел., санитарным автотранспортом – 18 чел., рейсовым самолетом – 9 чел., другими видами транспорта – 13 чел., доставлено препаратов крови – для 11 чел.

Сотрудники Центра, работая в круглосуточном режиме совместно с отделом по обеспечению медицинскими иммуно-биологическими препаратами МЗ Хабаровского края, обеспечили в кратчайшие сроки доставку вакцин для экстренной иммунизации населения в подтопленных районах края. Было организовано взаимодействие с центром авиации Дальневосточного регионального центра МЧС России и Восточным военным округом по планированию вылетов вертолетов для отправки иммунологических препаратов, дезинфицирующих средств и реактивов для лабораторного обследования в полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита». Всего доставлено 327 контейнеров иммунологических препаратов. Иммунопрофилактику своевременно получили: личный состав сил РСЧС, участвующий в ликвидации ЧС на территории Хабаровского края, население подтопленных районов. Вакцинировано силами медицинских работников против вирусного гепатита А – 96 515 чел., из них детей – 34 697 чел., против дизентерии – 48 350 чел., в том числе 9 271 детей; против брюшного тифа – 8 651 чел., фагировано – 16 366 чел., в том числе 8 734 детей.

Нельзя не отметить организационно методическое руководство ФГБУ «ВЦМК «Защита». Ежедневно КГКУЗ «ХТЦМК» принимал участие в видеоконференцсвязи, проводимой Штабом ВСМК по выполнению мероприятий при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. С начала проведения аварийно-спасательных мероприятий бригады врачей-специалистов полевого многопрофильного госпиталя ФГБУ «ВЦМК «Защита», развернутого в с. Богородское Ульчского района в составе 27 чело-

век, оказали лечебно-консультативную медицинскую помощь более 2 тыс. человек. Проведены операции, большинство пациентов осмотрены узкими специалистами, несколько больных отправлены в центральные клиники страны.

10 сентября был получен гуманитарный груз из ФГБУ «ВЦМК «Защита» – 6,3 тонны лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. Работники отдела медицинского снабжения ночью встречали самолет из г. Москвы, участвовали в разгрузке, оприходовали и вновь сортировали лекарственные препараты по заявкам лечебных учреждений Хабаровского края и г. Хабаровска. Затем в экстренном порядке проводилась отправка груза совместно с Дальневосточным региональным центром МЧС России (на вертолетах) в с. Богородское, в г. Комсомольск-на-Амуре для лечебных учреждений (фото 1).

Также помощь в подтопленных районах оказывали две бригады специалистов ФМБА, которые осуществляли медицинское обеспечение на 140–143 км. трассы Хабаровск-Комсомольск-на-Амуре, получили медицинскую помощь 33 человека, а с 12.09.13 г. эти бригады были передислоцированы в г. Комсомольск-на-Амуре, где продолжили выполнять свои функции в режиме ЧС.

Мы считаем, что самым сложным периодом были первые дни работы в режиме ЧС, так как имелись затруднения при сборе и представлению информации (докладов) о ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в органы управления всех уровней (Учреждения и организации Хабаровской территориальной подсистемы РСЧС, ФГБУ «ВЦМК «Защита»). Трудности были связаны с:

- отсутствием формализованных документов (таблиц) по сбору информации медико-санитарного характера. Таблицы менялись, дорабатывались в ходе работы;
- организационными моментами на местах (назначение ответственных лиц, определение показателей для сбора информации, средства передачи информации и сроки представления данных);
- ограничением временного промежутка для сбора информации по большому числу показателей и параметров и представлении докладов (значительная разница во времени);
- неоднократным изменением времени предоставления донесений в органы управления всех уровней.

В условиях работы при ЧС коллектив центра показал свой потенциал, слаженность в работе, готовность выполнять любые поставленные задачи в максимально короткие сроки. Сотрудники не остались в стороне от чужого горя и перечислили в фонд помощи пострадавшим от паводка однодневный заработок.

Актуальные вопросы ведения медицинской карты стоматологического больного

В.А. Кравченко, Л.Ф. Лучшева, Л.В. Бондаренко, С.В. Тармаева

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

V.A. Kravchenko, L.F. Luchsheva, L.V. Bondarenko, S.V. Tarmaeva
Important issues of dental patient's medical card reference

Резюме

Медицинская карта стоматологического больного является основным медицинским документом. Имеющаяся форма 043/у требует некоторых усовершенствований в соответствии с современными требованиями к ведению медицинской документации. В статье представлен вкладыш «Первичный осмотр» для более точного отображения лечебно-диагностического процесса и экономии времени врача на приеме.

Ключевые слова: врач-стоматолог, медицинская карта, вкладыш в медицинскую карту, первичный осмотр.

Summary

The dental patient's medical card is the main medical document. The form of document number 043/у be in need of some improvements in accordance with modern standards for medical cards requirements. In the article presents the insert of medical card "pre-assessment" for a more accurate representation of diagnostic and treatment process and save dentist's attendance time.

Key words: dentist, medical card, insert of medical card, pre-assessment.

Профессиональные компетенции врача-стоматолога предполагают наличие у него умения грамотно оформлять медицинскую документацию, владеть методами ее заполнения, а также умение интерпретировать данные осмотра пациента, планировать объем дополнительных исследований, разрабатывать план лечения и реабилитационных мероприятий. К медицинской документации, сопровождающей лечебно-диагностический процесс, относится медицинская карта стоматологического больного формы № 043/у. Работа с ней начинается с момента обращения пациента к специалисту-стоматологу и отражает обоснованность всех этапов диагностики, лечения и профилактических мероприятий, дает возможность оценить течение патологического процесса и эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Кроме лечебно-диагностического и научно-практического значения медицинская карта стоматологического больного имеет важное юридическое значение. Это – медицинский документ, а любой медицинский документ является, прежде всего, юридическим документом, то есть он в любую минуту может стать предметом следственного и судебного разбирательства [3].

Цель исследования

Оптимизация ведения медицинской карты стоматологического больного врачами-стоматологами всех специальностей.

Медицинская карта стоматологического больного – форма № 043/у утверждена и введена в действие более 20 лет назад Приказом Министерства здравоохранения СССР от 04 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации». Данный Приказ утратил силу еще в 1988 г. в соответствии с другим Приказом того же Министерства здравоохранения СССР от 05.07.1988 г. № 750 «О признании утратившим силу нормативных актов Минздрава СССР». Вместе с тем Министерство здравоохранения Российской Федерации, начиная с 1993 г., в своих документах неоднократно ссылался на Приказ №1030, делая соответствующие изменения и дополнения, и тем самым признавая его фактически действующим. В имеющихся «Протоколах ведения больных» в стоматологии отмечено, что результаты всех исследований и лечебных мероприятий вносят в медицинскую карту форма 043/у. Правила заполнения медицинской документации (в т.ч. медицинских карт) предусмотрены законом, и обязательны для всех медицинских учреждений независимо от формы собственности и подробно представлены в типовой инструкции по заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений к Приказу № 1030. Имеются и более современные нормативные документы, определяющие ведение медицинской документации. Это приказ Министерства здравоохранения и социального развития

РФ от 22 ноября 2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг», приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. №149н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях», приказ Министерства здравоохранения Хабаровского края от 3 марта 2006 г. № 63 «О совершенствовании работы врачебных (клинико-экспертных) комиссий учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением Хабаровского края».

В современных условиях развития общества все чаще потребители стоматологических услуг предъявляют повышенные требования к их качеству. Оценка качества оказанной медицинской помощи зависит от наличия точной и достоверной информации, источником которой является медицинская документация. В медицинской литературе встречаются публикации, посвященные правильности заполнения истории болезни [4]. Результаты анализа медицинских карт, стоматологических больных показывают, что количество ошибок, наиболее часто встречающихся при оформлении медицинской документации, остается достаточно высоким [2]. Многочисленные ошибки в первичной документации, ошибки и недочеты в заполнении врачами-стоматологами амбулаторных карт, встречаются во всех лечебно-профилактических учреждениях, независимо будь то муниципальные или ведомственные стоматологические поликлиники, либо частные стоматологические клиники.

Ряд авторов [3] путем анкетирования среди врачей-стоматологов выяснили отношение и степень удовлетворенности врачами существующей медицинской карты стоматологического больного 043/у, принятой в 1980 году. В чем причина недостаточного внимания со стороны врачей правильности и корректности заполнения первичной медицинской документации? На вопрос: «Успеваете ли Вы за время, выделенное на одного пациента, оформить его амбулаторную карту?» 60 % врачей отвечают положительно. Однако уже на следующий вопрос: «Когда Вы оформляете документацию?», те же 60 % отвечают, что делают это в конце приема или в свободное время. В условиях, когда врачи амбулаторно-поликлинического приема принимают каждые полчаса, в конце приема специалист затрудняется в деталях воспроизвести информацию о пациенте. Это приводит к ошибкам и неточностям в описании стоматологического статуса, проделанных манипуляциях.

40 % опрошенных стараются успеть оформить амбулаторную карту непосредственно при пациенте, из всего количества опрошенных 7 % поручают заполнить это медсестре (или ассистенту). Существующая стандартная медицинская карта стоматологического больного нуждается в корректировке, так считают 69 % врачей. Более половины опрошенных же-

лают увеличить количество дополнительных пунктов, граф, разделов. Врачи убеждены, что данные нововведения позволят ускорить процесс и сократить время на записи, делая это в присутствии пациента. Причем никто из опрошенных не считал необходимым исключить какие-либо пункты из уже существующей формы, а изменения произвести за счет дробления имеющихся пунктов. По мнению врачей, действующая форма медицинской карты стоматологического больного (043-у) требует некоторых изменений, так как отнимает много рабочего времени [3].

Таким образом, существующая форма амбулаторной карты в стоматологии на современном этапе развития общества не обеспечивает получение полной всесторонней информации, не отражает комплексного и системного подхода к пациенту.

С целью устранения недостатков, оптимизации и упрощения процесса заполнения медицинской карты на кафедре стоматологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ разработан вкладыш в медицинскую карту стоматологического больного форма 043\у на основании типовой инструкции к Приказу № 1030 (табл. 1). При обращении первичного пациента к стоматологу в медицинскую карту стоматологического больного вклеивается вкладыш, который содержит перечень диагностических мероприятий в графе «План обследования». Перечень составлен в соответствии с имеющимися нормативными документами: «Протокол ведения больных. Карииес зуба», «Протокол ведения больных болезни периапикальных тканей», «Протокол ведения больных болезни пульпы зуба». Кроме плана осмотра, при оказании услуги осмотра врачом-специалистом (ортопедом, стоматологом-терапевтом и т.д.) предлагается перечень позиций в разделе «План лечения», «Консультации» разработанных на основании «Плана ведения больных. Стоматология» [1]. Работа с вкладышем не занимает много времени у врача-стоматолога, но объективно дисциплинирует его. Применяемые методы обследования, позиции плана лечения, консультация специалиста подчеркиваются и согласовываются с пациентом. Пациент подписывает вкладыш в строке «Согласие с планом обследования и лечения», врач, проводивший первичный осмотр пациента, ставит свою подпись в строке «Ознакомил». На наш взгляд, данный вкладыш позволит врачу с высокой степенью объективности и в соответствии с алгоритмом провести обследование больного, наметить конкретный план по диагностике, лечению и оздоровлению полости рта. Данный вкладыш уже более двух лет используется и востребован врачами-стоматологами в стоматологических поликлиниках Хабаровского края (г. Комсомольск-на-Амуре, г. Амурск).

Выводы

Некорректное оформление медицинской документации может привести к ошибкам при постановке диагноза и при выборе метода лечения, а также вызвать необоснованные претензии со стороны па-

**Вкладыш в медицинскую карту стоматологического больного
«Первичный осмотр»**

План Обследования	План Лечения	Консультация
Обязательные методы обследования: жалобы, анамнез, внешний осмотр, осмотр полости рта, зондирование, перкуссия, пальпация, определение прикуса, определение пародонтологического статуса	Терапевтическая санация - замена пломб (№ зуба) - лечение кариеса (№ зуба) - лечение пародонта - лечение слизистой рта	Стоматолог-терапевт Стоматолог-хирург Стоматолог-ортодонт Стоматолог-ортопед
Рентгенообследование: - ОПГ - радиовизиография (№ зуба) - дентальный снимок (№ зуба)	Хирургическая санация Протезирование Физиолечение Ортодонтическое лечение	Гастроэнтеролог Аллерголог-иммунолог Эндокринолог Терапевт
Электроодонтометрия, термодиагностика Определение индексов гигиены Определение пародонтальных индексов	Гигиенические мероприятия: - профессиональная гигиена - обучение гигиене полости рта - подбор средств гигиены рта Медикаментозное лечение	
Анализ крови общий Анализ крови на сахар Посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам Цитологические методы исследования Гистологические методы исследования		
Обследование ВНЧС: - пальпация - аускультация - томография	Согласие с планом обследования и лечения _____ Ознакомил _____ Дата _____	

циента. Низкое качество оформления медицинской документации не способствует преимущества лечебно-диагностического процесса, обосновывает штрафные санкции по результатам экспертиз качества медицинской помощи страховыми организациями и при экспертизе в случае претензии пациента. Одним из путей решения этих проблем мо-

жет стать оптимизация существующей медицинской карты стоматологического больного формы 043/у в рамках имеющихся нормативных актов. Разработка вкладышей в медицинскую документацию облегчит работу врача-стоматолога и в последующем будет легко адаптирована в компьютерную историю болезни.

Список литературы

1. Атьков, О. Ю. Планы ведения больных. Стоматология / О. Ю. Атьков, В. М. Каменских, В. Р. Бесяков. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. – 240 с.

2. Гажва, С. И. Анализ качества стоматологической ортопедической услуги по данным медицинской документации / С. И. Гажва, О. А. Алешина // Мед. альманах. – 2011. – № 2: 15 марта.

3. Медико-правовая осведомленность медицинских работников / Е. Х. Барин, П. О. Ромодановский, Е. Н. Черкалина и др. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2011. – 120 с.

4. Основы ведения первичной медицинской документации в клинике терапевтической стоматологии / В. Ф. Михальченко, А. П. Попова, И. В. Фирсова и др. // Волгогр. науч.-мед. журнал. – 2011. – № 2.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 616.993.192.5:636.2

Первый зарегистрированный случай гранулоцитарного анаплазмоза человека во внутренних войсках МВД России

А.В. Харечко, Н.Н. Сапега*, Д.Д. Гельмутдинов

ФГУЗ «7 военный госпиталь Министерства внутренних дел Российской Федерации»,
г. Хабаровск

A.V. Kharechko, N.N. Sapega, D.D. Gelmutdinov

**The first clinical case of human granulocytes anaplasmosis in the internal troops
of the Ministry of Internal Affairs of Russia**

Резюме

Описан первый зарегистрированный случай гранулоцитарного анаплазмоза у военнослужащего внутренних войск МВД России.

Ключевые слова: гранулоцитарный анаплазмоз человека, военнослужащий внутренних войск МВД России.

Summary

The first clinical case of the human granulocyte anaplasmosis in the internal troops soldier of the Ministry of Internal Affairs of Russia is described.

Key words: human granulocyte anaplasmosis, soldier of internal troops of the Ministry of Internal Affairs of Russia.

Гранулоцитарный анаплазмоз человека (ГАЧ) – новая трансмиссивная зоонозная инфекция, которая вызывается *Anaplasma phagocytophilum* и передается иксодовыми клещами. Клинические случаи ГАЧ стали регистрироваться в 90-х гг. прошлого века. Сегодня ГАЧ выявлен в большинстве стран Европы в регионах с высоким присутствием других инфекций, экологических связанных с клещами *Ixodes ricinus*. Возбудитель передается человеку иксодовыми клещами. Попадая со слюной инфицированного клеща через кожу в кровь, анаплазмы разносятся по всему организму, проникают в гранулоциты и размножаются в них. Это приводит к воспалительным процессам во внутренних органах. Уровень серопозитивности ев-

ропейского населения находится в пределах 0–30 %, а доля ГАЧ в структуре «клещевых» нозологий в эндемических районах составляет более 20 % [1].

Anaplasma phagocytophilum, внутриклеточный мелкий паразит, размножающийся в гранулоцитах. Главными тропными клетками организма хозяина, которые поражаются при анаплазмозе, являются преимущественно лейкоциты периферической крови и довольно редко клетки других тканей и органов (селезенки, печени, костного мозга, лимфоузлов) [2].

Клинически диагностика гранулоцитарного анаплазмоза человека затруднена, основным методом верификации диагноза, на сегодняшний день является, выявление динамики титров специфических

* s.peg@mail.ru

антител к антигенам возбудителя методом иммуноферментного анализа.

Ранние антитела (IgM) начинают появляться после одиннадцатого дня болезни и достигают максимума на 12–17 день. Затем их концентрация постепенно уменьшается. Антитела класса IgG появляются уже с первых дней заболевания и неуклонно нарастают, достигая максимума на 37–39 день [2].

Инкубационный период заболевания длится от 3 до 23 дней и в среднем составляет около 14 суток.

Для гранулоцитарного анаплазмоза характерно острое начало с проявлением множества неспецифических синдромов: инфекционно-токсический, катаральный, абдоминальный, лимфаденопатии. Экзантемные проявления встречаются крайне редко. В единичных случаях заболевание протекает, как атипичная пневмония.

Отсутствие ярких специфических признаков заболевания зачастую приводят к диагностическим сложностям при установке диагноза. В доступной нам литературе мы встретили единичные случаи описания клинической картины заболевания, а у военнослужащих внутренних войск данное заболевание вообще не регистрировалось. Приводим собственное наблюдение.

Военнослужащий А., 1991 года рождения, 10.06.2012 года поступил в инфекционное отделение 7 ВГ ВВ МВД России с жалобами на озноб, ломоту в мышцах и суставах конечностей, насморк, боли в горле при глотании, головную боль, общую слабость, недомогание, лихорадку.

Из анамнеза известно, что, находясь в служебной командировке в Ульчском районе Хабаровского края 20.05.2012 года, отметил присасывание клеща в правую подколенную область. Клещ удален в амбулатории села Софийское, пассивная иммунизация против клещевого энцефалита не проводилась. Ранее был вакцинирован против клещевого энцефалита. Примерно через три недели появилась резкая слабость, ломота в суставах, боли в мышцах, головная боль, субфебрильная лихорадка, лечился самостоятельно, принимая арбидол и ампициллин, без выраженного эффекта. 09.06.2012 года состояние больного резко ухудшилось, появились тошнота, многократная рвота, боли при глотании,

насморк, усилились боли в мышцах, лихорадка выросла до фебрильных цифр. По экстренным показаниям доставлен в ФКУЗ 7 ВГ ВВ МВД России. При поступлении состояние больного средней тяжести, кожные покровы лица и шеи гиперемированы, миндалины увеличены, разрыхлены, отмечается зернистость задней стенки глотки. Носовое дыхание затруднено, из носовых ходов обильное слизистое отделяемое. В легких дыхание жесткое, тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке, ритм правильный, язык сухой обложен белым налетом, органы брюшной полости без патологии, физиологические отправления не нарушены. В клиническом анализе крови отмечалась лейкопения с лимфоцитозом и гранулоцитопенией. Учитывая жалобы, данные анамнеза и общего осмотра, у больного заподозрен клещевой лайм-боррелиоз, в плане дообследования решено было провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями передающимися клещами. При исследовании сывороток методом ИФА были выявлены положительные иммуноглобулины М гранулоцитарному анаплазмозу человека и иммуноглобулины G к клещевому энцефалиту, последние расценены, как прививочный титр, антитела к клещевому боррелиозу, моноцитарному эрлихиозу человека и клещевому риккетсиозу Северной Азии выявлены не были. Больному поставлен диагноз: гранулоцитарный анаплазмоз человека, средней степени тяжести. Через две недели в повторных сыворотках ИФА сохранялись выявленные серологические показатели. На фоне проведенной терапии доксициклин в сочетании с цефтриаксоном и циклофероном, редуцировала клиническая симптоматика, выписан на шестнадцатые сутки, в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Описанное клиническое наблюдение является первым зарегистрированным случаем гранулоцитарного анаплазмоза у военнослужащего внутренних войск МВД России.

2. Целесообразно, в случае поступления на стационарное лечение больных, имеющих в анамнезе присасывание или укус клеща, обследовать их на гранулоцитарный анаплазмоз человека.

Список литературы

1. Белецкая, Г. В. Гранулоцитарный анаплазмоз человека в Украине: серологические исследования / Г. В. Белецкая, И. И. Бень // *Национальные приоритеты России*. – 2009. – № 2. – С. 110–111.

2. Семеренская, Е. И. Оптимизация микроскопического исследования образцов клинического материала

для выявления морулообразования, индуцированного анаплазмами // *Национальные приоритеты России*. – 2009. – № 2. – С. 111–112.

удк 616.993.192.5:636.2

Случай эндометриоза червеобразного отростка у военнослужащей внутренних войск МВД России

Н.Н. Сапега*, П.Б. Костюченко, А.М. Малахов, Е.С. Каргина, А.М. Журавлев, Д.Д. Гельмутдинов

ФКУЗ «7 военный госпиталь Министерства внутренних дел Российской Федерации», г. Хабаровск

N.N. Sapega, P.B. Costuchenko, A.M. Malakhov, E.S. Cargina, A.M. Ghuravlev, D.D. Gelmutdinov

The case of appendix endometriosis in female soldier of the Russian Internal Affairs Ministry troops

Резюме

Представлено клиническое наблюдение экстрагенитальной локализации эндометриоза у военнослужащей внутренних войск МВД России.

Ключевые слова: червеобразный отросток, экстрагенитальный эндометриоз, онкомаркеры, военнослужащая внутренних войск МВД России.

Summary

The article presents a clinical observation case of extragenital localization of endometriosis in military woman serving in internal troops of the Ministry of Internal affairs of the Russian Federation.

Key words: appendix, extra genital endometriosis, oncomarkers, service member of internal troops of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation.

Эндометриоз – это эндометриоидные разрастания за пределами обычной локализации эндометрия, таким образом он может как в теле самой матки – «внутренний эндометриоз», так и вне матки – «наружный эндометриоз» [3].

Патологические изменения, обозначаемые термином «эндометриоз» были известны еще в древнем Египте около 1600 лет до нашей эры [8].

В настоящее время распространенность эндометриоза в среднем составляет 12–50 % у женщин репродуктивного возраста, а сообщаемая частота у женщин с бесплодием или тазовыми болями 60 % и более [1, 2].

По данным некоторых авторов, эндометриоз яичниковый и ретроцервикальной локализации встречается у 12 % женщин, оперированных по поводу гинекологических заболеваний, и у 15,4 % больных оперированных по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований половых органов [2, 4, 5].

Из органов, не относящихся к половой сфере, наиболее часто эндометриозом поражаются кишечник, мочевыводящие пути и легкие, при этом поражение червеобразного отростка отмечается от 0,6 до 1,4 % [2, 7].

В крови и перитонеальной жидкости повышается концентрация онкоантигенов, в том числе СА 125, являющегося специфичным для аденокарциномы яичника [1, 6].

В доступной нам литературе мы нигде не встретили описания эндометриоза червеобразного отростка у военнослужащей внутренних войск МВД России. Приводим собственное наблюдение.

Военнослужащая К., 1963 года рождения, поступила в хирургическое отделение ФКУЗ «7 ВГ ВВ МВД России» 02.02.2008 г. с жалобами на лихорадку, резкие боли в правой подвздошной области с иррадиацией в правую половую губу, сухость во рту, фебрильную лихорадку. Из анамнеза известно, что заболела остро около 12 часов назад, когда, после погрешностей в диете, появились резкие, схваткообразные боли в эпигастральной области, которые через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Каретой скорой помощи была доставлена в НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1» ОАО «РЖД» России, где при осмотре был заподозрен острый аппендицит. Однако от оперативного лечения больная отказалась, настаивая на переводе в ведомственное лечебное учреждение. При поступлении состояние средней тяжести, отмечается выраженная жажда, сухость губ и языка, болевой синдром локализован в правой подвздошной области, резко выражены симптомы раздражения брюшины, фебрильная лихорадка, в клиническом анализе крови отмечается резко выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ. В экстренном порядке,

*s.peg@mail.ru

после предоперационной подготовки, взята в операционную, для оперативного лечения по поводу острого аппендицита. Выполнена ретроградная аппендэктомия, червеобразный отросток флегмонозно изменен, послеоперационный период гладкий, швы сняты на восьмые сутки, заживление раны первичным натяжением. При патогистологическом исследовании операционного препарата, выявлен эндометриоз червеобразного отростка с признаками флегмонозного воспаления. В дальнейшем больная обследована у гинеколога, признаков эндометриоза не выявлено. Исследование крови на онкомаркеры в пределах нормы: АФП – 1,28 МЕ/мл, СА 125 – 9,32 МЕ/мл, РЭА – 0,59 нг/мл,

СА 19-9 – 7,45 МЕ/мл, СА 15-3 – 10,91 МЕ/мл, СА 72-4 – 1,57 МЕ/мл, CYFRA 21-1 – 1,39 нмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и малого таза патологии не выявлено. Больная выписана на 15 сутки, с клиническим выздоровлением.

Выводы

1. Описанное клиническое наблюдение является первым случаем выявления экстрагенитального эндометриоза у военнослужащей внутренних войск МВД России.

2. Вызывает интерес то, что у данной больной показатели онкоантигенного статуса находились в пределах клинической нормы.

Список литературы

1. Адамян, А. В. Эндометриозы / А. В. Адамян, В. И. Кулаков, Е. Н. Андреева. – М.: Медицина, 2006. – 416 с.
2. Баскаков, В. П. Клиника и лечение эндометриоза. – Л.: Медицина, 1990. – 240 с.
3. Железнов, Б. И. Генитальный эндометриоз / Б. И. Железнов, А. Н. Стрижаков. – М.: Медицина, 1985. – 160 с.
4. Стрижаков, А. Н. Эндометриоз: клинические и теоретические аспекты / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов. – М.: Медицина, 1996. – 330 с.
5. Chatman, D. L. Modern diagnosis of endometriosis // Syllabus Postgraduate Course VIII, AAGL 22nd Annual Meeting. – 1993. – P. 153-164.
6. Combinations of markers in screening for ovarian cancer / I. J. Jakobs, A. R. Jevarajah, X. Fehg-Zi et. al. // Int. J. Gynaec. Obstet. – 1994. – Vol. 46, № 2. – P. 83.
7. Koninckx, Ph. R. Deeply infiltrating endometriosis: Syllabus Postgraduate Course VIII. Surgical approaches to endometriosis // The Proceeding of the Intern. Congress of Gynecologic Endoscopy, AAGL, 23rd. Annual meeting. – New York, Hilton, 1994. – P. 43-56.
8. Sanfilippo, J. S. Endometriosis: Pathophysiology // International Congresses of Gyn. Endoscopy. AAGL, 23rd. Annual Meeting, 18-23. – Postgrad: Course III, 1994. – P. 115-130.

удк 616.995.1

Клинический случай синдрома *larva migrans*

Д.И. Левинская

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

D.I. Levinskaia

Clinical case of larva migrans syndrome

Резюме

В связи с развитием туризма, в том числе, и в страны Юго-Восточной Азии, приобретает актуальность проблема болезней «пляжного отдыха» (дерматозоонозов).

Синдром *larva migrans* – самое частое заболевание среди дерматозоонозов, которое туристы привозят из-за границы с тропическим или субтропическим климатом, где происходит заражение личинками паразитов.

Ключевые слова: дерматозооноз, гельминтоз, кожная форма, линейный дерматит

Summary

In connection with the development of tourism, including in the countries of Southeast Asia, acquires relevance disease problem "beach holiday" (dermatozoonozov).

Syndrome *larva migrans* – is the most frequent disease among dermatozoonozov that bring tourists from abroad with a tropical or subtropical climate, where the larvae infestation of parasites.

Key words: dermatozoonoz, worm infestations, cutaneous, linear dermatitis.

Дерматозоозы (dermatozoonoses; греч. *derma*, *dermatos* кожа + *zōon* животное + *nosis* болезнь) – группа поражений кожи, вызываемых главным образом животными паразитами, а также некоторыми видами ядовитых животных.

Дерматозоозы делятся на поверхностные – изменения кожи, возникающие в местах укусов или соприкосновения с ядовитыми животными, и глубокие, обусловленные внедрением паразита в кожу.

Larva migrans (лат. *larva* маска, личинка; *migrans* блуждающий, мигрирующий) – гельминтоз, обусловленный мигрирующими в коже и (или) во внутренних органах личинками гельминтов животных, как правило, не достигающих в организме человека половой зрелости. Различают кожную и висцеральную формы болезни.

Возбудителями кожной формы (*Larva migrans cutanea*) являются трематоды (*schistosomatidae* sp.), паразитирующие у водоплавающих птиц, и нематоды (*Ancylostoma canis*, *A. brasiliensis*, *Strongyloides* и др.).

Термин «синдром *larva migrans*», или «синдром мигрирующей личинки» (СМЛ), предложен Р.С. Beaver (1956). СМЛ полиэтиологичен и развивается у человека при заражении яйцами или личинками гельминтов животных.

Яйца гельминтов созревают в почве или песке, обычно теплых и тенистых местах. Заражение происходит при ходьбе босиком, играх в песке, загрязненных фекалиями животных.

Заболевания, включенные в эту группу, характеризуются наличием обязательных условий [1]:

- человек, заражаясь яйцами или личинками гельминтов животных и птиц, является для паразита случайным промежуточным хозяином;
- в организме пораженного человека личинки не достигают стадии половой зрелости;
- клинические проявления синдрома обусловлены либо активной миграцией личинок в коже и/или в подкожной клетчатке, либо формированием очагов поражения во внутренних органах.

