

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

ISSN 1728-1261



Современные тенденции медико-демографической ситуации в Хабаровском крае: научно-практический срез

стр. 16



Эффективность пневмококковой вакцины у взрослых пациентов с бронхолегочными заболеваниями в Хабаровском крае

стр. 36



Актуальные вопросы установления диагноза профессионального заболевания

стр. 56

№ 3 (65) сентябрь 2015 г.



Здравоохранение – это здоровье, качество жизни

6–7 сентября 2015 года в центральном выставочном комплексе «Экспоцентр» в Москве состоялся Форум ОНФ России по вопросам здравоохранения «За качественную и доступную медицину!». Именно Президент России, лидер ОНФ Владимир Путин на втором Форуме действий поручил провести мероприятие, посвященное обсуждению актуальных проблем и перспектив развития системы здравоохранения, Общероссийскому народному фронту.



В работе были задействованы более 600 человек, среди которых члены Правительства, руководители федеральных ведомств, региональные активисты ОНФ, а также эксперты в сфере здравоохранения – учёные, практикующие врачи, преподаватели медицинских вузов.

В первый день работы Форума был представлен общественный доклад о состоянии медицины в стране, в котором критически оценены плюсы и минусы отечественного здравоохранения со стороны рядовых граждан страны. Кроме того, в этот день работали пять тематических площадок: «Доступность и качество медицинской помощи: итоги оптимизации», «Система подготовки медицинских кадров для нового качества здравоохранения», «Лекарственное и технологическое обеспечение здравоохранения – резерв для повышения доступности и качества медицинских услуг», «Детское здравоохранение – актуальные проблемы сохранения здоровья нации» и «Экономика и управление системой здравоохранения: устойчивость и развитие». По данным направлениям приняты соответствующие резолюции.

Во второй день на пленарном заседании, где были подведены итоги Форума, принял участие Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин. Во вступительном слове он, в частности, сказал: «Прежде всего, хочу поблагодарить вас за то, что вы в этом году выбрали одну из наиболее актуальных, жизненно важных для наших людей тем... здравоохранение – это здоровье, качество жизни. В последнее время мы уделяем этой теме постоянное внимание».

Глава государства перечислил темы, которые сегодня наиболее актуальны в сфере здравоохранения: «Соотношение платной и бесплатной медицины, фармацевтика, подготовка врачей и так далее. Любая из этих тем является жизненно важной или абсолютно необходимой для того, чтобы страна и люди чувствовали себя уверенно. Разумеется, важнейшая тема – это подготовка кадров и социальные гарантии, уровень заработной платы самих медработников».

Президент России отметил важность той работы, которую Народный фронт проводит с гражданами, общественными организациями и экспертами для выработки актуальных предложений в сфере здравоохранения.

«...Хочу вас заверить, что так же, как и в прошлом году, мы примем самые серьезные меры по реализации тех идей, замечаний, которые возникли в ходе работы Общероссийского народного фронта по этому направлению. Чрезвычайно важным является то, что в ходе подготовки этой сессии вы работали непосредственно с пациентами, профессиональным сообществом для того, чтобы выявить позитивные изменения, проблемы. Такая непосредственная прямая связь с обществом и обратная связь чрезвычайно важны. Для этого мы с вами и создавали Общероссийский народный фронт», – заключил Путин.

(Более подробно с материалами Форума можно ознакомиться на официальных сайтах Президента РФ и Общероссийского народного фронта России)

ISSN 1728-1261

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

Издается с 2002 года. Выходит 1 раз в три месяца

№ 3 (65) сентябрь, 2015

Дата выхода в свет: 30.09.2015

Главный редактор:

Г.В. Чижова, докт. мед. наук, профессор

Редакционная коллегия:

В.Е. Воловик, докт. мед. наук, профессор
В.В. Егоров, докт. мед. наук, профессор, академик РАЕН
К.В. Жмеренецкий, ответственный секретарь, докт. мед. наук
С.М. Колесникова, канд. мед. наук, доцент
О.В. Молчанова, докт. мед. наук
В.М. Савкова, канд. фарм. наук, доцент
С.К. Сухотин, докт. мед. наук, профессор

Редакционный научно-общественный совет:

Г.А. Зайнутдинов (г. Магадан)
В.Н. Каноков, докт. мед. наук, профессор, академик РАЕН (г. Оренбург)
В.Н. Карпенко (г. Петропавловск-Камчатский)
Г.А. Пальшин, докт. мед. наук, профессор (г. Якутск)
В.С. Ступак, докт. мед. наук (г. Хабаровск)
Д.А. Сычев, докт. мед. наук, профессор (г. Москва)
А.П. Тяжелков, докт. мед. наук, профессор (г. Комсомольск-на-Амуре)
Zhang Fengmin, докт. мед. наук, профессор (г. Харбин, КНР)

Выпускающий редактор:

С.М. Волков

Дизайн, верстка:

Е.В. Евстратьева

Фото на обложку:

Н.З. Шелепенко

Переводчик:

Ю.С. Сергеева

Корректор:

И.А. Трофимов

Архив номеров:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

Правила публикации авторских материалов:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

Полнотекстовые версии всех номеров размещены на сайте

Научной электронной библиотеки: www.elibrary.ru

Учредители:

Министерство здравоохранения Хабаровского края;
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения» министерства
здравоохранения Хабаровского края

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

Издатель:

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения
Хабаровского края.

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

Тираж 115 экз.

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

Подписной индекс в каталоге подписных изданий
Хабаровского края 14395

Адрес редакции:

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9,
Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения
Тел./факс: +7 (4212) 27-24-92, 27-25-10
E-mail: rec@ipksz.khv.ru; <http://zdravdv.ucoz.ru>

© КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

ISSN 1728-1261

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

№ 3 (65) september, 2015

Chief Editor:

G.V. Chizhova, MD, PhD, DM, Professor

Editorial Board:

V.E. Volovik, MD, PhD, DM, Professor
V.V. Egorov, MD, PhD, DM, Professor
K.V. Zhmerenetsky, Deputy Editor, MD, PhD, Dr.Sc.
S.M. Kolesnikova, MD, PhD, assistant professor
O.V. Molchanova, MD, PhD, Dr.Sc.
V.M. Savkova, MD, PhD (Pharmacy)
S.K. Sukhotin, MD, PhD, DM, Professor

Science and Advisory Board:

G.A. Zainutdinov (Magadan)
V.N. Kanyukov, MD, PhD, DM, Professor (Orenburg)
V.N. Karpenko (Petropavlovsk-Kamtchatsky)
G.A. Palshin, MD, PhD, DM, Professor (Yakutsk)
V.S. Stupak, MD, PhD, Dr.Sc. (Khabarovsk)
D.A. Sychev, MD, PhD, DM, Professor (Moscow)
A.P. Tyazhelkov, MD, PhD, DM, Professor (Komsomolsk-on-Amur)
Zhang Fengmin, MD, PhD, Professor (Harbin, China)

Executive Editor:

S.M. Volkov

Designer:

E.V. Evstrateva

Cover photo:

N.Z. Shelepenko

Interpreter:

U.S. Sergeeva

Proofreader:

I.A. Trofimov

Archive of the issues:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

The rules of publication for the authors:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

Full-text versions of the all issues represented at Scientific
Electronic Library site: www.elibrary.ru

Managed by:

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

**Publication of not advertising materials
is free of charge**

Published by:

Postgraduate Institute for Public Health Workers

Printed by:

Postgraduate Institute for Public Health Workers Printing Centre
Khabarovsk, 9, Krasnodarskaya str.

Circulation 115 pcs.

Journal is registered by

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

Subscription index at Khabarovsk krai subscription
catalog 14395

Edition address:

680009, Khabarovsk, Russia
9, Krasnodarskaya str.
Phone/fax: +7 (4212) 27-24-92, 27-25-10
E-mail: rec@ipksz.khv.ru; <http://zdravdv.ucoz.ru>

© Postgraduate institute for public health workers

I. Обзор новостей здравоохранения	4	I. Review of public health news	4
II. Передовая статья		II. Editorial	
Космачев М.В., Пошатаев К.Е., Шевчук М.В., Першенков А.В., Жмеренецкий К.В. Успехи нейрохирургического лечения пациентов с церебральными аневризмами в Хабаровском крае	11	Kosmachev M.V., Poshataev K.E., Shevchuk M.V., Pershenkov A.V., Zhmerenetsky K.V. The success of neurosurgical treatment of cerebral aneurysms patients in Khabarovsk region	11
Топалов К.П. Современные тенденции медико-демографичес- кой ситуации в Хабаровском крае: научно- практический срез	16	Topalov K.P. Modern tendencies in medical-demographic situation in the Khabarovsk region: science practical monitoring	16
III. Экономика и организация здравоохранения		III. Healthcare Service Economics and Policy	
Вит'ко А.В., Королев В.М., Пошатаев К.Е., Кораблев В.Н., Онуприенко А.Ю. Эффективность травматологической помощи населению Хабаровского края	27	Vit'ko A.V., Korolev V.M., Poshataev K.E., Korablyov V.N., Onuprienko A.Y. The effectiveness of traumatological care to the population of Khabarovsk region	27
Чижова Г.В., Жмеренецкий К.В., Кирпичникова Н.В., Воловик В.Е., Баранов А.А., Козлов А.В., Топалов К.П. Дополнительное профессиональное образование специалистов здравоохранения Хабаровского края по медицине катастроф и гражданской обороне (к 25-летию со дня создания Хабаровского территориального центра медицины катастроф)	32	Chizhova G.V., Zhmerenetsky K.V., Kirpichnikova N.V., Volovik V.E., Baranov A.L., Kozlov A.V., Topalov K.P. Supplementary vocational education of health workers in Khabarovsk region on disaster medicine and civil protection (<i>the 25th anniversary of the establishment of Khabarovsk center of disaster medicine center</i>)	32
IV. Оригинальные исследования		IV. Unexpected research	
Молчанова О.В., Жмеренецкий К.В., Колодная С.Н., Имховик М.В. Эффективность пневмококковой вакцины у взрослых пациентов с бронхолегочными заболеваниями в Хабаровском крае	36	Molchanova O.V., Zhmerenetsky K.V., Kolodnaya S.N., Imkhovik M.V. Effectiveness of pneumococcal vaccine in adult patients with bronchopulmonary diseases in Khabarovsk Territory	36
Лысова Т.В., Пивнева О.В., Кондакова В.К., Леднева Е.Г., Гагарина А.Ф. Анализ динамики первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в районе им. Лазо за период 2011–2014 гг. (по результатам деятельности бюро № 8 «ГБ МСЭ по Хабаровскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации)	41	Lysova T.V., Pivneva O.V., Kondakova V.K., Ledyaeva E.G., Gagarina A.F. Analysis of the primary disability dynamics due to cancers in the Lazo area in the period 2011–2014 years (<i>post-performance of the Bureau № 8 in the Khabarovsk region, Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation</i>)	41
V. Обмен опытом		V. Sharing experiences	
Дубовская Н.П., Моисеева М.В., Коновалова Г.Е. Применение препарата «Изопринозин» в общей практике врача-педиатра	45	Dubovskaya N.P., Moiseeva M.V., Konovalova G.E. Drug Isoprinosine using in general pediatrician practice	45
Крайник В.М., Чечелев Д.Ю., Якубо А.В., Кондрашин В.И., Ахмадеева Н.Н., Макаров А.Б. Особенности травматических повреждений селезенки и критерии выбора тактики их оперативного лечения в условиях военного госпиталя	49	Krainik V.M., Chechelev D.Yu., Yakubo A.V., Kondrashin V.I., Ahmadeeva N.N., Makarov A.B. Features of traumatic injuries of the lien and criteria for choice of surgical treatment tactics at the military hospital	49
Греховодов Н.С., Дука А.М., Бондарь В.Ю., Нетбай Р.В., Алёкминская И.М. Практика создания системы водоподготовки для поддержания санитарно-эпидемиологического режима в Федеральном центре сердечно- сосудистой хирургии (г. Хабаровск)	52	Grekhovodov N.S., Duka A.M., Bondar V.Y., Netbai R.V., Alyokminskaya I.M. The practice of creating a water-treatment system to maintain sanitary and epidemiological regime in the Federal Cardiovascular Surgery Center in Khabarovsk	52

VI. В помощь практическому врачу**Хмелевская О.Г., Щегольская О.В., Михайлова Е.И.**

Актуальные вопросы установления диагноза профессионального заболевания 56

Темникова О.Г.

Анализ анкетирования подростков по проблеме табакокурения 59

VII. Среднему медицинскому работнику**Неврычева Е.В.**

Хроническая сердечная недостаточность: основные понятия, клиника, диагностика, немедикаментозная терапия, профилактика, реабилитация (лекция для средних медицинских работников. Часть 1) 61

VIII. Клинические наблюдения**Буряндина М.М.**

Сложности диагностики дилатационной кардиомиопатии в практике врача 67

Кучеренко В.С., Хиврич В.Ю.

Резаная рана шеи с повреждением гортаноглотки 71

IX. Клиническая лекция**Сиротина З.В.**

Внутриутробная пневмония 75

X. Обзор литературы**Коленко О.В., Сорокин Е.А.**

Тактика офтальмолога при определении способа родоразрешения у беременных женщин с миопией 81

XI. Юбилей 88**XII. Отзывы, рецензии** 90**XIII. Приложение****Молчанова О.В., Поступаева Е.Г.**

Оптимизация ведения больных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях (методическое пособие специалистов здравоохранения) 97

Молчанова О.В.

Оптимизация ведения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях (информационно-методическое письмо для специалистов здравоохранения) 105

VI. As assistance for practitioner**Hmelevskaya O.G., Schegolskaya O.V., Mihailova E.I.**

Topical issues diagnosis of work-related diseases 56

Temnikova O.G.

Analysis of the survey on the issue of teen smoking 59

VII. For paramedical worker**Nevrycheva E.V.**

Chronic cardiac insufficiency: basic concepts, clinic, diagnostic, drug-free modalities, prevention, rehabilitation (lecture for paramedical workers. Part 1) 61

VIII. Clinical impressions**Buryndina M.M.**

Dilated cardiomyopathy diagnostic difficulties in practice 67

Kucherenko V.S., Hivrich V.Y.

Sword-cut of the neck with damage of hypopharynx 71

IX. Clinic lecture**Sirotina Z.V.**

Congenital pneumonia 75

X. Literature review**Kolenko O.V., Sorokin E.L.**

Ophthalmologist tactics in determining the mode of delivery in pregnant women with myopia 81

XI. Anniversary 88**XII. Recensions, comments** 90**XIII. Appendix****Molchanova O.V., Postupaeva E.G.**

Optimizing the management of patients with asthma on an community setting (guidance manual for health workers) 97

Molchanova O.V.

Optimizing the management of patients with community-acquired pneumonia on an community setting (information-guidance document for health workers) 105

Критерии определены

25 августа 2015 г. вступил в силу приказ Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (№ 422ан от 07.07.2015 г.).

Приказ устанавливает критерии оценки качества медицинской помощи, которые формируются в соответствии с законодательством по группам заболеваний или состояний на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Критерии, установленные приказом, действительны для медицинских организаций любой организационно-правовой формы.

Согласно документу, качество медицинской помощи определяется совокупностью характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильностью выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степенью достижения запланированного результата.

Важными критериями качества оказания помощи также являются проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях не позднее двух часов с момента поступления пациента в приемное отделение, установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления его в профильное отделение, формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза.



Кроме того, приказ регламентирует своевременное заполнение медицинской документации, наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, в случае необходимости при лечении в стационарных условиях – перевод пациента в другую медицинскую организацию.

Нужно отметить, что в последние годы Минздравом России впервые начато формирование системы документов, устанавливающих единые требования к качеству медицинской помощи.

В период с 2012 по 2015 г. Минздравом России совместно с профессиональным медицинским сообществом было создано более 1200 рекомендаций для лечения наиболее распространенных заболеваний.

Использованы материалы сайта www.rosminzdrav.ru

Готовить кадры, востребованные временем

Итоги приемной кампании 2015 г. и распространение здорового образа жизни среди обучающихся и преподавателей были обсуждены 11 сентября 2015 г. на состоявшемся в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова очередном Общем собрании Ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России».

На заседании присутствовали 56 ректоров – членов Совета, заместитель министра здравоохранения РФ С.А. Краевой, и.о. директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России И.А. Купеева, заместитель директора Департамента А.И. Тарасенко, представители Департамента здравоохранения Москвы.



ИПКСЗ по поручению ректора представлял проректор управления по научной работе и международным связям, д.м.н. К.В. Жмеренецкий.

Возглавлявший собрание председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, вице-президент Российского союза ректоров, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, член-корр. РАН, профессор П.В. Глыбочко проинформировал членов Совета об участии университета в прошедшем недавно Форуме Общероссийского национального фронта «За качественную и доступную медицину!».

– На дискуссионной площадке «Система подготовки медицинских кадров для нового качества здравоохранения» было очень много вопросов, которые дали нам понять, что качество подготовки медицинских кадров в наших образовательных организациях должно реально меняться, должно расти. Для этого нам нужны вузовские клиники, клинические базы, симуляционное оборудование, центры практической подготовки, непрерывные дистанционные формы образования, но главное – преподаватели, заинтересованные в знаниях обучающихся. Сегодня мы вместе должны решить вопрос, как вывести преподавание на новый уровень, возможно, в рамках эффективного контракта, привязав заработную плату преподавателя к качеству подготовки обучающегося. Важно наладить более широкое информирование населения о деятельности медицинских образовательных учреждений, о происходящих изменениях системы подготовки кадров для здравоохранения, обо всем, что мы делаем и чем живем, – подчеркнул П.В. Глыбочко.