Личинки гельминтов при контакте человека с почвой или водой проникают в кожу, располагаясь в зернистом слое эпидермиса или в более глубоких слоях, откуда они вновь мигрируют в эпидермис. В коже развивается местная аллергическая реакция, сопро-

вождающаяся полиморфно-ядерной инфильтрацией, отеком, расширением капилляров и нередко разрушением клеток под действием паразитарных протеаз. После гибели личинок обычно наступает полное выздоровление [4].

Клинические проявления развиваются вскоре после инвазии и характеризуются возникновением чувства жжения, покалывания или зуда в месте внедрения гельминта. В случае заражения шистосоматидами на коже соответственно внедрению церкарий появляются папулезные элементы, превращающиеся спустя 1–3 дня в корочки, часто наблюдается местная или распространенная крапивница (зуд купальщиков, шистосоматидный дерматит). Спустя 1–2 недели (реже 5–6 недель) наступает выздоровление. Аналогичная картина может наблюдаться в ранней стадии цистосомозов у человека. В случае инвазии личинками нематод развивается линейный аллергический дерматит, распространяющийся в соответствии с продвижением личинки (со скоростью 1–5 см в сутки). Личинки нематод практически невидимы, а момент их проникновения обычно не вызывает каких-либо субъективных ощущений. Миграция личинки в коже начинается через несколько (чаще 3–4) недель или иногда месяцев после заражения, в зависимости от вида нематоды. Наиболее часто поражается кожа в области стопы и лодыжки, реже ягодиц, гениталий, живота и ладоней. Пациент отмечает зудящие, воспаленные очаги на коже, которые мигрируют змеевидным образом. Нематода продвигается в сутки на расстояние от 0,2 до 2,0 сантиметров и оставляет за собой след в виде выступающего над уровнем здоровой кожи отечного эритематозного извилистого хода, от красного до фиолетового цвета, шириной 2–4 миллиметра.

Продолжительность патологических явлений может достигать 4–6 месяцев, редко более.

В гемограмме больных кожной формой *larva migrans* – преходящая эозинофилия. В соскобах кожи можно найти остатки личинок.

Висцеральная форма (*Larva migrans visceralis*). Возбудителями являются личинки цестод (*Sparganum mansonii*, *Sparganum proliferum*, *Multiceps* spp.) и нематод (*Toxocara canis*, *Toxocara mystax*, *Toxoscaris leonina*, *Filarioidea*, *Hepaticola* и др.) плотоядных животных.

Человек заражается в результате заглатывания яиц гельминтов с водой и пищевыми продуктами и становится промежуточным хозяином паразитов

Клинические проявления болезни развиваются спустя 4–5 месяцев после заражения и в начальной стадии характеризуются нерезко выраженными признаками интоксикации: наблюдается плохое самочувствие, возможна аллергическая экзантема. В дальнейшем присоединяются и нарастают симптомы, обусловленные локализацией паразита в органах. Наиболее тяжелая клиническая картина наблюдается при поражении центральной нервной системы.

Гемограмма таких больных характеризуется значительной эозинофилией (50–90%), возможна лейко-

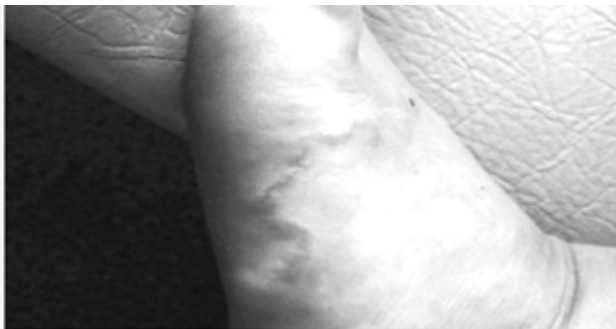


Рис. 1. Линейный дерматит

моидная реакция, СОЭ повышена. Часто обнаруживается гиперглобулинемия.

Заболевание склонно к рецидивирующему течению, продолжительность его достигает 5–8 месяцев (иногда 2 лет). Прогноз серьезный, при отсутствии лечения возможны летальные исходы.

Приводим результаты собственных наблюдений 5 пациентов с клиническими проявлениями кожной формы синдрома *larva migrans*. У всех больных наблюдалась сходная клиническая картина, в качестве иллюстрации приводим один типичный случай из практики.

Пациент М. 52 года, вернулся из южной части континента, где проводил отпуск, через три недели появились зудящие высыпания на левой стопе, пузыри (рис. 2).

Из анамнеза: отдыхали во Вьетнаме, купались и загорали на пляже, больше держались на песке в тени близлежащей растительности.

При осмотре: на тыльной поверхности правой стопы с переходом на подошву извитые фестончатые воспаленные полосы причудливых очертаний на воспаленном фоне. На некоторых участках имелась дисгидротическая сыпь, на подошвенной стороне крупный пузырь, заполненный серозной жидкостью (рис. 1).

Клинический диагноз: синдром *larva migrans*, кожная форма.

Лечение [2]:

1. Кортикостероиды для наружного применения, под окклюзионную повязку.
2. Антигельминтные средства.

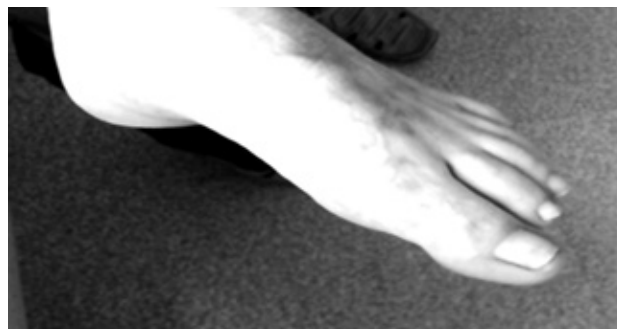


Рис. 2. Синдром мигрирующей личинки

– Тиabendазол внутрь в дозе 50 мг/кг/сут. каждые 12 часов в течение 2–5 суток, максимальная суточная доза – 3 г.

– мебендазол (вермокс) по 200 мг в сутки в течение 5–7 дней. Рекомендован повторный курс спустя 1–2 месяца.

3. Криодеструкция. Жидкий азот на «растущий» конец внутрикожного хода.

При повторном осмотре после окончания курса лечения положительная динамика кожного процесса с постепенным угасанием выраженности.

Таким образом, собственный опыт и приведенный пример демонстрируют успешность лечения нетипичного, однако возможного в наших широтах заболевания в связи с высокой мобильностью жителей и их приверженностью пляжному отдыху на Юго-Восточных побережьях.

Список литературы

1. Бабаянц, Р. С. *Кожные и венерические болезни жарких стран.* – М.: Медицина, 1984.
2. Вульф, К. *Дерматология по Томасу Фицпатрику / К. Вульф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд.* – М.: Практика, 2007. – С. 978-980.
3. Туйнов, В. А. *Синдром Larva migrans (малоизвестное об известном) // Новости медицины и фармации.* – 2010. – темат. вып. № 330: Инфекционные болезни.
4. Шувалова, Е. П. *Инфекционные болезни.* – М., 2005. – Гл. 6.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.131-007.271-053.3

Стеноз легочной артерии у новорожденных

В.В. Филиппова, Е.Ю. Кузнецова, Е.Ж. Карманова, С.М. Колесникова

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

V.V. Filippova, E.Y. Kuznetsova, H.G. Karmanova, S.M. Kolesnikova

Pulmonary artery stenosis in the newborn infants

Резюме

В Хабаровском крае сохраняется тенденция к увеличению числа врожденных пороков сердца у детей. Стеноз легочной артерии является относительно распространенным врожденным пороком сердца. Клинические проявления порока минимальны. Более чем в 90 % случаев встречается стеноз клапана легочной артерии. Ультразвуковая диагностика имеет важное диагностическое значение. Раннее хирургическое лечение тяжелых форм помогает улучшить прогноз для жизни. Применение препаратов простагландина E1 увеличивает легочный кровоток.

Ключевые слова: плод, новорожденный, порок сердца, дуктус-зависимый порок.

Summary

There is a persisting tendency of increasing the amount of children with congenital heart defect in the Khabarovsk Territory. Pulmonary artery stenosis is rather extensive congenital heart defect. Clinical implications of this defect are low. Valvular pulmonary stenosis appears in more than 90 % cases. Ultrasonic diagnosis has an important diagnostic value. Early surgical treatment of a bad case of the disease helps to improve the prognosis for life. The using of the prostaglandin E1 increases pulmonary blood circulation.

Key words: fetus, newborn, valvular heart disease, ductus.

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей грудного возраста врожденные пороки сердца (ВПС) и сосудов занимают одно из ведущих мест и приводят к высокой инвалидизации детского населения и смертности, особенно среди новорожденных и детей первого года жизни [6, 7].

Цель исследования

Изучить клинические проявления, методы диагностики и лечения ВПС: стеноза легочной артерии у новорожденных.

Материалы и методы

Группу наблюдения составили 7 детей, родившихся в КГБУЗ «Перинатальный центр» в 2011–2012 гг. У всех новорожденных наблюдался клапанный стеноз

легочной артерии. Проведена комплексная оценка состояния здоровья детей, включающая: клинический осмотр, лабораторные, инструментальные методы исследования, консультации специалистов.

Результаты и обсуждение

На протяжении последнего десятилетия отмечается стабильное увеличение детей с врожденными пороками развития по данным разных регистров [4] (таблица 1).

В Российской Федерации, Дальневосточном федеральном округе, Хабаровском крае также отмечается рост детей с врожденными пороками развития в системе кровообращения за последние пять лет [5] (диаграмма 1).

Нами проведен сравнительный анализ новорожденных с выявленным врожденным пороком сердца: стенозом легочной артерии за 2011–2012 гг. (диаграмма 2). Анализируя данные диаграммы, видно, что в структуре патологии сохраняется высокий уровень пороков и аномалий развития сердечно-сосудистой системы, в 2012 году составил 31,1 %, среди которых стеноз легочной артерии – 4,5 %.

Распространенность ВПС у детей достаточно высока и составляет около 33 % по РФ. Стеноз легочной артерии представляет собой один из врожденных пороков сердца. Этот порок относится к числу распространенных ВПС и встречается с частотой до 6,8–9 % [3, 6, 7] от общего количества врожденных аномалий сердца. Он встречается с одинаковой частотой у мальчиков и девочек. В группе критических ВПС на его долю приходится 1,3 % случаев. Первое описание принадлежит S. De Senae (1749) и G.B. Morgagni (1761). Может встречаться как самостоятельно, так и в комбинации

Таблица 1

Структура врожденных пороков развития по данным разных регистров

Врожденные пороки развития	Доли пороков разных систем органов, %		
	Регистр РФ	Регистр EUROCAT	Регистр Мальты
ССС	33,89	20,63	34,81
КМС	19,77	24,84	20,15
МПС	17,18	15,17	11,26
ЖКТ	8,16	12,78	8,81
ЦНС	6,53	12,61	5,63
Другие ВПР	5,92	–	6,37
Хромосомные аномалии	4,99	10,38	4,44
ВПР лица	1,53	3,59	3,26
ВПР кожи	1,33	–	3,48
ОД	0,7	–	1,78

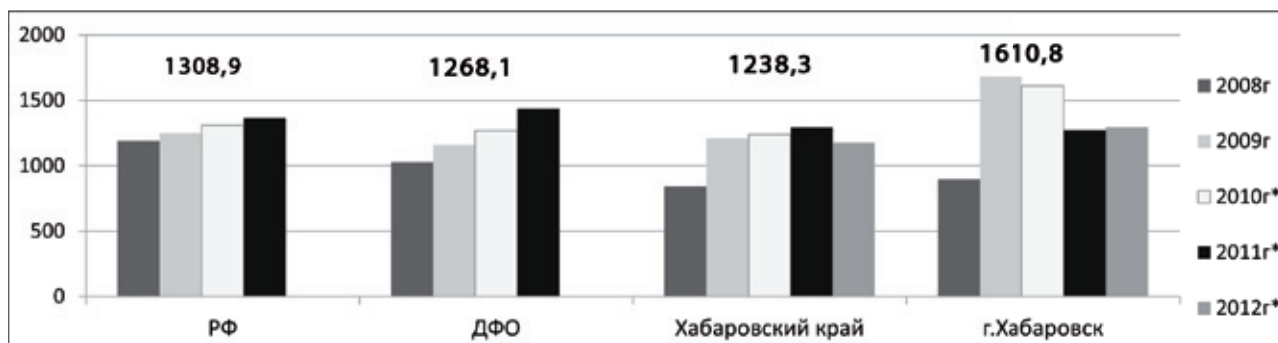


Диаграмма 1. Количество врожденных аномалий системы кровообращения у детей 0–14 лет на 100 000 детей в РФ, ДФО и Хабаровском крае

с другими дефектами. Изолированный стеноз легочной артерии – второй по частоте ВПС у детей. В сочетании с другими пороками сердца составляет более 50 % всех ВПС.

Легочная артерия осуществляет важнейшую задачу (рис. 1). Она несет венозную кровь из правого желудочка сердца в легкие, где происходит газообмен, и кровь насыщается кислородом. В том случае, ког-

да имеет место сужение этой артерии, правый желудочек должен сокращаться с большим усилием, чтобы протолкнуть должный объем крови через более узкое отверстие. В результате, развивается гипертрофия правого желудочка. Кровь поступает в легочную артерию более медленно, чем это должно происходить в норме. Так нарушается обычный цикл сердечной деятельности [3, 7].

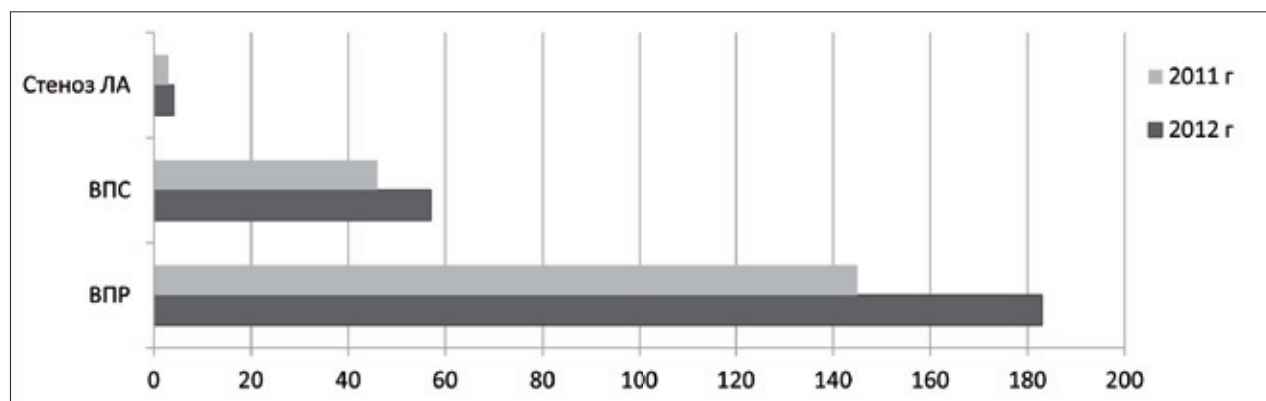


Диаграмма 2. Структура врожденных пороков развития по данным отделения для новорожденных детей КГБУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК

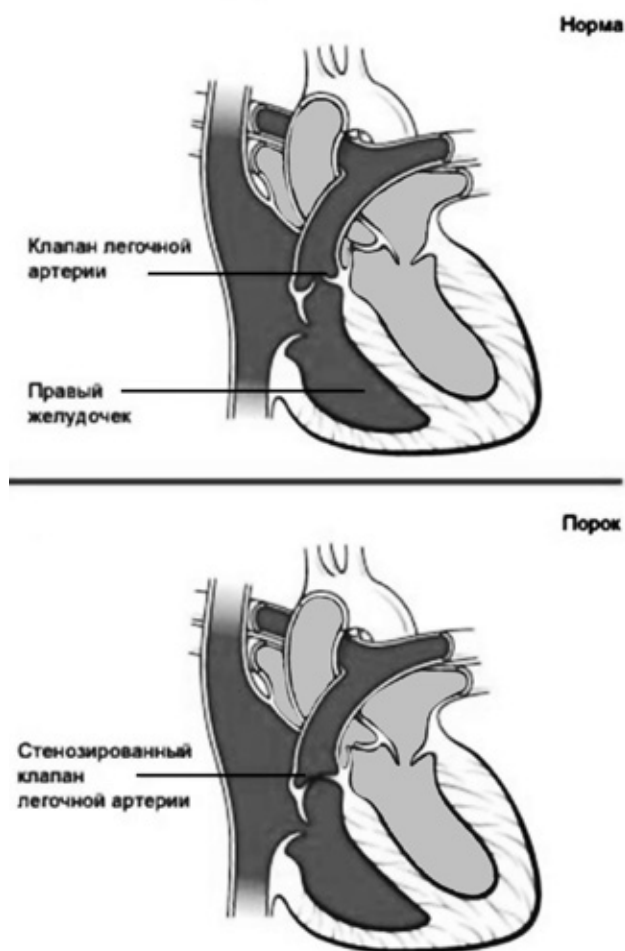


Рис. 1. Стеноз легочной артерии.

Более чем в 90 % случаев наблюдается клапанный стеноз легочной артерии. Клапан при этом ВПС имеет аномальное строение. По уровню выделяют: А – клапанный; Б – подклапанный; В – надклапанный. Изолированный инфундибулярный стеноз наблюдается очень редко и обычно сочетается с такими ВПС, как ДМЖП или тетрада Фалло. Возникновение стеноза легочной артерии обусловлено первичным нарушением развития клапана, створки сращены по комиссурам, утолщены, деформированы. Стеноз ЛА является дуктус-зависимым пороком. Сопутствующие аномалии сердца, такие как дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, могут усиливать анатомические изменения клапана и клиническую картину порока. При раннем закрытии фетальных коммуникаций отмечается резкое нарастание тяжести заболевания и ухудшается прогноз. Периферические стенозы легочного ствола часто наблюдаются у новорожденных и представляют сужение ветвей легочных артерий, встречающихся в результате острого угла бифуркации основного ствола.

Наиболее раннее выявление порока у плода во время ведения беременности помогает своевремен-

но произвести профилактику осложнений данного заболевания. Современное УЗИ позволяет на ранних сроках беременности выявить основные разновидности пороков сердца у плода, затем у новорожденного. При изолированном стенозе во время трехмерного УЗИ выявляется затруднение прохождения крови из правого желудочка в легочную артерию, в результате чего давление в правом желудочке увеличивается и он гипертрофируется. Давление в легочной артерии понижено или нормально. Кислородное насыщение артериальной крови нормальное [2, 6].

При легких и среднетяжелых формах дети хорошо физически развиты и порок обнаруживается случайно. Однако по мере роста ребенка появляются и нарастают признаки сердечной недостаточности (одышка и утомляемость при физической нагрузке). Зачастую, единственным клиническим признаком является интенсивный систолический шум «стенотического» тембра вдоль левого края грудины с проведением на основании, максимум во II межреберье слева с одновременным ослаблением II тона. Интенсивность шума, как правило, пропорциональна степени стеноза.

При тяжелых формах, кроме вышеуказанных признаков, имеет место цианоз носогубного треугольника, ногтевых лунок, губ, который обусловлен наличием право-левого шунта через межпредсердное сообщение. При тяжелом стенозе первые признаки порока сердца проявляются уже в раннем грудном возрасте, в том числе могут проявляться уже с рождения [3].

ЭХОКГ имеет большую диагностическую ценность, как для доказательства наличия стеноза легочной артерии, так и для оценки степени его выраженности. Принято считать, что при градиенте давления ПЖ/ЛА до 40 мм рт. ст. стеноз считается легким, от 40 до 60 мм рт. ст. умеренным. Выраженный стеноз легочной артерии сопровождается повышением градиента до 70 мм рт. ст. Рентгенологически выявляется обеднение легочного рисунка, тень сердца, как правило, расширена за счет правого желудочка. По ЭКГ признаки гипертрофии и систолической перегрузки правых отделов сердца [2].

Дети с легким и умеренным стенозом легочной артерии могут вести нормальный образ жизни, необходимости в хирургическом лечении в раннем возрасте не возникает. При тяжелых формах уже сразу после рождения может прогрессировать сердечная недостаточность с явлениями сердечной декомпенсации.

При дуктус-зависимой ситуации и угрозе закрытия фетальных коммуникаций базовая терапия направлена на снижение потребности организма в кислороде и коррекцию метаболических нарушений. Добиться увеличения легочного кровотока, препятствуя закрытию ОАП, можно с помощью применения препаратов простагландина Е. Следует помнить, что ингаляция кислорода противопоказана, т.к. может спровоцировать закрытие ОАП [7].

Течение и прогноз зависят от степени выраженности стеноза. Показания к хирургической коррекции: появление одышки и признаков правожелудочковой недостаточности при физической нагрузке, нарастание ЭКГ – признаков гипертрофии и систолической перегрузки правых отделов сердца, по УЗИ сердца увеличение давления в правом желудочке до 70–80 мм рт. ст. и градиента давления между правым желудочком и легочной артерией до 40–50 мм рт. ст. Обязательным следует считать хирургическое вмешательство при тяжелых формах с давлением выше 100 мм рт. ст. Практически все новорожденные с критическим клапанным стенозом ЛА умирают без лечения.

В настоящее время предпочтение отдается малоинвазивному хирургическому вмешательству – чрезкожной транслюминальной баллонной вальвулопластике. Операция заключается в устранении пульмонального стеноза. Результаты хирургического лечения хорошие [1, 3].

В нашем исследовании стеноз легочной артерии по данным УЗИ плода диагностирован в 3 случаях (43 %).

Из анамнеза выявлено: большая часть детей родилась в социально благополучных семьях, от желанных беременностей – 6 (86 %), 1 ребенок из асоциальной, неполной семьи. Распределение по полу – 3 девочки, 4 мальчика. Доношенными по сроку гестации, от нормальных срочных родов, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, нормальными массо-ростовыми показателями родилось 5 детей (71 %), с синдромом задержки развития плода – 2 ребенка (29 %), из них 1 – по гипотрофическому типу, 1 – гипопластическому типу.

5 (71 %) новорожденных родились от матерей с оптимальным репродуктивным возрастом. Степенью риска увеличения рождения детей с пороками развития для мужчин является возраст старше 45 лет, для женщин данный возраст является 35 и более лет. В нашем исследовании 1 (14 %) ребенок родился от возрастного отца и 2 (29 %) от матерей с поздним репродуктивным возрастом.

Течение беременностей у 100 % матерей прошло на фоне воспалительных изменений в мочеполовой системе: вагинит, цервицит, пиелонефрит. В 60 % случаев отмечался отягощенный акушерский анамнез: внутриутробная гибель плода, аборт, преждевременные роды с ранней младенческой смертностью.

При гистологическом исследовании плаценты в 100 % случаев отмечались воспалительные изменения в виде децидуита, плацентарного амнионита, нарушения кровотока, плацентарная недостаточность.

5 детей родились в удовлетворительном состоянии. В этой группе новорожденных диагноз ВПС заподозрен в связи с появлением шума в области сердца на 3–4 сутки жизни. УЗИ подтвердило имеющийся у детей стеноз легочной артерии. Состояние 2-х детей с рождения оценено тяжелым, у этих детей внутриутробно заподозрен комбинированный ВПС по данным УЗИ скрининга плода.

В лабораторных данных клинического, биохимического анализов крови выраженных патологических

изменений не выявлено. По данным ЭКГ в 100 % случаев отмечается преобладание потенциалов правого предсердия, правого желудочка, признаки перегрузки правых отделов сердца, метаболические изменения в миокарде желудочков.

По данным ЭХОКГ у всех детей выявлен турбулентный ускоренный кровоток на ЛА. На уровне межпредсердного сообщения регистрировался лево-правый и право-левый сброс крови. У половины новорожденных отмечалось снижение ФВ до 56–58 %. Среди обследованных детей у 2-х зафиксирован градиент давления правого желудочка/легочной артерии 92–95 мм рт. ст., что характеризует выраженную степень стеноза. По ЭКГ у всех пациентов зафиксированы признаки перегрузки правых отделов сердца, диффузные метаболические изменения в миокарде.

Дети с легкой формой клапанного стеноза [4] не требовали хирургической коррекции и лечения на момент установления диагноза. Выписаны домой с рекомендациями под наблюдение кардиолога по месту жительства. 3 новорожденных по тяжести состояния с рождения нуждались в терапии сердечной недостаточности. Дети находились под наблюдением детского кардиолога, осмотрены кардиохирургом ФБГУ «Федеральный центр ССХ» г. Хабаровска. Выписные документы пациентов с выраженным стенозом легочной артерии направлены на консультацию в ФГУ «НИИПК Росмедтехнологий им. Е.Н. Мешалкина». Один ребенок с выраженным стенозом легочной артерии и маленьким межпредсердным сообщением по тяжести состояния получал лечение препаратом простагландина E1 (вазапростан) с целью предотвращения закрытия открытой артериальной протока и увеличения легочного кровотока. По причине нарастания выраженности стеноза легочной артерии и прогрессирования сердечной недостаточности прооперирован в возрасте 3-х недель жизни в г. Хабаровске. Все дети с установленным диагнозом ВПС динамически наблюдаются и обследуются в ФЦ ССХ г. Хабаровска.

Таким образом, в Хабаровском крае сохраняется тенденция к увеличению количества врожденных пороков сердца у детей. Стеноз легочной артерии является довольно распространенным врожденным пороком (статистические данные по КГБУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска соответствуют общероссийским) [4]. Ультразвуковая диагностика имеет большую значимость в диагностике данного врожденного порока. При легком и умеренном стенозе клинические проявления минимальные, дети не нуждаются в медикаментозной коррекции. При тяжелом и критическом стенозе с развитием правожелудочковой недостаточности необходимо введение препаратов простагландина E1. Применение вазопростана у детей с выраженным стенозом легочной артерии на раннем этапе способствует стабилизации гемодинамики в дооперационном периоде. Раннее хирургическое вмешательство при тяжелых формах пороков улучшает прогноз для жизни данных пациентов.

Список сокращений:

ВПР – врожденные пороки развития
 ССС – сердечно-сосудистая система
 КМС – костно-мышечная система
 МПС – мочеполовая система
 ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
 ЦНС – центральная нервная система
 ОД – органы дыхания
 НПВ – нижняя полая вена
 А о– аорта
 ОАП – открытый артериальный проток
 ВПВ – верхняя полая вена
 ЛА – легочная артерия
 ПП – правое предсердие
 ЛП – левое предсердие
 ПЖ – правый желудочек
 ЛЖ – левый желудочек
 РФ – Российская Федерация
 ДФО – Дальневосточный федеральный округ
 УЗИ – ультразвуковая диагностика
 ЭКГ – электрокардиографии
 ЭХОКГ – эхокардиография

Список литературы

1. Баллонная вальвулопластика клапанного стеноза легочной артерии у новорожденных, находящихся в критическом состоянии / Б. Г. Алесян, М. Г. Пурсанов, А. И. Ким и др. // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2011. – № 2. – С. 67-68.
2. Белоконь, Н. А. Врожденные пороки сердца / Н. А. Белоконь, В. П. Подзолков. – М.: Медицина, 1991.
3. Врожденные пороки сердца у детей / под ред. Л. В. Симоновой, Н. П. Котлуковой, М. Ю. Щербаковой; Каф. дет. болезней № 2 педиатр. фак. с курсом гастроэнтерологии и диетологии ФУВ, РГМУ. – Режим доступа: WWW.URL: <http://medvuz.com/med1808/t4/7.php>
4. Демикова, Н. С. Врожденные пороки развития в регионах Российской Федерации. Итоги мониторинга за 2000-2010 гг. / Н. С. Демикова, А. С. Лапина // *Рос. вестн. перинатологии и педиатрии*. – 2012. – № 2. – С. 91–98.
5. Заболеваемость детского населения Хабаровского края в 2012 году: сб. стат. материалов. – Хабаровск, 2013.
6. Мутафьян, О. А. Пороки сердца у детей и подростков: рук. для врачей / О. А. Мутафьян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
7. Неонатология: нац. рук. // Нац. проект «Здоровье»; В. В. Володин, Е. Н. Байбарина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Новые технологии в терапии псориаза

А.В. Некипелова, Т.И. Назаревская, С.М. Волков

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

A.V. Nekipelova, T.I. Nazarevskaya, S.M. Volkov
Novel technologies in psoriasis treatment

Резюме

Статья посвящена новым технологиям в терапии псориаза. Проблема псориаза – одна из актуальных проблем в дерматологии. В исследование было включено 80 больных псориазом. Из них 43 женщины и 37 мужчин в возрасте от 17 до 69 лет, которые получали альготерапию в виде геля Ламифарэн. Наблюдали 3 группы больных, которые получали: гель Ламифарэн наружно; гель Ламифарэн вовнутрь и гель Ламифарэн вовнутрь и наружно. Эффективность терапии оценивали по индексу PASI.

Ключевые слова: псориаз, лечение, Ламифарэн.

Summary

The article is devoted to new technologies in the treatment of psoriasis. The problem of psoriasis – is one of the most pressing problems in dermatology. The study included 80 patients with psoriasis. Of these, 43 women and 37 men aged 17 to 69 years who received algototherapy in the form of Lamifaren gel. 3 groups were observed in patients who received: gel Lamifaren externally; Lamifaren gel and gel inside Lamifaren inward and outward. The effectiveness of treatment was evaluated by the index of PASI.

Key words: psoriasis, treatment, Lamifaren (Laminaria Angustata).

Актуальность

Псориаз один из самых распространенных хронических дерматозов. По современным представлениям – псориаз эритематозно-сквамозный дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением в его развитии генетических факторов. Псориаз характеризуется гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением процесса кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, изменениями в различных органах и системах. Распространенность псориаза в популяции составляет от 0,1 до 3 %. В зависимости от региона и этнической принадлежности частота заболеваемости псориазом различна. Заболевание может возникнуть в любом возрасте с момента рождения до глубокой старости и встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин.

Несмотря на то, что в большинстве случаев псориаз не угрожает жизни и при легком течении может рассматриваться как косметический недостаток, при тяжелом течении заболевание является причиной серьезных психологических проблем и социальной дезадаптации. При обострении нередко возникает тяжелый эмоциональный стресс, неудовлетворенность жизнью, значительное изменение уровня социально-

психологического комфорта, ощущение собственной неполноценности. Снижение качества жизни у больных псориазом сопоставимо со многими хроническими заболеваниями, такими как ишемическая болезнь сердца, диабет, онкологические заболевания. До 5 % больных псориазом имеют выраженные депрессивные расстройства. Заболевают дети, а также пожилые люди (старше 80 лет). Особенно страдают подростки и население в возрасте 20–25 лет.

Лечение больных псориазом – патогенетическое, так как этиология заболевания остается неясной и ни одна из предполагаемых ранее или существующих гипотез не является общепризнанной.

Лечение больных псориазом проводят индивидуально в зависимости от общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии, стадии и формы процесса. Заслуживает внимания использование в лечении псориаза новых патогенетически обоснованных методов лечения препаратами, корригирующими иммунный статус, улучшающих клиническую картину дерматоза и увеличивающих его межрецидивный период. Одним из современных методов лечения псориаза является альготерапия.¹ Альготерапия – лечение водорослями. По минеральному составу кровь имеет

¹ «alga» – водоросль

много общего с морской водой. Использование продуктов моря в лечении и реабилитации больных псориазом можно отнести к новейшим «нано-технологиям».

Гель Ламифарэн – современный и качественный пищевой продукт, применяемый для самостоятельной, комплексной и вспомогательной терапии, стабилизации обмена веществ и лечения широкого спектра заболеваний [4, 5]. Гель Ламифарэн разрешен для лечения больных МЗ РФ. Он не имеет аналогов в России и за рубежом.

Цель исследования

– Изучить клиническую эффективность, дать научное обоснование применения геля Ламифарэн в терапии больных псориазом.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 80 больных псориазом. Из них 43 женщины и 37 мужчин в возрасте от 17 до 69 лет. Средний возраст женщин составил $45,83 \pm 0,37$ лет, а мужчин – $46,45 \pm 0,55$ лет (рис. 1).

Всем больным проведено клиническое исследование, включающее сбор анамнеза, осмотр больного и лабораторные исследования. Материалом для исследования служила сыворотка крови обследуемых пациентов. Все исследования проводились в динамике – до и после лечения.

В комплексной терапии больные получали лечение согласно клиническим рекомендациям ГУ ЦНИКВИ МЗ РФ [3]: антигистаминные препараты, гепатопротекторы, наружную терапию (топические стероиды, индифферентные мази, эмоленты), физиолечение. Кроме основного лечения, назначалась алыготерапия в виде геля Ламифарэн.

Гель Ламифарэн разработан и изготовлен из бурых морских водорослей «Laminaria Angustata» с использованием уникальной низкотемпературной технологии СПК РК «Простор» (г. Советская Гавань, Хабаровский край). Гель Ламифарэн рекомендован нами для лечения псориаза в качестве иммуномодулятора и энтеросорбента. В нем содержится большое количество микро- и макроэлементов, витаминов, полисахаридов: альгинат натрия, фукоидан, ламинарин в соотношениях, близких содержанию к потребностям организма человека. Уникальность препарата Ламифарэн заключается в том, что все компоненты, содержащиеся

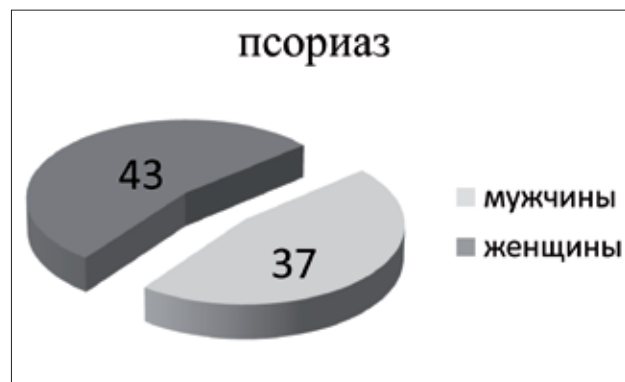


Рис. 1. Распределение больных по полу

Таблица 1

Лечение больных псориазом гелем Ламифарэн

Группы больных псориазом	n	PASI до лечения	PASI после лечения	%
1 группа	26	18,6	6,2	72,2
2 группа	27	18,9	5,3	77,8
3 группа	27	18,7	4,7	83,3

в нем, находятся в биологически активном виде, что способствует легкой усвояемости продукта.

Наблюдали 3 группы больных, которые получали: гель Ламифарэн наружно; гель Ламифарэн во внутрь и гель Ламифарэн вовнутрь и наружно (табл. 1). Больные псориазом получали гель Ламифарэн за 30 минут до еды в течение 1 месяца на фоне проводимой традиционной терапии. Гель Ламифарэн назначали больным псориазом в качестве энтеросорбента, дермосорбента и иммуностропного препарата. Его принимали «per os» по 100–150 г 2 раза в день, за 30 минут до еды, а также наружно на пораженную кожу наносился гель Ламифарэн 3–6 раз в день.

После проведенного основного лечения больным псориазом рекомендовали комплекс адаптационно-реабилитационных мероприятий (АРК) с использованием азотно-кремнистых термальных вод в бальнеолечебнице «Тумнин», расположенной непосредственно на территории Хабаровского края. На Тумнинском минеральном источнике больным эксудативным псориазом назначали ванну минеральной воды (термальной, азотно-кремнистой, слабоминерализованной, с содержанием радона 4–6 нКи/л при $t = 37-38^\circ\text{C}$) один раз в день на 10–20 минут № 10–14 на курс.

Все пациенты в основной и контрольной группах были сопоставимы по возрасту, полу, характеру и длительности заболеваний. Лечебные комплексы больным псориазом основаны на индивидуальном, дифференцированном подходе к каждому больному с учетом сопутствующей патологии и общего состояния.

Для оценки клинической эффективности лечения использовали индекс активности и распространенности поражения кожи при псориазе (Psoriasis Area and Severity Index) PASI.

Результаты и обсуждение

В результате проведенной терапии наблюдалась положительная динамика со стороны кожного процесса, биохимических и иммунологических показателей.

В процессе терапии показатели обмена липидов достоверно не отличались от контрольной группы. Имелась тенденция к нормализации отдельных биохимических показателей (общие липиды, общий холестерин, триглицериды) по сравнению с контрольной группой ($p_3 > 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2**Биохимические показатели липидного обмена у больных псориазом, получавших лечение на источнике Тумнин**

Показатели	n_1	До лечения $M_1 \pm m_1$	n_2	После лечения $M_2 \pm m_2$	Здоровые (контроль) $M_0 \pm m_0$	p_2
1. Общие липиды, г/л	8	7,69 ± 0,63	5	7,67 ± 1,12	5,91 ± 0,18	> 0,05
2. Общий холестерин, ммоль/л	8	5,35 ± 0,35	7	4,83 ± 0,40	5,20 ± 0,22	> 0,05
3. Триглицериды, ммоль/л	8	1,06 ± 0,20	5	0,97 ± 0,25	1,11 ± 0,08	> 0,05

p_2 – уровень значимости различия показателей до и после лечения.

Показатели Ig A до лечения были достоверно снижены $161,4 \pm 30,632^{***}$ мг % по сравнению с контрольной группой $262,0 \pm 5,39$ мг % ($p_1 < 0,001$). В процессе терапии показатель Ig A нормализовался (достоверно не отличался от контрольной группы $p_3 > 0,05$). Имелась тенденция к нормализации других иммунологических показателей: IgM и IgG ($p_3 > 0,05$) (табл. 3).

Индекс PASI до лечения составлял 18–20 баллов; Индекс PASI после лечения составлял 4–5 баллов ($p < 0,05$).

Лечение гелем Ламифарэн позволяет достигнуть значительного улучшения кожного процесса, снижение индекса PASI до 72,2 при наружной терапии; 77,8 при приеме внутрь; 83,3 при сочетании наружной терапии и приема препарата внутрь.

Субъективно: значительно уменьшалось количество экссудативных элементов, снижалась интенсивность зуда. Улучшалось качество жизни пациентов. Клиническая эффективность терапии гелем Ламифарэн представлена на рисунке 2.

В патогенезе псориаза большую роль играют иммунные нарушения. Поражение кожи сопровождается притоком активированных Т-лимфоцитов. Повышенный синтез макрофагами и активированными кератиноцитами IL-1 индуцирует Т-клетки к про-

дукции IL-2, который в свою очередь является мощным стимулятором пролиферации Т-лимфоцитов. Активация Т-хелперов патогенетически связана с пролиферацией клеток эпидермиса.

Гель Ламифарэн, поступая в организм, всасывается из желудка и двенадцатиперстной кишки в кровь, адсорбирует иммунные комплексы, циркулирующие в кровяном русле и элиминирует их из организма. Отмечается снижение уровня цитокинов, уменьшается уровень ФНО- α , IL-1b и IL-6.

Иммунотропный эффект геля Ламифарэн обусловлен активацией Th1 (CD4⁺), которые продуцируют ИФН- γ , стимулируют активность NK клеток и играют важную роль в защите организма «лимфотропной ретровирусной инфекции» [1, 5].

Выводы

1. Ламифарэн гель – рекомендуется применять в комплексной сорбционно-корректирующей терапии у больных псориазом. Полученные результаты свидетельствуют о существенном положительном влиянии перорального приема геля Ламифарэн на клиническую картину у больных псориазом.

2. У больных псориазом в процессе терапии с гелем Ламифарэн наблюдалось снижение индекса PASI в 3 раза при наружной терапии; в 3,5 раза при при-

Таблица 3**Иммунологические показатели у больных псориазом, получавших лечение на источнике Тумнин**

Показатели	n_1	До лечения $M_1 \pm m_1$	n_2	После лечения $M_2 \pm m_2$	n_0	Здоровые (контроль) $M_0 \pm m_0$	p_2
1. IgA, мг %	8	161,40 ± 30,63*	5	197,68 ± 69,26	36	262,00 ± 5,39	> 0,05
2. IgM, мг %	8	102,60 ± 18,16	5	127,68 ± 27,36	36	130,00 ± 3,83	> 0,05
3. IgG, мг %	8	1160,00 ± 75,26	5	1190,40 ± 48,95	36	1269,00 ± 19,20	> 0,05

p_2 – уровень значимости различия показателей



До лечения



После лечения

Рис. 2. Динамика кожного процесса у больного К. (57 лет) псориазом в комплексной терапии с гелем Ламифарэн

ме его вовнутрь и в 4 раза при комплексном лечении (при приеме геля Ламифарэн вовнутрь и наружно).

3. Включение в рацион больных псориазом продуктов моря (*Laminaria Angustata*) патогенетически обосновано и полезно. После курса лечения гелем Ламифарэн увеличивается межрецидивный пери-

од у больных псориазом, что говорит о его эффективности.

4. Больным псориазом требуется постоянная коррекция, поэтому гель Ламифарэн рекомендуется им не только с лечебной, но и профилактической целью, как продукт питания.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А. А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 38-52.
2. Корсун, В. Ф. Вирусология и фитотерапия псориаза: рук. по клин. фитотерапии / В. Ф. Корсун, А. А. Кубанова, Е. В. Корсун. – СПб.: «Изд-во Н-Л», 2009. – 368 с.
3. Мордовцев, В. Н. Псориаз / В. Н. Мордовцев, Ю. С. Бутов, В. В. Мордовцева // Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. – М., 2009. – Т. 2. – С. 213-230.
4. Разумов, А. Н. Использование геля «Ламифарэн» в качестве диетического и лечебно-профилактического питания при соматических заболеваниях, интоксикации свинцом, иммунодефицитных состояниях / А. Н. Разумов, И. П. Бобровницкий, В. И. Михайлов и др. – М.: Медицина для всех, 2006. – 67 с.
5. Чижова, Г. В. Использование геля «Ламифарэн» в качестве диетического и лечебно-профилактического питания при различных патологических состояниях / Г. В. Чижова, О. В. Горшкова, Л. Ю. Молодцова. – Здравоохранение Дал. Востока. – 2007. – № 4. – С. 35-36.
6. Larsen, B. Biosynthesis of alginate // X-th Int. Sea-weed Symp., Proc. / Publ. by Walter De Gruyter. – Berlin (FRG), 1981. – P. 7-34.
7. Morris, E. R. Characterization of alginate composition and block-structure by circular dichroism / E. R. Morris, D. A. Rees, D. Thorn // Carb. Res. – 1980. – № 81. – P. 305-314.
8. Naiya, Z. Изучение состава и последовательности остатков уронатов в составе альгинатов бурых водорослей *Laminaria* и *Sargassum* из Кумая / Z. Naiya, Z. Yanxia, F. Xiao // Haiyang yu huzhao: Oceanol. et limnol. Sin. – 1992. – Vol. 23, № 4. – P. 445-453.
9. Pellow, S. Validation of open:closed arm entries in an elevated plus-maze as a measure of anxiety in the rat / S. Pellow, P. Chopm, S. E. File // J. Neurosci. Meth. – 1985. – Vol. 14. – P. 149-167.
10. Zhang Xuecheng, Shi Xiaoyong, Sha Zhenxia. Study on Nutritional Physiology of *Spirulina platensis* I: Absorbition and Utilization of Inorganic Carbon // J. Ocean Univ. Qingdao. – 2000. – № 30, 2. – P. 173-178.

Анализ влияния технологий на уровень компенсации углеводного обмена у больных сахарным диабетом 1 типа

О.В. Ушакова

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

O.V. Ushakova

Analysis of the impact of technology on the level of compensation of carbohydrate metabolism in patients with type 1 diabetes

Резюме

В литературе имеется большое количество научных работ, в которых приводятся результаты влияния целого ряда методов лечения и ведения больных сахарным диабетом на степень компенсации углеводного обмена, таких как интенсивная инсулинотерапия, обучение больных сахарным диабетом принципам управления своим заболеванием, применение инсулиновых аналогов.

Ключевые слова: гликированный гемоглобин, сахарный диабет 1 типа, инсулинотерапия.

Summary

The literature contains a large number of scientific works, which results are given to the influence of several methods of treatment and management of patients with diabetes mellitus on the degree of compensation of carbohydrate metabolism, such as intensive insulin, training of patients with diabetes mellitus principles of control of their condition, use of insulin analogues.

Key words: glycosylated hemoglobin, type 1 diabetes, insulin therapy.

Цель исследования

Оценить вклад каждой технологии в достижение оптимального уровня компенсации углеводного обмена у больных сахарным диабетом типа 1.

Источники информации: база данных MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE, данные клинических исследований с включением 2114 больных сахарным диабетом типа 1 за период с 01.01.1990 по 01.01.2005 гг.

Материалы и методы

Для проведения сравнительной оценки отдельных факторов на степень компенсации углеводного обмена у больных сахарным диабетом типа 1 (HbA1c) использовался многофакторный анализ, определяющийся как совокупность статистических методов, которые одновременно рассматривают влияние многих факторов на достижение определенного значения.

Суммарное влияние всех факторов было обозначено как 1. Влияние каждого фактора оценивалось по доле от 1.

Данные всех выборок имели нормальное распределение. Достоверность расчета сравнительной оценки отдельных факторов на степень компенсации углеводного обмена у больных СД определяли по коэффициенту F. Расчет коэффициента проводился в программе BIOSTATISTICA (версия 4.0., 2004 г.). Коэффици-

ент F указывал на статически значимое влияние фактора при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Основой проведения многофакторного анализа по влиянию применения отдельных технологий в лечении больных сахарным диабетом типа 1 стали результаты многоцентровых контролируемых исследований, которые дают представление о степени компенсации у пациентов сахарным диабетом типа 1, использующих различные технологии в инсулинотерапии (табл. 1).

Стандартная технология инсулинотерапии не позволяет получить в группе пациентов СД типа 1 средний уровень HbA1c меньше, чем $9 \pm 0,1$ %. Основанием для этого вывода стали результаты трех исследований, в которых имеются достоверные сведения о величине HbA1c в группе пациентов, получающих стандартную инсулинотерапию. Наименьшее значение зарегистрировано в исследовании DCCT (Diabetes Control and Complications Trial Research Group), которое мы и взяли в качестве исходного параметра.

В настоящее время разработан ряд технологий, которые в сравнении со стандартной инсулинотерапией позволяют обеспечить достоверно лучший уровень HbA1c в среднем по группе, вплоть до его нормализации. К таким технологиям относятся: интенсивная инсули-

нотерапия, обучение пациентов, самоконтроль, врачебный контроль за качеством управления пациентами своим заболеванием, замена инсулинов с обычной структурой на аналоговые препараты.

Наилучшие результаты, которых можно добиться, получаются при сочетании перечисленных технологий.

Так, перевод больных сахарным диабетом типа 1 на интенсивную инсулинотерапию в качестве самостоятельной технологии позволяет обеспечить уровень HbA1c, равный $8,2 \pm 0,2$ %.

Если к этой технологии добавить технологию обучения и самоконтроля, то можно достичь снижения HbA1c до $7,9 \pm 0,1$ %.

Добавление к этой комбинации врачебного контроля за качеством управления пациентом за своим заболеванием позволяет получить в среднем по группе уровень HbA1c $7,3 \pm 0,1$ %.

Наилучший на сегодняшний день результат, а именно уровень HbA1c $6,9 \pm 0,1$ % по группе в целом, может быть достигнут среди пациентов, переведенных на инсулиновый аналог короткого действия и использующих весь комплекс перечисленных технологий (обучение, самоконтроль, врачебный контроль).

Следующим этапом исследования является оценка вклада каждой технологии в достижение компенсации углеводного обмена у больных СД типа 1 (табл. 2).

Уровень HbA1c 9 %, полученный в результате применения в лечении больных сахарным диабетом типа 1 стандартной инсулинотерапии, принят за стандартизированное значение, так как этот результат является главным образом следствием только применения стандартной инсулинотерапии.

Добавление интенсивной инсулинотерапии у больных сахарным диабетом типа 1 обеспечивает снижение значения HbA1c в среднем на 0,8 %.

Таблица 1

Уровень HbA1c, достигнутый в группах пациентов СД типа 1, получающих терапию по различным технологиям

Технологии, влияющие на изменение значения HbA1c	N	HbA1c (%) M ± m
Стандартная ИТ ¹	352	$9 \pm 0,1$
ИИТ + обучение ²	687	$8,2 \pm 0,2$
ИИТ + обучение + самоконтроль ²	688	$7,9 \pm 0,1$
ИИТ + обучение + самоконтроль + врачебный контроль ¹	348	$7,3 \pm 0,1$
ИИТ + обучение + самоконтроль + врачебный контроль + инсулиновый аналог ³	39	$6,9 \pm 0,1$

¹Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT).

²Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group

³Анализ изменения степени компенсации углеводного обмена и качества жизни у больных СД типа 1 при переводе на аналог инсулина короткого действия

Таблица 2

Влияние основных технологий на степень компенсации углеводного обмена у больных сахарным диабетом типа 1

Технологии, влияющие на уровень HbA1c	Значение HbA1c (%), достигнутое предыдущей технологией	Значение HbA1c (%) при использовании оцениваемой технологии	ΔHbA1c (%)
ИИТ	$9,0 \pm 0,1$	$8,2 \pm 0,2$	0,8*
Самостоятельный контроль	$8,2 \pm 0,2$	$7,9 \pm 0,1$	0,3
Врачебный контроль	$7,9 \pm 0,1$	$7,3 \pm 0,1$	0,6*
Применение инсулинового аналога	$7,3 \pm 0,1$	$6,9 \pm 0,1$	0,4*

*p < 0,05

Коэффициент F, рассчитанный при многофакторном анализе, оказался равным 7,69, что указывает на статистически значимое влияние данной технологии на изменение значения HbA1c у больных сахарным диабетом типа 1 (p = 0,006).

Результаты проведенных исследований показали, что своевременная коррекция терапии, обеспеченная регулярным врачебным контролем за качеством управления пациентом своим заболеванием, позволяет снизить значение HbA1c в среднем на 0,6 %. Коэффициент F, рассчитанный для оценки снижения HbA1c на 0,6 % при использовании технологии врачебного контроля за качеством управления пациентом за своим заболеванием, оказался равным 14,49, что указывает на статистически значимое влияние данного фактора на изменение значения HbA1c у больных сахарным диабетом типа 1 (p < 0,0001).

Как видно из представленной таблицы, в группе больных сахарным диабетом типа 1, в лечении которых применялась интенсивная инсулинотерапия с проведением самоконтроля больными за уровнем гликемии, значение HbA1c на 0,3 % ниже в сравнении с уровнем HbA1c больных сахарным диабетом типа 1, получающих только интенсивную инсулинотерапию. Данная разница HbA1c является главным образом следствием применения самоконтроля больными за уровнем гликемии. Коэффициент F, рассчитанный при многофакторном анализе, оказался равным 1,8, что указывает на отсутствие статистически значимого влияния

данного фактора на достижение компенсации углеводного обмена и соответственно снижения показателя HbA1c ($p = 0,18$).

Согласно представленным данным, в группе больных сахарным диабетом типа 1, в лечении которых применялась интенсивная инсулинотерапия с использованием аналога инсулина короткого действия под контролем врача и проведением больными самоконтроля, значение HbA1c на 0,4 % меньше в сравнении с больными сахарным диабетом типа 1, получающими интенсивную инсулинотерапию с проведением самоконтроля больными и со своевременной коррекцией лечения врачом. Полученная разница HbA1c является следствием применения только аналога инсулина короткого действия. Коэффициент F, рассчитанный для оценки снижения HbA1c на 0,4 % при использовании аналога инсулина короткого действия, оказался равным $F = 1,96$, что указывает на отсутствие статистически значимого влияния данного фактора на достижение компенсации углеводного обмена и соответственно снижения показателя HbA1c ($p = 0,162$).

Для исключения ошибки, возможной при анализе в неравных по численности группах, нами проведен анализ влияния применения аналога инсулина короткого действия в группах, сопоставимых по численности. Результаты проведенного нами исследования показали, что у больных сахарным диабетом типа 1, нахо-

дящихся в одних и тех же условиях, перевод с инсулина короткого действия на аналог инсулина короткого действия позволяет улучшить компенсацию углеводного обмена и обеспечивает снижение HbA1c на 0,7 %. Этот результат является главным образом следствием такого фактора, как фармакологические особенности аналога инсулина короткого действия, т.к. влияние всех остальных значимых факторов, а именно проведение больными самоконтроля за уровнем глюкозы крови и врачебный контроль, в обеих группах было совершенно одинаковым. Коэффициент F, рассчитанный в результате многофакторного анализа оказался равным 9,6 что указывает на статистически значимое влияние данного фактора на изменение значения HbA1c у больных сахарным диабетом типа 1 ($p = 0,0003$).

Вывод

Результаты многофакторного анализа показали, что из оцениваемых технологий наибольшее значение в лечении больных сахарным диабетом типа 1 имеют такие, как использование интенсивной инсулинотерапии, контроль за качеством управления пациентом своим заболеванием со стороны медицинских работников и использование инсулинового аналога короткого действия. В то же время, только суммарное применение всех изученных технологий позволяет максимально повлиять на степень компенсации углеводного обмена.

Список литературы

1. Анциферов, М. Б. Перспективы использования аналога «человеческого» инсулина / М. Б. Анциферов, А. Ю. Майоров // Рус. мед. журнал. – 1998. – № 12. – С. 771–773.
2. Анциферов, М. Б. Самоконтроль как основа эффективной профилактики осложнений сахарного диабета / М. Б. Анциферов, А. Ю. Майоров // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. – 1999. – № 2. – С. 8–12.
3. Анциферов, М. Б. Современные концепции в обучении больных сахарным диабетом // Сахарный диабет. – 1999. – № 1. – С. 45–50.
4. Пьянкова, Е. Ю. Эффективность обучения больных сахарным диабетом 2 типа в амбулаторно-поликлинических учреждениях (влияние на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и качество жизни): дис. ... канд. мед. наук. – Хабаровск, 2002.
5. Ушакова, О. В. Оценка внедрения инсулинового аналога короткого действия «Новорапид®» в реальную клиническую практику / О. В. Ушакова, И. А. Шапиро // Дальневост. мед. журнал. – 2005. – № 2. – С. 33–35.
6. The DCCT/EDIC Research Group. Lipoproteins in the DCCT/EDIC cohort: associations with diabetic nephropathy / A. J. Jenkins, T. J. Lyons, D. Zheng et al. // *Kidney Int.* – 2003. – Vol. 64. – P. 817–828.

удк 616.517-085.838.7

Применение низкоминерализованной слабосульфидной иловой грязи в комплексной терапии больных вульгарным и артропатическим псориазом

А.В. Некипелова¹, В.Г. Власов², Т.Г. Лунёва²

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

КГБУЗ «Специализированная больница восстановительного лечения «Анненские минеральные воды» МЗ ХК,

с. «Анненские Минеральные Воды» Ульчского района Хабаровского края

A.V. Nekipelova, V.G. Vlasov, T.G. Lunyova

The use of lowmineralized mud in complex therapy of patients with psoriasis vulgaris and arthropathic psoriasis

Резюме

В статье приводятся собственные данные о комплексной терапии больных псориазом азотно-кремнистыми термальными водами в сочетании с грязелечением в Специализированной больнице восстановительного лечения (СБВЛ) «Анненские Воды». Под наблюдением находилось 60 больных псориазом.

Ключевые слова: псориаз, азотно-кремнистые термальные воды, грязелечение.

Summary

In this article our own data concerning the complex therapy of patients with psoriasis nitrogen-siliceous thermal waters in combination with mud therapy in the Specialized Rehabilitation Hospital "Annenskiiy mineral water" are represented. More than 60 patients with psoriasis were under the control.

Key words: psoriasis, nitrogen-siliceous thermal waters, mud therapy.

Актуальность

Применение грязей в терапевтических и косметологических целях имеет многовековую историю. С лечебной целью грязи применяли в Древнем Египте, Риме, Индии, Иордании, о чем имеются указания историков и врачей [7, 8, 11].

В России грязи стали использовать в XIV–XVI веках на Крымском полуострове («Саки»). С XIX века началось лечебное использование грязей в Западной Европе. Применение грязей Мертвого моря в терапевтических целях пользуется большой популярностью и сегодня [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Грязелечение является мощным фактором оздоровления больных с хроническими дерматозами. Грязь обладает тепловыми качествами: теплоемкостью, теплопроводностью, теплоудерживающей способностью. Этот процесс объясняется большим количеством минеральных веществ, которые содержатся в лечебной грязи [9].

Особенности общего действия грязелечения обосновывают целесообразность его широкого применения для оздоровления больных с хроническими рецидивирующими дерматозами (ХРД), в патогенезе которых важную роль играют измененная иммунологическая реактивность организма, функциональные нарушения нервной системы и обмена веществ.

В Хабаровском крае имеются запасы лечебных грязей, которые используются в комплексной терапии больных ХРД в Специализированной больнице восстановительного лечения (СБВЛ) «Анненские Воды». Основные запасы лечебной грязи добывают из озера Гавань, расположенного в четырех километрах от КГБУЗ «СБВЛ «Анненские воды».

Цель исследования

Изучить клиническую эффективность комплексного применения природных лечебных факторов Хабаровского края: минеральной воды Анненского

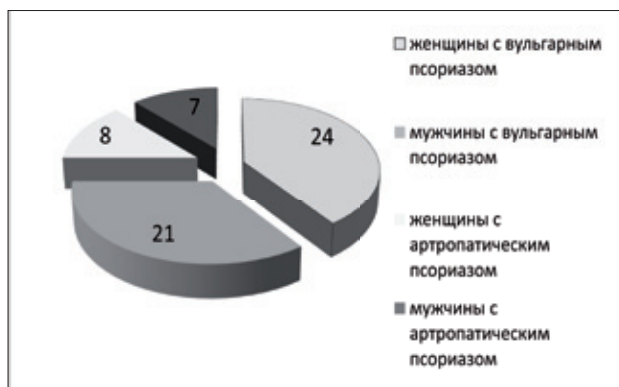


Рис. 1. Соотношение больных вульгарным и артропатическим псориазом

месторождения (МВАМ) в сочетании с грязелечением – и обосновать показания к их применению в терапии больных ХРД.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 60 больных псориазом, получающих грязелечение. Из них 32 лица женского пола и 28 – мужского. В группе обследованных число женщин было в 1,14 раза больше, чем мужчин и равнялось соответственно 53,33 % и 46,67 %. Больных вульгарным псориазом было 45 (75 %) – в 3 раза больше, чем артропатическим (рис. 1).

Средние показатели по возрасту у больных вульгарным псориазом, имеющих сопутствующие заболевания (остеохондроз и артралгии), получающих грязелечение, составили у женщин $39,86 \pm 0,04$ года, а у мужчин $41,46 \pm 0,08$ года. У 11 человек (24,44 %) из 45 больных вульгарным псориазом сопутствующим заболеванием был остеохондроз, и поэтому пациенты охотно принимали грязелечение по поводу сопутствующих заболеваний. В СБВЛ «Анненские воды» для

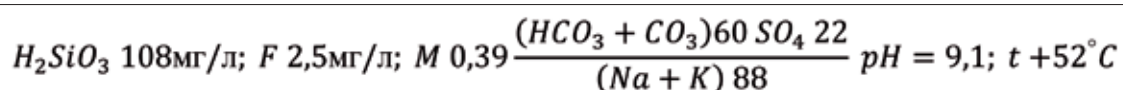
лечения деформирующих артрозов, артрозо-артритов используются глинистые илы озера Гавань в виде аппликаций. Грязелечение в первую очередь назначается больным с поражением суставов [1].

Наблюдали 15 больных артропатическим псориазом. Средние показатели по возрасту у больных артропатическим псориазом, получающих грязелечение, были несколько выше (у женщин $44,66 \pm 0,67$, а у мужчин $46,00 \pm 0,73$ года). Больные артропатическим псориазом, кроме кожных проявлений, имели поражения суставов. Чаще всего поразились мелкие суставы кистей и коленные суставы. Изменения со стороны суставов были подтверждены рентгенологическими исследованиями по месту жительства.