И.о. директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России И.А. Купеева особо акцентировала внимание ректоров на работе по совершенствованию:

– подготовки управленческих кадров для здравоохранения, специалистов по ИТ в медицине, для чего пересмотреть качественный состав преподавателей и направления подготовки обучающихся на кафедрах общественного здоровья и организации здравоохранения;

– обучения специалистов работе на высокотехнологичном оборудовании, в сфере оказания паллиативной медицинской помощи;

– интеграции практической подготовки обучающихся с работой первичного звена здравоохранения как реального пути в решении одной из острых проблем нехватки кадров в отрасли, особенно в отдаленных и сельских районах;

– профессиональной этики и культуры взаимодействия врача и пациента, деловых и нравственных качеств медицинских работников;

– ответственности общественных профессиональных медицинских организаций за допуск медицинских работников к профессии, за

повышение их квалификации, переподготовку и переобучение;

– социальной рекламы как инструмента по формированию позитивного образа врача.

И.А. Купеева настоятельно просила ректоров своевременно направлять в Департамент медицинского образования и кадровой политики информационный материал значимых мероприятий деятельности руководимых вузов для освещения на сайте Минздрава России и в центральных СМИ.

Подводя итоги минувшей приемной кампании, заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России А.И. Тарасенко в докладе «Объемные и качественные показатели приемной кампании 2015 года» констатировал, что «...в медицинские вузы страны по-прежнему поступают самые подготовленные выпускники, можно сказать, элита, причем с каждым годом число желающих стать врачом растет, и 2015 г. не стал исключением. Средний конкурс по всем вузам составил 12 человек на место, средний проходной балл ЕГЭ по вузам увеличился в сравнении с 2014 г. на 0,8 и составил 64,4 балла; на целевой прием пришлось 54 % бюджетных мест; средний балл зачисленных на первый курс вырос в этом году до 68,2 балла». Кроме того, была отмечена необходимость ориентироваться на подготовку специалистов, востребованных современной системой здравоохранения для успешной реализации задач информатизации, управления и высокотехнологичной медпомощи с учетом региональных особенностей.

А.И. Тарасенко напомнил о формах взаимодействия вузов с территориальными органами практического здравоохранения в вопросах совершенствования оказания медицинской помощи населению регионов. В качестве меры по повышению уровня подготовки и преодолению дефицита медицинских кадров, в том числе первичного звена, предлагается принять совместные шаги по повышению ответственности глав регионов и муниципалитетов за трудоустройство молодых специалистов, получивших образование по целевому набору от своих регионов. При этом необходимо своевременно подать заявки на обучение по программам дополнительного профессионального образования на 2016 г.

По итогам обсуждения Совет рекомендовал ректорам разработать и представить в Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России в срок до 31.12.2015 г. план совершенствования приемной кампании вузов для включения в комплексную программу профориентации

онной работы с учетом демографических показателей и задач по кадровому обеспечению здравоохранения.

Сохранению кадрового потенциала отрасли и поддержанию здорового образа жизни обучающихся и преподавателей через физкультуру и спорт был посвящен доклад проректора по общественным связям и воспитательной работе Первого МГМУ И.М. Чижа «О спортивно-массовой работе в образовательных организациях Минздрава России». Докладчик представил вниманию коллег концепцию распространения стандартов здорового образа жизни среди обучающихся с тем, чтобы увеличить долю постоянно занимающихся спортом с 34 % до 80 %. Ведь спорт – вторая профессия врача, который должен стать примером здоровья и правильного образа жизни для своих пациентов. О том, как поставлено спортивное воспитание обучающихся в своих учебных заведениях, проинформировали ректоры Воронежского, Красноярского и Рязанского медуниверситетов.

Следует сказать, что непосредственно перед заседанием Общего собрания Ассоциации Совета ректоров состоялось открытие спортивно-оздоровительного комплекса при Первом МГМУ им. И.М. Сеченова. На открытии присутствовали министр здравоохранения В.И. Скворцова и мэр Москвы С.С. Собянин. Строительство спортивно-оздоровительного комплекса велось по проекту «500 бассейнов», инициированному партией «Единая Россия». «Из семи бассейнов и спортивных комплексов, которые строятся в пяти медицинских вузах, это третий спорткомплекс», – подчеркнула министр В.И. Скворцова. Расположенный на террито-

рии стадиона «Буревестник», спорткомплекс включает в себя бассейн, тренажерные залы, универсальный зал для командных видов спорта, оздоровительный комплекс.

Ректор КрасГМУ И.П. Артюхов напомнил, что Красноярску в 2019 г. предстоит принять Всемирную универсиаду, и предложил ежегодно проводить Фестиваль спорта среди медицинских и фармацевтических вузов, в разных городах, причем привлечь к нему не только студентов, но и интернов и ординаторов. Председатель посоветовал коллегам не тянуть с организацией спортивных студенческих клубов в своих вузах. Данные предложения положены в основу решения, принятого по итогам заседания.

По завершении состоялось награждение вузов, студенчество которых оказало деятельную помощь православной церкви в работе с социально незащищенными категориями населения.

Следующее заседание Совета ректоров намечено на 4 декабря в г. Москве. В повестке:

1. Стратегическое управление образовательными организациями Минздрава России – докл. ректор Тихоокеанского медуниверситета, проф. В.Б. Шуматов и ректор Казанского медуниверситета А.С. Созинов.

2. IV Международный медицинский форум «MedWAYS-2015 и «Эстафета вузовской науки – 2015» как платформа создания новых технологий для реформы отрасли – докл. первый проректор – проректор по инновационной политике и международной деятельности Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, проф. А.А. Свистунов.

Пресс-центр ИПКСЗ

На принципах равенства и партнерства

Именно в таком направлении развивается и крепнет сотрудничество между российскими представителями здравоохранения и их коллегами из Китая, Японии и Республики Корея.

Так, в начале июля состоялась стажировка Дзюнъя Цурукири – врача-нейрохирурга медицинского центра «Хатниодзи» Токийского медицинского университета (Япония) по программе «Экстренная помощь пациентам с черепно-мозговой травмой. Эндovasкулярная нейрохирургия». Обучение японского коллеги организовало управление по научной работе и международным связям ИПКСЗ при содействии Междуна-

родного токийского медицинского центра Святого Луки (Япония).

В течение двух недель в КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» под руководством К.Е. Пошатаева – к.м.н., главного врача, и при участии ведущих специалистов клиники врач из Японии перенимал опыт, знакомился с методиками и наработками хабаровских врачей в области диагностики и неотложного лечения черепно-мозговых травм и сосудистых заболеваний головного мозга.

Японский нейрохирург с интересом воспринял технологии хабаровских коллег по лечению травм в неотложных ситуациях. Следует сказать, что диагностика и лечение

цереброваскулярной патологии в ККБ № 2 проводятся на высоком уровне, с применением технологий, схожих с японскими.

По итогам обучения проведена клиническая конференция с участием нейрохирургов, травматологов-ортопедов, реаниматологов, врачей рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения. Открыл конференцию К.В. Жмеренецкий – д.м.н., проректор по научной работе и международным связям КГБОУ ДПО ИПКСЗ. К.Е. Пошатаев ознакомил собравшихся с результатами освоения стажером программы. М.В. Космачев – заведующий нейрохирургическим отделением № 1 – поделился опытом лечения аневризм головного мозга.

Доктор Цурукири представил отчет о проделанной работе с демонстрацией клинических случаев, в диагностике и лечении которых он принимал личное участие, показал собственный опыт в эндоваскулярной нейрохирургии аневризм и другой сосудистой патологии головного мозга. По окончании конференции доктору Цурукири был торжественно вручен сертификат.

30 июля, во время проведения Дней китайской провинции Хэйлуунцзян в Хабаровском крае, в лекционном зале КГБОУ ДПО ИПКСЗ прошла российско-китайская конференция-семинар с мастер-классом «Презентация методов традиционной китайской медицины». В работе приняли участие около 100 профильных медицинских специалистов из почти 40 медицинских учреждений г. Хабаровска и, в режиме видеоконференции, – г. Комсомольск-на-Амуре.

Китайская делегация во главе с доктором Ли Шулинь – начальником отдела китайской медицины комитета по делам здравоохранения и планирования рождаемости Народного Правительства провинции Хэйлуунцзян, постарались передать знания и опыт традиционной китайской медицины для специалистов здравоохранения Хабаровского края.

В приветственном слове от имени министерства здравоохранения Хабаровского края и.о. заместителя министра О.В. Кунько отметила, что традиционная китайская медицина – это медицина, являющаяся национальным достоянием и символом Китая. Она является одной из самых древнейших медицинских практик мира, основанных на тысячелетних традициях врачевания, передаваемых из поколения в поколение. При лечении заболеваний наибольшее внимание китайская медицина уделяет профилактике. В этом отношении, как и тысячелетия назад, сегодня находит применение принцип



«лечить пациента, прежде чем возникнет болезнь». Основным правилом лечения является «устранение причины заболевания». Была отмечена готовность использовать опыт китайских коллег для оказания помощи населению Хабаровского края, и выражена надежда, что масштаб российско-китайских совместных встреч будет продолжен и расширен.

Проректор по учебной работе КГБОУ ДПО ИПКСЗ Н.В. Кирпичникова познакомила членов представительной делегации китайских коллег в составе 13 профессоров и врачей лечебно-диагностических отделений Больницы № 1 Хэйлуунцзянского университета китайской традиционной медицины, Больницы китайской традиционной медицины города Цзямусы, с особенностями образовательной деятельности института.

Китайские коллеги в докладах профессора Цзоу Вэй «Лечение неврологических заболеваний методами иглорефлексотерапии», профессора Инь Янь «Сохранение здоровья в учении китайской традиционной медицины», профессора Ван Цзюньчжи «Мануальная терапия и массаж», познакомили российских врачей с теорией и клинической практикой применения китайской традиционной медицины в лечении пациентов. После лекционного



цикла китайские врачи провели мастер-класс по методам иглорефлексотерапии, мануальной терапии и массажу.

Во время проведения конференции-семинара состоялось обсуждение и взаимные консультации о перспективах развития сотрудничества в области традиционной китайской медицины между руководителями КГБОУ ДПО ИПКСЗ и Хэйлуцзянского университета китайской традиционной медицины.

По итогам обсуждения был подготовлен и подписан уполномоченными представителями Меморандум о взаимопонимании и сотрудничестве, в котором отмечено, что китайская и российская стороны будут совместно разви-

вать сотрудничество в области традиционной китайской медицины на основе принципов равенства, партнерства и экономической целесообразности в соответствии с законодательством Российской Федерации и Китайской Народной Республики. Предусматривается, что Стороны будут обмениваться информацией, специалистами и делегациями, координировать исследовательские проекты, создавать совместные рабочие группы по подготовке совместных проектов в образовательной и научной сферах.

*Использованы материалы сайта
www.ipksz.ru*

Есть качество и доступность

23 июля 2015 г. на мультимедийной пресс-конференции «Поликлиники России: качество и доступность амбулаторной помощи населению» с участием министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой были озвучены итоги рейтинга поликлиник страны, оказывающих амбулаторную помощь населению.

Экспертная группа Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ, Российского агентства медико-социальной информации АМИ и Международного информационного агентства «Россия сегодня» оценила 1283 медучреждения, в том числе 325 педиатрических поликлиник, 422 взрослых поликлиники, 536 поликлиник смешанного направления из 80 регионов нашей страны.

Эффективность поликлиник оценивалась по десятибалльной шкале. Эксперты оценивали качество предоставления медицинской помощи по различным критериям. В частности, оценка зависела от количества прикрепленных граждан, широты охвата профилактическими мероприятиями, числа вызовов скорой помощи и числа смертей на дому людей трудоспособного возраста, а также смертей на дому от заболеваний, которые можно лечить только в стационарах. Кроме того, во внимание учитывались как количественные показатели (в частности, среднее число жителей на одного врача; доля врачей, имеющих квалификационные категории), так и качественные (число обоснованных жалоб на действия медработников, охват детей медосмотрами и вакцинацией).

Оценивалось и наличие на сайте медицинского учреждения всей необходимой для граждан информации. Создание публичных



рейтингов учреждений социального сектора предписывает один из майских указов Президента РФ.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова рассказала, что по результатам комплексного исследования большинство поликлиник Хабаровского края – 81,4 % – оценены как хорошо работающие, 15,7 % относятся к «среднякам», а до уровня «отличников» поднялись 2,9 % медицинских учреждений первого звена.

Детская городская поликлиника № 1 города Хабаровска вошла в десятку лучших детских медицинских учреждений Российской Федерации. По совокупности всех оценок детская поликлиника № 1 Хабаровска набрала рекордные для Дальнего Востока 8,803 балла.

Как сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, Хабаровский край – один из самых успешных. Суммарный индекс благополучия в категории детских поликлиник в регионе составляет 8,188 балла из 10 возможных, при том что в среднем по России – 7,4 балла.

КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 1» министерства здравоохранения Хабаровского края – одно из старейших учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению города Хабаровска. Численность прикрепленного детского населения – свыше 18,2 тысяч детей.

Медицинская деятельность осуществляется по 17 врачебным специальностям (педиатрия, отоларингология, неврология, офтальмология, детская хирургия, травматология-ортопедия, физиотерапия, рентгенология, функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, инфекционные заболевания, аллергология и иммунология, детская кардиология, психиатрия, детская эндокринология, лечебная физкультура).

Для улучшения доступности и профилактической работы с детьми раннего возраста в поликлинике создано и функционирует отделение профилактики. Прием ведут три педиатра, проводится комплексная оценка состояния здоровья ребенка, при необходимости осуществляются оценка готовности к школьному обучению и прогнозирование риска перед поступлением в дошкольное образовательное учреждение.



С целью улучшения доступности медицинской помощи детям-инвалидам функционирует кабинет медико-социальной реабилитации. Врач-педиатр кабинета проводит необходимые консультации, в установленные сроки оформляет необходимые документы для направления на МСЭ.

На базе поликлиники осуществляет работу Городской центр вакцинопрофилактики, где осуществляются вакцинация детей альтернативными вакцинами и индивидуальная иммунизация детей с отклонениями в состоянии здоровья. Поликлиника оснащена оборудованием в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи детскому населению.

Коллектив основное внимание сосредотачивает на повышении доступности и качества медицинской помощи. Это, прежде всего, доброжелательное отношение к пациентам, начиная с регистратуры, которая является «лицом» поликлиники. Доброжелательность и готовность помочь позволяют значительно снизить недовольство населения и предотвратить жалобы. Также это максимальное использование информационных ресурсов при записи к узким специалистам, как со стороны сотрудников поликлиники, так и со стороны родителей; сокращение документооборота путем использования электронной медицинской карты. Для этого в поликлинике созданы все условия.

В октябре 2009 г. были оснащены автоматизированные рабочие места, установлены серверы. Проведена локальная сеть в поликлинике. Все рабочие места для сотрудников, работающих в МИС «Медиалог», оснащены компьютерной техникой.

Электронная медицинская карта в системе «Медиалог» ведется с 2010 г. Создана электронная база профилактических прививок, что позволяет в короткий срок сформировать и выдать на руки пациенту справку о профилактических прививках.

В течение шести лет успешно функционирует созданное информационно-аналитическое отделение, в состав которого входят заведующий отделением, программист, техник, 6 операторов ПК и 12 медицинских регистраторов. Основной задачей отделения является внедрение и обеспечение бесперебойной работы информационных систем и автоматизированных рабочих мест.

С 2013 г. доступна возможность записи к специалистам поликлиники через Интернет на портале Государственных услуг, а также через сайт uslugi.khv.gov.ru. На сайте учреждения в доступной форме размещена вся необходимая информация об услугах, предоставляемых учреждением. Размещен телефон «горячей линии», работающей в круглосуточном режиме.

Важной составляющей повышения эффективности работы первичного звена является укомплектование учреждений здравоохранения медицинскими кадрами. В этой связи ведется большая работа по комплектованию учреждения медицинскими кадрами. Организуется разработка прогнозов, определяется текущая и перспективная потребности в кадрах, устанавливаются прямые связи с медицинскими учебными заведениями и службой занятости, используются средства массовой информации для размещения объявлений о потребности в специалистах. Заключаются целевые договоры

на подготовку необходимых специалистов, где указаны меры социальной поддержки будущих сотрудников.

Принимаются все возможные меры по закреплению молодых специалистов, содействию в адаптации в коллективе, вхождению в профессию.

С целью стимуляции сотрудников при выполнении территориальной программы Государственных гарантий оказания медицинской помощи врачам и медицинский персонал переведен на эффективный контракт. Разработаны критерии для оценки качества и количества труда, что позволяет повысить заинтересованность медицинского персонала в результате.

Поликлиника является клинической базой кафедры педиатрии и неонатологии со дня образования КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края. Сотрудниками кафедры осуществляется консультативно-методическая помощь.

Не менее важной задачей является постоянное повышение уровня профессиональной компетенции медицинских работников, где большое участие принимает КГБОУ ДПО ИПКСЗ.

С целью оптимизации и совершенствования профилактической помощи кафедрой проводятся научно-практические конференции по актуальным вопросам педиатрии, круглые столы для врачей поликлиники. Создана и работает «Школа педиатра».