При артропатическом псориазе поражаются суставы кистей и стоп (преимущественно межфаланговые), реже – крупные суставы. У больных появляются болевые ощущения, затем отмечается припухание суставов и ограничение их подвижности как результат инфильтрации и уплотнения околосуставных тканей (параартрит).

Основными лечебными факторами СБВЛ «Анненские Воды» в комплексной терапии больных псориазом являются МВАМ и грязь озера Гавань (рис. 2–3).

МВАМ – азотно-термальная, слабоминерализованная, сульфатно-гидрокарбонатно-натриевая, кремнистая с содержанием метакремниевой кислоты более 50 мг/дм^3 , с повышенным содержанием фтора, щелочной реакции среды (формула 1). Ее микроэлементный состав включает калий, магний, кальций, бром и др. По температуре относится к группе высокотермальных вод. Содержание биологически активной кремниевой кислоты достигает $84\text{--}108 \text{ мг/дм}^3$. Специализированная больница восстановительного лечения «Анненские воды» – старейшее медицинское учреждение для реабилитации больных ХРД.



Формула 1. Химический состав минеральной воды Анненского месторождения по Курлову



Рис. 2. Ванна с минеральной водой



Рис. 3. Грязелечение

Грязь озера Гавань Ульчского района Хабаровского края относится к низкоминерализованной, слабосульфидной иловой грязи (Палкинская разновидность), лечебные свойства которых обусловлены главным образом их тепловыми показателями, высокой адсорбционной способностью и относительно высоким содержанием органического вещества. Ближайшим известным аналогом их являются грязи курорта Хаапсалу (Эстония).

Грязелечение (пелоидотерапия) назначалось по следующей методике: грязевые аппликации грязи озера Гавань по общей методике, толщиной лепешки 3–3,5 см, температурой 42–44 °С, два дня подряд и один день перерыв, на курс № 6 – 10 процедур.

Больные получали комплексное лечение (по показаниям):

- Общие ванны с минеральной водой № 8–12.
- Души (циркулярный № 6, нисходящий № 6).
- Гидромассаж № 6.
- Физиолечение: УФО; лазеротерапию; электролечение – электросон, Д'Арсонваль, амплипульс; аэрофитотерапию.
- Массаж.
- Больным артропатическим псориазом назначали грязелечение (грязь озера Гавань – 20 минут на область пораженных суставов) по вышеуказанной методике.

Результаты и обсуждение.

Клиническая эффективность у больных псориазом оценивалась по индексу PASI. Вода СБВЛ «Анненские воды» благоприятно влияет на больных псориазом. В результате бальнеопроцедур эритема, инфильтрация и шелушение в области псориазических папул, бляшек уменьшаются в 2–3 раза, наблюдалось снижение индекса PASI.

После комплексного бальнеолечения появляются депигментированные пятна вторичного характера,

улучшается тургор кожи, повышается ее эластичность. Высокую эффективность лечения азотно-кремнистыми термальными водами (АКТВ) в сочетании с грязелечением у больных артропатическим псориазом подтверждает снижение индекса PASI в этой группе больных более 75 %.

Показатели общего анализа крови, выполненные непосредственно на источнике, позволяют оценить эффективность бальнеопроцедур. Интервал между забором крови до и после лечения процедур невелик (7–10 дней). Но, несмотря на это, наблюдается определенная динамика (рис. 4).

В процессе бальнеопроцедур имелась незначительная тенденция к повышению гемоглобина с $133,0 \pm 1,33$ г/л до $133,22 \pm 1,20$ г/л ($p > 0,05$); СОЭ с $12,0 \pm 0,99$ мм/час до $14,89 \pm 1,30$ мм/час ($p > 0,05$); лейкоцитоза с $5,06 \pm 0,33$ до $5,26 \pm 0,43$ г.

Лейкоцитарная реакция является своеобразным индикатором полезности грязелечения: в начале курса грязелечения количество лейкоцитов снижается, а в конце – повышается. При отсутствии выраженной лейкоцитарной реакции организма можно проводить интенсивное грязелечение, и, наоборот, при сильной лейкоцитарной реакции надо ограничивать и количество процедур, и продолжительность, и температуру каждой грязевой процедуры.

Грязелечение в значительной мере снижает активность воспалительного процесса и часто способствует его ликвидации. Под его влиянием меняется реактивность организма, о чем свидетельствует динамика многих показателей, характеризующих состояние различных функциональных систем, в том числе и лейкоцитарная реакция организма.

Под влиянием грязелечения первая стадия повышенной чувствительности сменяется второй, в процессе которой наступает десенсибилизация организма. Важную роль в этом процессе играет накопление био-

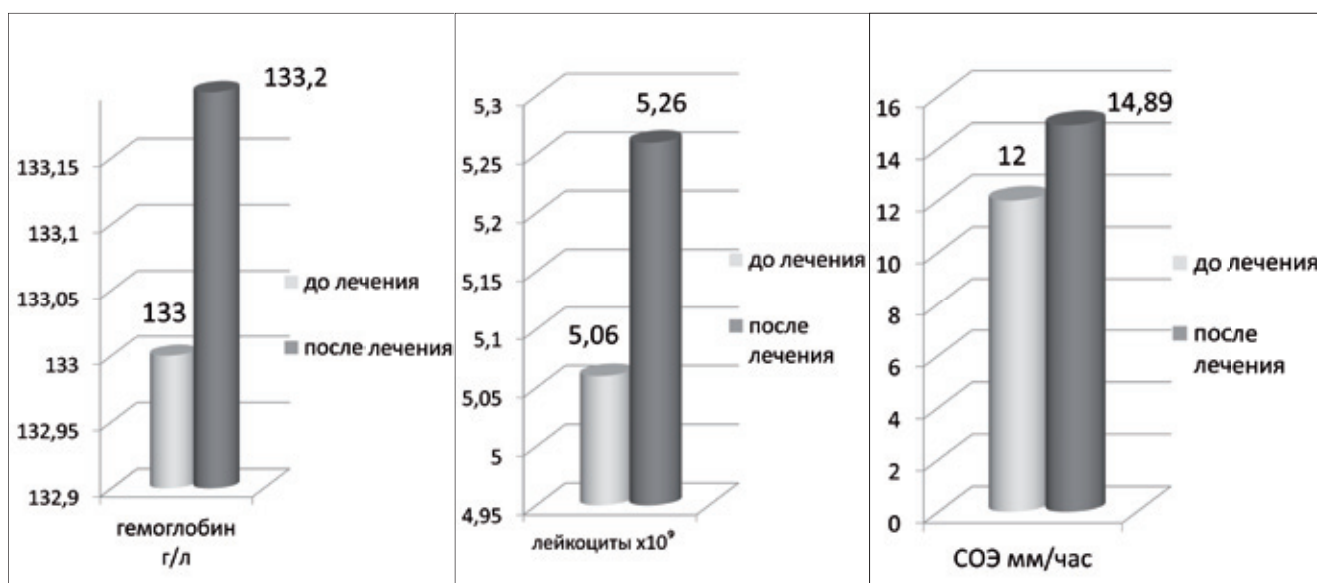


Рис. 4. Показатели гемограммы у дерматологических больных в процессе бальнеотерапии в СБВЛ «Анненские воды»



Рис. 5а. Эффективность грязелечения в СБВЛ «Анненские воды» вульгарного псориаза

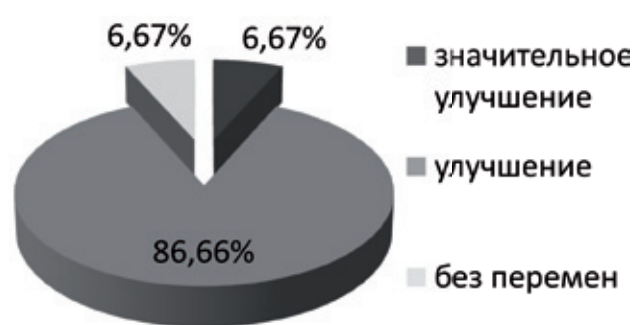


Рис. 5б. Эффективность грязелечения в СБВЛ «Анненские воды» артропатического псориаза

логически активных веществ. Под влиянием грязелечения в коже увеличивается содержание гистамина и гистаминоподобных веществ, повышается проницаемость тканевых структур, которые открывают путь для проникновения ряда химических веществ в организм. Эти вещества принимают участие в процессе десенсибилизации. При соприкосновении лечебной грязи с кожными покровами возникает электрический ток, который содействует расщеплению химических веществ грязи на ионы и их проникновению через кожу. Через кожу проникают также гормоноподобные вещества, содержащиеся в грязевых аппликациях. Под влиянием местного применения грязевых процедур улучшаются регенеративные процессы в костной ткани, обнаруживается реконструктивная фаза костного регенерата вплоть до полного преобразования костных структур. Грязевые процедуры улучшают питание тканей, способствуют размягчению рубцов, рассасыванию спаек, стимулируют регенеративные процессы, ускоряют обызвествление костной мозоли, уменьшают тугоподвижность конечностей, увеличивают объем движений в суставах. Под влиянием курса грязелечения повышается уровень 11 оксикортикостероидов (11-ОКС) в плазме крови, что приводит к уплотнению клеточных мембран, уменьшению экссудативного компонента воспаления, а также к усилению супрессивного кортикостероидного эффекта [4].

Лечебная грязь меняет эти функции с помощью комплекса химических, механических, биотических, электрических свойств, причем каждое воздействие лечебной грязи взаимосвязано и включает одновременно или последовательно различные функциональные системы.

Установлено, что грязевые аппликации оказывают комплексное влияние на основные функции организма (дыхание, кровообращение, обмен веществ). Во время приема процедур учащаются пульс и дыхание, повышается артериальное давление, которое затем снижается, усиливается потоотделение, повышается мочевыделительная функция. Под влиянием грязевых

процедур улучшается венозное кровообращение, меняется сократительная способность миокарда и периферическое сопротивление. Лечебные грязи повышают кровенаполнение артериол, прекапилляров и капилляров. Существенное значение имеют функциональная активность симпатической и парасимпатической нервной системы. Они свидетельствуют о сложном механизме регуляции и восстановления этой функции под влиянием грязелечения. Комплекс указанных изменений способствует регуляции нейрогуморальных процессов, улучшению микроциркуляции, обмена веществ, иммунологической реактивности. Эффективность терапии представлена на рисунках 5а, 5б.

Таким образом, комплексное лечение больных вульгарным псориазом и артропатическим псориазом в СБВЛ «Анненские воды» ваннами с минеральной водой, приемом минеральной воды внутрь, аппликационным лечением грязями значительно повышает эффективность терапии до 95,56 % – у больных вульгарным псориазом, а у больных артропатическим псориазом до 93,33 %.

Выводы

1. В результате комплексной терапии больных артропатическим псориазом и вульгарным псориазом в сочетании с остеохондрозом (МВАМ и грязелечением в СБВЛ «Анненские воды») эритема, инфильтрация и шелушение в области псориазных папул, бляшек уменьшаются в 2–3 раза.

2. Высокую эффективность терапии МВАМ в сочетании с грязелечением у больных артропатическим псориазом подтверждает снижение индекса PASI в этой группе больных более 75 %.

3. В процессе бальнеопроцедур имелась незначительная тенденция к повышению гемоглобина с $133,0 \pm 1,33$ до $133,22 \pm 1,20$ г/л ($p > 0,05$); СОЭ с $12,0 \pm 0,99$ до $14,89 \pm 1,30$ мм/час ($p > 0,05$); лейкоцитоза с $5,06 \pm 0,33$ до $5,26 \pm 0,43$ г/л. Использование МВАМ в сочетании с аппликациями грязи озера Гавань обеспечивает противовоспалительный и анальгезирующий

эффект у больных артропатическим псориазом, вульгарным псориазом в сочетании с остеохондрозом, другими поражениями опорно-двигательного аппарата, что приводит к увеличению объема движений в пораженных суставах пациентов.

4. В результате комплексной терапии больных псориазом азотно-кремнистыми термальными вода-

ми в сочетании с грязелечением в СБВЛ «Анненские Воды» эффективность терапии у больных вульгарным псориазом повышается до 95,56 %, а у больных артропатическим псориазом до 93,33 %.

5. Комплексное лечение позволяет увеличивать межрецидивный период у больных артропатическим псориазом в 1,5–2 раза.

Список литературы

1. Бендерская, А. З. Первый опыт грязелечения в специализированной больнице восстановительного лечения "Анненские воды" / А. З. Бендерская, В. Г. Власов // Проблемы развития медицинской реабилитации на Дальнем Востоке : материалы XIII науч.-практ. конф., г. Хабаровск, 18 дек. 2003 г. – ДВГМУ, 2003. – С. 55–58.
2. Иванов, О. Л. Бальнеотерапия в комплексном лечении псориаза и атопического дерматита / О. Л. Иванов, А. А. Халдин, М. А. Самгин, Д. В. Игнатъев, Т. Б. Косцова, Д. В. Баскакова // Рос. журн. кож. и венер. болезней. – 2007. – № 2. – С. 14–21.
3. Короткий, Н. Г. Современная наружная и физиотерапия дерматозов / Н. Г. Короткий, А. А. Тихомиров, О. А. Сидоренко; под ред. Н. Г. Короткого. – М.: Экзамен, 2007. – 703 с.
4. Пономаренко, Г. Н. Физиотерапия : нац. рук. / под ред. Г. Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 302–333. – (Серия "Национальные руководства").
5. Сидоренко, С. В. Природные лечебные факторы Дальнего Востока в терапии дисметаболической нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией у детей : автореф. дис... д-ра мед. наук. – Хабаровск, 2009. – 44 с.
6. Costantino, M. Psoriasis and mud bath therapy: clinical-experimental study / M. Costantino, E. Lampa // Clin Ter. – 2005. – № 156(4): Jul-Aug. – P. 145-149. Italian. PubMed PMID: 16342515.
7. Effect of sulphurous Bioglea on psoriasis / S. Mazzulla, R. Chimenti, S. Sesti et al. // Clin Ter. – 2004. – № 155(11-12): Nov-Dec. – P. 499-504. Italian. PubMed PMID: 15861965.
8. Experimental study on efficacy of thermal muds of Ischia Island combined with balneotherapy in the treatment of psoriasis vulgaris with plaques / M. Delfino, N. Russo, G. Migliaccio, N. Carraturo // Clin Ter. – 2003. – № 154(3): May-Jun. – P. 167-171. Italian. PubMed PMID: 12910806.
9. Mustur, D. The impact of physical therapy on the quality of life of patients with rheumatoid and psoriatic arthritis / D. Mustur, N. Vujasinović-Stupar // Med Pregl. – 2007. – № 60(5-6): May-Jun. – P. 241-246. Serbian. PubMed PMID: 17988056.
10. Protective effects of a cream containing Dead Sea minerals against UVB-induced stress in human skin / M. Portugal-Cohen, Y. Soroka, Z. Ma'oret et al. // Exp Dermatol. – 2009. – № 18(9): Sep. – P. 781-788. doi: 10.1111/j.1600-0625.2009.00865.x. Epub 2009 Mar 23. PubMed PMID: 19469888.
11. Riyaz, N. Spa therapy in dermatology / N. Riyaz, F. R. Arakkal // Indian J Dermatol Venereol Leprol. – 2011. – № 77(2): Mar-Apr. – P. 128-134. doi: 10.4103/0378-6323.77450. Review. PubMed PMID: 21393940.
12. Scientific evidence of the therapeutic effects of dead sea treatments: a systematic review / U. Katz, Y. Shoenfeld, V. Zakin et al. // Semin Arthritis Rheum. – 2012. – № 42(2): Oct. – P. 186-200. doi: 10.1016/j.semarthrit.2012.02.006. Epub 2012 Apr 12. PubMed PMID: 22503590.
13. Treatment of psoriatic arthritis at the Dead Sea / S. Sukenik, H. Giryas, S. Halevy et al. // J Rheumatol. – 1994. – № 21(7): Jul. – P. 1305-1309. PubMed PMID: 7966074.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.346.2-002.1-089

Современные методы диагностики и оперативного лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка (обзор литературы)

А.Н. Панёнков, Н.И. Бояринцев, Е.Н. Черненко

КБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Хабаровск

A.N. Panyonkov, N.I. Boyarintsev, E.N. Chernenko

Acute retrocaecal retroperitoneal appendicitis: nowadays management and surgery

Резюме

Представлены современные подходы к диагностике и оперативному лечению острого аппендицита при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении воспаленного червеобразного отростка. Показана возможность улучшения ближайших результатов лечения больных острым аппендицитом за счет своевременно выявляемых и лечения случаев с атипичным расположением червеобразного отростка. Ранняя диагностика достигается широким применением современных инструментальных методов визуализации.

Ключевые слова: острый аппендицит, ретроперитонеальный аппендицит, лапароскопия, лапароскопическая аппендэктомия.

Summary

Nowadays trends in management of acute retrocaecal retroperitoneal appendicitis are presented in article. Acute appendicitis treatment's outcomes can be improved by early diagnostic and surgery in cases with atypical localization of appendix. Early diagnostic provides by visualization methods applying.

Key words: acute appendicitis, retroperitoneal appendicitis, laparoscopy, laparoscopy appendectomy.

Острый аппендицит является самым распространенным заболеванием органов брюшной полости, требующим экстренного оперативного пособия. Его частота в России составляет 22,8 на 10 000 населения [35, 25, 26]. Несмотря на постоянное расширение и совершенствование диагностических алгоритмов и новых методов диагностики острого аппендицита, количество «напрасных» аппендэктомий остается на высоком уровне (17–43 %) [3, 17, 39].

Диагностика данного заболевания при условии типичного расположения воспаленного червеобразного отростка не представляет сложности. Большинство диагностических ошибок, и, как следствие, тяжелых осложнений наблюдается при атипичном расположении аппендикса.

По данным литературы, ретроцекальное расположение аппендикса встречается в 8,2 % наблюдений, тазовое – в 0,8 % [19], подпеченочное – от 0,49 % до 1,9 % [13, 14].

Ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка наблюдается у 2,5–11,3 % больных с острым аппендицитом [15, 20, 53], а летальность при этой локализации возрастает до 1,2 % [15]. Увеличение частоты осложнений и летальных исходов при этой локализации воспаленного червеобразного отростка связаны с поздней диагностикой острого аппендицита, что нередко приводит к выполнению операции на стадии тяжелых осложнений (разлитой перитонит, периаппендикулярный абсцесс, флегмона забрюшинного пространства и т.д.), а также с техническими трудностями выполнения аппендэктомии [27].

Разработка и внедрение в клиническую практику методов, позволяющих с высокой степенью вероятности верифицировать диагноз острого аппендицита при атипичной локализации червеобразного отростка, является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии. В связи с этим, при диагностике этих форм острого аппендицита, наряду с тщательным анализом клинической симптоматики, особую ценность приобретают объективные методы исследования, такие как лабораторные и инструментальные.

Клинические особенности и лабораторная диагностика острого аппендицита с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка.

Общепринятые методы обследования больных с подозрением на острый аппендицит не всегда позволяют точно установить правильный диагноз и степень патоморфологических изменений в червеобразном отростке при его атипичном расположении [1]. В связи с этим нередко хирургу при распознавании заболевания и определении показаний к операции приходится основываться только на жалобах, анамнезе и объективной симптоматике, а также на своем опыте и интуиции.

В настоящее время нет специфичных методов диагностики острого аппендицита [13, 11]. Если при обычном клиническом течении диагностика острого аппендицита не вызывает затруднений, то при его атипичных формах часто наблюдаются трудности и ошибки в верификации воспалительных изменений [21, 24].

Ретроцекальное ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка чаще ведет к деструктивным изменениям. Это обусловлено такими анатомическими особенностями, как отсутствие мощных брюшинных образований, близость забрюшинной клетчатки, затруднение опорожнения червеобразного отростка вследствие изгибов и деформаций, худшие условия кровоснабжения из-за укороченной и нередко деформированной брыжеечки [10]. В связи с перечисленными особенностями клиническая картина становится стертой, что в значительной степени затрудняет диагностику.

В случаях полного ретроперитонеального расположения червеобразного отростка диагностика еще более затруднена ввиду отсутствия контакта воспаленной стенки отростка с брюшиной. Такая локализация исключает из клинической картины основные клинические диагностические проявления: раздражение брюшины и мышечный дефанс.

При забрюшинном расположении отростка воспаление протекает своеобразно. Заболевание при этом часто начинается с разлитой боли в животе. Нередко в самом начале бывает рвота. Часто боль иррадирует в поясничную область, правое бедро, наружные половые органы. При пальпации в правой подвздошной области отмечается умеренная болезненность, нарастающая по мере смещения руки обследующего к поясничной области. Напряжение мышц в правой подвздошной области и симптом Щеткина-Блюмберга отсутствует даже при деструкции ретроперитонеально расположенного воспаленного отростка. Симптом Пастернацкого, напротив, часто оказывается положительным. Запущенный ретроперитонеальный аппендицит может привести к развитию забрюшинной флегмоны или абсцесса.

В литературе имеются сообщения, где указывается на закономерность между изменениями отдельных лабораторных показателей и степенью деструктивных изменений в червеобразном отростке [2, 28, 30]. Напротив, ряд авторов не наблюдают четкого параллелизма между клиническими проявлениями и глубокой морфологическими изменениями и утверждают, что лабораторные показатели не могут служить основанием для установления показаний к хирургическому лечению больных [29].

При ретроперитонеальном аппендиците чаще всего во время операции обнаруживаются тяжелые деструктивные изменения не только в самом червеобразном отростке, но и в окружающих его тканях [16, 17]. В подавляющем большинстве случаев у пациентов с ретроперитонеальным острым аппендицитом деструктивные изменения червеобразного отростка сопровождаются тяжелой интоксикацией и местными симптомами, указывающих на наличие флегмоны забрюшинного пространства [8].

При лабораторной диагностике острого аппендицита наиболее часто используется общий анализ крови. В повседневной практике определяют общее количество лейкоцитов и изменения лейкоцитарной формулы. При исследовании крови у большинства больных уже на ранних стадиях развития острого аппендицита отмечается повышение количества лейкоцитов в периферической крови, тогда как при стихании воспалительных явлений количество их уменьшается [6, 30].

Неспецифичным маркером воспаления также является более или менее выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы в сторону увеличения незрелых форм, что почти всегда является признаком, указывающим на нарастание интоксикации [7].

Имеется точка зрения, что по динамике лейкоцитарной формулы можно прогнозировать клинко-анатомическую форму аппендицита [28]. Однако лейкоцитоз может отмечаться не только при остром аппендиците, но и при других патологических состояниях органов брюшной полости, что делает этот показатель неспецифичным для данного заболевания [31].

Кроме того, острое воспаление червеобразного отростка может протекать и при нормальном или даже пониженном количестве лейкоцитов, в частности, у пожилых пациентов, у лиц со снижением реактивности вследствие тяжелых сопутствующих заболеваний [30].

Изучение литературы показывает, что работ, посвященных поискам лабораторных исследований, указывающих на наличие деструктивного процесса в червеобразном отростке и помогающих верифицировать возникающие вместе с ним нарушения гомеостаза в организме, бесчисленное множество, при этом данные исследователей подчас противоречивы. Большинство лабораторных тестов, предложенных в качестве маркера воспалительных изменений в червеобразном отростке, не получили широкого практического применения в связи с длительностью и трудностью исследования, необходимостью специальных реактивов, малоинформативностью тестов, низкой специфичностью или ее отсутствием [18].

Инструментальные методы диагностики острого ретроперитонеального аппендицита.

Затруднения диагностики острого аппендицита, особенно его атипичных форм, обуславливает поиск более информативных методов обследования.

Имеются сообщения об использовании термографии и электротермографии. Улучшению диагностики острого аппендицита помогает применение электромиографии, используемой для объективной оценки напряжения мышц брюшной стенки. Вышеописанные методики используются, как правило, в научных целях и на практике широкого распространения не получили.

Бесконтрастный способ рентгенологической диагностики острого аппендицита не получил широкого распространения из-за низкой достоверности.

Информативная ценность ирригоскопии при остром аппендиците не получила однозначной оценки. За первыми оптимистическими сообщениями появились описания наблюдений «рентгенонегативного» острого аппендицита [42].

В диагностике острого аппендицита определенное место заняло обзорное рентгенологическое обследование брюшной полости. В литературе есть публикации, где приводятся следующие рентгенологические симптомы острого аппендицита: наличие уровня жидкости в слепой кишке при положении больного на латероскопе на левом боку; затемнение в илеоцекальной области за счет наполнения жидкостью терминальных отделов подвздошной кишки; вдавление внутренней стенки наполненной газом слепой кишки, вызываемое припаявшимся сальником или наибольшим абсцессом; смазанность контура правой поясничной мышцы и тень конкрементов в области отростка [18].

В диагностике острого аппендицита в последние годы получили распространение методы интраскопической визуализации, в частности ультразвуковое исследование и компьютерная томография.

Внедрение ультразвуковой техники в медицину вообще, и в хирургию в частности, позволило поднять уровень диагностики различных заболеваний на более высокий качественный уровень. Особую ценность ультрасонография имеет в распознавании острых заболеваний органов брюшной полости, когда фактор времени является определяющим в исходе лечения urgentных больных.

Авторы отмечают, что при воспалении в стенке червеобразного отростка, последний визуализируется, появляются возможности оценить состояние его стенок и просвета, уточнить его локализацию. В отдельных наблюдениях в просвете отростка определялся газ, каловые камни [33, 51].

Ультразвуковое исследование позволяет определить наличие осложненной формы острого аппендицита в виде инфильтрата или абсцесса в правой подвздошной области [9].

Чувствительность УЗИ при остром аппендиците, по данным литературы, варьирует в пределах от 60 до 96%, специфичность – от 86 до 100%, точность диагностики – от 87 до 95 %; при этом подчеркивается, что чем опытнее врач ультразвуковой диагностики, тем выше диагностическая точность [34, 35, 37, 40, 44, 51, 55].

Применение ультразвуковой диагностики ограничено в случаях перфоративного аппендицита. При перфорации червеобразный отросток может быть обнаружен только в 38–55 % случаев. Улучшению ультразвуковой диагностики острого аппендицита способствует прием дозированной компрессии правой подвздошной области [9, 54]. Вместе с тем, неполная ультрасонографическая визуализация отростка не всегда позволяет правильно оценить его состояние, поскольку патологический процесс может локализоваться в части органа.

Наибольшие трудности наблюдаются при ультразвуковом исследовании у больных с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка.

Наличие газа в кишке препятствует эхолокации структур, расположенных глубже. В связи с этим авторы рекомендуют использовать угловое положение датчика [9, 23, 57].

В ряде исследований было установлено, что компьютерная томография превосходит ультразвуковое исследование в диагностике острого аппендицита. Компьютерная томография в диагностике острого аппендицита имеет чувствительность 90–100 %, специфичность – 91–99 %, точность – 94–98 % [34, 35, 56]. Особо подчеркивается более высокая разрешающая способность компьютерной томографии, по сравнению с УЗИ, при обследовании больных с ретроцекальным и ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка [52].

Принципиальными преимуществами компьютерной томографии являются высокая диагностическая точность, меньшая зависимость от оператора по сравнению с ультрасонографией, а также более легкая интерпретация полученных результатов. Компьютерная томография особенно ценна у тучных пациентов,

для которых ультразвуковые исследования проводить обычно сложно, а также у пациентов с выраженными болями, из-за чего технически сложно выполнить ультрасонографию червеобразного отростка.

Недостатками компьютерной томографии являются: высокая стоимость и присутствие ионизирующей радиации, а применение контрастных материалов (внутривенных или ректальных) делает этот метод относительно инвазивным и требует больше времени на исследование.

Магниторезонансная томография (МРТ) также используется для диагностики острого аппендицита. Точность диагностики такая же, как при КТ. Однако данный метод имеет более высокую стоимость и в настоящее время МРТ не применяется в качестве первичного метода инструментального распознавания в диагностике острого аппендицита.

Видеолапароскопия в диагностике острого аппендицита с атипичным расположением червеобразного отростка.

Наиболее доступным и эффективным инструментальным методом исследования при подозрении на острый аппендицит в настоящее время стала лапароскопия, позволяющая осмотреть отросток в 80–95 % случаев.

Трудности видеоэндоскопического осмотра червеобразного отростка возникают при различных вариантах его расположения, в случае спаечного процесса в правой подвздошной области, а также при наличии инфильтрата. Для лучшей визуализации червеобразного отростка рекомендуют использовать ряд приемов. Так, если предполагается ретроцекальное расположение червеобразного отростка операционный стол переводят в положение Тренделенбурга с опусканием левого бока больного. При этом купол слепой кишки смещается медиально и вверх, и червеобразный отросток становится доступным осмотру. При забрюшинном расположении червеобразного отростка мягким зажимом смещают купол слепой кишки медиально, при этом натягивается переходная складка брюшины, которая покрывает отросток и последний контурируется в виде продольного тяжа [8].

Нередкими являются ситуации, когда полноценный осмотр червеобразного отростка невозможен. Выпот в правой подвздошной ямке, гиперемия и отечность купола слепой кишки, субсерозные кровоизлияния в этой области, воспалительные изменения париетальной брюшины, вовлечение в процесс пряди сальника, а также парез прилежащих петель кишечника являются косвенными признаками острого аппендицита в случаях прикрытия воспаленного червеобразного отростка петлями кишечника, большим сальником, при ретроцекальном или ретроперитонеальном расположении [41, 46, 47].

Согласно литературным данным, лапароскопия может уменьшить частоту неоправданных аппендэктомий на 20–30 %, а точность диагноза острого аппендицита повысить до 95–99 % [8, 36]. Диагностические

ошибки при лапароскопической диагностике острого аппендицита встречаются редко и не превышают 2 % [8]. Существующие диагностические ошибки связаны с осмотром червеобразного отростка не на всем его протяжении.