Руководство поликлиники стимулирует персонал для участия в профессиональных конкурсах. Врачи и медицинские сестры неоднократно становились призерами краевых конкурсов «Признание», «Надежда». Поликлиника была признана лучшим учреждением по итогам 2009 г. среди учреждений, оказывающих помощь детскому населению. В 2013 г. поликлиника заняла третье место в краевом конкурсе «Признание».

Немаловажным аспектом является открытость для населения, прессы. На сайте размещены анкеты для оценки деятельности регистратуры и учреждения в целом. Каж-

дый посетитель сайта может оставить свое мнение или обращение по вопросам оказания медицинской помощи. Каждый обратившийся получит исчерпывающий ответ. Ведется постоянный мониторинг обращений на телефон «горячей линии» с целью незамедлительного решения вопросов.

Основная задача на будущее – это максимальное сокращение времени пребывания пациента в поликлинике и улучшение доступности медицинской услуги. С этой целью планируется:

- упорядочить потоки и маршруты пациентов;
- ежедневно лично администрировать предварительную запись к специалистам и на диагностические исследования;
- перераспределение функциональных обязанностей медработников на предмет возможности перераспределения отдельных функций врачей на медицинских сестер или исключения дублирующих функций;
- шире использовать возможности современных информационных технологий, ввести терминалы электронной регистратуры, самозаписи к специалистам, внедрить электронную систему по оценке качества и вежливости персонала в регистратурах и кабинетах;
- не допускать нарушений принципов этики и деонтологии на всех уровнях оказания медицинской помощи;
- проводить ежеквартальные публичные встречи с населением обслуживаемой территории по вопросам повышения качества и доступности организации медицинской помощи. Эта практика позволит почувствовать и иметь постоянную обратную связь с пациентами.

Рейтинг медицинских учреждений стимулирует и дисциплинирует деятельность любого учреждения. В то же время у пациентов есть возможность выбрать лучшее для себя учреждение. Это стимул для дальнейшего совершенствования, как для учреждения в целом, так и для каждого врача.

*Использованы материалы сайтов
www.rosminzdrav.ru, [dgn1.pф](#)*

УДК 616.133.33-007.64-089(571.620)

Успехи нейрохирургического лечения пациентов с церебральными аневризмами в Хабаровском крае

М.В. Космачев, К.Е. Пошатаев, М.В. Шевчук, А.В. Першенков, К.В. Жмеренецкий

КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК, 680030, г. Хабаровск, ул. Павловича, 1б; тел. +7 (4212) 45-29-60; e-mail: hospital@nxt.ru
КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipkszh.khv.ru

The success of neurosurgical treatment of cerebral aneurysms patients in Khabarovsk region

M.V. Kosmachev, K.E. Poshataev, M.V. Shevchuk, A.V. Pershenkov, K.V. Zhmerenetsky

Regional clinical hospital № 2, 1b, Pavlovich str., Khabarovsk, 680030, tel. +7 (4212) 45-29-60; e-mail: hospital@nxt.ru
Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009, Russia; tel. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipkszh.khv.ru

В статье представлена история развития в Хабаровском крае хирургии цереброваскулярных заболеваний, прежде всего аневризм головного мозга, – от открытия первого нейрохирургического отделения в Хабаровске в 1957 г. до успешной эндоваскулярной нейрохирургии церебральных аневризм (ЦА), проводимых в настоящее время на базе Краевой клинической больницы № 2. Проведен обстоятельный ретроспективный анализ структуры, объемов и результатов нейрохирургических вмешательств при ЦА с 2008 по 2014 гг. Благодаря улучшению диагностических технологий за счет возможностей цифровой рентгеновской спиральной компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и церебральной рентгеноангиографии и широкому внедрению эндоваскулярных вмешательств количество проводимых операций по поводу ЦА в Хабаровском крае приближено к расчетным. До 84,6 % увеличилось число пациентов, которым проводятся ранние оперативные вмешательства при I и II степени тяжести состояния по шкале Hunt-Hess на момент операции. Стало возможным лечение ЦА труднодоступных локализаций. В итоге количество оперативных вмешательств по поводу ЦА возросло с 20 в 2005 г. до 91 в 2014 г., послеоперационная летальность снизилась с 38 % в 2005 г. до 12,6 % в 2014 г. Предложено продолжить дальнейшую оптимизацию финансового и ресурсного обеспечения системы нейрохирургической помощи пациентам с ЦА для поддержания качества и достижения требуемых объемов лечения с акцентом на ранние и превентивные эндоваскулярные вмешательства.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, церебральные аневризмы, субарахноидальное кровоизлияние, диагностика, открытые и эндоваскулярные операции, система нейрохирургической помощи.

The article describes the development of history cerebrovascular diseases surgery in Khabarovsk region, particularly brain aneurysms, from opening the first neurosurgery department in Khabarovsk in 1957 to a successful endovascular neurosurgery cerebral aneurysms (CA), have held on the basis of regional clinical hospital № 2. Was conducted a detailed retrospective analysis of a structure, scope and results of neurosurgical interventions in CA from 2008 to 2014. By virtue of improvement of diagnostic technologies by digital X-ray features a spiral computer tomography, magnetic resonance tomography and cerebral X-ray angiography and wide introduction of endovascular interventions the number of transactions on the CA in Khabarovsk region close to the settlement. The number patients increase up to 84,6 % early operation intervention I and II severity of body condition on a scale of Hunt-Hess at the time of surgery. It has become possible to treat CA hard-to-get localization. As the result, number of surgical interventions for CA has increased from 20 in 2005 to 91 in 2014; postoperative mortality has decreased from 38 % in 2005 to 12,6 % in 2014. It is proposed to continue to further optimize the financial and resource support of neurosurgical care to CA patients to maintain quality and achieve the desired volumes of treatment with an emphasis on early intervention and preventive endovascular.

Key words: cerebrovascular disease, cerebral aneurysms, subarachnoidal hemorrhage, diagnostic, upfront and endovascular surgeries, neurosurgical care system.

История хирургии цереброваскулярных заболеваний в Хабаровском крае берет начало 11 ноября 1957 г., когда на базе Городской больницы № 3 было открыто первое в крае нейрохирургическое отделение на 25 коек. Возглавил отделение врач-нейрохирург Владимир Петрович Евдокимов (1924–2011). В 1970 г. им была выполнена первая каротидная ангиография открытым способом. В даль-

нейшем подобных операций было произведено не больше десятка, поскольку они приводили к кровопотере и требовали гемотрансфузии.

В 1974 г. В.П. Евдокимовым была выполнена первая транскутанная каротидная ангиография пункционным способом, которую в дальнейшем широко использовали с целью диагностики цереброваскулярной патологии, опухолей головного мозга и внутричерепных гематом.

Особые успехи нейрохирургии Хабаровского края связаны с лечением артериальных аневризм головного мозга. Церебральные аневризмы (ЦА) в 51–75 % случаев приводят к субарахноидальным кровоизлияниям (САК). Поэтому основной целью лечения таких пациентов является выключение аневризмы из кровотока при сохранении проходимости как питающего сосуда, так и окружающих аневризму мелких ветвей – клипирование шейки. Впервые выполненное в Хабаровском крае в 1978 г. доцентом Виктором Иосифовичем Гелисом (1932–1986) клипирование ЦА является традиционным открытым вмешательством, производимым в холодном или в остром периоде САК.

В 1984 г. врач-нейрохирург Михаил Владимирович Шевчук выполнил первые внутрисосудистые закрытые операции у пациентов с каротидно-кавернозными соустьями при помощи отделяемых баллонов по методу профессора Ф.А. Сербиненко.

В 1986 г. профессор Александр Маркович Хелимский внедрил в практику работы нейрохирургических отделений церебральную ангиографию по Сельдингеру трансфеморальным доступом.

Во второй половине 80-х гг. прошлого века были выполнены попытки эндоваскулярной окклюзии ЦА отделяемыми баллонами.

В 2001 г. М.В. Шевчук первым на Дальнем Востоке внедрил в практику Краевой клинической больницы № 2 г. Хабаровска эндоваскулярную окклюзию ЦА с помощью микроспиралей. Успешное внедрение в практику метода эндоваскулярной окклюзии ЦА управляемыми микроспиралами позволило рассматривать данную технику в качестве основной альтернативы открытому вмешательству [1, 2].

Организация медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в Хабаровском крае

Федеральная целевая программа «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации», реализация которой начата на территории Хабаровского края с 2012 г., предполагает организацию сосудистых центров для лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и ОНМК (рис. 1). На территории Хабаровского края региональный сосудистый центр организован на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», два первичных сосудистых центра – на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева (г. Хабаровск) и КГБУЗ «Городская больница № 7» (г. Комсомольск-на-Амуре).

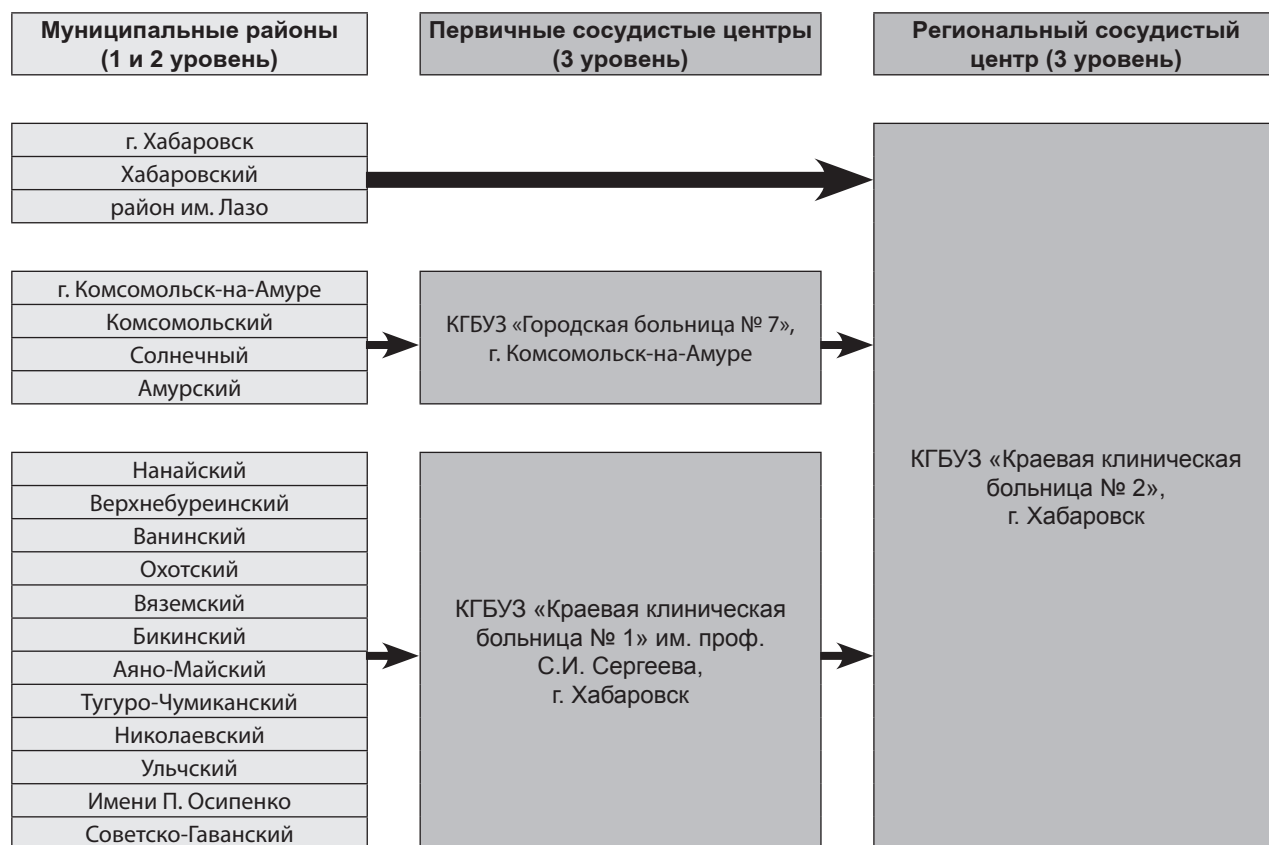


Рис. 1. Схема маршрутизации пациентов с ОНМК в сосудистые центры Хабаровского края

Задачей работы данных центров является снижение смертности от ОКС и ОНМК как основных причин смертности от болезней системы кровообращения. Транспортировка пациентов с ОНМК из отдаленных районов края проводится силами Хабаровского территориального центра медицины катастроф министерства здравоохранения Хабаровского края.

Достаточное обеспечение сосудистых центров цифровыми РСКТ-, МРТ- и РАГ-установками, в том числе работающими круглосуточно (табл. 1), позволяет проводить своевременную диагностику и последующее лечение ОНМК. Благодаря налаженной работе специалистов сосудистых центров с врачами-неврологами и врачами первичного звена районов путем телефонии, телеконсультаций, Интернета, Skype, через выезды специалистов в районы, госпитализация и нейрохирургическая помощь пациентам с ОНМК при разрывах ЦА оказывается своевременно. Растут в сосудистых центрах объемы помощи пациентам при неразорвавшихся ЦА.

Таблица 1

Количество рентгеновских спиральных компьютерных (РСКТ), магнитно-резонансных томографов (МРТ) и рентгеноангиографических установок (РАГ) в медицинских учреждениях Хабаровского края

Оборудование	Количество единиц	из них в круглосуточном режиме
РСКТ	15	3
МРТ	7	2
РАГ	7	1

Цель работы: провести ретроспективный анализ структуры, объемов и результатов нейрохирургического лечения пациентов с ЦА в Краевой клинической больнице № 2 г. Хабаровска за период 2008–2014 гг.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 495 пациентов (231 мужчин и 264 женщин) в возрасте от 17 до 83 лет (средний возраст 50 лет), находившихся на оперативном лечении в Краевой клинической больнице № 2 г. Хабаровска в период с 01 января 2008 г. по 31 декабря 2014 г. Всего у пациентов было диагностировано 568 ЦА.

Результаты. У 432 из 495 (87,3 %) пациентов выявлены одиночные ЦА, у 63 (12,7 %) – множественные ЦА. Большинство пациентов было оперировано по поводу разорвавшихся ЦА – 377 (76,2 %). Из них 282 (74,8 %) пациентов оперировано в острейший и острый период САК – в 1–14-е сутки; 95 (25,2 %) оперировано в отсроченный период САК – после 14 суток (рис. 2).

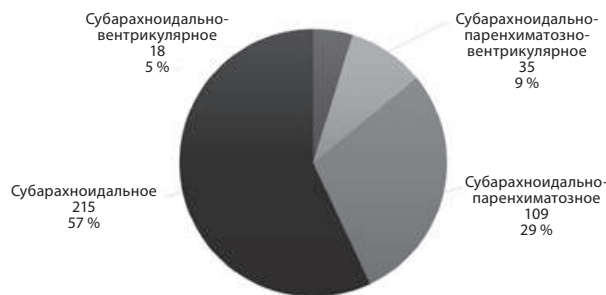


Рис. 2. Распределение пациентов с разорвавшимися ЦА по типу субарахноидального кровоизлияния (САК)

Распределение ЦА по локализации представлено в таблице 2.

Таблица 2

Локализация церебральных аневризм

Артерия	Случаев
Средняя мозговая артерия (СМА)	189 (33,3 %)
Передняя соединительная артерия (ПСА)	173 (30,5 %)
Внутренняя сонная артерия (ВСА)	170 (29,9 %)
Основная артерия (ОА)	21 (3,7 %)
Перикаллезная артерия	7 (1,2 %)
Позвоночная артерия (ПА)	4 (0,7 %)
Задняя мозговая артерия (ЗМА)	3 (0,5 %)
Задненижняя мозжечковая артерия (ЗНМА)	1 (0,2 %)
ВСЕГО	568 (100 %)

Всего было выявлено 539 ЦА переднего отдела артериального круга (94,9 %) и 29 – заднего отдела (5,1 %).

Распределение ЦА по размерам демонстрирует диаграмма (рис. 3).

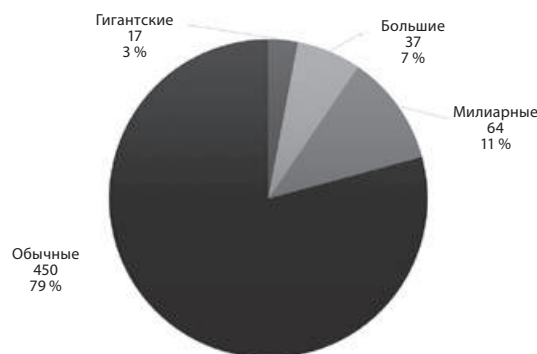


Рис. 3. Распределение ЦА по размеру (общепринятая классификация: <http://www.neurosklif.ru/Diseases/Aneurysms#classification>)

Распределение пациентов с разорвавшимися ЦА по тяжести состояния по шкале Hunt-Hess перед оперативным вмешательством представлено на диаграмме (рис. 4).

При проведении оперативного лечения предпочтение отдавали ранним операциям, в то же время проводился отбор пациентов для ранних операций. Отбирали пациентов с

I и II степенью тяжести по шкале Hunt-Hess. У больных с III степенью тяжести вопрос об оперативном лечении решался индивидуально. Пациенты с IV и V степенью тяжести оперировались лишь в том случае, если тяжесть их состояния была обусловлена наличием внутримозговой гематомы или окклюзионной гидроцефалии (табл. 3).