На сегодняшний день нет единых стандартов диагностики и лечения острого аппендицита с применением лапароскопии [5, 12, 25, 26,]. В литературе приводятся противоречивые данные о показаниях и противопоказаниях к диагностической и лечебной лапароскопии при подозрении на острый аппендицит [3, 38, 39]. Предложены различные варианты обработки брыжейки червеобразного отростка: коагуляция, наложение клипс или использование сшивающих аппаратов. Применяются различные способы обработки культи червеобразного отростка: клипирование, наложение эндолигатуры, использование сшивающих аппаратов и эндостеплеров. Некоторые исследователи считают, что преимущества лапароскопического метода аппендэктомии перед «традиционной» операцией не так ярко выражены, как например, при остром холецистите [50, 12, 49].

Использование лапароскопии позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений в 2–4 раза по сравнению с «традиционной» аппендэктомией из доступа по Волковичу-Дьяконову (с 16,2 до 8,1–4,1 %) [3, 4, 5, 12, 17].

В литературе имеется ряд сообщений, касающихся сравнительной стоимости лапароскопической и открытой аппендэктомии. Все авторы указывают, что эндовидеохирургический метод удаления червеобразного отростка более затратный, и стоимость лапароскопической аппендэктомии в 1,5–2 раза превышает открытый метод оперирования. Меньшая длительность госпитализации больного и раннее возвращение к труду нивелирует этот недостаток лапароскопической аппендэктомии и делают эндовидеохирургическое лечение более предпочтительным [43].

При оценке той или иной технологии лечения большое значение имеют рандомизированные контролируемые исследования, которые имеют наибольшую достоверность с позиций доказательной медицины. В ряде подобных исследований при сравнении результатов эндовидеохирургического и традиционного лечения острого аппендицита убедительно показано, что лапароскопическая аппендэктомия является безопасным вмешательством и имеет ряд преимуществ, способствующих быстрее реабилитации больных, однако она более продолжительна по времени [32, 46, 50]. Некоторые авторы считают лапароскопическую аппендэктомию операцией выбора или вполне приемлемой альтернативой в лечении острого аппендицита [48].

Изучение литературы показывает, что лапароскопический метод в диагностике острых заболеваний органов брюшной полости, в том числе и острого аппендицита, обладает высокой информативностью и в большинстве диагностически трудных случаев является завершающим в установлении диагноза. Особое значение он имеет в диагностике атипичных форм острого аппендицита. Кроме того, по мне-

нию большинства авторов, особая значимость метода заключается в возможности сочетания диагностических лечебных манипуляций, в том числе при выявлении других заболеваний [5, 12, 17, 25, 26].

Таким образом, литературные данные, посвященные вопросам диагностики острого аппендицита с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка, свидетельствуют о том, что эта проблема до

настоящего времени сохраняет свою актуальность. Такая локализация острого аппендицита является одной из причин запоздалого оперативного вмешательства. Улучшение результатов диагностики и лечения острого аппендицита, вероятно, можно ожидать при разработке комплексного подхода и использовании всего арсенала диагностических методов и разумного сочетания хирургических и эндохирurgicalических методов лечения.

Список литературы

1. Валиев, Н. Р. Усовершенствование методов диагностики и лечения больных с острым аппендицитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Ф. Валиев. – Уфа, 2004. – 21 с.
2. Варзин, С. А. Хирургическая тактика при острой патологии органов брюшной полости: крат. практ. рук. / С. А. Варзин, А. К. Ушкац. – СПб.: КОУС, 2002. – С. 128.
3. Варианты эндоскопической хирургии острого аппендицита в БСМП / Ю. М. Цуканов, Е. В. Матвеев, А. В. Трубачева, А. Н. Будинский // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – № 2. – С. 148.
4. Васильев, А. Ф. Малоинвазивные технологии в лечении острого аппендицита / А. Ф. Васильев, Е. В. Братчиков, А. П. Березникий // Материалы третьего международного конгресса «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России», М.осква, 21-24 февр. 2008 г. – М., 2008. – С. 111-112.
5. Возможности эндохирurgicalии в лечении деструктивных форм острого аппендицита / Э. В. Луцевич, Э. А. Галлямов, З. Н. Праздников и др. // Здравоохранение Башкортостана. – Уфа, 2004. – № 3. – С. 65-66.
6. Гостищев, В. К. Перитонит / В. К. Гостищев, А. Л. Авдошенко. – М.: Медицина, 1992.
7. Девятов, В. А. Причины гнойных осложнений после аппендэктомии / В. А. Девятов, С. В. Петров // Хирургия. – 1991. – № 13. – С. 103-106.
8. Диагностика трудных случаев острого аппендицита / А. А. Гринберг, С. В. Михайлулов, Р. Ю. Тронин, Г. Э. Дроздов. – М.: Триада-Х, 1998.
9. Дроздов, Г. Э. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита и его осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 18 с.
10. Дунаева, Т. В. Использование ультразвукового исследования и видеолaparоскопии в диагностике и лечении больных острым аппендицитом с атипичным расположением червеобразного отростка: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Дунаева. – Великий Новгород, 2011. – 29 с.
11. Заболевания червеобразного отростка и слепой кишки / А. А. Курыгин, С. Ф. Багненко, Ал. А. Курыгин, Г. И. Сиенченко. – СПб.: А. Н. Индиенко, 2005. – 259 с.
12. Значение лапароскопии в диагностике острого аппендицита / Ю. Г. Шапкин, Ю. В. Чалык, В. В. Звягинцев, А. А. Гоголев // Эндоскоп. хирургия. – 2004. – № 4. – С. 45-48.
13. Калугина, Г. В. Острый аппендицит при ретроцекальном, тазовом и подпеченочном расположении червеобразного отростка: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1975. – 24 с.
14. Канаматов, И. Х. Клиника и диагностика острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка // Хирургия. – 1980. – № 9. – С. 61-65.
15. Корита, В. Р. Острый аппендицит при атипичном расположении червеобразного отростка. – Хабаровск: Изд. ДВГМУ, 2005. – 220 с.
16. Кригер, А. Г. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита / А. Г. Кригер, Б. К. Шуркалин, А. А. Шогенов // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 14-19.
17. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита / А. А. Ярцев, А. С. Ермолов, Г. В. Пахомова и др. // Хирургия. – 2010. – № 4. – С. 21-25.
18. Магомедова, С. М. Ультразвуковая диагностика и лечебная тактика при остром, аппендиците с атипично расположенным червеобразным отростком: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 115 с.
19. Мазурик, М. Ф. Причины летальных исходов при остром аппендиците / М. Ф. Мазурик, П. И. Насонов, А. М. Бескорвайный // Клиническая хирургия. – 1990. – № 14. – С. 18-19.
20. Оловянный, В. Е. Является ли лапароскопическая аппендэктомия легко выполнимым и безопасным вмешательством? / В. Е. Оловянный, В. А. Кислов, В. В. Попов // Эндоскопическая хирургия: науч. тр. XII Всерос. съезда эндоскоп. хирургов, (Москва 18-20 февр. 2009 г.). – М., 2009. – Т. 15, № 1. – С. 157.
21. Осложнения лапароскопической аппендэктомии / А. Е. Борисов, С. Е. Митин, С. И. Пешехонов [и др.] // Материалы 3 Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 1999. – С. 44-45.
22. Острый аппендицит / А. Г. Кригер, А. В. Федоров, П. К. Воскресенский, А. Ф. Дронов. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 244 с.
23. Поярков, С. В. Случай ультразвуковой диагностики острого аппендицита. Достижения медицинской науки // Материалы симпозиума. – М., 1997. – С. 44-45.
24. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность) / А. Е. Борисов, В. П. Земляной, К. Н. Мовчан и др. – СПб.: ООО «Полиграф. искусство», 2003. – 174 с.
25. Пряхин, А. Н. Лапароскопическая аппендэктомия / А. Н. Пряхин, Р. З. Газизуллин; под ред. С. А. Совцова. – Челябинск, 2005. – 64 с.
26. Пряхин, А. Н. Лапароскопическая аппендэктомия: учеб. пособие для врачей / А. Н. Пряхин, Р. З. Газизуллин. – Челябинск: УГМАДО, 2005. – 57 с.

27. Пути улучшения результатов оперативного лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка / Н. В. Ташкинов, Н. И. Бояринцев, Б. М. Козут, И. Н. Стрельцова, А. Н. Панин // Тихоокеан. мед. журнал. – 2012. – № 4. – С. 61–62.
28. Русаков, В. И. Современные представления о патогенезе аппендицита / В. И. Русаков, А. И. Поляк, С. В. Перескоков // Хирургия. – 1990. – № 3. – С. 118–122.
29. Савельев, В. С. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии: состояние проблемы и перспективы / В. С. Савельев, А. Г. Крузер // Эндоскоп. хирургия. – 1999. – № 5. – С. 3–6.
30. Седов, В. М. Аппендицит / В. М. Седов. – СПб.: Мед. изд-во: Элби, 2002. – 228 с.
31. Хаитов, Р. М. Современные представления о защите организма от инфекции / Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин // Иммунология. – 2002. – № 1. – С. 61–64.
32. A meta-analysis of randomized controlled trials of laparoscopic versus conventional appendectomy / R. S. Chung, D. Y. Rowland, P. Li, J. Diaz // *Am J Surg.* – 1999. – № 177(3): Mar. – P. 250–256.
33. A prospective trial of computed tomography and ultrasonography for diagnosing appendicitis in the atypical patient / M. D. Horton, S. F. Counter, M. G. Florence, M. J. Hart // *Am J Surg.* – 2000. – № 179(5): May. – P. 379–381.
34. Acute appendicitis: meta-analysis of diagnostic performance of CT and graded compression US related to prevalence of disease / A. Van Randen, S. Bipat, A. H. Zwinderman et al. // *Radiology.* – 2008. – № 249(1): Oct. – P. 97–106.
35. Al-Khaval, K. A. Computed tomography and ultrasonography in the diagnosis of equivocal acute appendicitis. A meta-analysis / K. A. Al-Khaval, M. A. Al-Omran // *Saudi Med J.* – 2007. – № 28(2): Feb. – P. 173–180.
36. Andren-Sandberg A. Exploratory laparoscopy at suspicion of acute appendicitis: Review / A. Andren-Sandberg, M. Ryska // *Rozhl Chir.* – 2004. – № 83(3): Mar. – P. 131–137.
37. Appendicitis: should diagnostic imaging be performed if the clinical presentation is highly suggestive of the disease? / T. Rettenbacher, A. Hollenweger, N. Gritzmann et al. // *Gastroenterology.* – 2002. – № 123(4): Oct. – P. 992–998.
38. Factors Associated with Conversion to Laparotomy in Patients Undergoing Laparoscopic Appendectomy / S. J. Liu, B. Siewell, V. Raptopoulos, R. A. Hodin // *Journal of the American College of Surgeons.* – 2002. – Vol 194, № 3. – P. 298–305.
39. Faiz, O. Traditional and laparoscopic appendectomy in adults: outcomes in English NHS hospitals between 1996 and 2006 / O. Faiz, J. Clark, T. Brown // *Ann Surg.* – 2008. – № 248: 5. – P. 800–806.
40. Garcia-Aquayo, F. J. Sonography in acute appendicitis: diagnostic utility and influence upon management and outcome / F. J. Garcia-Aquayo, P. Gil // *Eur Radiol.* – 2000. – № 10(12). – P. 1886–1893.
41. Gotz, F. Modified laparoscopic appendectomy in surgery / F. Gotz, A. Pier, C. Bacher // *Surgery Endoscopy.* – 1990. – № 1. – P. 6–9.
42. Hatch, E. I. Pitfalls in the use of barium enema in early appendicitis in children / E. I. Hatch, D. Naffis, N. W. Chandler // *Pediatr. Surg.* – 1981. – Vol. 16. – P. 309–311.
43. Heikkinen, T. J. Cost-effective appendectomy. Open or laparoscopic? A prospective randomized study / T. J. Heikkinen, K. Haukipuro, A. Hulkko // *Surg Endosc.* – 1998. – № 12(10): Oct. – P. 1204–1208.
44. Himero, S. Ultrasonography for the diagnosis of acute appendicitis / S. Himero, Yasuda, Y. Oida et al. // *Tokai J Exp Clin Med.* – 2003. – № 28(1): Apr. – P. 39–44
45. Improving diagnosis of acute appendicitis: results of a diagnostic pathway with standard use of ultrasonography followed by selective use of CT / P. Poortman, H. J. Oostvogel, E. Bosma et al. // *J Am Coll Surg.* – 2009. – № 208(3): Mar. – P. 434–441.
46. Johnson, A. B. Laparoscopic appendectomy is an acceptable alternative for the treatment of perforated appendicitis / A. B. Johnson, M. E. Peetz // *Surg Endoscopy.* – 1998. – № 12. – P. 940–943.
47. Laparoscopic appendectomy does not change the incidence of postoperative infection complications / A. Kingler, K. P. Henle, S. Beller et al. // *Mm J Surgery.* – 1998. – № 3. – P. 232–235.
48. Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis. An evaluation of postoperative factors / C. G. Ball, J. B. Kortbeek, A. W. Kirkpatrick, P. Mitchell // *Surg Endosc.* – 2004. – № 18. – P. 969–973.
49. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis / K. K. Yau, W. T. Siu, C. N. Tanq et al. // *J Am Coll Surg.* – 2007. – № 1: 205. – P. 60–65.
50. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated disease – a prospective randomized trial / I. Kehagias, S. Karamanakos, S. Panagiotopoulos et al. // 16th International Congress of the Europea Association for Endoscopic Surgery, 11–14 June 2008. – Stockholm, 2008. – P. 21.
51. Lee, J. H. Sonography of acute appendicitis // *Semin Ultrasound CT MR.* – 2003. – № 24(2): Apr. – P. 83–90.
52. Ong, E. M. Ascending retrocecal appendicitis presenting with right upper abdominal pain: Utility of computed tomography / E. M. Ong, S. K. Venkatesh // *Comput Assist Tomogr.* – 2006. – № 30(5): Sep–Oct. – P. 772–776.
53. Retroperitoneal abscess with concomitant hepatic portal venous gas and rectal perforation: a rare triad of complications of acute appendicitis. A case report / M. Diana, A. Paroz, N. Demartines, M. Schöfer. // *World Journal of Emergency Surgery.* – 2010. – Vol. 5, №3. – P. 84–86.
54. Role of ultrasound in acute appendicitis / M. A. Mardan, T. S. Mufti, I. U. Khattak, N. Chikunda et al. // *J Avub Coll Abbottabad.* – 2007. – № 19(3): Jul–Sep. – P. 72–79.
55. Small bowel obstruction: sonographic evaluation / Y. T. Ko, I. H. Lim, D. H. Lee et al. // *Radiology.* – 1993. – Vol. 188. – P. 649–653.
56. Systematic review: computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents / T. Terasawa, C. C. Blackmore, S. Bent, R. J. Kohlwes // *Ann Intern Med.* – 2004. – № 141(7). – P. 537–546.
57. Taijan, Z. Sonography of acute appendicitis: accuracy of criteria: Abstracts from the 9th Congress of World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology / Z. Taijan, B. Jaray // *J. Ultrasound in Medicine and Biology.* – 2000. – № 2. – P. 157.

Результаты изучения генетического разнообразия JC-вируса человека в этнических группах населения Северо-Восточной Азии в контексте реконструкции хронологических и этнических процессов заселения человеком Евразии

В.А. Деменев¹, Y. Yogo², Y. Sekino², С.З. Савин³

¹ КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, г. Хабаровск,

² Institute of Medical Science, University of Tokyo, Japan

³ ФГБУН «Вычислительный центр Дальневосточного отделения Российской академии наук», г. Хабаровск

V.A. Demenev, Y. Yogo, Y. Sekino, S.Z. Savin

The results of human JC-virus genetic polymorphism investigation in the South-Eastern Asia ethnic groups in the context of chronological and ethnic processes of the human settlement of Eurasia

Резюме

Полимавирус типа JC (JCV) – этиологический агент прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии, широко представленный в человеческой популяции, вызывает асимптоматический инфекционный процесс у детей с последующей персистенцией в почках. Основной путь передачи вируса от родителей детям обусловлен длительным совместным проживанием. Изоляты вируса, выделенные во всем мире, разделены на 14 географически определяемых генотипов. Исходный тип JCV разделился на 3 суперкластера, обозначенных как типы А, В, С. Тип А разделяется на 2 подтипа: EU-а и -b, представленный, в основном, Европейским и Средиземноморским изолятами. Тип В генерировал Af2 (основной Африканский подтип), B1-с (небольшой Европейский подтип) и различные Азиатские подтипы. Тип С продуцировал единственный подтип Af1, представленный изолятами, полученными из западной Африки. В данном исследовании изоляты JCV преобладали у жителей северо-восточной Сибири, эволюционировавшие в вышеуказанном паттерне. Сибирский / арктический JCV изоляты принадлежат, в основном, к типу А, что определено на основе предварительного хилогенетического анализа. Мы затем изучили, используя полно-геномный метод, хилогенетические связи между изолятами тип А по всему миру. В высокоточных и максимально связанных анализах показана всемирная дивергенция JCV типа А в три основных подтипа – EU-а, -b, -с с высокими петлевыми возможностями. EU-с характерен для изолятов из Северо-Восточной Сибири, выделен преимущественно у нанайцев, проживающих на Нижнем Амуре. Доказано его происхождение после первого расщепления типа А. Большинство сибирских/ арктических изолятов, выделенных у чукчей и коряков, формируют особый кластер внутри EU-а подтипа с высокой петлевой возможностью. На основе предыдущих исследований, мы обсуждаем миграцию древних людей, с сопутствующими изменениями JCV Типа А, в регионе Северо-Восточной Азии.

Ключевые слова: JC-вирус, генетическое разнообразие, этнические группы, Северо-Восточная Азия, заселение Евразии.

Summary

The polyomavirus JC virus (JCV), the etiological agent of progressive multifocal leukoencephalopathy, is ubiquitous in the human population, infecting children asymptotically, then persisting in the kidney. The main mode of transmission of JCV is from parents to children through long-term cohabitation. JC virus isolates around the world are classified into more than 14 geographically distinct genotypes. The ancestral JCV first divided into three superclusters, designated Types A, B, and C. A split in Type A generated two subtypes, EU-a and -b, containing

mainly European and Mediterranean isolates. The split in Type B generated Af 2 (the major African subtype), Bl-c (a minor European subtype), and various Asian subtypes. Type C generated a single subtype (Afl), consisting of isolates derived from western Africa. In this study, JCV isolates prevalent among northeastern Siberians were evaluated in the context of the above-described pattern of JCV evolution.

The Siberian/Arctic JCV isolates were classified as belonging mainly to Type A, based on the result of a preliminary phylogenetic analysis. We then examined, using the whole-genome approach, the phylogenetic relationships among worldwide Type A isolates. In neighbor-joining and maximum-likelihood analyses, Type A JCVs worldwide consistently diverged into three subtypes, EU-a, -b, and -c, with high bootstrap probabilities. EU-c was constructed only by northeastern Siberian isolates, derived mainly from Nanais living in the lower Amur River region, and was shown to have been generated by the first split in Type A. Most Siberian/Arctic isolates derived from Chukchis, Koryaks formed a distinct cluster within the EU-a subtype, with a high bootstrap probability. Based on the present findings, we discuss ancient human migrations, accompanied by Type A JCVs, across Northeast Asia area.

Key words: JC virus, genetic variety, ethnic groups, South-Eastern Asia, settlement of Eurasia.

Актуальность

ДНК-содержащий JC-вирус или вирус John Cunningham (далее – JC-вирус), относящийся к роду Polyomavirus семейства Papovaviridae, известен как этиологический агент прогрессивной многоочаговой лейкоэнцефалопатии. Обширные исследования этого вируса были начаты после, как достаточно редкую демиелинизирующую энцефалопатию стали диагностировать у более чем 10 % ВИЧ/СПИД-инфицированных больных. Установлено, что в условиях иммуносупрессии при лейкемии, инфекции ВИЧ/СПИД, при трансплантации органов, JC-вирус активируется в клинически выраженные формы инфекции. JC-вирус ассоциируют с хроническим менингоэнцефалитом, опухолями центральной нервной системы человека, таких как ксантоастиоцитомы, этот вирус рассматривается в качестве этиологического агента офтальмо-вирусологической ретинопатии при ВИЧ/СПИД инфекции [14, 15, 18, 25, 26, 32, 33, 40, 42, 45]. Установлено, что первичное размножение вируса возможно в миндалинах, клетках эпителия желудочно-кишечного тракта, в которых вирус остается скрытой форме, вирус также может заражать эпителиальные клетки канальцев почках, где он реплицируется и экскретируется с мочой. JC-вирус может проникать через гематоэнцефалический барьер в центральную нервную систему, где он заражает олигодендроциты и астроциты. Проведенные в различных странах серо-эпидемиологические исследования показали, что у 70–80 % взрослых присутствуют антитела к JC-вирусу при отсутствии клинической симптоматики. Установлено, что JC-вирусная инфекция имеет в основном вертикальный, через плаценту, родовые пути, грудное молоко, путь передачи. В многолетних исследованиях показано, что в случайной выборке сывороток крови женщин, взятых в первом триместре первой и второй, в течение последующих пяти лет, беременности, антитела к JC-вирусу выявляются у более 60 % обследованных, число которых увеличивается до 72 % в возрасте старше 25 лет. Дети заражаются в первые годы после рождения, инфекция протекает бессимптомно, вирус сохраняется в форме скрытой инфекции в тканях почки и лимфоцитах. Антитела к JC-вирусу обнаруживаются у 50–98 % здоровых детей в возрасте 7–14 лет

и у 70–90 % здоровых взрослых, ДНК вируса детектируется в лимфоцитах крови до 80 % взрослых здоровых людей, вирус экскретируется через мочу, JC-вирус найден в высоких концентрациях в городских сточных вод по всему миру, что предполагает водный путь заражения [11, 14, 16, 38, 44, 41, 37, 43].

Не рассматривая в дальнейшем медицинские аспекты эпидемиологии и клинических проявлений инфекции у человека, этиологически ассоциированной с JC-вирусом, необходимо отметить, что исследования молекулярно-генетических особенностей репликативного цикла и эпидемиологии этого вируса легли в основу дополнительного метода популяционно-генетического исследования народонаселения. А именно, опираясь на данные о генетическом разнообразии штаммов JC-вируса человека, оказалось возможным реконструировать хронологические и этнические процессы расселения современного человека.

Секвенирование нуклеотидных последовательностей ДНК JC-вируса, кодирующих вирусспецифические антигены VP1 и Т, а позднее, и всего генома, позволил объединить известные штаммы в три группы – А, В и С, включающих 14 подтипов генотипов и установить филогенетические связи между ними. Географическое распределение генотипов JC-вируса коррелировало с распределением основных этнических и лингвистических групп человека. Иначе говоря, в каждой основной расовой группе человека содержались только уникальные для нее генотипы JC-вируса. В соответствии с принятой в настоящее время номенклатурой, штаммы распределяются следующим образом: группа А включает европейские подтипы EU-a и EU-b; группа В содержит главный африканский подтип Af2, малый европейский подтип В1-а и семь азиатских подтипов (В1-а, В1-в, В1-д, В2, MY, CY, SC); группа С содержит единственный малый африканский подтип Af1, выделенный в западной Африке. Жители Нового Света содержат антигенные варианты JC-вируса, отражающие генотипы этого вируса у населения других континентов и, соответственно, опосредовано указывающих на их этническое происхождение. На основании полученных данных высказано предположение, что JC-вирус, заразив людей на самых ранних этапах эво-

люции, эволюционировал вместе с ними. Считается, что разнообразие филогенетических взаимосвязей генотипов вируса, коррелирующее с генеалогией основных этнических групп людей, является не случайным. Принятая парадигма о коэволюции вируса и современных людей, начиная с самого раннего времени их происхождения в Африке, позволяет с высокой степенью достоверности применить результаты изучения филогенетических взаимосвязей генотипов JC-вируса к проблемам изучения популяционной истории расселения и происхождения этнических групп современного человека [13, 20, 27, 28, 35, 36].

Материалы и методы

В лечебно-профилактических учреждениях от соматических больных и волонтеров старше 25 лет было собрано 136 проб мочи. Все доноры были информированы и дали согласие на участие в исследовании. В этническом отношении доноры были представлены нанайцами, чукчами, коряками, проживающими в Хабаровском крае, Магаданской области и Чукотском автономном округе. До исследования собранные пробы хранили при +4 °С.

Вирусную ДНК выделяли известным методом [24]. С использованием полимерной цепной реакции (ПЦР). Участок IG вирусного генома 610 пары нуклеотидов вирусного генома амплифицировали с использованием праймеров P1 и P2, а также полимеразой ДНК Pwo (Roche Diagnostics Corporation, Germany). Участок IG включал 3'концевые участки VP1 и T генов, содержащих, как описано выше, типоспецифические антигены. Все ДНК JC-вируса были клонированы плазмидой pUC19 [34, 40]. Полные клоны ДНК были проанализированы с использованием комплекта QIAGEN Plasmid Maxi (QIAGEN GmbH, Hilden, Germany). Филогенетический анализ проводили с использованием программы GCG Wisconsin и CLUSTAL W, статистических методов наибольшего правдоподобия и метода ближайших соседей [30, 39].

Результаты и обсуждение

Вирусная ДНК JC-вируса была выявлена в 56 % проб мочи нанайцев, 13 % – чукчей, 39 % – коряков, соответственно. От чукчей выделено 5 образцов ДНК JC-вируса, которые были идентифицированы как арктический европейский подтип EU-a группы A. Среди 14 изолятов ДНК от коряков генотипы ДНК в 86 % были идентифицированы как арктический европейский подтип EU-a группы A, 7 % – EU-a, не имеющего арктический и японский подтипы. Среди 20 изолятов ДНК JC-вируса от нанайцев 14 (70 %) отнесены к европейскому подтипу EU-a группы A, среди которых 7 % отнесены к японскому и 14 % к неазиатскому и неарктическому вариантам, а 6 изолятов (30 %) – к азиатским подтипам группы B, в том числе к подтипу B1-в (4 изолята) и CУ (2 изолята). По данным проведенных исследований, в пробах мочи от нанайцев и коряков, 79 % и 14 %, соответственно, обнаружена ДНК JC-вируса, генотип которой позволяет говорить о новом европейском подтипе EU-c группы A.

Опираясь на парадигму о коэволюции JC-вируса и современных людей и принимая во внимание известную частоту замены нуклеотидных последовательностей 4×10^{-7} [13, 40], были проведены расчеты оценки времени расхождения подтипов JC-вируса. По данным наших расчетов, разделение EU-a и EU-b группы A произошло $\approx 33\,000$ лет назад, Расчетное время разделение генотипов EU-c и не-EU-c произошло около $\approx 33\,000$ лет назад. Аналогичные расчеты разделения подтипов европейский подтип EU-a группы A на арктическую и неарктическую/неяпонскую произошел $\approx 9\,000$ лет назад, японскую и неарктическую/неяпонскую $\approx 16\,000$ лет назад, разделение между арктической и японской подтипы $\approx 10\,000$ лет назад.

Применение JC-вирусного биоантропологического маркера для возможного реконструирования путей расселения, формирования региональных и этнических генофондов населения Северо-Восточной Азии требует привлечения, соотнесения и интерпретации известных данных, относящихся к популяционно-генетическим исследованиям, классическим исследованиям антропологии, археологии, лингвистики и этнографии.

Для лучшего понимания представленных результатов исследования необходимо коротко обобщить известные данные палеогеографии на глубину представленной хронологии.

Согласно данным современной геологии, Берингская суша существовала на протяжении всего финала плейстоцена и за это время уровень моря понижался несколько раз и Берингов мост обнажался не менее двух раз, что по создавало благоприятные условия для миграции фауны и человека. В период от 12 до 13 тыс. лет назад Берингия представляла собой широкие пространства осушенного шельфа, около 11 тыс. лет назад площадь суши резко и около 10,5 тыс. лет назад произошло окончательное соединение вод Тихого и Северного Ледовитого океанов [31]. По мнению ряда российских авторов, следы пребывания людей на Северо-Востоке Азии связаны с распространением дюктайской культуры охотников на мамонтовую фауну (40–35 тыс. лет тому назад). Уже человек дюктайской культуры верхнего палеолита заселил почти все доступные для его обитания районы Северо-Востока Азии, включая побережье Северного Ледовитого океана, через Берингский сухопутный мост переселился в Америку [4, 5].