Рис. 4. Распределение пациентов с разорвавшимися ЦА по тяжести состояния по шкале Hunt-Hess перед оперативным вмешательством

Таблица 3

Виды операций

Вид операции	Количество операций
Клипирование	366
Эндоваскулярная эмболизация аневризмы	119
Окутывание	18
Эмболизация со стент-ассистенцией	16
Стентирование несущей артерии	6
Удаление внутримозговой гематомы	4
Всего	529

Открытых операций было 386 (73 %), эндоваскулярных – 143 (27 %). Структура оперативных вмешательств по поводу ЦА за 2008–2014 гг. приведена на диаграмме (рис. 5).

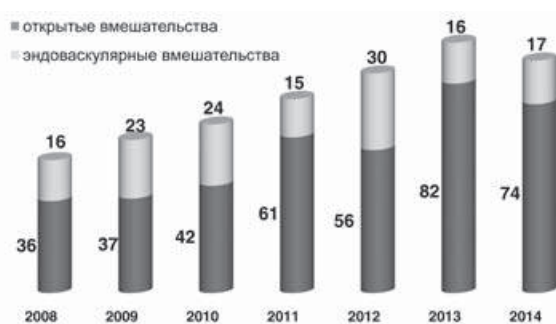


Рис. 5. Количество операций по поводу ЦА за 2008–2014 гг.

Результаты лечения оценивали по шкале исходов Глазго (GOS). Отличные и хорошие результаты (GOS I, II) получены у 388 пациен-

тов (78,4 %). Умер после операций 71 пациент. Послеоперационная летальность составила в среднем 14,5 % (рис. 6).

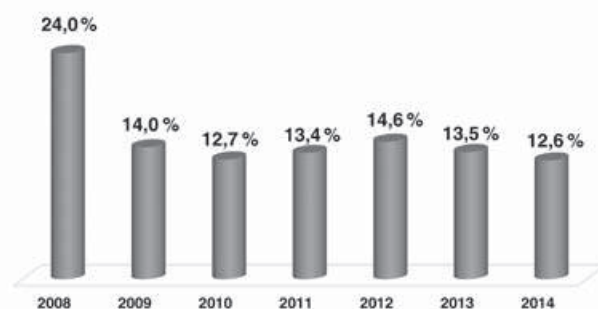


Рис. 6. Показатели летальности при оперативном лечении ЦА в 2008–2014 гг.

Показатели летальности при оперативном лечении ЦА в зависимости от тяжести состояния пациентов перед вмешательством за 2008–2014 гг. представлены на рисунке 7.

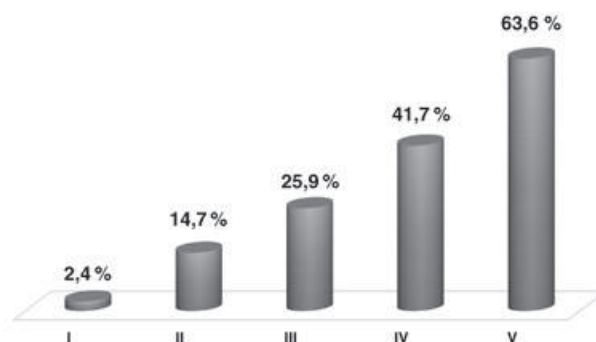


Рис. 7. Показатели летальности при оперативном лечении ЦА за 2008–2014 гг. в зависимости от тяжести состояния пациентов перед вмешательством

В группе больных, подвергнутых эндоваскулярному вмешательству, послеоперационная летальность составила 8,8 %, что меньше, чем в группе больных, оперированных открыто (16,6 %). При этом хорошие и отличные результаты эндоваскулярного оперативного лечения наблюдались соответственно в 88,2 % и в 75,0 % случаев, что может быть связано с более тщательным отбором кандидатов на эндоваскулярное лечение. Так, среди пациентов, оперированных эндоваскулярно, преобладали пациенты с неразорвавшимися аневризмами и I–II степенью тяжести по шкале Hunt-Hess (84,6 %), и не встречались пациенты с V степенью тяжести. Тогда как открытое оперативное вмешательство проведено у категории «легких» пациентов только в 69,6 % случаев и в 6,0 % случаев при V степени тяжести.

Таким образом, улучшение диагностических технологий благодаря широкому применению цифровой РСКТ, МРТ и церебраль-

ной РАГ и лечебных возможностей за счет более активного освоения эндоваскулярных методов нейрохирургических вмешательств позволило приблизить количество операций при ЦА к расчетным условным показателям, определенным на основании международных статистических данных на совещании главного нейрохирурга РФ для Хабаровского края (5,1 операций по поводу разрыва аневризм на 100 тысяч населения). Увеличилось количество больных, которым применялось оперативное вмешательство при I и II степени тяжести перед операцией по шкале Hunt-Hess. Стало возможным выполнение оперативных вмешательств пациентам с ЦА труднодоступных локализаций. Результатом явилось увеличение количества оперативных вмешательств по поводу ЦА с 20 в 2005 г. до 52 в 2008 г. и до 91 в 2014 г., а также снизить послеоперационную летальность с 38 % в 2005 г. до 24 % в 2008 г. и до 12,6 % в 2014 г.

В настоящее время оснащение лечебных учреждений Хабаровского края, кадровый состав, подготовка специалистов, новая тарифная политика одноканального финансирования в системе ОМС позволяют проводить широкий спектр операций на центральной и периферической системе на высоком уровне. Имеются ресурсы для дальнейшего увеличения количества внутрисосудистых вмешательств при ЦА,

а также превентивного лечения артериовенозных мальформаций, стенозов сонных артерий.

Выводы

1. Дальнейшая оптимизация финансово-го (ОМС) и ресурсного обеспечения системы нейрохирургической помощи пациентам с сосудистой патологией головного мозга (ЦА, артериовенозные мальформации, стенозирующие поражения артерий) позволит удержать качество, улучшить результаты и достичь требуемых объемов нейрохирургического лечения с акцентом на ранние и превентивные эндоваскулярные вмешательства.

2. Совершенствование системы скрининговой диагностики заболеваний сосудов головного мозга на уровне первичного звена здравоохранения необходимо направить на увеличение количества плановых операций на церебральных сосудах превентивного характера. Технологические условия для этого в Хабаровском крае созданы.

3. Распространение опыта в области диагностики и лечения сосудистых заболеваний головного мозга и регулярное повышение квалификации специалистов, в том числе через стажировки в ведущих российских и международных медицинских центрах, позволит развить достигнутые успехи нейрохирургии Хабаровского края и упрочить лидерство на Дальнем Востоке и в стране.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Первый опыт эндоваскулярного окклюдирования артериальной аневризмы головного мозга / В. Ю. Бондарь, А. Ю. Иванов, Г. Е. Чмутин [и др.] // Дальневост. мед. журн. – 2003. – № 4. – С. 43–44.
2. Сравнение непосредственных результатов эндоваскулярных методов и клипирования у больных с артериальными аневризмами головного мозга в остром

- периоде субарахноидального кровоизлияния : [тез. ежегод. науч.-практ. конф. Рос. науч. о-ва интервенц. кардиоангиологов «Теория и практика современной интервенционной кардиоангиологии», г. Москва, 11–13 нояб. 2009 г.] / К. Е. Пошатаев, В. Я. Рудман, М. В. Шевчук [и др.] // Междунар. журн. интервенц. кардиоангиологии. – 2009. – № 19. – С. 60.

УДК 61:314(571.620)

Современные тенденции медико-демографической ситуации в Хабаровском крае: научно-практический срез

К.П. Топалов

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 72-87-37; e-mail: rec@ipkszh.khv.ru

Modern tendencies in medical-demographic situation in the Khabarovsk region: science practical monitoring

K.P. Topalov

Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009, Russia; tel. +7 (4212) 72-87-37; e-mail: rec@ipkszh.khv.ru

Дана оценка медико-демографической ситуации в Хабаровском крае за 15 лет (2000–2014 гг.). Обращено внимание на изменение структуры населения. Изучена смертность населения, при этом были выявлены факторы, влияющие на уровень смертности 6 основных классов болезней: инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, болезни системы кровообращения, заболевания органов дыхания и пищеварения, внешние причины. Представленная оценка состояния здоровья населения позволила выявить негативные и позитивные сдвиги в медико-демографической ситуации в Хабаровском крае, наметить пути улучшения качества населения.

Ключевые слова: медико-демографическая ситуация, воспроизводство населения, рождаемость, смертность, распространенность и первичная заболеваемость населения.

In the article has made the estimation of medical-demographic situation in Khabarovsk region for last 15 years (2000–2014 years). Has directed attention to changes of the population structure. Has studied mortality of the population, at the time has identified factors influencing the mortality rate of 6 major classes of diseases: infectious and parasitic diseases, tumors, cardiovascular diseases, respiratory diseases and digestive system, external causes. Provide an evaluation of the state of health has identified negative and positive changes in the medic-demographic situation in Khabarovsk region, to identify ways to improve the quality of the population.

Key words: medic-demographic situation, reproduction of population, birth rate, mortality, incidence and primary disease of population.

В Хабаровском крае в XXI веке происходят существенные изменения, связанные с процессами формирования рыночных отношений, совершенствования системы регионального управления общественным производством, создания территорий опережающего развития, дальнейшего развития гражданского общества. Эти процессы в определенной степени сказались на деятельности регионального здравоохранения. В результате новых подходов в охране здоровья населения, деятельности здравоохранения медицинские организации начали управлять лечебно-диагностическим процессом с помощью экономических стимулов, внедрять передовые ресурсосберегающие технологии, развивать рынок платных медицинских услуг. Совершенствование медицинской помощи в регионе требует соответствующей санитарно-гигиенической культуры населения. Без последней составляющей невозможно решать вопросы, связанные с качеством медицинской помощи.

Имеющаяся на сегодняшний день медико-демографическая ситуация определяет ряд проблем перед обществом, связанных с оценкой воспроизводства населения, его качества, состояния здоровья населения, и заставила медицинских работников искать пути их решения.

Материалы и методы

Аналізу были подвергнуты сводные годовые отчеты медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, за 2000–2014 гг., статистические сборники, подготовленные Росстатом, Хабаровскстатом, о деятельности системы здравоохранения, состоянии здоровья населения. Численность населения была взята из статистических сборников Государственного комитета по статистике по Хабаровскому краю, Росстата с учетом данных переписи населения в 2010 г. На 1 января 2015 г. в Хабаровском крае числилось 1 338 305 человек. Показатели рождаемости, смертности, общей и первичной

заболеваемости вычислялись на среднегодовое население с учетом возрастных групп. В 2014 г. все показатели, связанные с оценкой состояния здоровья населения, вычислялись на численность населения на начало 2014 г.

Были использованы для анализа изучаемых статистических данных вариационный и корреляционный анализы; динамические ряды анализировались методом наименьших квадратов.

Обсуждение результатов

Социально-экономическое развитие Хабаровского края тесно связано с устойчивым демографическим развитием населения, обеспечивающим жизненное воспроизводство трудового потенциала [9, 20, 29]. В крае на протяжении последних 15 лет (2000–2014 гг.) наблюдается сокращение населения. За это время естественная убыль населения Хабаровского края составила 135,6 тыс. человек, или 9,2 %. В Дальневосточном федеральном округе (ДФО) и РФ сокращение населения составило 10,15 и 0,42 % соответственно. Надо отметить, что в РФ только в 2014 г. отмечено увеличение численности населения на 2600,4 тыс. человек за счет присоединения Крыма (на 1,81 % по сравнению с 2013 г.). В перспективе, по данным Хабаровскстата, ожидается сокращение населения края к 2020 г. на 7245 человек (0,54 %).

С учетом сегодняшних реалий в Хабаровском крае остро стоят проблемы санитарно-эпидемиологической обстановки, организации и совершенствования медицинской помощи, финансового и материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения. Для реализации задач по дальнейшему развитию края разработана соответствующая система медико-санитарного мониторинга, позволяющая обеспечить адекватную оценку состояния качества проживающего населения. Для выявления основных тенденций в медико-демографической ситуации нужна не простая констатация состояния общественного здоровья на региональном уровне (рождаемость, смертность, заболеваемость, инвалидность и т.д.), а установление динамики медико-демографических, социальных, экономических сдвигов, затрагивающих социум, учитывая при этом сформировавшийся определенный уровень здоровья населения [3, 5, 11].

Здоровье, по мнению отечественных и зарубежных исследователей, является одной из важнейших ценностей человечества: в личностном плане как основа благополучия конкретного человека; в общественном плане как фактор, во многом определяющий потенциальные возможности общества для его успешного

социально-экономического развития [22, 23, 29]. Здоровье во многом зависит от здорового образа жизни, рационального питания, эффективной профилактики и лечения болезней.

Сегодня сокращение населения сдерживается благоприятной половозрастной структурой, которая образовалась в результате относительно высокой рождаемости в 80-х гг. прошлого века. Прогноз на 2020–2025 гг. остается неблагоприятным (рис. 1) из-за отсутствия условий проживания, низкого социально-экономического уровня жизни, снижения числа женщин фертильного возраста (15–49 лет). Население края не видит перспектив для реализации своих жизненных приоритетов, социальных установок в случае перемены места жительства [15]. Край за счет миграции не пополняет состав населения с высоким профессиональным образованием. В регионе снижается уровень человеческого капитала высокого качества, играющий ключевую роль в формировании инновационной политики.

В историческом плане Хабаровский край всегда был в интересах государственной власти, в связи с чем численность населения постоянно увеличивалась (рис. 1), особенно на первых порах освоения Дальнего Востока. С 1992 г. ситуация на Дальнем Востоке изменилась, и население стало сокращаться; в Хабаровском крае снижение составило 17,6 %.



Рис. 1. Численность населения Хабаровского края в 1650–2025 гг. (тыс. человек)

Население Хабаровского края сокращается в основном за счет детского населения, лиц трудоспособного возраста. Численность детей в возрасте 0–14 лет в России сократилась за 2000–2014 гг. на 3682,0 тыс. человек (на 13,6 %). Подобная картина отмечена в ДФО и Хабаровском крае, где численность детей этого возраста уменьшилась на 294 643 и 121 850 человек соответственно (21,4 и 21,8 %). Число лиц старше 60 лет за этот период времени в России увеличилось на 5532,7 тыс. человек, или на 29,4 %; в Хабаровском крае рост этой возрастной группы составил соответственно 77 188 человек, или 63,7 % (рис. 2).

Проблема сохранения численности населения Хабаровского края приобретает социально-политический статус, придавая ему значение национальной безопасности во всех его составляющих – политической, экономической и государственной [10]. Как показали наши исследования, демографические процессы в крае носят волнообразный, синусоидальный характер, с трудом поддающиеся внешним воздействиям.

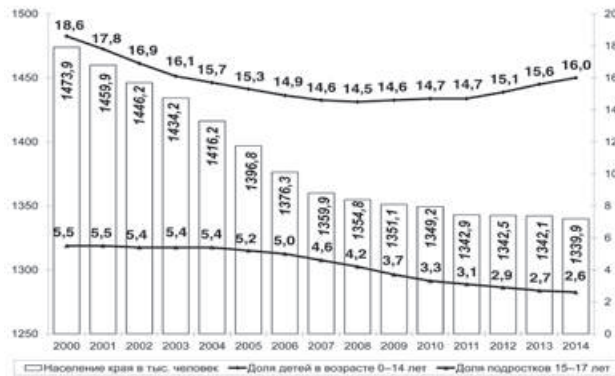


Рис. 2. Динамика численности населения Хабаровского края и доля детей в возрасте 0–14 лет и подростков 15–17 лет в процентах

Как свидетельствует рисунок 2, разрыв между возрастными группами населения увеличивается. За 25 лет (1990–2014) детское население в возрасте 0–14 лет сократилось в 1,9 раза, подростки 15–17 лет – соответственно в 2,3 раза. Подобные отношения сохраняются для лиц в возрасте 18–29 лет и 30–49 лет; среди этих категорий населения сокращение численности за 1990–2014 гг. составило 17,6 и 19,2 % соответственно. Численность лиц старше 50 лет за изучаемый период увеличилась на 30,9 % (рис. 3).

Как свидетельствуют проведенные исследования, на численность населения в Хабаровском крае влияют многие факторы: уровень жизни, процессы урбанизации, социальная инфраструктура, развитие транспортной структуры, возможность выезда в центральные регионы страны, совершенствование системы здравоохранения и образования. Изменения в возрастном составе населения Хабаровского края более выраженные, чем в России. Это касается детей в возрасте 0–14 лет и лиц 60 лет и старше (рис. 4).