Современные представления о процессе миграции человеческой популяции по Земле, помимо археологических данных, дополнительно получены в результате анализа ДНК-маркеров с однородительским типом наследования – Y-хромосомы и митохондриальной ДНК (мтДНК), что дает возможность проследить популяционные процессы. Известно, что мтДНК наследуется только по материнской линии: каждый человек получает свой гаплотип мтДНК от матери, то есть в передаче мтДНК принимают участие только женщины. Классификация филогенетического дерева Y-хромосомы современного человека включает примерно 250 маркеров, по кото-

рым выделяют примерно 160 конечных кластеров, характеризующихся определенным аллельным состоянием группы по происхождению [1, 7, 9, 12]. По результатам исследований международной группы исследователей показано, что генетической родиной первых американцев следует считать Алтай. Был исследован генетический тип по 678 маркерам в ДНК у представителей 29 коренных народов Северной, Центральной и Южной Америки, проанализировали данные двух групп из Сибири. Анализ данных позволил определить, что генетический отличительный признак и схожесть с народами Сибири уменьшается по мере удаления мест проживания местного населения от Берингова пролива, что опосредованно подтверждает данные археологических и генетических исследований, свидетельствам о том, что предки индейцев Северной и Южной Америки пришли по северо-западному бореальному пути. Первые люди в Америке появились в ходе одной волны миграции или в ходе нескольких волн из одного места, в промежутке между 70 тыс. лет до н.э. и 12 тыс. лет до н.э., а не в ходе нескольких волн миграций из разных мест, поскольку уникальный генетический тип распространен у индейцев обоих континентов. В Y-хромосоме коренных американцев обнаружена гаплогруппа Q, присутствующие в ДНК коренных южных алтайцев. Последующие исследования мтДНК показали, что почти все современные коренные американцы имеют в своей родословной следы шести женщин, которые пересекли Берингов пролив около 20 000 лет назад [22]. Как отмечено рядом исследователей, Восточная Сибирь и Северо-Восточная Азия характеризуются низким разнообразием гаплогрупп Y-хромосомы вследствие периферийности в процессах миграционных маршрутов расселения современного человека. Наиболее распространенными линиями на этой территории являются N3 и C, первая – генетическое наследство предков уралоязычных народов, вторая проникла в Сибирь из Юго-Восточной Азии. Обе они появились на северо-востоке Азии, вероятно, уже после отступления ледников, покрывавших большую часть этой территории вплоть до 20 тыс. лет назад. Самая древняя гаплогруппа Q восходит к верхней границей дивергенции сибирских популяций около 21 тыс. лет назад. В целом доля Q в пуле Y-хромосом коренного населения Сибири составляет не более 10 %, но выявляется практически во всех сибирских этносах. Проведенный анализ полиморфизма мтДНК в восьми популяциях коренных жителей Дальнего Востока показал, что большинство гаплогрупп, выявленных в исследованных группах, относятся к восточно-евразийским. Гаплогруппа D выявлена в семи популяциях и частота ее варьирует от 2,8 % у коряков до 28,3 % и 28,9 % у нанайцев и эвенков соответственно. Предполагается, что высокая частота восточно-

евразийских гаплогрупп у нанайцев может быть результатом тесных исторических связей с эвенками Сибири. Учитывая, что в популяциях Восточной Сибири и Дальнего Востока распространены совершенно разные гаплотипы, этносы, «принесшие гаплогруппу C3, предполагается, что они мигрировали на север двумя путями: через территорию Центральной Азии и вдоль тихоокеанского побережья. Наибольшее гаплотипическое разнообразие C3 на Дальнем Востоке говорит о значительно более раннем появлении этой гаплогруппы на этой территории, в сравнении с Южной Сибирью». Возраст гаплогруппы C3 на территории Сибири определяется $15,6 \pm 2,8$ тыс. лет назад, на территории Центральной Азии $7,5 \pm 1,8$ тыс. лет назад. В связи с этим предлагается дальневосточно-сибирский кластер гаплогруппы C3 назвать «тунгусо-маньчжурским», а центрально-азиатский – «монгольским», а в целом гаплогруппу C3 – праалтайской [1, 2, 9, 10, 22].

Выводы

Представленные выше материалы позволяют сделать заключение, что полученные в наших исследованиях результаты вирусологических исследований отражают хронологические рамки и направления ранних миграций современного человека при заселении Евразии. Обсуждая результаты высокой частоты обнаружения у нанайцев европейского подтипа EU-с группы A, и низкой – азиатским подтипам группы B, можно предположить следующее. Первоначально, с первой группой индоевропейских мигрантов кавказской группы, в популяции человека доминировали антигенные варианты европейского подтипа EU-с группы A JC-вируса, затем в ходе последующих миграционных волн они были смешаны с носителями азиатского подтипа V1-в группы B. Опосредовано, методом исключения, этому можно найти лингвистические подтверждения. Нанайцы говорят на языке, входящим в семейство алтайских языков [3], широко распространенных в центральной и западной Азии, поэтому и можно было ожидать более высокую частоту нахождения у нанайцев азиатского подтипа V1-в JC-вируса – носителей этой языковой группы. Среди 14 изолятов ДНК от коряков генотипы ДНК в 86 % были идентифицированы как арктический европейский подтип EU-a группы A, 7 % – EU-a, не имеющего арктический и японский подтипы, объясняется результатами смешанных браков с европейцами в ходе освоения Сибири европейским этносом.

В рамках научной тематики опубликованной нами ранее статьи не представлялось возможным представить сравнительный анализ данных, позволяющих, хотя и не полностью, определить хронологию и популяционную структуру заселения современным человеком Северо-Восточной Азии, поэтому мы посчитали возможным представить настоящую публикацию [29].

Список литературы

1. Адамов, Д. С. / Об основных гаплогруппах Y-хромосомы тунгусо-маньчжурских народов // *Russian Journal of Genetic Genealogy* (Русская версия). – 2009. – Т. 1, № 2. – Режим доступа: [www.URL:http://ru.rjgg.orn](http://ru.rjgg.orn)
2. Балаганская, О. А. Полиморфизм Y хромосомы у тюркоязычного населения Алтая, Саян, Тянь-Шаня и Памира в контексте взаимодействия генофондов Западной и Восточной Евразии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 26 с.
3. Березницкий, Е. А. История и культура нанайцев / С. В. Березницкий, Е. А. Гаер, С. Ф. Карабанова. – СПб.: Наука, 2003. – 165 с.
4. Молчанов, Ю. А. Северо-Восточная Азия в IX–V вв. до н.э. (сумнагинская культура) // *Проблемы археологии Урала и Сибири*. – М., 1973. – С. 29–44.
5. Мочанов, Ю. А. Древнейшие этапы заселения Северо-Восточной Азии и Аляски (к вопросу о начальных миграциях человека в Америку) // *Совет. археология*. – 1969. – № 1. – С. 79–86.
6. Мочанов, Ю. А. Древнейшие этапы заселения человеком Северо-Востока Азии. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1977. – 264 с.
7. Полиморфизм митохондриальной ДНК в популяциях коренных жителей Дальнего Востока / М. А. Губина, Л. А. Гырголька, В. Н. Бабенко и др. // *Генетика*. – 2013. – Т. 49, № 7. – С. 862–876.
8. Степанов, В. А. Эволюция и филогеография линий Y-хромосомы человека / В. А. Степанов, В. Н. Харьков, В. П. Пузырев // *Вестник ВОГиС*. – 2006. – Т. 10, № 1. – С. 57–73.
9. Харьков, В. Н. Структура и филогеография генофонда коренного населения Сибири по маркерам Y-хромосомы: автореф. дис. ... д-ра биол. наук. – Томск, 2012.
10. Agostini, H. T. Amplification of the complete polyomavirus JC genome from brain, cerebrospinal fluid and urine using pre-PCR restriction enzyme digestion / H. T. Agostini, G. L. Stoner // *J. Neurovirol.* – 1995. – № 1. – P. 316–320.
11. Alan, R. Templeton. *Haplotype Trees and Modern Human Origins* // *Yearbook of physical anthropology*. – 2005. – № 48. – P. 33–59.
12. Bernard, H. U. Coevolution of papillomaviruses with human populations // *Trends Microbiol.* – 1994. – Vol. 2, № 4. – P. 140–143.
13. BK and JC human polyomaviruses and simian virus 40: natural history of infection in humans, experimental oncogenicity, and association with human tumors / G. Barbanti-Brodano, F. Martini, M. De Mattei et al. // *Adv. Virus Res.* – 1998. – Vol. 50. – P. 69–99.
14. Cultivation of papova-like virus from human brain with progressive multifocal leukoencephalopathy / B. L. Padgett, G. M. Zu Rhein, D. L. Walker et al. // *Lancet*. – 1971. – Vol. 7712, № 1. – P. 1257–1260.
15. Detection of JC virus DNA in human tonsil tissue: evidence for site of initial viral infection / M. C. Monaco, P. N. Jensen, J. Hou et al. // *J. Virol.* – 1998. – Vol. 72, № 12. – P. 9918–9923.
16. Doerries, K. Human polyomavirus JC and BK persistent infection // *Adv. Exp. Med. Biol.* – 2006. – Vol. 577. – P. 102–116.
17. Evidence that a sequence similar to TAR is important for induction of the JC virus late promoter by human immunodeficiency virus type 1 Tat. / M. Chowdhury, J. P. Taylor, C.-F. Chang et al. // *J. Virol.* – 1992. – № 66. – P. 7355–7361.
18. Evolution of human Polyomavirus JC: implications for the population history of humans / C. Sugimoto, M. Hasegawa, A. Kato et al. // *J. Mol. Evol.* – 2002. – Vol. 54, № 3. – P. 285–297.
19. Four geographically distinct genotypes of JC virus are prevalent in China and Mongolia: implications for the racial composition of modern China / Guo Jing, C. Sugimoto, T. Kitamura et al. // *J. Gen. Virol.* – 1998. – Vol. 97. – P. 2499–2505.
20. Frisque, R. J. Human polyomavirus JC virus genome / R. J. Frisque, G. L. Bream, M. T. Cannella // *J. Virol.* – 1984. – № 51. – P. 458–469.
21. Genetic Variation and Population Structure in Native Americans / S. Wang, C. M. Lewis, M. Jakobsson et al. // *PLoS Genetics*. – 2007. – Vol. 3: November. – P. 2049–2067. – Режим доступа: [www.URL:http://www.plosgenetics.org](http://www.plosgenetics.org)
22. Hatwell, J. N. Evolution of human polyomavirus / J. N. Hatwell, P. M. Sharp // *J. Gen. Virol.* – 2000. – Vol. 81. – P. 1191–1200.
23. High incidence of urinary JC virus excretion in nonimmunosuppressed older patients / T. Kitamura, Y. Aso, N. Kuniyoshi et al. // *J. Infect. Dis.* – 1990. – № 6. – P. 1128–1133.
24. Human cytomegalovirus induces JC virus DNA replication in human fibroblasts / R. Heilbronn, I. Albrecht, S. Stephan, A. Bürkle, H. Hausen // *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*. – 1993. – № 90. – P. 11406–11410.
25. Identical rearranged forms of JC polyomavirus transcriptional control region in plasma and cerebrospinal fluid of acquired immunodeficiency syndrome patients with progressive multifocal leukoencephalopathy / C. G. Fedele, M. R. Ciardi, S. Delia et al. // *J. Neurovirol.* – 2003. – № 9. – P. 551–558.
26. JC virus as a marker of human migration to the Americas / G. L. Stoner, D. V. Jobes, M. Fernandez Cobo, H. T. Agostini et al. // *Microbes. Infect.* – 2000. – Vol. 2, № 15. – P. 1905–1911.
27. JC virus genotyping offers a new paradigm in the study of human populations / Y. Yogo, C. Sugimoto, H. Y. Zheng et al. // *Rev. Med. Virol.* – 2004. – Vol. 14, № 3. – P. 179–191.
28. JC virus strains Indigenous to Northeastern Siberians and Canadian Inuits are unique but evolutionarily related to those distributed throughout Europe and Mediterranean areas / C. Sugimoto, M. Hasegawa, H. Y. Zheng, V. Demenev, Y. Sekino et al. // *J Mol Evol.* – 2002. – № 55. – P. 322–335.
29. Kishino, H. Evaluation of the maximum likelihood estimate of evolutionary tree topologies from DNA sequence data, and the branching order in hominoidea / H. Kishino, M. Hasegawa // *J. Mol. Evol.* – 1989. – Vol. 29. – P. 170–179.
30. Late Wisconsin environments of the Bering Land Bridge / S. A. Elias, S. K. Short, H. H. Birks // *Palaeogeography*. – 1997. – Vol. 136. – P. 293–308.
31. Molloy, E. S. Progressive multifocal leukoencephalopathy: a national estimate of frequency in systemic lupus erythematosus and other rheumatic diseases / E. S. Molloy, L. H. Calabrese // *Arthritis Rheum.* – 2009. – Vol. 60. – P. 3761–3765.
32. Padgett, B. L. Prevalence of antibodies in human sera against JC virus, an isolate from a case of progressive multifocal leukoencephalopathy / B. L. Padgett, D. L. Walker // *J. Infect. Dis.* – 1973. – № 127. – P. 467–470.
33. Parent-to-child transmission is relatively common in the spread of the human polyomavirus JC virus / T. Kunitake,

T. Kitamura, J. Guo et al. // *J. Clin. Microbiol.* – 1995. – № 33. – P. 1448–1451.

34. Pavesi, A. Utility of JC polyomavirus in tracing the pattern of human migrations dating to prehistoric times // *J. Gen. Virol.* – 2005. – Vol. 86. – P. 1315–1326.

35. Phylogenetic analysis of 22 complete genomes of the human polyomavirus JC virus / D. V. Jobes, S. C. Chima, C. F. Ryschkewitsch, G. L. Stoner // *J. Gen. Virol.* – 1998. – № 79. – P. 2491–2498.

36. Potential transmission of human polyomaviruses through the gastrointestinal tract after exposure to virions or viral DNA / S. Bofill-Mas, M. Formiga-Cruz, Clemente-Casares et al. // *J. Virol.* – 2001. – Vol. 75, № 21. – P. 10290–10299.

37. JC virus DNA sequences are frequently present in the human upper and lower gastrointestinal tract / L. Ricciardiello, L. Laghi, P. Ramamirtham et al. // *Gastroenterology.* – 2000. – Vol. 119, № 5. – P. 1228–1235.

38. Saitou, N. The Neighbor-joining Method: A New Method for Reconstructing Phylogenetic Trees / N. Saitou, M. Nei // *Mol. Biol. Evol.* – 1987. – Vol. 4, № 4. – P. 406–425.

39. Sequence rearrangement in JC virus DNAs molecularly cloned from immunosuppressed renal transplant patients / Y. Yogo, T. Kitamura, C. Sugimoto et al. // *J. Virol.* – 1991. – № 65. – P. 2422–2428.

40. Seroepidemiology of the human polyomaviruses / A. Stolt, K. Sasnauskas, P. Koskela, M. Lehtinen, J. Dillner // *J. Gen. Virol.* – 2003. – № 84. – P. 1499–1504.

41. Tavazzi, E. Progressive multifocal leukoencephalopathy: clinical and molecular aspects / E. Tavazzi, M. K. White, K. Khalili // *Rev. Med. Virol.* – 2012. – № 1. – P. 18–32.

42. The human polyomavirus, JC virus, uses serotonin receptors to infect cells / G. F. Elphick, W. Querbes, J. A. Jordan et al. // *Science.* – 2004. – Vol. 306, № 5700. – P. 1380–1383.

43. Unambiguous identification of JC polyomavirus strains transmitted from parents to children / H. Y. Zheng, T. Kitamura, T. Takasaka, Q. Chen, Y. Yogo // *Arch Virol.* – 2004. – Vol. 149, № 2. – P. 261–273.

44. Weber, T. Progressive multifocal leukoencephalopathy: molecular biology, pathogenesis and clinical impact / T. Weber, E. O. Major // *Intervirology.* – 1997. – № 4098. – P. 111.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

УДК 614.2

Здоровье населения: методические подходы к изучению. Расчет, оценка и прогнозирование основных параметров

В.Н. Плющенко

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

N.V. Pluschenko

Population's health state: Investigational methodological approaches: calculating, assessment and main parameters forecasting

Резюме

В лекционном цикле освещены возможности широкого использования в практической деятельности работников здравоохранения теоретических основ статистического метода в процессе расчетов, анализа и оценки показателей общественного здоровья на описательном уровне, в том числе и интегральных; а также методик краткосрочных прогнозных расчетов. Все показатели рассчитаны на модели Хабаровского края по состоянию на 01.08.2013 г.

Ключевые слова: общественное здоровье, статистический метод, расчет, оценка и прогнозирование показателей, показатели здоровья населения Хабаровского края, комплексные оценки.

Summary

The possibilities of widely usage for the health protection specialist's theoretical bases of statistical methods in calculation, analyze and estimation of public health states, including integral, at the describing level, in their practical activity, are highlighted in a lecture cycle. It is also useful for the short-term prognosis calculation. All the indexes are calculated over Khabarovsk krai model at the moment of 01.08.2013.

Key words: public health, statistical method, calculation, estimation and indexes prognosis, Khabarovsk krai population's health; complex assessment.

Актуальность

Изменения социально-экономического статуса Российской Федерации при переходе на рыночные отношения привели к необходимости переоценки проблем здравоохранения, связанных с охраной здоровья населения, как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации. Только в последние годы в России сформировалась относительно стабильная система организации здравоохранения, в том числе и в Хабаровском крае. Стали

публиковаться статистические материалы, широко отражающие состояние здоровья населения и деятельность системы здравоохранения, изменения в общественной жизни и экономике. В связи с этим появилась возможность создания полноценных учебных материалов по общественному здоровью и организации здравоохранения в системе повышения квалификации специалистов здравоохранения, в том числе и по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

В отличие от клинических дисциплин, всесторонне изучающих здоровье индивидуума, общественное здоровье изучает здоровье всего населения (*здоровье популяции*). Это производится с помощью различных методов, ведущим из которых является статистический метод. В сравнении с другими методами (*исторический, экспериментальный, экономический и др.*) статистический метод, при всех его недостатках дает возможность получать наиболее оперативную, достоверную и обширную информацию о состоянии общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения на любом уровне управления. Обязательным условием при этом является неукоснительное соблюдение принципов организации проведения статистического исследования и анализа получаемых результатов в соответствии с его математическими основами. Поскольку их основные постулаты и атрибуты остаются неизменными (*теория вероятностей, закон больших чисел, расчеты на их основе статистической достоверности результатов, рейтинговые оценки, измерение связи между явлениями, расчет и использование интегральных показателей и др.*).

Цели и задачи, стоящие перед здравоохранением на современном этапе его развития, требуют организации научного изучения, анализа, оценки и прогнозирования состояния здоровья населения. Его основные параметры выступают как в качестве исходных базовых и прогнозных величин при формировании целевых программ и мероприятий их реализации («дорожных карт») в системе здравоохранения, так и в качестве целевых индикаторов их исполнения.

Состояние здоровья населения и его изменения формируются под влиянием многочисленных условий, причин и факторов. Конечный результат их воздействия весьма неоднозначен и специфичен по точке приложения, дозе, механизму и суммарному эффекту воздействия. Учесть, проанализировать и статистически точно оценить эти влияния во всем их многообразии в ежедневной практике деятельности системы здравоохранения крайне сложно, а порой и просто невозможно. Но выявить ведущие группы факторов (*или хотя бы единственный, но мощный по воздействию фактор*), определяющих состояние здоровья популяции, количественно оценить степень этого влияния, и дать прогноз развития критериев состояния здоровья населения должен уметь и каждый врач-организатор здравоохранения и каждый специалист в своей отрасли деятельности.

К сожалению, руководители и специалисты системы здравоохранения зачастую недостаточно широко и целенаправленно используют в практической работе возможности статистического метода в соответствии с существующими к нему требованиями. Часто применение методов санитарной статистики отражает дань моде или требования вышестоящих уровней управления, а не целесообразность каждого конкретного исследования. В результате неизбежно возникают ошибки, как в ходе расчетов и оценки получаемых показателей, так и в принятии управленческих

решений. «Может быть, и не врут, а искренне заблуждаются. Ведь то, что предлагает наука, никто наверху не хочет обсуждать. Внимают только нужным экспертам или собственным прикидкам».*

ЛЕКЦИЯ 1.

Государственная политика в области здоровья населения

«Все говорят, что здоровье дороже всего; но никто этого не соблюдает».

Козьма Прутков

В современной цивилизации жизнь человека, его здоровье и право человека на охрану здоровья считаются высшими ценностями для общества, с учетом которых определяются все остальные ценности и блага.

Право человека на охрану здоровья является не только его индивидуальным достоянием, но и важнейшей ценностью для государства.

Особенности права на охрану здоровья заключаются в следующем:

- оно принадлежит человеку еще до его рождения,
- является неотъемлемым условием жизни общества,
- связано с необходимостью заботы о своем здоровье каждого человека,

– связано с ответственностью государства за сохранение и укрепление здоровья населения. Вопросы охраны здоровья граждан и обеспечения эффективного функционирования системы здравоохранения должны являться приоритетной социальной задачей государства, фиксироваться и реализовываться в основополагающих для каждого государства документах. В Российской Федерации таковыми являются:

1. Конституция Российской Федерации – базисный акт в сфере охраны здоровья населения.

1.1. Конституцией Российской Федерации провозглашено охраняемое государством право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. Государство обеспечивает охрану и укрепление здоровья населения, продление жизни и улучшение ее качества для каждого отдельного человека и всего российского общества в целом, всемерное развитие системы здравоохранения, физической культуры и спорта, экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие.

1.2. Право на охрану здоровья имеет комплексный характер и включает в себя:

- право граждан на получение достоверной и своевременной информации о факторах, влияющих на здоровье;
- право на медико-социальную помощь;
- право на особую охрану здоровья граждан, занятых отдельными видами вредной профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности;
- право на заботу государства об охране здоровья членов семьи;

– право на особую охрану здоровья беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, инвалидов, граждан пожилого возраста, граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах и др.

1.3. Право граждан на медицинскую помощь является системой правовых норм и гарантий, обеспечивающих возможность получения доступной, качественной, квалифицированной медицинской помощи, является одним из ключевых элементов права на охрану здоровья. Оно включает в себя возможность получения бесплатной и оплачиваемой медицинской помощи.

1.4. Гарантиями права выступает развитая сеть медицинских учреждений, доступность медицинской помощи, развитие лекарственной помощи.

В ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации декларируется, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

2. Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации соответствует положениям ряда международных правовых актов:

- Устав Всемирной организации здравоохранения (г. Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.);
- Всеобщая декларация прав человека (10 декабря 1948 г.);
- Конвенция Международной Организации Труда № 120 о гигиене в торговле и учреждениях (Женева, 8 июля 1964 г.);
- Европейское Соглашение о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны (Женева, 17 октября 1980 г.);
- Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения (Минск, 26 июня 1992 г.);
- Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств (Москва, 27 марта 1997 г.);
- Соглашение о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств – участников Содружества Независимых Государств (Минск, 31 мая 2001 г.).

3. Центральный акт национального законодательства Российской Федерации – Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, регулирующий отношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан устанавливают гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам, который им обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Объем бесплатной медицинской помощи населению в рамках территориальных программ государствен-

ных гарантий включает первичную медико-санитарную, скорую медицинскую и специализированную медицинскую помощь, медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (психическими, онкологическими, венерическими, туберкулезом, СПИДом), медико-социальную помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Кроме того, граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законами Российской Федерации.

Право на охрану здоровья тесно связано с обеспечением конституционного права на благоприятную окружающую среду, предусматривающего правомочие на санитарно-эпидемиологическое благополучие.

4. Указ Президента Российской Федерации «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 7 мая 2012 года № 598, по которому, в частности, Правительство Российской Федерации должно:

- а) обеспечить к 2018 году:
 - снижение смертности от болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения;
 - снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения;
 - снижение смертности от туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения;
 - снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10,6 случая на 100 тыс. населения;
 - снижение младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми;
 - доведение объема производства отечественных лекарственных средств по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов до 90 процентов.

5. Базисные ведомственные нормативные акты: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 г. № 113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации» и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 июля 2012 г. № 113 «О мерах по организации исполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

6. Цели развития здравоохранения на федеральном уровне:

- прекращение убыли населения Российской Федерации и доведение его численности до 145 миллионов человек к 2020 г.;

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;
- снижение коэффициента общей смертности до 10,0 умерших на 1000 населения;
- снижение показателя младенческой смертности до 7,5 умерших в возрасте от 0 до 1 года на 1000 родившихся живыми; снижение показателя материнской смертности до 18,6 женщин умерших в родах, на 100 000 родившихся живыми;
- формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25 %* и снижение потребления алкоголя до 9,0 л в год на душу населения**;
- повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации.

7. Задачи развития здравоохранения на федеральном уровне:

- создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни;
- переход на современную систему организации медицинской помощи;
- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;
- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду;
- развитие медицинской науки и инноваций в здравоохранении;
- информатизация здравоохранения.

8. Мероприятия на уровне субъекта Российской Федерации:

Основные направления деятельности Правительства Хабаровского края в области охраны здоровья населения и дальнейшего развития здравоохранения

края на период 2013–2018 годы определены Распоряжением Правительства Хабаровского края от 02 июля 2013 года № 472-рп «План мероприятий («Дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае» в целях обеспечения реализации первого этапа Стратегии социального и экономического развития Хабаровского края на период до 2025 г., утвержденной Постановлением Правительства Хабаровского края от 13 января 2009 г. № 1-пр. В них предусматривается следующее:

8.1. Улучшение демографической ситуации предполагает прирост рождаемости, снижение смертности и привлечение на территорию края для постоянного проживания граждан из других районов страны и из-за рубежа.

Повышение рождаемости будет достигнуто:

- созданием семьям условий для более полного удовлетворения имеющейся потребности в детях (возможностей женщинам сочетать материнскую функцию и профессиональные обязанности; усиление государственной помощи семьям, имеющим детей; пропаганда семейных ценностей);
- охраной материнства и детства;
- укреплением репродуктивного здоровья населения.

Снижение смертности будет достигнуто за счет повышения качества и доступности медицинской помощи, проведения активной просветительской деятельности по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, включая пропаганду здорового образа жизни и бережного отношения к своему здоровью.

8.2. Развитие системы здравоохранения края

Развитие здравоохранения края будет ориентировано на повышение рождаемости и снижение смертности населения, увеличение трудоспособного периода жизни посредством:

- реализации мероприятий по мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях;
- повышения уровня оказания амбулаторной медицинской помощи населению, создания условий для развития профилактической помощи;

Таблица 1

Целевые демографические индикаторы в Хабаровском крае на 2013–2018 гг.

Наименование показателя	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Средняя предстоящая продолжительность жизни (СППЖ в годах)	71,4	72,2	72,8	73,3	74,1	75,0
Общая смертность (на 1000 населения)	13,5	13,4	12,8	12,3	12,1	11,8
Материнская смертность (на 100 000 живорожденных)	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных)	10,7	10,5	10,5	9,9	9,8	7,5

*по данным ВОЗ в РФ курят 59 % мужчин и 24 % женщин;

**по независимым экспертным оценкам потребление алкоголя в РФ составляет до 19,0 л (в перерасчете на 100% этанол) в год на душу населения.

- обеспечения доступности для населения специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи;

- модернизации материально-технической базы краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (внедрения автоматизированной системы ведения медицинской карты пациента, информационной поддержки процесса оказания первичной медицинской помощи, развития телемедицины);

- внедрения одноканального финансирования организаций здравоохранения;

- повышения профессионального уровня работников здравоохранения, приведения системы оплаты труда в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи.

ЛЕКЦИЯ 2.

Основные методологические подходы к изучению и оценке состояния здоровья населения

1. Определение понятия «здоровье»:

1.1. Определение Всемирной организации здравоохранения (1947 г.):

«Здоровье – состояние полного физического, психического и социального благополучия человека, а не только отсутствие заболеваний или физических недостатков». Определение подвергается критике со времени его принятия. *(Не в последнюю очередь из-за нереализованного девиза ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году!»).* И сегодня его чаще всего трактуют как идеальное и возможно осуществимое в светлом будущем человечества.

1.2. Помимо него существует несколько десятков определений этого понятия. Практически каждая отрасль человеческих знаний (*статистика, демография, история, биология, медицина, политика, экономика, философия, религиозные концепции и др.*) имеет свой взгляд на его формулировку, содержание и даже методику расчета. В итоге в практике ежедневной работы:

- отсутствие единого (интегрального) общепринятого понятия «здоровье»;

- налицо семантическая (смысловая) неоднозначность используемых понятий: специалист здравоохранения, философ, священник, математик, экономист и т.д., используя в своей профессии понятие «здоровье», могут говорить при этом о разных явлениях в общественной жизни;

- отсутствие сопоставимости между ними из-за принципиальных различий в критериальных подходах.

В конечном результате для практического здравоохранения это приводит к отсутствию целенаправленности в работе системы (*к сожалению, далеко не всегда осмысливаемой*) и ее отдельно взятого работника. И, как следствие, недостаточная эффективность проводимой огромной работы.

2. Факторы, формирующие состояние здоровья населения.

В докладе министра здравоохранения России В.И. Скворцовой на I национальном съезде врачей Российской Федерации (05.10.2012 г.) отмечено:

«Если риски для здоровья населения в XX веке были напрямую сопряжены с инфекциями, то сегодня очевидно, что в мире нарастает глобальная эпидемия неинфекционных заболеваний, которые являются лидирующей причиной смертности и инвалидности во всем мире и в Российской Федерации и приводят к катастрофическим социальным и экономическим последствиям. Девять из десяти смертей людей в возрасте до 60 лет происходит от сосудистых, онкологических, респираторных заболеваний и диабета. Несмотря на наличие факторов наследственной предрасположенности, большинство неинфекционных заболеваний формируется постепенно под влиянием всех особенностей жизни человека – питания, качества воды и экологии, режима физической активности, эмоционального состояния, наличия вредных привычек, а также под влиянием социальных факторов – условий труда и отдыха. Совокупное влияние только поведенческих факторов риска на развитие неинфекционных заболеваний огромно – от 61 % при сосудистой патологии до 35 % при новообразованиях. Так, со злоупотреблением алкоголем связано почти 12 % всех смертей, с курением – 17 %, с несбалансированным питанием – почти 13 %».

В практике работы системы здравоохранения понятие «здоровье населения» предложено изучать и оценивать в двух аспектах (Лисицын Ю.П. и др.): здоровье индивидуума и здоровье популяции (общественное здоровье).

Систематизация и ранжирование факторов, определяющих состояние здоровья популяции, предложенная школой академика РАМН Ю.П. Лисицына, с несущественными вариациями признаны на международном уровне:

- на 50–55 % популяционное здоровье определяет такой фактор, как образ жизни человека (уровень культуры, труд, стрессы, питание, алкоголь, курение, наркомании, семья, гиподинамия и т.д.); отсюда: основные усилия общества и системы здравоохранения должны быть направлены на активную (наступательную) пропаганду здорового образа жизни;

- на 20–25 % – качество внешней среды обитания человека (степень чистоты воздуха; воды, прежде всего питьевой; почвы, интенсивность всех видов излучений);

- на 15–20 % – генетические факторы (*врожденные, биологические*);

- и только на 10–12 % – уровень и качество организации медицинской помощи населению.