Такие изменения в возрастной структуре населения отразились на демографической нагрузке в Хабаровском крае, которая в значительной степени отличается от российской в целом [16]. Так, ежегодное увеличение доли лиц старше 60 лет в общей нагрузке в Хабаровском крае составило 2,81 %, в РФ это увеличение составило 1,43 %. Индекс старения населения

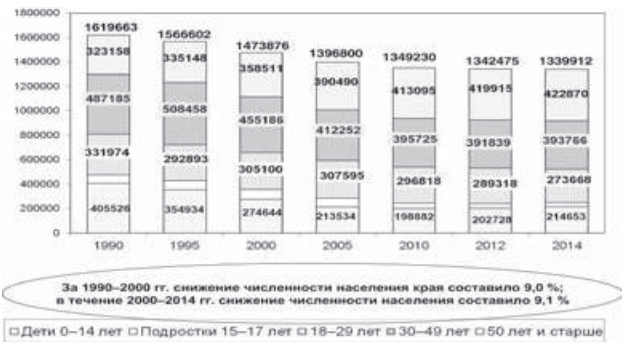


Рис. 3. Возрастная структура населения Хабаровского края (абсолютные значения)

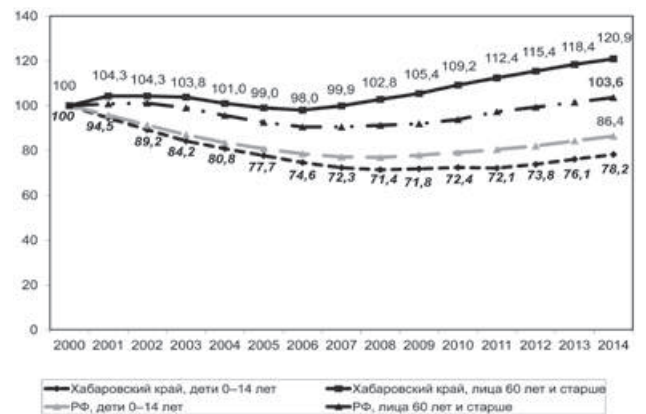


Рис. 4. Динамика детского населения 0–14 лет населения и лиц в возрасте 60 лет и старше в Хабаровском крае и РФ по сравнению с 2000 г.; показатели в 2000 г. взяты за 100

в Хабаровском крае за 2000–2014 гг. выше, чем в России почти в 2 раза (соответственно 5,53 и 2,91 %). На 1 января 2014 г. индекс старения в Хабаровском крае составил 112,1 на 100 детей в возрасте 0–14 лет; к 2025 г. этот показатель будет гораздо выше и составит, по прогнозу, более 120,0 на 100 детей в возрасте 0–14 лет (рис. 5).

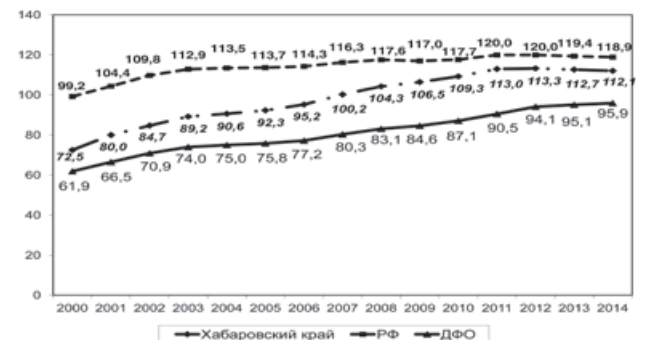


Рис. 5. Динамика индекса старения (отношение числа лиц в возрасте 60 лет и старше к числу детского населения 0–14 лет, умноженное на 100) населения в крае, РФ и ДФО

Имеющаяся ситуация со старением населения края неблагоприятно скажется на основных показателях его социально-экономического развития, особенно на темпах роста валового

продукта и обеспеченности края трудовыми ресурсами, на структурных и качественных изменениях в системе оказания медицинской и социальной помощи населению [7, 24, 27].

Коэффициент демографической старости по Э. Россету, то есть лиц старше 60 лет [16, 27], в Хабаровском крае в 2014 г. составил 17,96 % (он ниже, чем в РФ, – 19,35 %, однако выше, чем в ДФО, – 16,71 %); таким образом, население Хабаровского края является демографически старым.

Первопричиной демографического неблагополучия в Хабаровском крае, как и в целом по стране, являются глубокий кризис института семьи, миграционные процессы [6, 25].

Рождаемость. Для оценки ситуации с рождаемостью изучена структура женского населения Хабаровского края (рис. 6). Численность женского населения в крае сократилась в 1990–2014 гг. на 109,1 тыс. человек (13,5 %). Существенные сдвиги в структуре женского населения произошли в возрастной группе 15–49 лет, где число женщин сократилось на 79,6 тыс., или 19,0 %. Резерва для пополнения женщин фертильного возраста в крае нет; число девочек в возрасте 0–14 лет за 25 лет сократилось на 47,4 тыс., или 47,4 %.



Рис. 6. Возрастная структура женского населения Хабаровского края (тыс. человек)

За последние 15 лет в крае наблюдается рост числа родившихся детей. В 2014 г. родилось 18 779 детей, что на 51,4 % больше, чем в 2000 г. (12 400 рожденных детей). Показатели рождаемости и фертильности за 15 лет увеличились на 64,7 и 81,0 % соответственно (рис. 7). Следует отметить, что темпы роста рождаемости и фертильности в 2007–2013 гг. замедлились по сравнению с 2000–2006 гг. с 4,70 до 2,16 % и с 4,66 до 3,43 % соответственно.

Суммарный коэффициент рождаемости, представляющий число детей, рожденных в среднем одной женщиной, за 2000–2014 гг. вырос на 65,7 % и составил в 2014 г. 1,79. Для обеспечения простого воспроизводства населения значение этого коэффициента должно составлять не менее 2,15. Однако реальная



Рис. 7. Динамика рождаемости и фертильности (плодовитости) на 1000 среднегодового населения и женщин фертильного возраста соответственно

рождаемость в современном мире нигде не достигает этого уровня из-за низкого семейного денежного дохода, отсутствия нормальных жилищных условий, преобладания в семье малого числа детей, изменения репродуктивного поведения женщин [7, 9, 26]. Надо отметить, что для роста рождаемости нужны не финансовые средства, а возможность обеспечить семью с детьми нормальными условиями жизни [10].

Усугубляющим фактором демографической ситуации является беспрецедентная высокая для Хабаровского края внебрачная рождаемость по сравнению с РФ (41–43 % от общего числа рождений), которую следует рассматривать как следствие массовой распространенности незарегистрированных сожительства [2]. Особенно острой остается эта проблема в сельской местности, где этот показатель выше, чем в городе, на 10–15 пунктов (в 2014 г. он составил для города и села 27,5 и 41,1 % соответственно).

Об изменении ценностных ориентаций на обзаведение семьей детей свидетельствует и сдвиг рождаемости в более поздние возрастные группы. В ближайшее время перспективнее станет позднее материнство [1, 14]. За 2000–2014 гг. частота родов в возрасте до 20 лет увеличилась с 26,8 до 34,0 ‰ (на 26,9 %); в возрасте 20–24 лет соответственно с 82,8 до 80,5 ‰, или на 3,0 %. За это время частота родов в возрастных группах 25–29 и старше 30 лет соответственно повысилась с 60,0 и 19,2 до 108,4 и 36,5 ‰ (в 1,8 и 3,6 раза соответственно) (рис. 8).

Если в 1990–1999 гг. доля матерей до 20 лет составляла 19,1 %, то в последующие годы (2000–2009) этот показатель снизился до 11,9 %. В 2010–2014 гг. удельный вес матерей до 20 лет составил 6,4 %. То есть за 25 лет (1990–2014) число матерей в возрасте до 20 лет сократилось почти в 3 раза. Изучение качества родившихся детей в Хабаровском крае в зависимости от возраста матери показало, что доля молодых женщин до 20 лет,



Рис. 8. Возрастные показатели рождаемости и показатель фертильности на 1000 женщин соответствующего возраста

родивших детей в 2014 г., составила 5,8 %; в двух краевых «мегаполисах» (города Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре) этот показатель был равен соответственно 3,6 и 5,1 %.

Как показали многие исследователи, коэффициент фертильности имеет корреляцию с маркерами социального благополучия: распространенностью активного туберкулеза, уровнем самоубийств и убийств [30].

До 2018–2020 гг. рождаемость в крае, как и в целом по стране, будет расти в определенной степени. В 2020–2025 гг. будет наблюдаться снижение рождаемости, так как соответствующее количество женщин фертильного возраста окажется ниже, чем в 1990–2014 гг. Число женщин фертильного возраста за 15 лет изучаемого периода уменьшилось на 67,8 тыс.; ежегодные темпы снижения численности женского населения в возрасте 15–49 лет составили 0,54 %.

Вторым фактором, влияющим на показатели рождаемости, является снижение числа беременностей. Воспроизводство населения тесно связано с состоянием здоровья женского населения. От его здоровья зависит количество детей, их выживаемость, средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, структура смертности населения [13].

Наблюдаемые изменения в половом и возрастном составе населения Хабаровского края за последние 25 лет привели к значительному изменению структуры населения. Нижняя часть возрастной пирамиды в 2014 г. была представлена суженной частью; она в значительной степени отличается от возрастной пирамиды 1990 г., в которой преобладала значительная доля лиц молодых возрастов.

Различия в половом и возрастном составе населения в последние годы характеризуют определенное качество жизни людей, проживающих на территории Хабаровского края, а также их стремления завести семью. До 2011 г. наблюдался рост показателя брачности

с 6,1 до 10,2 %, или 67,2 %. В последние годы (2011–2014) отмечено снижение числа браков на 1000 населения на 7,8 % – до 9,4 ‰ (рис. 9). За 2005–2014 гг. частота разводов на 1000 населения увеличилась с 4,7 до 6,2 ‰, или 31,9 %.

В 2014 г. краевые показатели числа браков и разводов на 1000 населения (9,4 и 6,2 соответственно) оказались выше федеральных (8,4 и 4,7 соответственно) и окружных (9,1 и 5,9 соответственно).

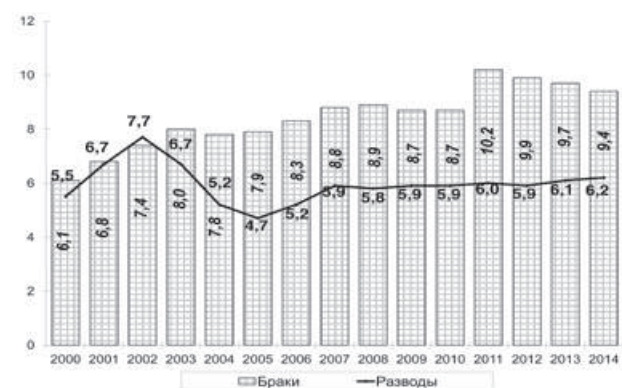


Рис. 9. Динамика числа браков и разводов в Хабаровском крае на 1000 населения

Как следствие распада семейных отношений – увеличение числа неполных семей, снижение доходов в таких семьях; ухудшение процессов социализации подрастающего поколения. В перспективе – высокая смертность мужчин, раннее вдовство ограничивают число детей в неполных семьях. В то же время одиночество в пожилых возрастах усиливает действие факторов окружающей среды на состояние физического, психического и социального самочувствия людей, особенно женского населения [12].

В перспективе в Хабаровском крае будет наблюдаться формирование населения с преобладанием в нем женщин. По данным Хабаровскстата, в наиболее активных возрастах (20–59 лет) женский перевес к 2025 г. может достичь соотношения 1148 женщин на 1000 мужчин. Среди пожилых людей старше 60 лет он может превзойти двукратный разрыв (2323 женщины на 1000 мужчин).

Смертность. За минувший 2014 г. число смертей в Хабаровском крае достигло 17 851 случаев, что на 14,0 % меньше, чем в 2000 г. (20 745 умерших). С 2012 г. индекс жизненности Покровского–Пирла (отношение числа рожденных детей к числу умерших) превысил единицу; вследствие этого в крае стал отмечаться положительный естественный прирост населения. В 2014 г. он достиг 928 человек.

Отмеченный нами «демографический крест» (превышение коэффициента смертности над коэффициентом рождаемости) при-

шелся в крае, как и в России, на 1992 г. Это способствовало формированию отрицательного естественного прироста (депопуляции), не имеющего аналогов в мире [8].

За 15 лет (2000–2014) смертность населения Хабаровского края снизилась, особенно в возрастных группах 15–29 лет (30,3 %) и 60–74 лет (27,0 %). В меньшей степени это отмечено в возрастных группах 30–44 лет (17,7 %) и 45–59 лет (18,5 %).

При стандартизации населения (за основу взят европейский стандарт населения) оказалось, что смертность населения в Хабаровском крае выше, чем в целом по стране, на 2–3 пункта, особенно среди мужчин, где разрыв в показателях достиг 6–7 пунктов. С 2010 г. стандартизованные показатели смертности в целом и у мужчин оказались ниже обычных в связи с изменением возрастной структуры (табл. 1). Анализ стандартизованных показателей смертности среди мужчин и женщин свидетельствует о значительном разрыве их между собой (более чем в 2 раза). Изучение стандартизованных показателей смертности позволяет провести корректный анализ фактического материала с учетом возрастной структуры населения, на основе которого можно разработать первич-

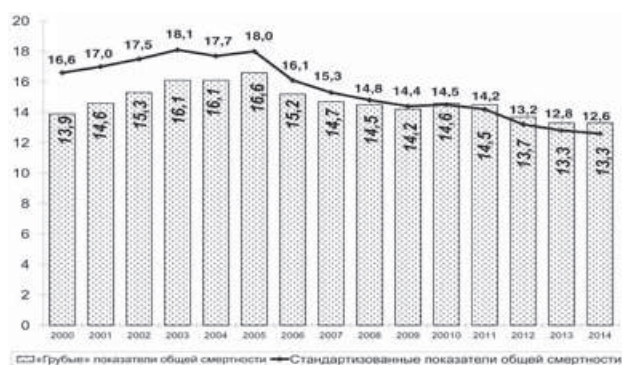


Рис. 10. «Грубые» и стандартизованные показатели общей смертности населения Хабаровского края

ную и вторичную профилактику и тем самым снизить показатели смертности [4, 28].

Как показали наши медико-социологические исследования, высокие показатели смертности в регионе обусловлены наличием факторов риска: курение, избыточное употребление алкоголя, высокие показатели артериального давления, избыточная масса тела, нерациональное питание, отсутствие в рационе приема овощей и фруктов, гиподинамия и т.д. [14]. Эти факторы повышают потенциальный риск смерти у лиц, страдающих 6 основными классами болезней (табл. 1).

Таблица 1

Обычные и стандартизованные показатели общей смертности в Хабаровском крае за 2000–2014 гг.

Годы	Обычные показатели смертности			Стандартизованные показатели		
	Оба пола	мужчины	женщины	Оба пола	мужчины	женщины
2000	14,1	17,0	11,4	16,7	23,5	11,7
2001	14,9	17,9	12,0	17,1	24,1	12,0
2002	15,6	19,0	12,5	17,6	25,0	12,2
2003	16,1	19,6	12,9	18,4	26,0	12,8
2004	16,1	20,0	12,7	17,7	26,0	12,0
2005	16,6	20,7	12,9	17,9	26,6	12,0
2006	15,3	18,8	12,2	16,1	23,6	11,0
2007	14,7	17,7	12,0	15,3	22,3	10,5
2008	14,5	17,4	11,8	14,8	21,4	10,2
2009	14,2	17,0	11,6	14,4	21,0	9,9
2010	14,6	17,4	12,0	14,5	21,2	9,9
2011	14,5	17,2	12,0	14,2	20,5	9,7
2012	13,6	15,8	11,6	13,1	18,6	9,2
2013	13,3	15,3	11,5	12,7	18,3	8,9
2014	13,3	15,3	11,5	12,6	18,2	8,9

Согласно данным таблицы 1, в Хабаровском крае наблюдается значительный разрыв смертности среди мужчин и женщин, который в динамике увеличился до 5–6 лет против 2–3.

Прогноз показателей смертности в Хабаровском крае на 2015 и 2016 гг. составил соответственно 13,24 и 13,16 ‰ (по данным динамического ряда умерших за 2000–2014 гг.). С учетом прогнозируемой структуры смертности по основным нозологическим классам

болезней эти показатели будут несколько выше (соответственно 13,56 и 13,73 ‰). В целом прогнозируется ежегодное снижение общей смертности на 0,53 %.

В крае до 95–96 % случаев смерти приходится на умерших от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, травм и отравлений, болезней легких и пищеварения, инфекционной и паразитарной патологии (табл. 2).

Таблица 2

Структура смертности населения Хабаровского края (на 100 тыс. населения) и ее прогноз на 2015–2016 гг. на основе динамического ряда умерших пациентов в 2000–2014 гг.

Годы	Основные причины смерти согласно МКБ-10					
	Инфекционные болезни	Новообразования	Болезни сердца и сосудов	Болезни легких	Болезни органов пищеварения	Травмы и отравления
2014	25,2	191,2	694,1	61,2	88,3	171,1
2015	24,9	191,7	691,4	60,9	89,0	164,8
2016	24,6	192,2	668,7	60,6	89,7	158,5

По сравнению с 2000 г., в 2014 г. достоверно изменилась структура смертности населения ($t = 4,86$; $p < 0,001$). Если в 2000 г. на 6 основных причин смерти приходилось $96,6 \pm 0,48$ % случаев умерших, то в 2014 г. эти причины составили $92,4 \pm 0,73$ % случаев от общего числа умерших.

Прогнозируется рост смертности населения края от новообразований на 0,24 %, заболеваний органов пищеварения на 0,86 % на 2015–2016 гг. Смертность от болезней сердца и сосудов (0,33 %), инфекционных и паразитарных болезней (0,90 %), болезней органов дыхания (0,47 %), травмы и отравления (2,56 %) будет ежегодно снижаться, если в системе здравоохранения сохранятся все мероприятия по снижению смертности от указанных причин и социально-экономические условия жизни.