Состояние здоровья индивидуума фиксируется на определенный момент времени и оценивается либо с помощью специалистов системы здравоохра-

нения, либо самим индивидуумом (*при этом зачастую их оценки могут не совпадать*). Оценка состояния здоровья индивидуума на современном уровне развития медицинских знаний, при наличии современных технологий диагностики и соответствующего уровня клинического мышления специалистов здравоохранения затруднений, как правило, вызывать не должна.

Состояние здоровья популяции (общественное здоровье) по методологии и методике работы и ее содержанию является классическим статистическим исследованием и оценивается по 4 критериям, принятым на международном уровне:

- оценка медико-демографической ситуации;
- оценка заболеваемости населения;
- оценка физического развития;
- оценка инвалидизации (*инвалидности*) населения.

В свою очередь, каждый из критериев распадается на большое количество составляющих его показателей (*только медико-демографических показателей свыше 200, что в конечном итоге приводит к «размыванию» понятия «здоровье популяции» и уводит исследователя от целостной его оценки*).

Важно отметить, что в сравнении с другими критериями состояния здоровья населения медико-демографические показатели наиболее быстро реагируют на изменения и степень влияния социально-экономических и медико-биологических факторов на здоровье популяции. Они являются важнейшим детерминантом здоровья и служат основой для расчета, анализа, оценки и прогнозирования остальных критериев состояния здоровья населения.

Исходя из этого, демографическая дефиниция: **«Здоровье – это способность популяции к воспроизводству»** имеет право на широкое применение в практике работы системы здравоохранения. Используя в работе только этот критерий, можно с большой степенью точности судить о состоянии здоровья населения на изучаемой территории (*при условии, что это полностью соответствует методологии и методике статистического исследования*).

3. Методические подходы к изучению, анализу и оценке медико-демографической ситуации

Первостепенной задачей в процессе расчета, анализа, оценки и прогноза медико-демографических показателей следует считать отбор наиболее значимых (*валидных*) из множества используемых показателей состояния здоровья населения.

В практике работы различают основные (*стандартные, обязательные*) и **уточняющие** (*дополнительные, специальные, узкие*) **медико-демографические показатели здоровья населения**.

На международном уровне к основным показателям здоровья популяции относят: общие показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения, средней предстоящей продолжительности жизни (СППЖ) и младенческой смертности.

В последнее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает СППЖ наиболее

надежным интегральным показателем состояния здоровья популяции, аккумулирующим возрастные уровни заболеваемости и смертности и являющимся по методике расчета стандартизированной величиной (*не требующей специальной статистической обработки после ее расчета*). Кроме того, при оценке состояния здоровья населения ВОЗ, наряду с показателем младенческой смертности и СППЖ, определяет в качестве ключевого и такой показатель, как масса тела при рождении ребенка. В дополнение к стандартным медико-демографическим показателям в международной практике зачастую используется еще и индекс жизнестойкости населения Покровского-Пирла (*отношение числа родившихся живыми за исследуемый промежуток времени к числу всех умерших*).

К уточняющим показателям относят специальные (*узкие, тонкие, стандартизованные по методике расчета*) показатели: группа многочисленных показателей воспроизводства населения (*фертильности*); показатели мертворождаемости, перинатальной, антенатальной, интранатальной, неонатальной и материнской смертности; показатели нозологической структуры причин смерти; брутто- и нетто-коэффициенты воспроизводства населения, возрастно-половые уровни заболеваемости, смертности, инвалидизации, браков и разводов среди населения и ряд других. В отличие от стандартных, все специальные показатели, как правило, рассчитываются, оцениваются и прогнозируются по показаниям (*ситуационно*).

Одним из основополагающих методологических аспектов в практической работе является использование унифицированного международного понятийного аппарата (*definitio*) и единых методик расчета и оценки каждого из используемых показателей на основе рекомендаций ВОЗ (МКБ-8, МКБ-9, МКБ-10, МКБ-11).

4. Анализ, оценка и прогнозирование медико-демографической ситуации

Работа по анализу, оценке и прогнозированию медико-демографической ситуации производится по двум направлениям (разделам, аспектам): характеристика статистики населения и характеристика динамики (движения) населения.

4.1. Статика населения: раздел демографии, изучающий численность населения на территории проживания на момент времени (*единовременное наблюдение*) и его состав по различным признакам (*пол, возраст, национальность, образование, место жительства, профессия, семейное положение, вероисповедание и т.д.*). Как правило, в системе здравоохранения для оценки медико-демографической ситуации достаточно иметь сведения о численности и составе населения изучаемой территории по полу, возрасту и национальности (*с учетом того, что Хабаровский край является территорией проживания коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока*). Наиболее точным источником

сведений о численности и составе населения являются данные переписей населения, проводимые по международным рекомендациям один раз в десятилетие и, по возможности, в единый год для всех государств мира (для сопоставимости сведений при их анализе и оценке). В периоды между переписями населения сведения о численности и составе населения территории представляются территориальными органами Федеральной службы государственной статистики на основе текущих оценок, которые не обладают степенью точности данных переписей населения.

4.2. При характеристике динамики (движения) населения производится изучение и оценка механического (миграционного) движения населения и естественного движения населения.

4.2.1. Механическое движение населения – раздел демографии, изучающий изменения в численности и составе населения в результате миграционных процессов: иммиграция, эмиграция, внутренние миграции (*село-город, город-село, север-юг, восток-запад*), маятниковые миграции (*в течение суток*) и т.д. Источником сведений о миграциях населения являются паспортные данные, фиксируемые органами министерства внутренних дел Российской Федерации. Внимание системы здравоохранения Хабаровского края могли бы привлечь выраженные маятниковые миграции населения территорий, прилегающих к городам Хабаровску и Комсомольску-на-Амуре, отрицательно влияющие на состояние здоровья населения прилегающих территорий.

4.2.2. Естественное движение населения – раздел демографии, изучающий изменения численности и состава населения под влиянием процессов воспроизводства населения, его смертности, а также браков и разводов среди населения. Именно эти процессы привлекают наибольшее внимание системы здравоохранения и подлежат ежегодному мониторингу (*а ряд из них – динамическому мониторингу в режиме on-line*), анализу, оценке и прогнозированию. Их изменения в различной мере зависят от доступности и своевременности оказания медицинской помощи населению; качества деятельности учреждений здравоохранения и поэтому они одновременно выступают в качестве критериев оценки их работы.

Необходимо подчеркнуть, что полнота, своевременность и достоверность данных о естественном движении населения полностью зависят от качества и своевременности заполнения и представления учреждениями здравоохранения первичных учетных статистических документов: врачебных свидетельств о рождении, мертворождении и смерти. Эту роль системы здравоохранения в формировании сведений о состоянии здоровья населения переоценить невозможно (*равно как и при изучении заболеваемости, физического развития и инвалидизации населения*).

ЛЕКЦИЯ 3.

Основные методические положения при расчете, оценке и использовании медико-демографических показателей

Оценка медико-демографической ситуации считается неполной, если она сводится только к расчету уровня (показатель интенсивности) и структуры (показатель экстенсивности) того или иного параметра здоровья населения.

Методологической основой квалифицированного анализа и оценки медико-демографических показателей на уровне современных требований является предварительная статистическая обработка произведенных расчетов для определения статистической достоверности (t) полученных показателей (P, X) на основе расчета их ошибки (m) и представлением их в виде доверительных интервалов колеблемости ($P \pm 2m$) под влиянием случайных причин.

В случаях выявления статистической недостоверности результатов расчетов показателей следует отказаться от какой бы то ни было их дальнейшей оценки или иной интерпретации [при $P(A) < 0,05$ и $t < 2,0$].

При соблюдении вышеприведенного условия далее поэтапно осуществляется выполнение ряда следующих методических требований к анализу и оценке полученных медико-демографических показателей:

- качественная (*низкий, средний, высокий*) или количественная оценка полученного показателя (при наличии общепринятой шкалы оценок, желательно международной);

- оценка показателя в динамике (*рост, стабилизация, снижение*); минимальным периодом времени для оценки изменения того или иного явления в динамике должен быть не менее, чем пятилетний период, а при необходимости (*и возможности*) периоды в 10–20–30 и более лет; такая оценка изучаемого явления в динамике отразит наиболее существенные (не определяемые при изучении за более короткие промежутки времени) его изменения во времени и даст возможность расчета трендов изучаемого явления; при более глубоком анализе динамики изучаемого явления в ряде случаев показаны лонгитудинальные срезы (за 50–100 или более лет);

- отказ от использования показателей экстенсивности при оценке динамики общих показателей; для этого лучше пользоваться показателями интенсивности (*исключением могут быть показатели, полученные на статистически однородных структурах; например, показатель младенческой смертности, по-возрастные показатели заболеваемости с разбивкой по полу и т.д.*); глубоко ошибочны широко бытующие в практике работы системы здравоохранения (*и не только ее*) случаи оценки изучаемого явления в динамике в виде отношения величины анализируемого показателя к величине показателя предыдущего года в процентах; результат, как правило, искажает реально существующую ситуацию и даст ложное

представление об изменении уровней общей смертности, общей рождаемости, общей заболеваемости и т.д. при сохранении видимости статистической обработки исходных данных;

- сравнение полученных показателей с аналогичными в других территориях субъекта Российской Федерации (рейтинговая оценка): показателя субъекта Российской Федерации с показателями других субъектов региона, с показателем в Российской Федерации или в других странах мира; по такому же принципу оцениваются и показатели отдельных районов города или учреждений здравоохранения; все операции производятся с учетом требований к получению статистически достоверных различий сравниваемых величин (*предварительный расчет либо параметрических критериев различия, либо использование метода наложения доверительных интервалов сравниваемых показателей*); в случае получения статистической недостоверности различий сравниваемых показателей по различным территориям или за различные периоды времени от оценки динамики изучаемого явления следует отказаться;

- в ходе анализа и оценки общих показателей рождаемости, смертности, естественного прироста, заболеваемости на различных территориях (*то есть, показателей, полученных на разнородных структурах*) их необходимо стандартизовать для элиминации различий в возрастно-половой структуре сравниваемых территорий; либо прибегать к расчету и оценке специальных показателей (*суммарная плодовитость, нетто-коэффициент воспроизводства населения, младенческая смертность, возрастно-половые уровни смертности, заболеваемости, инвалидизации и т.д.*);

- важным шагом в процессе анализа изучаемых медико-демографических явлений будет определение количественной и качественной оценки связи между показателем здоровья населения и выявленными в ходе исследования ведущими факторами, определяющими уровень и динамику анализируемого показателя (*с помощью парциальных и сводных коэффициентов корреляции Спирмена, Пирсона и др.*).

- итоговое методическое требование – расчет прогнозных величин показателя с применением различных

методик прогнозирования; в практике работы учреждений здравоохранения наиболее надежны прогнозные расчеты на краткосрочный период (*3–5 лет*) на основе линейной, экспоненциальной или полиномиальной функций.

Приведенные выше методические положения полностью справедливы для расчета и оценки других критериев состояния здоровья населения (*заболеваемости, физического развития и инвалидизации населения*).

Соблюдение в полном объеме методических рекомендаций в процессе анализа и оценки показателей состояния здоровья населения на изучаемой территории позволит статистически надежно:

- выделить территории с наиболее неблагоприятной обстановкой состояния здоровья населения как в целом (*при условии проведения дополнительной экспертной оценки полученных результатов*), так и по отдельным его критериям;

- унифицировать представление данных о состоянии здоровья населения в информационно-аналитических материалах различных уровней;

- использовать полученные показатели в качестве составляющих при расчетах интегральных индексов, применяемых в международной практике (*в частности, показатель СППЖ при расчете ИРЧП – индекса развития человеческого потенциала*);

- дать всестороннюю характеристику показателей состояния здоровья населения в связи с выявленными влияющими на них условиями и факторами;

- сформировать посылку для использования в дальнейшем методологии оценки риска их влияния на здоровье населения как наиболее отвечающей современным требованиям к управлению ситуацией;

- разработать реальные мероприятия по стабилизации или улучшению анализируемой ситуации; либо обоснованно сделать вывод о невозможности изменения сложившейся ситуации вследствие выявления факторов, находящихся вне влияния системы здравоохранения.

(Продолжение следует)

Список литературы

1. Федеральный Закон РФ «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года.

2. О внесении изменений в план мероприятий («Дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае: распоряжение Правительства Хабар. края № 472-рп от 02 июля 2013 г.: утв. Распоряжением Правительства Хабаровского края от 08 февр. 2013 г. № 52-рп «Об утверждении планов мероприятий («Дорожных карт») по повышению эффектив-

ности и качества услуг учреждений социальной сферы Хабаровского края». – Хабаровск, 2013. – 45 с.

3. Материалы для государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2012 году» по Хабаровскому краю. – Хабаровск: Упр. Федер. службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабар. краю, 2013. – 148 с.

4. Бедный, М. С. Демографические факторы здоровья / М. С. Бедный. – М.: Финансы и статистика, 1984. – 246 с.

5. Боярский, С. Г. Концепция развития российского здравоохранения: проблемы в обеспечении кадрами в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья // *Суицидология*. – 2010. – № 2. – С 54–58.
6. Вишневский, А. В. Демографический прорыв или движение по кругу? // *Demoscope Weekly*. – 2012. – № 226-228. – С. 1-27.
7. Всесоюзная перепись населения 1926 года. – М.: Изд. ЦСУ Союза ССР, 1928 – 1929. – Т. 17. – С. 8–25. – Табл. VI: **Население по полу, народности.**
8. Зайцев, В. М. *Прикладная медицинская статистика: (учеб. пособие) / В. М. Зайцев, В. Г. Лифляндский, В. И. Маринкин.* – СПб.: ФОЛИАНТ, 2003. – 432 с.
9. Инвалидность населения в Хабаровском крае в 2012 году: сб. стат. материалов. – Хабаровск: ФГУ «Гл. бюро медико-соц. экспертизы по Хабар. краю», 2013. – 96 с.
10. Кремлёв, И. Д. Проблемы оценки уровня жизни населения / И. Д. Кремлёв // *Вопросы статистики*. – 2000. – № 8. – С. 18–23.
11. Курпатов, А. В. «Физика» суицида против его «метафизики» // *Реальность и субъект*. – 2001. – Т. 5, № 4. – С. 30–35.
12. Лисицын, Ю. П. *Общественное здоровье и здравоохранение: учеб.* – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.
13. Марченко, Б. И. *Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования: рук. для врачей.* – Таганрог: Сфинкс, 1997.
14. Медик, В. А. *Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения.* – М.: Медицина, 2003. – 512 с.
15. Медик, В. А. *Общественное здоровье и здравоохранение: учеб.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 599 с.
16. Медик, В. А. *Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / В. А. Медик, М. С. Токмачёв.* – М.: Медицина. – 528 с.
17. Медков, В. М. *Демография: учеб.* – М.; Инфра-М, 2004. – 576 с. – (Классический университетский учебник).
18. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр. Т. 2: Сборник инструкций / Всемир. орг. здравоохранения.* – Женева, 1995. – 179 с.
19. Мерков, А. М. *Санитарная статистика: (пособие для врачей).* – М.: Медицина, 1974. – 384 с.
20. *О состоянии психического здоровья населения и итогах работы психиатрической службы Хабаровского края в 2012 году.* – Хабаровск: КГБУЗ КПБ, 2013. – 43 с.
21. *Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / под ред. Г. И. Куценко, А. И. Вялкова.* – М.: Медицина, 2003. – 493 с.
22. *Основные показатели здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения Хабаровского края в 2006 году: сб. стат. материалов.* – Хабаровск: МИАЦ МЗ ХК, 2007. – 130 с.
23. *Основные показатели здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения Хабаровского края в 2012 году: сб. стат. материалов.* – Хабаровск: МИАЦ МЗ ХК, 2013. – 94 с.
24. *Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду / Г. Г. Онищенко, С. М. Новиков, Ю. А. Рахманин и др.; под ред. Ю. А. Рахманина, Г. Г. Онищенко.* – М.: НИИ ЭЧ и ГОС, 2002. – 408 с.
25. Плющенко, В. Н. *Здоровье населения: методические подходы к изучению, расчёту основных параметров, оценке и прогнозированию: конспект учеб. лекций.* – 4-е изд., доп. – Хабаровск, 2013. – 128 с.
26. Плющенко, В. Н. *Санитарная статистика на каждый день: учеб.-метод. пособие для слушателей циклов «Обществ. здоровье и здравоохранение».* – Хабаровск, 2008. – С. 78–93.
27. Рыбаковский, Л. Л. *Население Дальнего Востока за 150 лет / Л. Л. Рыбаковский.* – М.: Наука, 1990.
28. *Старшее поколение стран Содружества: крат. стат. сб.* – М., 2012. – 48 с.
29. Ступак, В. С. *Методология изучения и анализа младенческой и материнской смертности: учеб.-метод. пособие для слушателей системы послевуз. и доп. проф. образования врачей / В. С. Ступак, В. Н. Плющенко и др.* – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2012. – 86 с.
30. Фуко, М. *Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет.* – М.: Капсталь, 2006. – 448 с.
31. Шиган, Е. Н. *Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях.* – М.: Медицина, 1968. – 208 с.

УДК 615.12

Оценка работы аптечной организации в рамках ответственного самолечения

Н.В. Абросимова, И.В. Крюкова, И.В. Бадяев

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

N.V. Abrosimova, I.V. Kryukova, I.V. Badyaev

Pharmacy's work organization assessment in the boundaries of responsible self-treatment

Резюме

С помощью изучения мнения фармацевтических работников проведена оценка значимости индикаторов, позволяющих проводить улучшения деятельности аптеки в рамках самолечения.

Ключевые слова: самолечение, аптека, рынок лекарственных средств, профилактика заболеваний.

Summary

Using the investigation of pharmaceutical specialist's opinion, the estimation of indexes significance was worked out, permitting to improve pharmacy activity in the field of self-treatment.

Key words: self-medication, pharmacy, pharmaceutical market, prevention of the disease.

В международной медицинской и фармацевтической практике существует несколько определений самолечения, связанного и с образом жизни самих пациентов и с работой аптек по рекомендациям использования лекарственных препаратов. Например, самолечение, включающее профилактику заболеваний, здоровый образ жизни, отказ от курения, умеренное употребление алкоголя и правильное использование лекарств. В случае неэффективности профилактических мер пациенту следует прибегнуть к самолечению, которое заключается в устранении симптомов, которые человек заметил у себя, с помощью препаратов, отпускаемых без рецепта. Следующее определение гласит, что самолечение – это применение пациентом безрецептурных препаратов по собственной инициативе и под собственную ответственность с учетом советов фармацевта или другого работника здравоохранения [10]. В любом случае, аптека становится одним из основных звеньев в цепи становления самолечения как элемента ответственности граждан за свое здоровье. В Российской Федерации не прописано опреде-

ление ответственного самолечения, но именно в нормативных документах по фармацевтической деятельности указываются возможность консультации фармацевтического работника в рамках ответственного самолечения [6].

По рекомендациям ВОЗ, одно из направлений внедрения надлежащей аптечной практики – это работа в рамках самолечения, которая предполагает разработку стандартных операций и процедур по следующим аспектам: квалификация персонала, оценка потребности пациента, эффективность и безопасность рекомендуемых пациенту лекарственных препаратов, направление больного к врачу и осуществление дальнейшего наблюдения. Для каждого симптома или недомогания, которое можно вылечить самостоятельно, в аптеке должен существовать протокол, которому должен следовать фармацевтический работник [5].

В РФ были разработаны основы информационно-консультационных услуг при безрецептурном отпуске в соответствии с современными требованиями обеспечения эффективной и безопасной фармацевтиче-

ской помощи населению [8]. Украинскими исследователями предложено понятие фармацевтической опеки для провизоров и технология осуществления опеки по различным симптомам заболеваний [7].

Остается актуальным вопрос об оценке процессов самолечения с целью анализа различных факторов, влияющих на состояние здоровья населения и возможности аптеки работать в рамках ответственного самолечения. Существует необходимость в разработке критериев оценки и методологии ответственного самолечения в целом на национальном, федеральном и региональном уровне. При этом обязательным условием должны быть система оценки применения безрецептурных препаратов и всеобъемлющая оценка работы аптечной организации в рамках внедрения ответственного самолечения.

В настоящее время доступны данные по маркетинговым исследованиям рынка лекарственных средств, которые отражают только рейтинги наиболее продаваемых препаратов, отдельные экспертные оценки реализации различных групп препаратов и уровни заболеваемости населения по отдельным нозологиям. Однако оценить эффективность лекарственной помощи, оказываемой населению, по данным публикациям достаточно сложно для дальнейшей реализации правовых, надзорных, образовательных мероприятий в рамках ответственного самолечения.

На современном этапе развития здравоохранения для осуществления мониторинга особую актуальность приобретает разработка индикаторов оказания медицинской и фармацевтической помощи как показателей, используемых для оценки такой помощи, косвенно отражающих качество ее основных составляю-

щих: структуры, процессов и результатов [4]. Индикаторы должны отражать такие характеристики медицинской помощи как результативность, рациональность, безопасность, экономическая эффективность, доступность, своевременность [3]. Индикаторы могут использоваться для оценки существующих структур и процессов в фармацевтическом секторе. Они способствуют выявлению проблемных областей в различных частях системы и позволяют определить приоритетность дальнейших действий.

Внедрение надлежащей аптечной практики предполагает развитие системы индикаторов для оценки результативности различных мероприятий по самолечению в аптеке (табл. 1). Изменение объема реализации «проблемных» препаратов с целью самолечения проводилось в Дальневосточном регионе. По результатам проведенного анкетирования населения Хабаровского края выявлено, что большая часть пациентов приобретает нестероидные противовоспалительные препараты для купирования болевого синдрома в рамках самолечения. Анализ потребления данной группы препаратов на примере розничных продаж аптечных организаций показал реализацию препаратов (метамизол натрия, индометацин), традиционно применяемых населением в рамках самолечения, но обладающих большим риском возникновения побочных действий и осложнений фармакотерапии, что отличается от международной практики применения обезболивающих препаратов [9].

Для определения эффективности информационной работы при безрецептурном отпуске лекарственных препаратов были разработаны девять индикаторов и методика, включающая определение групп кон-

Таблица 1

**Примеры индикаторов для документирования аптечной практики
(Проект ВОЗ по фармации, 2001 г.)**

Виды индикаторов	Примеры индикаторов
Индикаторы структуры	<ul style="list-style-type: none"> - наличие препаратов, - доступ специалистов аптеки к справочной литературе, - наличие условий для доверительной беседы с посетителями аптеки, - наличие и доступность фармацевтов.
Индикаторы процесса	<ul style="list-style-type: none"> - степень знания продукции, - качество обслуживания, - подготовка сотрудников.
Индикаторы результативности	<ul style="list-style-type: none"> - количество рекомендаций по самолечению, - число больных, проконсультированных без продажи им медикаментов, - изменение потребления «проблемных» ЛП, - количество пациентов, направленных на прием к врачу, - количество проектов по самолечению, выполненных в сотрудничестве с другими медицинскими специалистами.

тролируемых индикаторов. Предложены расчеты индикаторов информационно-технической обеспеченности, индикаторов квалификации специалистов, индикаторов информационной работы, анализ индикаторов, организация мероприятий по повышению эффективности информационной работы [2]. Предложенные индикаторы носят количественное выражение, что позволяет проводить сравнительный анализ работы аптечных организаций.

В нормативной документации по фармацевтической деятельности в РФ практически не введен ни один из индикаторов как нормативный критерий оценки мероприятий аптеки по консультированию в рамках ответственного самолечения. Однако современные направления деятельности аптек в формировании здорового образа жизни, повышению безопасности фармакотерапии заставляют использовать предложенные индикаторы и разрабатывать новые показатели, с помощью которых возможно улучшение деятельности аптек в рамках ответственного самолечения.

Целью настоящей работы стало изучение значимости предложенных индикаторов деятельности аптечных организаций в рамках самолечения с помощью изучения мнения фармацевтических работников.

Материалы и методы

Исследования проводились в 2012–2013 гг. с помощью анкетирования провизоров аптек различных форм собственности. Анкета состояла из 30 индикаторов, которые формировались из предложенных ВОЗ критериев и данных научных исследований. Оценка значимости индикатора проводили по пятибалльной шкале, позволившей определить индивидуальную степень значимости определенного критерия. Степень значимости определялась в баллах, лежащих в границах от 1 (не влияет) до 5 (оказывает сильнейшее влияние). Респонденты – специалисты с высшим фармацевтическим образованием аптечных организаций Хабаровского края (62 человека) со стажем фармацевтической деятельности более десяти лет.

Для обработки полученной информации методами математической статистики определили параметры распределения данных, а именно с помощью квантильного анализа полученного ряда [1].

Квантильный анализ – способ описания группы измерений, где под квантилем подразумевается точка на числовой шкале, которая делит совокупность наблюдений на группы с соответствующими пропорциями.

Было определено, что разделение полученного ряда на четыре части будет наиболее приемлемым для определения значимости групп данных.

Данные распределялись в порядке, от наибольшего к наименьшему среднему балу с учетом распределения по группам.

Результаты и обсуждение

Средний бал оценки индикаторов, позволяющих анализировать мероприятия аптеки по процессам

самолечения, представлены в таблице 2. Группа I является наиболее значимой для проведения дальнейших улучшений при оценке состояния работы аптеки в рамках самолечения.

Значимые результаты были получены для индикаторов информационно-технической обеспеченности, позволяющих быстро и качественно получить информацию по использованию лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента. Важными оказались индикаторы, позволяющие оценить подготовку фармацевтических специалистов по вопросам самолечения. Высокий балл получил индикатор по регистрации побочных реакций по применению ЛП, что говорит о необходимости дальнейшей работы по фармаконадзору на уровне розничных аптечных организаций.

Значимыми оказались все индикаторы структуры, в том числе позволяющие вести доверительные беседы с пациентом. Среди индикаторов результативности важными оказались показатель о количестве консультаций по вопросам самолечения и число направленных пациентов к врачу, что говорит о понимании профессиональной этики среди фармацевтических работников в рамках рекомендаций по использованию ЛП.

Группа IV является наименее значимой для провизоров по оценке работы аптечной организации. В эту группу вошли индикаторы, характеризующие реализацию ЛП без доказанной эффективности или не входящие в стандарты оказания медицинской помощи. Это скорее свидетельствует об отсутствии доступной информации о доказательной базе многих, в том числе безрецептурных лекарственных препаратов. В тоже время Бады не всегда рассматриваются мерами профилактики при самолечении населения. Отсутствие опыта взаимодействия с медицинскими работниками по различным проектам по самолечению не позволили вывести этот показатель как важный для оценки работы аптеки.

Незначимые индикаторы, которые планировались вывести из системы оценки в аптечной организации, показали пробелы в информационных, образовательных мероприятиях, проводимых в сфере здравоохранения.

Выводы

Таким образом, при изучении международных и российских исследований выявлены индикаторы для оценки деятельности аптечных организаций в рамках самолечения. С помощью изучения мнения фармацевтических работников проведена оценка значимости индикатора, позволяющая проведение дальнейших улучшений при оценке состояния работы аптеки в рамках самолечения. Информационное сопровождение, подготовка фармацевтических работников, наличие протоколов для консультирования по различным симптомам являются необходимыми составляющими качественного консультирования в рамках самолечения.

**Группы значимости критериев по результатам опроса
фармацевтических работников (n = 62)**

Индикатор	Средний балл	Группа
Обеспеченность компьютерами на одного специалиста	4,95	I
Обеспеченность точками интернет-доступа на одного специалиста	4,89	
Обеспеченность периодическими изданиями на одного специалиста	4,84	
Удовлетворенность клиента консультированием по самолечению	4,79	
Обеспеченность справочными изданиями на одного специалиста	4,79	
Степень знания продукции фармацевтическими специалистами	4,74	
Подготовка сотрудников аптек по вопросам самолечения	4,74	
Доступ фармацевтических специалистов к справочной литературе	4,74	
Запасы медикаментов в аптеке в днях	4,68	II
Количество сообщений от населения о неблагоприятных побочных реакциях на ЛП, МИ	4,63	
Количество рекомендации по самолечению (в месяц, в неделю, за один день)	4,58	
Среднее число безрецептурных препаратов, отпущенных одному пациенту	4,58	
% реализации медицинских изделий в целях самопомощи	4,42	
Реализация ЛП в упаковках различных групп препаратов на уровне города, края (области)	4,32	
% пациентов (из числа опрошенных), которым были отпущены антибиотики	4,28	III
Наличие в аптеке условий для доверительной беседы с посетителем	4,26	
Реализация ЛП в деньгах различных групп препаратов на уровне города, края (области)	4,26	
Средняя стоимость медикаментов из расчета на 1 пациента	4,22	
Наличие и доступность фармацевтических работников	4,16	
Количество пациентов, направленных на прием к врачу	3,95	
Наличие протоколов для консультирования по различным симптомам в рамках самолечения.	3,95	
Количество рекламаций по качеству медикаментов	3,84	
Количество проектов по самолечению, выполненных в сотрудничестве с другими медицинскими специалистами	3,80	IV
Формуляр по ЛП безрецептурного отпуска	3,79	
Число больных, проконсультированных без продажи им медикаментов	3,63	
% реализации БАДов для профилактики	3,56	
Использование ЛП, не входящих в стандарты и порядки оказания медицинской помощи	3,53	
Изменение потребления проблемных ЛП (без доказанной эффективности)	3,42	
Использование российских ЛП в рамках самолечения	3,32	

Список литературы

1. Васильков, Ю. В. Статистические методы в управлении предприятием: доступно всем / Ю. В. Васильков, Н. Иняц. – М.: РИА «Стандарты и качество», 2008. – 280 с.
2. Казымова, Г. Ш. Методические подходы к совершенствованию информационного обеспечения безрецептурного отпуска лекарственных средств: автореф. дис. ... канд. фармацевт. наук. – Пермь, 2009. – 26 с.
3. Методические подходы к формированию актуальных индикаторов качества медицинской помощи / А. С. Юрьев, М. В. Авксентьева, П. А. Воробьев, С. Н. Горбунов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 8. – С. 9-15.
4. Полубенцева, Е. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: метод. рекомендации / Е. И. Полубенцева, Г. Э. Улумбекова, Г. И. Сайткулов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 60 с.
5. Проект ВОЗ по фармации в ННГ совместно с сотрудничающим Центром ВОЗ по лекарственной политике и развитию фармацевтической практики. – Копенгаген (Дания), 2001.
6. Сулейманов, С. Ш. Ответственное самолечение: ликвидируя упущения / С. Ш. Сулейманов, Н. В. Кирпичникова // Рос. аптеки. – 2008. – № 13. – С. 8-10.
7. Фармацевтическая опека: курс лекций / под ред. В. Ш. Черных, И. А. Зупанца, В. А. Усенко. – Харьков: Мегаполис, 2006. – 608 с.
8. Федина, Е. А. Справочник провизора консультанта / Е. А. Федина. – М.: МЦФЭР, 2005. – 335 с.
9. Шамина, Я. А. Региональные аспекты самолечения боли по результатам анкетирования посетителей аптек и данным розничных продаж аптечных организаций / С. Ш. Сулейманов, Н. В. Абросимова // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2011. – №2 (48). – С. 83-86.
10. The European Commission 1997 // Pharm. J. – 1997. – № 258. – P. 354–355.