Имеется прямая корреляционная связь показателей смертности населения Хабаровского края от инфекционной патологии с общей и первичной заболеваемостью инфекционными и паразитарными болезнями средней степени ($r = 0,52$ и $r = 0,50$ соответственно), в том числе с первично активным туберкулезом ($r = 0,31$), числом больных туберкулезом, находящихся на учете на конец года ($r = 0,88$). Выявлена связь слабой силы между смертностью от инфекционной патологии и общей заболеваемостью болезнями органов дыхания ($r = 0,17$). Связь средней силы выявлена между смертностью от инфекционных заболеваний и общей и первичной заболеваемостью болезнями органов пищеварения ($r = 0,67$ и $r = 0,66$ соответственно). Отмечена корреляционная связь между лицами, состоящими на диспансерном учете в крае по поводу наркомании, токсикомании, и числом случаев смерти от инфекционной патологии ($r = 0,57$). Существенное влияние на смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний оказывает первичная заболеваемость психическими расстройствами ($r = 0,67$).

В Хабаровском крае по сравнению с РФ в последние годы наблюдается рост смертности от новообразований. Выявлена прямая корреляционная связь между смертностью от

новообразований и общей заболеваемостью новообразованиями ($r = 0,32$), в том числе общей и первичной заболеваемостью злокачественными новообразованиями ($r = 0,32$ и $r = 0,53$ соответственно). На рост смертности от новообразований оказывают определенное влияние такие социально значимые заболевания, как впервые выявленный туберкулез ($r = 0,31$), количество лиц, находящихся на диспансерном учете у психиатра ($r = 0,62$), впервые выявленные случаи алкоголизма ($r = 0,59$). Имеется определенная зависимость смертности от новообразований от общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения и органов дыхания ($r = 0,61$ и $r = 0,13$ соответственно). Существенное влияние на смертность от новообразований оказывает распространенность нервных и эндокринных болезней ($r = 0,81$ и $r = 0,13$ соответственно), число диспансерных пациентов, наблюдаемых по поводу наркомании, токсикомании ($r = 0,52$).

Смертность населения от болезней системы кровообращения (БСК) в Хабаровском крае за 2000–2014 гг. снизилась на 6,4 %, особенно это заметно в последние три года. При стандартизации населения краевой показатель смертности от БСК оказался ниже (656,4 случаев на 100 тыс. населения). В РФ в 2014 г. показатель смертности от БСК составил 659,5 случаев соответственно. Существенную роль в росте показателя смертности населения от БСК оказывают впервые выявленный туберкулез ($r = 0,53$), число лиц, находящихся на учете на конец года по поводу туберкулеза ($r = 0,25$), психические расстройства, впервые диагностируемые в отчетном году, и число больных, находящихся на учете у психиатра ($r = 0,66$ и $r = 0,20$).

Смертность населения от патологии системы кровообращения напрямую зависит от числа лиц с первичной и общей заболеваемостью болезнями пищеварения ($r = 0,57$ и $r = 0,67$), первично выявленных новообразований ($r = 0,15$), числа лиц, находящихся на диспансерном учете по поводу наркомании, токсикомании ($r = 0,58$).

Смертность населения Хабаровского края от заболеваний органов дыхания по сравнению с РФ за 15 лет наблюдения достоверно снижается, хотя 2014 г. явился исключением. В 2014 г. отмечен рост смертности от болезней органов дыхания на 14,8 %, в основном за счет хронических обструктивных заболеваний легких (58,2 %); смертность от пневмоний увеличилась незначительно (на 4,1 %). Некоторую роль в этом росте оказали: увеличение числа пациентов с впервые выявленным случаем туберкулеза ($r = 0,18$), первично выявленные психические заболевания ($r = 0,57$), лица, находящиеся на диспансерном учете по поводу туберкулеза ($r = 0,20$). В крае имеется определенная зависимость числа умерших от легочной патологии от количества наблюдаемых по поводу общей и первичной заболеваемости болезнями пищеварения ($r = 0,12$ и $r = 0,21$), по поводу первичных новообразований ($r = 0,21$), а также лиц, находящихся на учете по поводу наркомании, токсикомании ($r = 0,50$).

Смертность населения от заболеваний органов пищеварения в последние 15 лет в Хабаровском крае выросла почти в 1,6 раза, особенно это касается мужского населения. Краевые показатели превышают федеральные. Существенную значимость в этом увеличении оказали такие факторы, как рост впервые выявленного туберкулеза ($r = 0,42$), злоупотребление алкоголем ($r = 0,74$), впервые диагностируемые случаи злокачественного новообразования и распространенность ими ($r = 0,42$ и $r = 0,34$ соответственно). Имеется определенная корреляционная связь между случаями смерти от заболеваний органами пищеварения от числа диспансерных лиц, наблюдаемых по поводу психических заболеваний ($r = 0,57$), общей заболеваемостью населения нервными и эндокринными болезнями злокачественных новообразований ($r = 0,62$ и $r = 0,45$ соответственно).

Имеется определенная связь между смертностью населения от болезней органов пищеварения и заболеваемостью травмами и отравлениями ($r = 0,46$).

Смертность населения Хабаровского края от травм и отравлений снизилась за последние 15 лет на 39,75 %, с 284 до 171,1 случаев на 100 тыс. населения. Смертность от внешних причин напрямую связана с общей и первичной заболеваемостью населения травмами и отравлениями ($r = 0,62$ и $r = 0,45$ соответственно). Показатель смертности населения от травм и отравлений имеет корреляционную связь с психическими расстройствами, впервые диагностируемые ($r = 0,46$), с распространенностью среди населения наркомании, токсикомании ($r = 0,96$).

Имеется прямая корреляционная связь смертности населения от травм, отравлений с общей и первичной заболеваемостью инфекционными и паразитарными заболеваниями ($r = 0,38$ и $r = 0,73$ соответственно).

Обращает внимание, что только за 2014 г. погибли 213 человек в результате транспортных происшествий, 157 пострадавших умерли от убийств, и 344 – от самоубийств. Особую группу умерших от внешних причин составляют лица с неопределенными повреждениями (892 человека), или 38,9 % от общего числа умерших от внешних причин.

Общая смертность населения Хабаровского края снизилась за 2000–2014 гг. на 5,3 %. Анализ 6 основных причин смерти показал (табл. 3) следующее: в 1,62 раза увеличилась смертность от болезней органов пищеварения; на 28,6 % снизилась смертность населения от инфекционной патологии; на 3,7 % увеличилась смертность населения от болезней органов дыхания; на 6,4 % снизилась смертность от болезней системы кровообращения; на 39,8 % снизилась смертность от внешних причин; на 3,0 % зафиксирован рост смерти населения от новообразований. В сравнении с аналогичными показателями по РФ и ДФО (2014 г.), в крае в 1,3 раза выше смертность от болезней органов пищеварения, и в 1,14 раза – от внешних причин (травмы, отравления, несчастные случаи, убийства и самоубийства).

Имеется разница в уровнях показателей основных причин смерти среди мужчин и женщин (табл. 1). Наибольшая разница наблюдается при инфекционных болезнях, новообразованиях, болезнях органов дыхания, травмах и отравлениях.

Младенческая смертность. В течение 2014 г. в Хабаровском крае умерло 180 детей в возрасте от 0 до 1 года. Показатель младенческой смертности составил 9,59 умерших в возрасте от 0 до 1 года на 1000 родившихся живыми ($P \pm 2m = 8,17-11,01$ умерших от 0 до 1 года на 1000 родившихся живыми). Статистически достоверно отмечено снижение показателя ($t = 2,35$) в сравнении с 2013 г. (12,1 ‰). По существующим оценочным критериям он остался средним по уровню. Краевой показатель выше уровня младенческой смертности в РФ и ДФО на 29,6 и 6,6 % (2014 г. – 7,4 ‰ и 9,0 ‰ соответственно). Среди девяти субъектов ДФО по уровню младенческой смертности Хабаровский край занимает шестое место (max – Чукотский автономный округ – 23,4 ‰; min – Магаданская область – 6,0 ‰).

Несмотря на положительную динамику уровней младенческой смертности в Хабаровском крае за период 2000–2014 гг. (снижение

Таблица 3

**Динамика частоты основных причин смерти среди населения Хабаровского края за 2000–2014 гг.
(число умерших на 100 тыс. населения)**

Причина смерти	2000	2014	2014 : 2000	2014 г.		Край: РФ, ДФО	
				РФ	ДФО	РФ	ДФО
Инфекционные болезни	35,3	25,2	< 0,71	22,7	24,2	> 1,11	> 1,04
Новообразования	185,6	191,2	> 1,03	203,4	190,4	< 0,94	> 1,00
Болезни системы кровообращения	741,8	694,1	< 0,94	663,6	638,5	> 1,05	> 1,09
Болезни органов дыхания	59,0	61,2	> 1,04	54,4	57,1	> 1,13	> 1,07
Болезни органов пищеварения	54,4	88,3	> 1,62	67,7	77,5	> 1,30	> 1,14
Травма, отравления	284,0	171,1	< 0,60	130,2	165,8	> 1,31	> 1,03
Все причины	1407,5	1332,3	< 0,95	1248,3	1257,0	> 1,07	> 1,06

в 1,8 раза), она по-прежнему остается существенно выше ее уровней в РФ за аналогичный период и среднего уровня младенческой смертности в странах ЕЭС (2011 г. – 4,0 ‰). Краевой показатель младенческой смертности превышает целевой показатель Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» на 2014 г. на 18,4 % (8,1 ‰).

В крае в 2014 г. отмечен значительный разброс показателя младенческой смертности (max – Ульчский район – 21,7 ‰, min – Николаевский район – 4,5 ‰). В крае за 2014 г. зафиксирована разница в показателях младенческой смертности по крупным городам края – Хабаровск и Комсомольск-на-Амуре – 11,0 и 6,5 ‰.

Естественный прирост. Показатель естественного прироста населения края в 2014 г. (рис. 11), как и в предыдущие два года (2012–2013), остался положительным (0,7 человека на 1000 населения). Этот показатель достоверно увеличился в сравнении с предыдущими годами [2012 г. – (-5,5); 2003 г. – (-5,3); 2005 г. – (-5,4)] за счет стабилизации общей рождаемости и некоторого снижения общей смертности населения. Он существенно ниже показателя по РФ за 2007 г. (-3,3 человека на 1000 населения), но выше, чем в ДФО (-1,2 ‰).

Средняя предстоящая продолжительность жизни (СППЖ). Продолжительность ожидаемой жизни в крае и в целом по стране остается достаточно низкой по сравнению с цивилизованными странами в мире, где она превышает более 80 лет. В крае отмечается колоссальный разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин: так, в 2013 г. этот показатель составил соответственно 62,13 и 73,96 лет. Это является свидетельством не только демографического, но и социального неблагополучия (разрыв составил в 2013 г. 11,83 года). Среди 9 субъектов ДФО по уровню СППЖ в 2012 г. Хабаровский край находился на четвертом месте (max – Республика Саха (Якутия) – 67,9 года; min – Чукотский АО – 60,8 года). Сахалинская область имеет один из самых

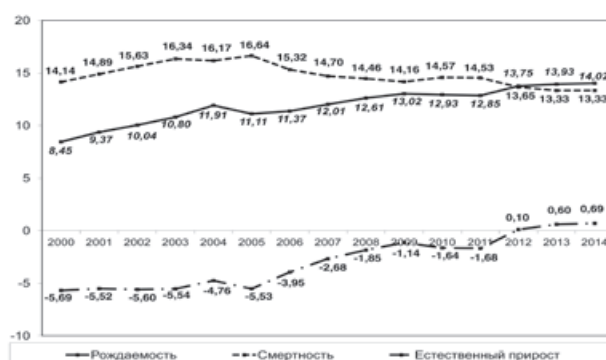


Рис. 11. Тренд показателей общей рождаемости, общей смертности и естественного прироста населения в Хабаровском крае за 2000–2014 гг. (на 1000 населения)

высоких в ДФО разрыв между СППЖ женщин и СППЖ мужчин – 12,4 года (ДФО – 11,7 лет; РФ – 11,3 года).

Прогноз средней ожидаемой продолжительности жизни на 2015 и 2016 гг. остается благоприятным (рис. 12). Этот показатель составит 68,25 и 68,5 лет соответственно. Такой прогноз в средней продолжительности предстоящей жизни обусловлен снижением смертности населения, особенно в трудоспособных возрастах.

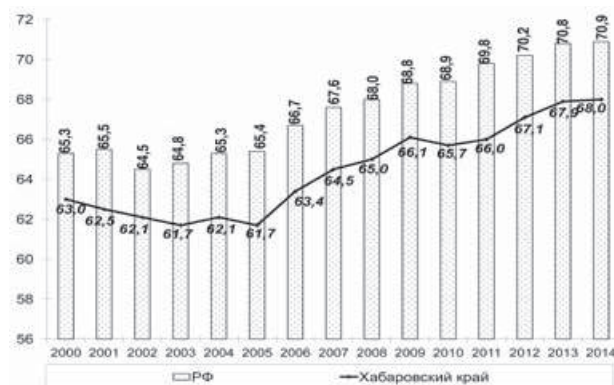


Рис. 12. Динамика ожидаемой продолжительности предстоящей жизни населения Хабаровского края (лет)

Заключение

Таким образом, за последние 15 лет (2000–2014 гг.) медико-демографическая ситуация в Хабаровском крае изменилась; она характеризуется:

- ростом уровня общей рождаемости с 8–9 родившихся детей живыми на 1000 населения до 14 ‰; т.е. переходом на средние уровни рождаемости;

- снижением уровня общей смертности с 15–16 случаев смерти на 1000 населения до 13,3 ‰; т.е. переходом на низкие уровни смертности;

- снижением доли женщин фертильного возраста до 48,5 % в общей структуре женского населения в 2014 г.;

- изменением возрастной структуры населения: снижением удельного веса подростков 15–17 лет до 2,6 %; незначительным ростом детского населения в возрасте 0–14 лет за 8 лет (2007–2014) с 14,6 до 16,0 %, ростом удельного веса жителей в возрасте 60 лет и старше – 18,0 %;

- формированием регрессивного типа возрастной структуры населения, вследствие чего эту структуру населения края можно признать демографически старой;

- устойчивым формированием положительного естественного прироста населения до 2,6 ‰ в 2014 г.; ежегодным уменьшением численности населения края на 0,38 % за счет миграционной убыли населения;

- ростом показателя средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни до 68 лет;

- положительным значением индекса жизнениности населения Покровского–Пирла свыше единицы в 2012–2014 гг.;

- устойчивым снижением уровня младенческой смертности до 9,59 ‰, переходом от высокого уровня к средним значениям;

- негативными тенденциями в уровнях показателей браков и разводов среди населения по сравнению с РФ и ДФО: на 1000 браков – 653 развода;

- влиянием социально значимых заболеваний на смертность населения.

Прогнозные расчеты демографических тенденций на 2015–2016 гг. будут реальными в том случае, если в прогнозируемом периоде существующие условия (мотивационное поведение жителей края, социально-экономические, экологические, медицинские и другие факторы окружающей среды, условия жизни населения края) будут оставаться неизменными [21].

Сложившуюся медико-демографическую ситуацию в Хабаровском крае следует оценивать как неблагоприятную; имеются отчетливо выраженные признаки депопуляционного процесса. Есть определенная корреляционная связь социально значимых заболеваний, уровня травматических происшествий, некачественного питания, ограниченной подвижности,

нервного напряжения с уровнем смертности населения.

Социальные и гуманитарные аспекты демографического кризиса в крае обусловлены растущими потерями в результате сверхсмертности в трудоспособных возрастах, являющихся основной составляющей ухудшения качества населения [9]. Увеличение численности и расширение состава групп населения с низкими доходами, с одной стороны, и рост преимущественно среди них рисков смертности от предотвратимых причин, с другой стороны, становятся основным источником смертности населения в настоящее время.

В будущем смертность будет возрастать, если не произойдут сдвиги в качестве жизни людей, живущих на территории Хабаровского края.

Существующая сегодня социальная политика в вопросах охраны здоровья населения, медицинское и социальное состояние граждан, проживающих в Хабаровском крае, будут вызывать резкое сокращение численности населения, снижение качества трудового потенциала в будущем. Это нельзя допустить в условиях формирования территорий опережающего развития, когда новое производство будет нуждаться в качественном человеческом капитале.

Хабаровский край нуждается не столько в оздоровлении демографической ситуации, сколько в создании условий для стабилизации и роста ее населения, развитии соответствующей инфраструктуры и материальной базы для развития личности [17]. Реализация поставленной задачи в большей степени зависит не столько от системы здравоохранения [3], сколько от исполнительной и законодательной власти на региональном и федеральном уровнях.

Реализация национального проекта «Здоровье» и правительственной программы развития Дальневосточного региона позволит не только стабилизировать демографическую ситуацию в России, ДФО и на территории Хабаровского края, но и существенно ее улучшить. Комплексный системный анализ определенных показателей общественного здоровья населения края возможен только на базе автоматизированной оценки состояния здоровья конкретного человека, факторов окружающей среды с учетом их риска для наиболее уязвимых контингентов населения [10]. Только с помощью многомерного анализа можно обосновать приоритетные факторы среды обитания человека, определяющие демографическую ситуацию в целом, и принять управленческие решения с целью повышения качества человеческого капитала.

Таким образом, для улучшения медико-демографической ситуации в крае необходимы следующие мероприятия:

– разработка неотложных мер в сфере демографии и здоровья населения, направленных на стабилизацию демографической обстановки в обществе, снижение смертности в трудоспособном возрасте;

– структурное и технологическое совершенствование системы здравоохранения, направленное на повышение доступности и качества медицинской помощи населению края;

– создание соответствующей системы жизнеобеспечения лицам, работающим в экстремальных условиях;

– разработка реабилитационных мероприятий по охране и укреплению здоровья населения;

– распространение стандартов здорового образа жизни на основе формирования заинтересованности населения в этом (создание определенных бонусов за здоровый образ жизни);

– внедрение инновационных технологий в лечебно-технологический процесс с целью повышения качества медицинской помощи;

– повышение профессионализма медицинского персонала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акоюн, А. С. Репродукция человека и приоритеты демографической политики / А. С. Акоюн // *Экономист лечебного учреждения*. – 2008. – № 10. – С. 21–30.
2. Бойцов, С. А. Сравнение показателей смертности в субъектах РФ: роль возрастной структуры населения / С. А. Бойцов, И. В. Самородская // *Менеджмент в здравоохранении*. – 2014. – № 4. – С. 13–19.
3. Болотин, Е. И. Современные особенности состояния здоровья населения Российского Дальнего Востока / Е. И. Болотин, В. А. Лубова // *Здравоохранение РФ*. – 2011. – № 6. – С. 14–17.
4. Жилинский, Е. В. Медико-социальные приоритеты демографической политики России / Е. В. Жилинский // *Главный врач*. – 2008. – № 11. – С. 104–112.
5. Казначеев, В. П. Ноосферная экология и экономика человека / В. П. Казначеев, А. А. Кисельников, И. Ф. Мингазов / под общ. ред. В. П. Казначеева. – Новосибирск, 2005. – 448 с.
6. Комаров, Ю. М. Современная демографическая ситуация: мифы и реальность / Ю. М. Комаров // *Вопросы врачебной практики*. – 2010. – № 12. – С. 28–35.
7. Кузьмин, А. И. Воспроизводство населения в регионах России / А. И. Кузьмин, Т. В. Примак, А. А. Кузьмина // *Экономика региона*. – 2011. – № 1. – С. 32–41.
8. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социол. анализ / В. А. Медик, А. М. Осипов. – М.: РИОР: ИНФРА-М, 2012. – 358 с.
9. Медико-демографические показатели. Россия – XX век и начало XXI века / О. В. Зайратьянц, Г. Б. Ковальский, М. Г. Рыбакова и др. // *Главврач*. – 2008. – № 3. – С. 57–79.
10. Михайлова, Ю. В. Роль смертности в формировании российского населения: демографические, социальные и гуманитарные аспекты / Ю. В. Михайлова, А. Е. Иванова // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 2005. – № 3. – С. 47.
11. Моргайлик, М. А. Демографический переход: региональный ракурс / М. А. Моргайлик // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 2007. – № 5. – С. 30–31.
12. Мотрич, Е. Л. Хабаровский край в демографическом поле Дальнего Востока России / Е. Л. Мотрич // *Власть и управление на Востоке России*. – 2012. – № 2. – С. 77–84.
13. О демографической ситуации в Российской Федерации. – М., 2006. – 57 с.
14. Оганов, Р. Г. Демографические проблемы как зеркало здоровья нации / Р. Г. Оганов, Ю. М. Комаров, Г. Я. Масленникова // *Профилактика. медицина*. – 2009. – № 2. – С. 3–8.
15. Разработка стратегии здравоохранения в целях развития человеческого капитала / А. И. Бабенко, Ю. И. Браве, А. Л. Томчук, Е. А. Бабенко // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2012. – № 4. – С. 10–12.
16. Сафарова, Г. Л. Демографические аспекты старения населения России / Г. Л. Сафарова // *Успехи геронтологии*. – 1997. – № 1. – С. 20–24.
17. Тицук, Е. А. Долговременные тенденции медико-демографических процессов в Российской Федерации как основа планирования и прогнозирования сил и средств здравоохранения / Е. А. Тицук // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 2006. – № 6. – С. 11–15.
18. Топалов, К. П. Анализ демографической ситуации в Хабаровском крае: тенденции и последствия / К. П. Топалов // *Дальневост. журнал инфекц. патологии*. – 2009. – № 14. – С. 118–127.
19. 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.
20. Топалов, К. П. Исследование человеческого капитала Хабаровского края в парадигме медико-социальной коммуникации / К. П. Топалов, Е. Н. Телушкина, Е. К. Скоромец // *Второй Дальневосточный международный экономический форум: в 9 т. Т. 3: Проблемы и перспективы социального развития Востока России: материалы круглого стола / Правительство Хабар. края*. – Хабаровск: Изд-во ТОГУ, 2007. – С. 208–217.
21. Топалов, К. П. Качество населения как основа регионального развития / К. П. Топалов, Е. Н. Телушкина // *Дальневосточный международный экономический форум: в 8 т. Т. 2: Проблемы и перспективы социального развития Востока России: материалы круглого стола / Правительство Хабар. края*. – Хабаровск: Изд-во ТОГУ, 2006. – С. 200–211.
22. Топалов, К. П. Смертность как критерий оценки здоровья населения Хабаровского края: состояние и тенденции / К. П. Топалов, О. В. Лобастова, С. Б. Развин // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2013. – № 4. – С. 4–9.
23. Топалов, К. П. Человеческий капитал Хабаровского края: состояние и перспективы управления / К. П. Топалов, Е. Н. Телушкина, Е. К. Скоромец // *Роль и место патриотизма в возрождении России и Дальнего Востока: материалы науч.-практ. конф., 27–28 апр. 2007 г.* – Хабаровск, 2007. – С. 217–231.
24. Улумбекова, Г. Э. Демографические вызовы системе здравоохранения Российской Федерации в период до 2020 г. / Г. Э. Улумбекова // *Вестн. Росздравнадзора*. – 2011. – № 5. – С. 42–49.
25. Через 10 лет будет поздно. Демографическая политика Российской Федерации: вызовы и сценарии // *Материалы Всероссийской конференции «Демографическое развитие Дальнего Востока», 25–26 мая 2015 г.* – Хабаровск; М., 2015. – 100 с.
26. Шаповалова, М. А. Медико-демографические и экономические аспекты воспроизводства населения / М. А. Шаповалова. – Астрахань: АГМА, 2003. – 107 с.
27. Шляфер, С. И. Современная демографическая ситуация по старению населения России / С. И. Шляфер // *Главврач*. – 2013. – № 1. – С. 39–46.
28. Щепин, В. О. Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации. Сообщ. 1 / В. О. Щепин // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2014. – № 2. – С. 3–8.
29. Щепин, О. П. Проблемы здоровья населения Российской Федерации и его прогноз на период до 2005 г. / О. П. Щепин // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2001. – № 3. – С. 3–10.
30. Щепин, О. П. Современная медико-демографическая ситуация в России / О. П. Щепин // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2009. – № 6. – С. 3–8.

УДК 614.86:616-001-082(571.620)

Эффективность травматологической помощи населению Хабаровского края

А.В. Витько¹, В.М. Королев², К.Е. Пошатаев², В.Н. Кorableв³, А.Ю. Онуприенко²

¹ Министерство здравоохранения Хабаровского края, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32; тел. +7 (4212) 40-20-00; e-mail: zdrav@adm.khv.ru

² КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК, 680030, г. Хабаровск, ул. Павловича, 16; тел. +7 (4212) 45-29-60; e-mail: hospital@nxt.ru

³ ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35; тел. +7 (4212) 32-63-93; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

The effectiveness of traumatological care to the population of Khabarovsk region

A.V. Vitko¹, V.M. Korolev², K.E. Poshataev², V.N. Korablev³, A.Y. Onuprienko²

¹ Public Health Ministry of Khabarovsk region, 32, Muraviev-Amursky str., Khabarovsk, 680000, Russia; tel. +7 (4212) 40-20-00; e-mail: zdrav@adm.khv.ru

² Regional clinical hospital № 2, 1b, Pavlovich str., Khabarovsk, 680030, Russia; tel. +7 (4212) 45-29-60; e-mail: hospital@nxt.ru

³ Far Eastern State Medical University of Public Health Ministry of Russia, 35, Muraviev-Amursky str., Khabarovsk, 680000, Russia; tel. +7 (4212) 32-63-93; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

В работе представлены материалы, отражающие эффективность мероприятий по организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Хабаровском крае.

Ключевые слова: Хабаровский край, дорожно-транспортные происшествия, медицинская помощь, эффективность.

In the article presents the materials reflecting the effectiveness of measures for the organization of medical care to victims of motor vehicle accident in the Khabarovsk region.

Key words: Khabarovsk region, motor vehicle accident, medical care, effectiveness.

Дорожно-транспортные происшествия остаются актуальной проблемой здравоохранения Российской Федерации [1].

В 2014 г. в Российской Федерации общее число погибших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) составило 26 963 человека; в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) – 1 142 человека [http://www.gibdd.ru/stat/].

В Хабаровском крае за последнее десятилетие отмечается устойчивая тенденция снижения числа погибших в ДТП от 340 человек в 2004 г. до 166 случаев в 2014 г. В первой половине 2015 г. на территории Хабаровского края зарегистрировано дальнейшее снижение числа погибших в ДТП на 7,7 %, и пострадавших – на 13,9 %. Основными причинами ДТП являются: несоблюдение очередности проезда, нарушение скоростного режима, отсутствие права управления транспортным средством, неправильный выбор дистанции, нарушение правил проезда пешеходных переходов [http://www.gibdd.ru/r/27/news/].

Для решения проблемы организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП в

Хабаровском крае, начиная с 2010 г., была сформирована сеть травмоцентров [2, 3, 4].

Можно выделить два этапа организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП на территории Хабаровского края.

На первом этапе, в 2010–2013 гг., в соответствии с федеральной целевой программой «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 гг.», законом Хабаровского края от 20.12.2006 г. № 81 «О краевой целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в Хабаровском крае» на 2007–2012 годы», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 927н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком», было создано четыре травмоцентра: травматологический центр I уровня в КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» и три травмоцентра III уровня в центральных районных больницах Бикинского, Вяземского, им. Лазо муниципальных районах. Целью данных травмоцентров

явилась организация медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на федеральных автомобильных дорогах М-60 «Уссури» Хабаровск–Владивосток и М-58 «Амур» Чита–Хабаровск.

Для оснащения травмоцентров было закуплено более 300 единиц медицинского оборудования, в том числе компьютерный и магнитно-резонансный томографы, рентгенаппараты, аппараты УЗИ, искусственной вентиляции легких и др., а также 9 реанимобилей. Проводились мероприятия по оснащению центральных станций и машин скорой медицинской помощи оборудованием ГЛОНАСС. В местных и центральных клиниках страны прошли обучение 415 врачей из числа травматологов, нейрохирургов, реаниматологов, хирургов, и 480 специалистов скорой медицинской помощи.

Утверждены Концепция, методические рекомендации и алгоритмы медицинской помощи пострадавшим на этапах от места ДТП до травмоцентра I уровня.

Целью травмоцентра I уровня является оказание качественной и доступной специализированной травматологической помощи пострадавшим с множественными, сочетанными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком. Задачами травмоцентра I уровня являются: внедрение современных организационных и лечебно-диагностических технологий; повышение качества и доступности специализированной травматологической помощи пострадавшим; сокращение времени нахождения пациентов в стационаре.

В структуру центра вошли блок скорой медицинской помощи, блок специализированной медицинской помощи, диагностический блок, лечебно-консультативный блок и блок вспомогательных подразделений. Для повышения эффективности работы структурных подразделений травмоцентра I уровня (смотровые кабинеты приемного отделения КГБУЗ ККБ № 2, блок критических состояний, отделение анестезиологии и реанимации, другие специализированные отделения по преобладающему поражению) утверждена серия регламентов, регулирующих организацию их работы.

Разработаны и направлены в учреждения здравоохранения Хабаровского края следующие методические рекомендации: организация травматологической помощи пострадавшим в травмоцентрах первого уровня; организация травматологической помощи пострадавшим в травмоцентрах третьего уровня; методика оценки эффективности медицинской помощи пострадавшим в ДТП в учреждениях здравоохранения Хабаровского края; организация ведомственного контроля качества за соблюдением медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в учреждениях здравоохранения Хабаровского края. Указанные регламенты и методические рекомендации для специалистов здравоохранения содержат порядки организации медицинской помощи в соответствующих структурных подразделениях, табеля оснащения медицинским оборудованием и квалификационные требования к специалистам.

На рисунке 1 представлена схема госпитализации пострадавших с сочетанными травмами (СТ) в травмоцентр I уровня на базе КГБУЗ ККБ № 2 в зависимости от тяжести состояния.



Рис. 1. Маршрут госпитализации пострадавших с СТ в травмоцентр I уровня в зависимости от степени тяжести состояния

Из рисунка следует, что маршрут госпитализации пострадавших с СТ в травмоцентр I уровня определяется тяжестью поражения. Пострадавшие легкой и средней степени тяжести через приемное отделение госпитализируются соответственно в профильный центр или отделение анестезиологии и реанимации. Пострадавшие в критическом состоянии госпитализируются экстренно по жизненным показаниям, минуя приемное отделение, непосредственно в блок критических состояний. В последующем все пострадавшие переводятся в профильные отделения по преобладающему поражению. Всем больным по показаниям в рамках стандарта проводится клинический минимум обследования.

В травмоцентре I уровня налажена система оповещения о доставке пострадавших. Травмоцентр обеспечивает круглосуточную консультативную помощь медицинским организациям, расположенным в зоне его ответственности, участвует в организации системы статистического учета и ведет отчетность по сочетанным, множественным и изолированным травмам, сопровождающимся шоком, проводит анализ распространенности, структуры, причин травматизма и разрабатывает программы их профилактики совместно с другими заинтересованными организациями. Налажено взаимодействие с травмоцентрами III уровня.

На втором этапе, с 2014 г. по настоящее время, дополнительно к существующим травмоцентрам было открыто еще 6 травматологических центров, расположенных вдоль

краевых автомобильных дорог Хабаровск – Комсомольск-на-Амуре, Лидога – Ванино и Селихино – Николаевск-на-Амуре, оснащенных медицинским оборудованием в соответствии с порядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 927н. В лечебные учреждения поступило более 600 ед. медицинского оборудования, которое в настоящее время введено в эксплуатацию.

По состоянию на 1 января 2015 г. в Хабаровском крае функционирует 10 травматологических центров, из них один I уровня на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», три травмоцентра II уровня (КГБУЗ «Городская больница № 7» г. Комсомольска-на-Амуре, Ванинская и Николаевская-на-Амуре ЦРБ) и 6 травмоцентров III уровня (КГБУЗ «Районная больница» района им. Лазо, «Вяземская центральная районная больница», «Бикинская центральная районная больница», «Троицкая центральная районная больница», «Де-Кастринская районная больница», «Советско-Гаванская районная больница»).

Анализ эффективности деятельности травмоцентров показал, что в период с 2011 по 2012 гг., когда система травмоцентров в крае только организовывалась, число обратившихся за медицинской помощью в травмоцентр I уровня после ДТП увеличилось с 1 998 до 2 377 человек (+ 18,9 %) (табл. 1).

Таблица 1

Эффективность медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в условиях травмоцентра I уровня

№ п/п	Показатель	2011 г.	2012 г.	2012 г. в сравнении с 2011 г.	2013 г.	2014 г.	2014 г. в сравнении с 2013 г.
1.	Число обратившихся за медицинской помощью после ДТП (абс.)	1998	2377	> 18,9 %	2048	1890	< 7,7 %
2.	Число госпитализированных после ДТП (абс.)	641	810	> 26,4 %	590	593	> 0,05
3.	Число пациентов, которым помощь оказана амбулаторно после ДТП (абс.)	1356	1587	> 16,8 %	1458	1277	< 12,4 %
4.	Число оперированных после ДТП (абс.)	260	382	> 46,9 %	282	289	> 2,4 %
5.	Число пациентов, которым выполнено больше одной операции (абс.)	86	117	> 36,0 %	134	141	> 5,2 %
6.	Летальность общая (в %)	2	3	> 50 %	3,6	2,9	< 19,4 %

Увеличилось также число пострадавших, госпитализированных в стационар, на 26,4 %, и обратившихся за медицинской помощью амбулаторно – на 16,8 %. На 46,9 % выросло число пациентов, оперированных после ДТП. Число больных, которым было выполнено

более одной операции, увеличилось на 36 %. На 50 % выросла общая летальность. Эти данные свидетельствуют о нарастании тяжести травм, полученных в ДТП, и о концентрации наиболее тяжелых пострадавших в травмоцентре I уровня.

Вместе с тем совершенствование организации работы по ликвидации последствий ДТП в Хабаровском крае, создание травмоцентров II и III уровней в г. Комсомольске-на-Амуре на базе городской больницы № 7, в Вяземском, Бикинском и им. Лазо муниципальных районах сместили объемы травматологической помощи на медицинские организации указанных районов, повысили доступность медицинской помощи (табл. 1). При этом оказалось, что в период с 2013 по 2014 гг. число обратившихся за медицинской помощью в травмоцентр I уровня после ДТП уже уменьшилось на 7,7 %. Число пострадавших в ДТП, госпитализированных в стационар, практически не изменилось, а обратившихся за медицинской помощью амбулаторно – уменьшилось на 12,4 %. Увеличилось число пациентов, оперированных после ДТП, на 2,4 %, которым выполнено более одной операции – на 5,2 %. Эти данные свидетельствуют о переносе организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП в города и районы края, где были организованы травмоцентры II и III уровней, а также о концентрации наиболее тяжелой категории пациентов в травмоцентре I уровня, что соответствует общей стратегии организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП в Хабаровском крае.