ИНФОРМАЦИЯ**План
научно-практических конференций, семинаров,
съездов, симпозиумов, конгрессов министерства
здравоохранения Хабаровского края на 2014 год**

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
1	XVI Краевой конкурс молодых ученых и аспирантов. Секция «Медицинские науки»	январь	Капитоненко Николай Алексеевич – д.м.н., профессор, проректор по научной и лечебной работе ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
2	Научно-практическая конференция «Прикладные вопросы профилактики, диагностики, клинико-лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, СПИД-ассоциированных заболеваний, кровоконтактных вирусных гепатитов»	I квартал	Кузнецова Анна Валерьевна – к.м.н., главный врач КГКУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
3	Школы-семинары по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний совместно с Российским национальным обществом кардиологов	январь-ноябрь (1 раз в квартал)	Петричко Татьяна Алексеевна – д.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
4	Научно-практическая конференция службы крови 1 зоны Российской Федерации «Актуальные вопросы трансфузиологии в учреждениях здравоохранения Хабаровского края»	12–13 февраля	Кожемяко Оксана Валерьевна – главный врач КГБУЗ «Станция переливания крови»
5	Научно-практическая конференция «Клещевые инфекции»	март	Макарова Татьяна Евгеньевна – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой инфекционных болезней и дерматовенерологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
6	Семинар «Новые технологии в лечении сахарного диабета»	март	Ушакова Ольга Вячеславовна – д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
7	Семинар «Новые подходы к оплате труда медицинских работников. Переход на эффективный контракт работников медицинских организаций»	28 марта	Ступак Валерий Семенович – главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр» Белозерова Елена Викторовна – начальник отдела заработной платы, охраны труда и социального партнерства министерства здравоохранения Хабаровского края
8	71-я итоговая конференция молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы современной медицины»	14–17 апреля	Капитоненко Николай Алексеевич – д.м.н., профессор, проректор по научной работе ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
9	Медицинское обеспечение детей в летних оздоровительных организациях	15 апреля	Васильева Жанна Борисовна – начальник отдела помощи женщинам и детям министерства здравоохранения Хабаровского края
10	Научно-практическая конференция, посвященная 25-летию кафедры анестезиологии и реаниматологии ДВГМУ «Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии»	апрель	Гороховский Вадим Семенович – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
11	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы педиатрии и неонатологии»	апрель	Сенькевич Ольга Александровна – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
12	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы кардиологии»	II квартал	Жарский Сергей Леонидович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
13	Научно-практическая конференция «Современные подходы в лечении и диагностике аллергических заболеваний»	апрель	Васильева Маргарита Михайловна – к.м.н., заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
14	Научно-практическая конференция «Эпидемиологическая характеристика туберкулезной инфекции в Хабаровском крае»	апрель	Свистунова Вера Павловна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой фтизиатрии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
15	III Дальневосточная научно-практическая конференция по дерматологии и косметологии «Красота и здоровье»	май	Аршинский Марк Иванович – главный врач КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»
16	Выездной семинар «Управление сахарным диабетом 2 типа» с. Троицкое Нанайского района	май	Ушакова Ольга Вячеславовна – д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
17	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы реабилитологии» (в рамках XIII Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	23 мая	Сковычева Лариса Дмитриевна – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой реабилитологии и немедикаментозных методов лечения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
18	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы дерматовенерологии» (в рамках XIII Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	20–23 мая	Некипелова Алла Владимировна – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
19	XV Научно-практическая конференция, посвященная Дню медицинской сестры «Инфекционная безопасность в ЛПУ в современных условиях»	14 мая	Мансветова Екатерина Феликсовна – заведующая кафедрой сестринского дела КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
20	Научно-практическая конференция «Инновационные технологии в гематологии» (в рамках XIII Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	21 мая	Молостцова Валентина Захаровна – главный внештатный специалист гематолог-трансфузиолог, по разделу гематологии министерства здравоохранения Хабаровского края заведующая гематологическим отделением КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.И. Сергеева»
21	III Дальневосточный симпозиум по перинатальной медицине «Реализация перинатальных технологий на региональном уровне. Достижения, проблемы, перспективы» (в рамках XIII Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	21 мая	Ступак Валерий Семенович – д.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
22	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии» (в рамках XIII Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	22 мая	Сухотин Станислав Константинович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
23	Выездная конференция «Избранные вопросы трансфузиологии», г. Комсомольск-на-Амуре	20 мая	Шихмирзаев Тахир Алхилавич – заведующий оргметодотделом КГБУЗ «Станция переливания крови», ассистент кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
24	Межрегиональная научно-практическая конференция «Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в ДВ регионе» (в рамках XIII Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	22 мая	Егоров Виктор Васильевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
25	Научно-практическая конференция «Современные аспекты лечения и профилактики аллергических заболеваний кожи» (в рамках XIII Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	23 мая	Некипелова Алла Владимировна – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
26	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы онкологии» (в рамках XIII Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	21 мая	Коваленко Виталий Леонидович – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой онкологии и патоморфологических дисциплин КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
27	XIII Международный конгресс «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»	20–22 мая	Чижова Галина Всеволодовна – д.м.н., профессор, ректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
28	Краевая телеконференция, посвященная Дню защиты детей «Актуальные вопросы детской стоматологии»	2 июня	Лучшева Лариса Файзылхановна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой стоматологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
29	Дальневосточный съезд ревматологов	23–25 июня	Оттева Эльвира Николаевна – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
30	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии»	26 июня	Ракицкий Геннадий Франкович – главный врач КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница»
31	Выездная конференция «Избранные вопросы трансфузиологии», п. Охотск	15 августа	Шихмирзаев Тахир Алхилавич – заведующий оргметодотделом КГБУЗ «Станция переливания крови» ассистент кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
32	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы патологической анатомии в Хабаровском крае»	сентябрь	Евсеев Алексей Николаевич – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
33	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы кардиохирургии и сосудистой хирургии»	сентябрь	Бондарь Владимир Юрьевич – д.м.н., заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
34	Научно-практическая конференция «Современные возможности гибкой эндоскопии желудочно-кишечного тракта»	26–27 сентября	Денисова Елена Вячеславовна – заместитель главного врача по оргметодработе КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея»
35	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы реализации государственной целевой программы развития системы здравоохранения до 2020 года»	сентябрь	Ступак Валерий Семенович – д.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
36	Региональный конкурс гигиенистов стоматологических. Симпозиум «Гигиенист стоматологический». Мастер-классы	4–5 сентября	Лучшева Лариса Файзылхановна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой стоматологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
37	XI Научная конференция «Актуальные вопросы экспериментальной биологии и медицины»	октябрь	Сазонова Елена Николаевна – д.м.н., заведующая кафедрой нормальной физиологии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
38	Научно-практическая конференция оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока	октябрь	Кокорина Виктория Эдуардовна – д.м.н., заведующая кафедрой оториноларингологии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
39	Выездная конференция «Избранные вопросы трансфузиологии», пос. Чегдомын	6 октября	Шихмирзаев Тахир Алхилавич – заведующий оргметодотделом КГБУЗ «Станция переливания крови» министерства здравоохранения Хабаровского края, ассистент кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
40	Школа-семинар «Диагностика и лечение поздних осложнений сахарного диабета»	октябрь	Ушакова Ольга Вячеславовна – д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
41	Научно-практическая конференция, посвященная 65-летию подготовительного отделения народов Севера	октябрь	Ситников Валерий Николаевич – директор Хабаровского медицинского колледжа
42	День специалиста дерматовенеролога	22 октября	Музыченко Юлия Сергеевна – заместитель главного врача по медицинской части КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	ФИО, должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
43	Научно-практическая конференция «Реконструктивные и пластические аспекты в травматологии и ортопедии»	октябрь	Березуцкий Сергей Николаевич – к.м.н., заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО «Дальневосточный медицинский университет» Минздрава России
44	Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы клинической диагностики в современных условиях»	30–31 октября	Жмеренецкий Константин Вячеславович – д.м.н., доцент, проректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, заведующий кафедрой клинической диагностики ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
45	Научно-практическая конференция «Особенности туберкулеза и ВИЧ-инфекции на территории Хабаровского края»	ноябрь	Свистунова Вера Павловна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой фтизиатрии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России
46	Школа лечения инфекций, передающихся половым путем	11 ноября	Аршинский Марк Иванович – главный врач КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»
47	Краевая научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения высокопатогенного гриппа»	декабрь	Кузнецова Анна Валерьевна – к.м.н., главный врач КГКУЗ «Центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
48	Краевая научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения в эндокринологии»	11 декабря	Ушакова Ольга Вячеславовна – д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
49	Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы пульмонологии»	декабрь	Добрых Вячеслав Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России

**И.о. начальника управления организации
лечебно-профилактической помощи населению
И.А. Баглай**

Указатель статей, опубликованных в 2013 г.

Передовые статьи

Савкова В.М., Савков Д.С. Трудные вопросы модернизации системы оказания медицинских услуг. – № 2 (56) – С. 4–8.

Безотецкая И.П., Новгородова А.А., Кирпичникова Н.В. Специфика применения дистанционных образовательных технологий при реализации дополнительных профессиональных образовательных программ по медицинским и фармацевтическим специальностям (на примере Хабаровского края). – № 3 (57) – С. 4–8.

Топалов К.П., Трембач Т.Г. Экстренная хирургическая помощь в Хабаровском крае при острых заболеваниях органов брюшной полости: состояние и тенденции. – № 3 (57) – С. 9–21.

Дьяченко В.Г., Шиганцова Н.В., Чижова Г.В. Аборт – кривое зеркало демографии (история абортов в России). – № 4 (58) – С. 3–7.

Топалов К.П., Лобастова О.В., Развин С.Б. Смертность как критерий оценки здоровья населения Хабаровского края: состояние и тенденции. – № 4 (58) – С. 7–12.

Экономика и организация здравоохранения

Черкасов С.М., Курбетьев С.Г., Галеса С.А. Анализ удовлетворенности условиями труда и быта врачей-стоматологов в условиях модернизации отрасли на примере города Хабаровска. – № 2 (56) – С. 9–12.

Донкан И.М. Инвалидность как основа социальной эксклюзии: пути преодоления ситуации. – № 2 (56) – С. 13–17.

Черкасов С.М. Рынок стоматологических услуг и его функции. – № 4 (58) – С. 13–16

Оригинальные исследования

Егоров В.В., Дутчин И.В., Сорокин Е.Л., Шишкин С.А. Структура аномалий рефракции у пациентов, планирующих на рефракционную хирургию. – № 1 (55) – С. 4–6.

Климкович Н.М., Левкова Е.А., Васильева М.М., Переславцева Е.Г., Чурина О.Г. Субклинический гипотиреоз: результаты лабораторного скрининга в г. Хабаровске. – № 2 (56) – С. 18–21.

Махмудова Ж.А., Зурдинов А.З. Состояние системы гемостаза у кроликов с моделированным ка-

техоламиновым кардионекрозом в разные периоды акклиматизации к высокогорью. – № 2 (56) – С. 21–23.

Посвалюк Н.Э., Савин С.З., Левкова Е.А., Турков С.Л. Адаптации личности в социуме – информационные модели. – № 2 (56) – С. 24–28.

Коган М.П., Новикова В.В., Уткин С.И., Егоров В.В., Сорокин Е.Л. Предоперационная подготовка к офтальмохирургическим вмешательствам больных сахарным диабетом 2 типа с учетом тяжести их соматического состояния. – № 3 (57) – С. 22–26.

Полухина Е.В. Эктопическая кальцификация периартикулярных тканей у диализных больных: возможности ультразвукового метода. – № 3 (57) – С. 27–29.

Оттева Э.Н. Концепция «Лечение до достижения цели (T2T)» в реальной клинической практике. – № 3 (57) – С. 30–37.

Янчук В.П., Воловик В.Е. Рентгенологические параллели и особенности костного метаболизма в прогрессировании сколиотических деформаций позвоночника. – № 3 (57) – С. 38–43.

Терещенко Ю.А., Сидоренко Т.К., Авакян А.Г., Сорокин Е.Л. Ретроспективный анализ ближайших и отдаленных осложнений имплантации отрицательной интраокулярной линзы. – № 4 (58) – С. 17–19

Обмен опытом

Егоров В.В., Смолякова Г.П. Роль полинасыщенных жирных кислот Омега-3 в патогенезе заболеваний глаза и его придаточного аппарата. Перспективы применения в офтальмологии. – № 1 (55) – С. 7–11.

Морозов В.А., Басенко И.Н., Морозов Р.В., Пестерев С.В. Опыт использования ранорасширителя Мини-Ассистент при урологических операциях в условиях центральной районной больницы. – № 1 (55) – С. 11–13.

Муратова Т.В., Васильева О.Г., Малкова М.В., Шиповалова М.А. Опыт применения лекарственного электрофореза в комбинированном лечении больных противотуберкулезного диспансера. – № 1 (55) – С. 13–15.

Оттева Э.Н., Суханова Л.А., Горлач О.А. Опыт применения биологической терапии в лечении ювенильного ревматоидного артрита. – № 1 (55) – С. 16–19.

Савеленко Т.Л., Тищенко Т.И., Морозова И.С. Опыт наблюдения новорожденных, поступивших в поликлинику в 2010–2012 годах, проводимого в рамках национального проекта «Здоровье» в ранней диагностике патологии. – № 1 (55) – С. 19–21.

Кузнецова Т.Л., Тупикина Е.В. Опыт организации контроля качества восстановительного лечения в КГБУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации». – № 2 (56) – С. 29–32.

Морозов В.А., Морозов Р.В., Басенко И.Н. Холецистэктомия с помощью набора мини-ассистент как метод выбора в условиях КГБУЗ «Амурской центральной районной больницы». – № 2 (56) – С. 33–35.

Левкова Е.А., Смиренина И.В., Колесникова С.М., Егорова Е.А. Перспективы этиологического лечения женщин со вторичными формами стерильности. – № 2 (56) – С. 35–39.

Бердникова Т.В., Семенченко Е.К. Оценка влияния антидепрессантов на депрессию при лечении алкогольной и наркотической зависимости. – № 3 (57) – С. 44–47.

Калашников К.А., Янчук В.П. Устройство для проведения ангиокардиографии. – № 3 (57) – С. 48–49.

Константинов С.В., Макарова Т.Е. Применение виферона при лечении ОРВИ у детей. – № 3 (57) – С. 50–51.

Кожемяко О.В., Диянкова Л.Л., Бакулина А.Ю., Найдёнова М.Ю., Гринчук Е.В., Шихмирзаев Т.А. Опыт работы иммуногематологической лаборатории по выявлению антиэритроцитарных антител у доноров г. Хабаровска в 2007–2012 гг. – № 3 (57) – С. 52–54.

Некипелова А.В., Мрачковская А.И. Радиобиологические механизмы действия альфа-излучения в лечении кожных заболеваний. – № 3 (57) – С. 55–58.

Смирнов Д.В., Гуцул И.А., Засорин А.С. Морфологические исследования рака молочной железы. – № 3 (57) – С. 59–62.

Ступак В.С., Подворная Е.В., Губченко М.А. Основные мероприятия по ослаблению факторов риска развития перинатальной патологии в региональной системе родовспоможения. – № 3 (57) – С. 62–65.

Новикова Н.В., Чижова Г.В., Рамзина Т.Н., Шошкина Ю.В., Ермак В.А. Хирургическое лечение бесплодия: 17 лет спустя. – № 4 (58) – С. 20–22.

Ушакова О.В., Химиченко О.В., Билько Т.В., Унитис Н.В., Алейникова Л.Ю. Обоснование системы реабилитационной помощи больным с онкопатологией на примере Амурской области. – № 4 (58) – С. 23–28.

Поротиков В.Т., Писарева И.Г., Катик А.А. Работа службы медицины катастроф в условиях чрезвычайной ситуации при ликвидации последствий паводка в Хабаровском крае. – № 4 (58) – С. 29–31.

Кравченко В.А., Лучшева Л.Ф., Бондаренко Л.В., Тармаева С.В. Актуальные вопросы ведения медицинской карты стоматологического больного. – № 4 (58) – С. 32–34.

Клинические наблюдения

Кондрашин В.Н., Ри Хан Дин. Редкий случай диагностики артерио-мезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки в эндоскопической практике. – № 2 (56) – С. 40–41.

Гуськова Н.М., Новак Т.В., Путилина О.В., Ивченко И.О., Филонов В.А., Пашкина С.А., Клименко О.В. Опухоль головного мозга у ребенка 6 месяцев. – № 3 (57) – С. 66–68.

Кошевой А.В., Кожевников А.В., Шепичев Е.В., Топалов К.П. Гигантская гигрома правого плечевого сустава с интра-, экстраторакальным ростом. – № 3 (57) – С. 69–71.

Новикова Н.В., Чижова Г.В., Рамзина Т.Н., Шошкина Ю.В., Ермак В.А. Роль оперативных методов лечения бесплодия. – № 3 (57) – С. 71–73.

Нетребенко В.Н., Брежева Т.С., Чигринцев В.А. Случай выявления опухоли забрюшинного пространства в хирургическом отделении КГБУЗ «Николаевской на-Амуре ЦРБ». – № 3 (57) – С. 74–75.

Харечко А.В., Сапега Н.Н., Гельмутдинов Д.Д. Первый зарегистрированный случай гранулацитарного анаплазмоза человека во внутренних войсках МВД России. – № 4 (58) – С. 35–36.

Сапега Н.Н., Костюченко П.Б., Малахов А.М., Каргина Е.С., Журавлев А.М., Гельмутдинов Д.Д. Случай эндометриоза червеобразного отростка у военнослужащей внутренних войск МВД России. – № 4 (58) – С. 37–38.

Левинская Д.И. Клинический случай синдрома larva migrans. – № 4 (58) – С. 38–40.

В помощь практическому врачу

Воропаев С.Ф., Терёшин К.Я. Реабилитационные технологии в профилактической и клинической медицине. – № 1 (55) – С. 22–24.

Данилова Л.П., Егоров В.В., Смолякова Г.П. Современное состояние проблемы возрастной макулярной дегенерации: клинико-эпидемиологические аспекты, этиопатогенез, классификация, основные принципы диагностики, лечения и профилактики заболевания. – № 1 (55) – С. 25–33.

Макарова Т.Е., Просокова Т.Н., Ганза В.Н., Цоралева Н.В., Алтухов В.А. Дифференциальная диагностика герпетического менингоэнцефалита. – № 1 (55) – С. 34–36.

Методические рекомендации по лечению гриппа А/Н1N1/2009 Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов». – № 1 (55) – С. 37–43.

Колесникова С.М., Кравчук А.В., Дубинин И.В., Мартышкин А.Ю., Вакулова Е.В. О безопасности назальных сосудосуживающих препаратов у детей раннего возраста. – № 2 (56) – С. 42–43.

Потемкина Е.М., Ульянова Е.А. Демодекоз – возможности лечения. – № 2 (56) – С. 44–45.

Кортаева Н.И. Клинический случай глазного дирофиляриоза. – № 2 (56) – С. 46–47.

Макарова Т.Е. Проблема пневмококкового менингита у детей и возможности его профилактики. – № 2 (56) – С. 47–50.

Некпелова А.В., Власова В.Г., Лунёва Т.Г. Возможности использования азотно-кремнистых термальных вод в лечении больных хроническими рецидивирующими дерматозами в Специализированной больнице восстановительного лечения «Анненские воды». – № 2 (56) – С. 51–57.

Богатова Е.Н., Малявина О.М., Мещерякова Н.А. Цитологическая диагностика в онкогинекологии (анализ деятельности лаборатории клинической патоморфологии и цитологии КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» МЗ ХК). – № 3 (57) – С. 76–80.

Осипов А.Л., Воловик В.Е., Рыков А.Г. Использование артроскопии в лечении патологии плечевого сустава. – № 3 (57) – С. 80–83.

Филиппова В.В., Кузнецова Е.Ю., Карманова Е.Ж., Прасова М.В., Колесникова С.М. Стеноз легочной артерии у новорожденных. – № 4 (58) – С. 44–45.

Некпелова А.В., Назаревская Т.И., Волков С.М. Новые технологии в терапии псориаза. – № 4 (58) – С. 46–49.

Ушакова О.В. Анализ влияния технологий на уровень компенсации углеводного обмена у больных сахарным диабетом 1 типа. – № 4 (58) – С. 50–52.

Некпелова А.В., Власов В.Г., Лунёва Т.Г. Применение низкоминерализованной слабосульфидной иловой грязи в комплексной терапии больных вульгарным и артропатическим псориазом. – № 4 (58) – С. 51–57.

Клиническая лекция

Егоров В.В., Коленко О.В. Диагностика и лечение диабетической ретинопатии. – № 1 (55) – С. 44–52.

Плющенко В.Н. Здоровье населения: методические подходы к изучению. Расчет, оценка и прогнозирование основных параметров. – № 4 (58) – С. 70–78.

Фармация

Хребет А.А., Абросимова Н.В., Шац П.В., Стенькина В.А., Шандренко М.Е., Савченко А.Н. Применение методов фармацевтического менеджмента к оптимизации лекарственного обеспечения на примере психоневрологического интерната. – № 1 (55) – С. 53–60.

Абросимова Н.В., Крюкова И.В., Бадяев И.В. Оценка работы аптечной организации в рамках ответственного самолечения. – № 4 (58) – С. 79–83.

Обзор литературы

Кузьмичев П.П., Пинигина А.Г., Незатаенко Ю.Н. Оперативное лечение энкопреза у детей. – № 1 (55) – С. 61–67.

Ким Е.С. Фармакологические методы профилактики послеоперационной тошноты и рвоты (обзор литературы). – № 3 (57) – С. 84–89.

Ушакова О.В. Оценка влияния уровня компенсации углеводного обмена на риск развития и прогрессирования хронических сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом по результатам мета-анализа рандомизированных контролируемых исследований. – № 3 (57) – С. 90–94.

Панёнков А.Н., Бояринцев Н.И., Черненко Е.Н. Современные методы диагностики и оперативного лечения аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка (обзор литературы). – № 4 (58) – С. 58–63.

Деменев В.А., Yogo Y., Sekino Y., Савин С.З. Результаты изучения генетического разнообразия JC-вируса человека в этнических группах населения Северо-восточной Азии в контексте реконструкции хронологических и этнических процессов заселения человеком Евразии. – № 4 (58) – С. 64–69.

История медицины

Егоров В.В., Сорокин Е.Л. Двадцать пять лет научной деятельности Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России. Итоги и перспективы. – № 2 (56) – С. 58–62.

Егоров В.В., Бадюгина С.П., Сорокин Е.Л. Хабаровский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России – 25 лет на охране здоровья жителей Дальнего Востока. – № 2 (56) – С. 62–67.

Проблемы образования и повышения квалификации

Гончар В.В., Стеценко Е.Г. Опыт организации практической подготовки интернов по специальности «Стоматология общей практики» на базе стоматологической клиники Института повышения квалификации специалистов здравоохранения. – № 1 (55) – С. 68–70.

В память о коллеге

Белозуб В.А. К 95-летию С.И. Сергеева. – № 3 (53). – С. 64–67.

Коваленко В.Л. К 70-летию со дня рождения Киндялова Владимира Матвеевича. – № 1 (51). – С. 68–69.

Информация

Кожемяко О.В., Голованов Е.Б., Шихмирзаев Т.А. Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы трансфузиологии в учреждениях здравоохранения Хабаровского края». – № 1 (55) – С. 71–74.

План научно-практических конференций, семинаров, съездов, симпозиумов, конгрессов министерства здравоохранения Хабаровского края на 2014 год. – № 4 (58) – С. 84–90.

Приложение

Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической эндокринологии». – № 1 (55) – С. 75–93.

Кожемяко О.В., Шихмирзаев Т.А., Голованов Е.Б., Бакулина А.Ю. Всемирный день донора. События и люди. – № 2 (56) – С. 68–70.

Материалы научно-практической конференции Службы крови I зоны России «Актуальные вопросы трансфузиологии в учреждениях здравоохранения Хабаровского края», г. Хабаровск (13–14 февраля 2013 г.). – № 2 (56) – С. 71–95.

Материалы XII Международного Конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения», г. Хабаровск (28–31 мая 2013 г.): Материалы Итоговой научно-практической конференции интернов и ординаторов и Конкурса молодых ученых. – № 2 (56) – С. 98–120.

Материалы Круглого стола «Профилактика заболеваний и охрана здоровья коренных малочисленных народов Дальнего Востока». – № 2 (56) – С. 121–136.

Анонс научно-практических мероприятий (конференций, семинаров, мастер-классов) министерства здравоохранения Хабаровского края на октябрь–декабрь 2013 года – № 3 (57) – С. 95–98.

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 1/3 страницы, с указанием 3–5 ключевых слов;

в) один экземпляр сопроводительного направления;

г) электронный вариант на CD- или DVD-диске, flash-накопителе с текстом и таблицами в формате Word (DOC или RTF), рисунками в форматах TIFF, PSD, JPG (разрешение не ниже 300 dpi) для растровой графики, CDR, AI – для векторной графики. Допустимы таблицы и диаграммы в формате Excel (XLS).

4. На первой странице статьи должны быть: УДК, ее название, фамилии и инициалы авторов, полное, без сокращений, наименование учреждения. Второй экземпляр статьи подписывается всеми авторами с указанием фамилии, имени, отчества и почтового адреса автора для переписки, а также номеров контактных телефонов. Материал статьи должен быть тщательно выверен, без обширных исторических и литературных сведений, без орфографических ошибок и опечаток. Цитаты, формулы, дозы лекарственных средств визируют на полях. В формулах необходимо размечать:

а) строчные «а» и прописные «А» буквы (прописные обозначают двумя черточками снизу, строчные – сверху);

б) латинские (подчеркивают синим карандашом) и греческие (красным) буквы;

в) подстрочные (р.) и надстрочные (Ю) буквы и цифры.

5. Иллюстрации (фотографии, графики, схемы, карты и др.) представляют в черно-белом варианте

в двух экземплярах. Фотографии должны иметь контрастное изображение на плотной глянцевой бумаге, без изгибов и повреждений. Рисунки, схемы и карты исполняются черной тушью на плотной бумаге или при помощи компьютерной графики. На обороте каждой иллюстрации простым карандашом указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора, верх и низ. Подрисуночные подписи печатают на отдельном листе с указанием номеров рисунков, их названий и объяснением условных обозначений. При представлении микрофотографий должны быть указаны метод окраски и кратность увеличения.

6. Таблицы представляются на отдельных листах. Они должны быть компактными, иметь название, а головка (шапка) таблицы – точно соответствовать содержанию граф. Цифровой материал необходимо представить статистически обработанным. Фото-таблицы не принимаются.

7. Сокращения терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Названия фирм, предприятий-изготовителей медикаментов, реактивов и аппаратуры следует давать в оригинальной транскрипции с указанием страны-производителя. Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ).

8. Пристатейный библиографический список печатают на отдельном листе. Представляют только относящиеся к обсуждаемому вопросу работы на русском и других языках. Список должен быть оформлен в соответствии с ГОСТ 7.1–84 «Библиографическое описание документа» с учетом новейших изменений. Все источники должны быть пронумерованы и соответствовать нумерации (в квадратных скобках) в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные материалы не принимаются. Объем библиографического списка не должен превышать 25 источников.

9. Не подлежат представлению в редакцию статьи, направленные для опубликования в другие журналы или уже опубликованные.

10. Все присланные статьи рецензируются. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать поступившие материалы. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу. Статьи, не принятые к опубликованию, авторам не возвращаются. Переписка между авторами и редакцией в таких случаях не ведется.

11. Редакция оставляет за собой право размещать фрагменты статей, резюме в массовых электронных базах данных и web-страницах Internet.

12. При невыполнении указанных правил статьи к публикации не принимаются.

Уважаемые
рекламодатели!

Предлагаем разместить
необходимую вам рекламу
в журнале «Здравоохранение
Дальнего Востока».
Расценки самые низкие
в регионе!

*Наш адрес: 680009, г. Хабаровск,
ул. Краснодарская, 9.*

*Связаться с нами можно по:
тел./факсу: **72-87-15**,
e-mail: **izdat@ipksz.khv.ru***