Анализ работы районных травмоцентров позволил установить, что в период с 2011 по 2013 гг. число обратившихся в центры после ДТП имеет тенденцию к росту – соответственно 144 и 151 пострадавший. При этом на 40,3 % уменьшилось число пострадавших в ДТП, обратившихся в стационар, и, наоборот, на 73,7 % увеличилось число пациентов, которым помощь была оказана амбулаторно. На 40 % уменьшилось число пострадавших, переведенных из травмоцентров III уровня в травмоцентр I уровня. Эти данные свидетельствуют о повышении эффективности работы травмоцентров районного звена.

На рисунке 2 представлены данные по эффективности медицинской помощи пострадавшим в ДТП в Хабаровском крае в период с 2012 по 2014 гг.

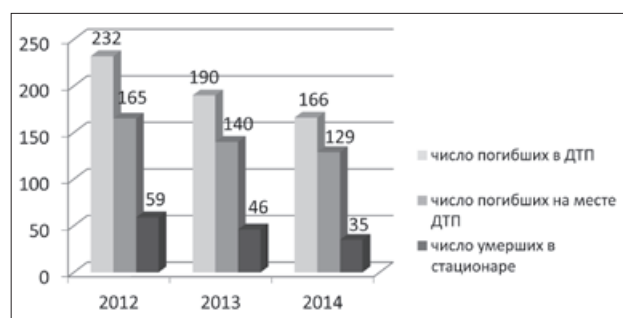


Рис. 2. Эффективность медицинской помощи пострадавшим в ДТП в Хабаровском крае в период с 2012 по 2014 гг.

Из рисунка следует, что в период с 2012 по 2014 гг. в Хабаровском крае число погибших в ДТП уменьшилось на 28,5 %, число погибших на месте ДТП – на 21,2 %, число умерших в стационаре – на 40,7 %.

Таким образом, разработанная концепция и программа организации травматологической помощи пострадавшим в ДТП на территории Хабаровского края полностью оправдалась. Основная нагрузка при оказании помощи пострадавшим в ДТП на территории Хабаровского края ложится на травмоцентр I уровня на базе Краевой клинической больницы № 2 министерства здравоохранения Хабаровского края. Создание единой системы оказания помощи позволило максимально приблизить медицинскую помощь пострадавшим в ДТП, сократить сроки доставки из районных травмоцентров в травмоцентр I уровня, повысить эффективность лечения на догоспитальном и госпитальном этапах.

Примером эффективной организации медицинской помощи пострадавшим при дорожной аварии является дорожно-транспортное происшествие, которое произошло 5 августа 2015 г. на 145 километре краевой трассы Хабаровск–Комсомольск-на-Амуре; пострададо 65 человек, из них 9 детей. В результате ДТП на месте погибли 15 человек; 50 человек получили повреждения различной степени тяжести.

Информация о дорожной аварии поступила в Хабаровский территориальный центр медицины катастроф и Троицкую центральную районную больницу со службы «112» в 14 час. 53 мин.

На место аварии было направлено 6 автомобилей скорой медицинской помощи Троицкой центральной районной больницы, 2 вертолета Хабаровского территориального центра медицины катастроф в составе 3-х реанимационных бригад и 2 вертолета МЧС по Хабаровскому краю в составе 2-х бригад реанимационного профиля Краевой клинической больницы № 1.

Время прибытия бригад скорой медицинской помощи Троицкой центральной районной больницы на место дорожной аварии составило 20–22 мин. На усиление было направлено еще 2 автомобиля скорой медицинской помощи с врачебными бригадами из Князе-Волконской районной больницы.

На месте аварии проведена медицинская сортировка и организована эвакуация пострадавших в учреждения здравоохранения по профилю травмы в зависимости от тяжести состояния и видов полученных травм.

Вертолетами в г. Хабаровск было доставлено 13 человек, автомобилями скорой медицинской

помощи – 10 человек, в травматологический центр Троицкой ЦРБ госпитализировано 2 человека, которые в дальнейшем были переведены в стационары г. Хабаровска. Остальным пострадавшим в дорожной аварии на месте была оказана необходимая медицинская помощь, и попутным транспортом они были доставлены по месту жительства.

В тот же день 20 человек обратились в травматологический пункт городской больницы № 7 г. Комсомольска-на-Амуре, где им была оказана медицинская помощь, даны рекомендации по лечению.

Всего на стационарном лечении в травматологических центрах и Детской краевой клинической больнице находилось 29 человек.

На момент поступления в тяжелом состоянии находилось 8 человек, из них трое детей,

в состоянии средней тяжести – 5 человек, остальные в удовлетворительном состоянии.

Медицинская помощь пострадавшим предоставлена в полном объеме.

Выписанным из стационаров пациентам в территориальных поликлиниках по месту жительства проводятся реабилитационные мероприятия.

По состоянию на 11 сентября 2015 г. в стационарах г. Хабаровска находилось трое пострадавших. Состояние одной пострадавшей стабильно тяжелое. Все остальные в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, созданная в крае схема эвакуации и оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП сработала эффективно: не было погибших на догоспитальном этапе, во время транспортировки и лечения пострадавших в травматологических центрах края.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / С. Ф. Багненко, В. В. Стожаров, А. Г. Мирошниченко [и др.]. – СПб. : ИПК КОСТА, 2007. – 400 с.
2. Королёв, В. М. Организация медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Хабаровском крае / В. М. Королёв // Дальневост. мед. журн. – 2013. – № 3. – С. 25–27.
3. Королёв, В. М. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой в условиях травмоцентра первого уровня / В. М. Королёв, В. Н. Кораблёв. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2012. – 98 с.
4. Королёв, В. М. Эффективность реализации программы по безопасности дорожного движения и предупреждению травматизма в Хабаровском крае / В. М. Королёв, К. Е. Пошатаев // Вестн. неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2014. – № 11. – С. 62–65.

УДК 614.88:[378.046.4+377.4](571.620)

Дополнительное профессиональное образование специалистов здравоохранения Хабаровского края по медицине катастроф и гражданской обороне (к 25-летию со дня создания Хабаровского территориального центра медицины катастроф)

Г.В. Чиждова, К.В. Жмеренецкий, Н.В. Кирпичникова, В.Е. Воловик, А.Л. Баранов, А.В. Козлов, К.П. Топалов

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipkszh.khv.ru

Supplementary vocational education of health workers in Khabarovsk region on disaster medicine and civil protection (the 25th anniversary of the establishment of Khabarovsk center of disaster medicine center)

G.V. Chizhova, K.V. Zhmerenetsky, N.V. Kirpichnikova, V.E. Volovik, A.L. Baranov, A.V. Kozlov, K.P. Topalov

Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009, Russia; tel. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipkszh.khv.ru

Освещены основные направления подготовки специалистов здравоохранения по медицине катастроф и гражданской обороне в Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения. Представлены пути дальнейшего совершенствования обучения специалистов как медицинского, так и немедицинского профиля, а также гражданского населения действовать в ЧС природного и техногенного характера мирного времени и при возможных локальных вооруженных конфликтах, уметь принимать решение в экстремальных условиях, при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, оказывать неотложную, скорую медицинскую и первую помощь, непрерывно обновлять свои знания и поддерживать практические навыки.

Ключевые слова: специалисты здравоохранения, гражданское население, дополнительное профессиональное образование, медицина катастроф, гражданская оборона.

In the article have marked of basic program for health workers on disaster medicine and civil protection at the Postgraduate Institute for Public Health Workers. Have showed the ways of further improving the training of experts both medical and non-medical, as well as the civilian population to act in emergency situations of natural and man-made disasters in peacetime and in possible local armed conflicts, to be able to make decisions in extreme conditions, with the elimination of the health consequences of emergencies, provide emergency medical and first aid, to continuously update their knowledge and maintain skills.

Key words: health workers, civilians, supplementary vocational education, disaster medicine, civil protection.

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края – передовое образовательное учреждение региона, реализующее программы повышения квалификации, профессиональной переподготовки и непрерывного развития медицинских специалистов с высшим и средним медицинским и фарма-

цевтическим образованием, ведущее подготовку кадров в интернатуре, ординатуре, аспирантуре. За годы своей деятельности, благодаря профессионализму профессорско-преподавательского коллектива и поддержке краевого правительства, институт состоялся как современный учебно-научный комплекс, реализующий программы непрерывного профессионального образования специалистов здравоохранения Хабаровского края и всего Дальневосточного региона.

Особое место в образовательном процессе занимают вопросы подготовки специалистов здравоохранения по медицине катастроф (МК) и гражданской обороне (ГО), а также немедицинских работников по оказанию первой помощи при чрезвычайных ситуациях. Нормативно-правовые основы подготовки по МК и ГО заложены в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. (статья 31) [1]:

1. Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

2. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Примерные программы учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи разрабатываются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и утверждаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4. Водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

Подготовка врачей и средних медицинских работников, провизоров и фармацевтов, как практического звена, так и руководителей здравоохранения в РФ является государственной, обязательной и непрерывной (рис. 1). Приоритет сохранения здоровья населения и предупреждение воз-

действия неблагоприятных факторов чрезвычайных ситуаций (ЧС) на человека требует от медицинского специалиста постоянной готовности действовать при природных и техногенных катастрофах мирного времени и при возможных локальных вооруженных конфликтах, уметь принимать решение в экстремальных условиях, при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, оказывать неотложную и скорую медицинскую помощь, непрерывно обновлять свои знания и поддерживать практические навыки. Не менее важно для сохранения жизни пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях и других ЧС обучить оказанию первой помощи немедицинских работников, оказывающихся первыми на месте происшествия, – специалистов аварийно-спасательных служб и формирований МЧС РФ, сотрудников полиции МВД, работников аварийно-опасных производств, гражданского населения.

В институте ежегодно повышают квалификацию более 8 000 врачей, провизоров и фармацевтов, фельдшеров и медицинских сестер. Обучение слушателей проводит сложившийся высокопрофессиональный коллектив, в котором наряду с профессорами, доцентами и ассистентами трудятся ведущие специалисты практического здравоохранения. Слушатели повышают квалификацию по направлениям МК и ГО на кафедрах скорой медицинской помощи и организации сестринского дела. К учебным занятиям привлечены сотрудники кафедры анестезиологии и реаниматологии и других клинических кафедр.



Рис. 1. Государственная система специальной подготовки кадров службы МК [2]

Во все циклы повышения квалификации и переподготовки для специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, в программы подготовки интернов, ординаторов и аспирантов обязательным разделом включены лекции и практические занятия по МК и ГО в ЧС. Ежегодно на циклах «Скорая медицинская помощь», «Анестезиология и реаниматология», «Трансфузиология», «Сестринское дело», «Вопросы организации и подготовки службы МК и ГО в органах управления и учреждениях здравоохранения», семинарах «Неотложная помощь на догоспитальном этапе», «Вопросы тромболитической терапии» проходят подготовку более 1 400 слушателей.

Методическое обеспечение циклов и семинаров постоянно обновляется, совершенствуются учебно-тематические планы и учебные программы, публикуются статьи в периодической печати, газете *Alma Mater*, журналах «Здравоохранение Дальнего Востока» и др. (13 публикаций за 2014–2015 гг.).

В 2014–2015 гг. институтом проведены научно-практические конференции Службы крови I зоны РФ «Актуальные вопросы трансфузиологии в учреждениях здравоохранения Хабаровского края»; семинар «Лечение больных с острым коронарным синдромом и после него: новые возможности консервативной и инвазивной стратегии ведения»; научно-образовательная школа «Актуальные вопросы кардиологии».

В целях повышения качества преподавания и применения инновационных форм обучения к учебному процессу привлекаются ведущие специалисты согласно профилю специальности. Наряду с традиционными формами обучения в институте активно используются электронное обучение и дистанционные образовательные технологии (ДОТ), давая возможность специалистам из районов края, не выезжая за пределы своих территорий, участвовать в научно-практических мероприятиях.

Для освоения и отработки практических навыков для слушателей института создан учебный симуляционно-тренинговый центр (учебный центр подготовки слушателей) и фантомный класс, что способствует снижению числа врачебных ошибок, связанных с недостаточным владением практическими навыками и умениями. За последние 2 года в учебных центрах подготовки слушателей на базах ИПКСЗ и перинатального центра прошли обучение 1 645 врачей и 335 средних медработников.

С 2012 г. институт, участвуя в реализации Государственной программы Хабаровского края

«Развитие коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающих в Хабаровском крае», проводит обучение компактно проживающего населения отдаленных мест края правилам оказания первой само- и взаимопомощи при травмах, неотложных и других ЧС мирного времени. Ежегодно сотрудники института выезжают в поселения Комсомольского, Нанайского, Амурского, Николаевского и других муниципальных районов Хабаровского края, читают лекции, обучают местных жителей навыкам первой помощи, просвещают родителей оказанию первой помощи своим детям, оказывают методическую поддержку главам поселений. Во время командировочных выездов с 2012 по 2014 гг. обучено 812 представителей коренных народов методам оказания первой помощи.

Оказанию первой помощи при неотложных ситуациях в институте регулярно обучаются немедицинские работники: электрики, водители, сотрудники аварийно-спасательных служб, сотрудники полиции; проводятся специальные курсы для педагогов. Кроме того, ведется активная просветительная деятельность по данной тематике в средствах массовой информации, на радиовещании и телевидении. Специалистами института за три года подготовлено 52 выступления на телевидении в ДВТРК, ИТА «Губерния», «Даль-ТВ» – программы: «Новости», «Доброе утро с Губернией», «Школа здоровья», «Свободное время»; 25 выступлений на радио в ГТРК «Дальневосточная» – программы: «Вести-Хабаровск», «Актуальное интервью», «Пульс»; 5 публикаций в газетах «Тихоокеанская звезда», «Комсомольская правда» и 12 анонсов научно-практических мероприятий в Интернете.

Активно пропагандируется здоровый образ жизни. Регулярно на информационной панели в холле института к знаменательным датам в медицине размещается актуальная информация, видеоролики, бегущие строки, презентации, направленные на привлечение внимания сотрудников и обучающихся института к своему здоровью. Одной из актуальных информаций является Всемирный день донора, отмечаемый ежегодно 14 июня.

В преддверии Всемирного дня донора кафедра скорой медицинской помощи совместно с Краевой станцией переливания крови провела в институте выездной забор донорской крови. Безвозмездно сдали свою кровь 28 сотрудников института.

В условиях нарастающей угрозы как природных, так и техногенных ЧС, растет потребность в подготовке специалистов-психологов критических состояний и восстановительной психологии, готовых работать с перенесшими

психологическую травму от ЧС и при утрате близких. Установлено, что в зоне ЧС до 10 % населения будут нуждаться в неотложной психоневрологической помощи.

Требуется продолжить совершенствование дополнительного образования специалистов как медицинского, так и немедицинского профиля, а также гражданского населения действовать в ЧС с расширением объема и содержания формируемых компетенций по МК и ГО на основе новых образовательных технологий, электронного, дистанционного, симуляционно-тренингового обучения, совместных образовательных программ.

Представляются следующие пути совершенствования обучения по МК и ГО:

- обновление учебных планов и программ дополнительного профессионального образования врачей, провизоров, среднего медицинского персонала по МК и ГО с учетом требований сегодняшнего дня, специфики Хабаровского края, Дальневосточного региона;

- дальнейшая разработка учебно-методических материалов для специалистов здравоохранения и гражданского населения, популяризация знаний и умений по предупреждению

возникновения ЧС и навыков своевременного оказания первой помощи пострадавшим;

- внедрение новых технологий учебного процесса, методик контроля освоения знаний и оценки овладения навыками оказания помощи при ЧС для работников всех специальностей и категорий; создание в институте учебного класса по МК и ГО;

- разработка методических рекомендаций для медицинских учреждений по организации специальной подготовки с целью обеспечения непрерывности обучения по МК и ГО для всех медицинских специалистов;

- подготовка специалистов кризисной психологии; создание в институте курса медицинской психологии;

- расширение тематики региональных конференций и семинаров по МК и ГО.

Таким образом, существующая система подготовки специалистов здравоохранения для службы МК и ГО Хабаровского края соответствует Государственной системе специальной подготовки кадров службы МК. Требуется дальнейшее ее совершенствование, и институт располагает для этого необходимыми возможностями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2011. – № 48. – С. 15171–15237. – См. ст. 31 «Первая помощь». – Сведения доступны в ИПО «ГАРАНТ».

2. Подготовка кадров службы медицины катастроф [Электронный ресурс]. – Режим доступа : WWW. URL : http://studopedia.ru/1_58887_podgotovka-kadrov-sluzhbi-meditsini-katastrof.html . – 16.09.2015.

УДК 616.24-022.7:579.862.1Streptococcus-085.371-053.8(571.620)

Эффективность пневмококковой вакцины у взрослых пациентов с бронхолегочными заболеваниями в Хабаровском крае

О.В. Молчанова¹, К.В. Жмеренецкий¹, С.Н. Колодная², М.В. Имховик²

¹ КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipksz.khv.ru

² КГБУЗ «Городская поликлиника № 15» МЗ ХК, 680041, г. Хабаровск, ул. Ульяновская, 156; тел. +7 (4212) 59-23-31; e-mail: gopol15@mail.kht.ru

Effectiveness of pneumococcal vaccine in adult patients with bronchopulmonary diseases in Khabarovsk Territory

O.V. Molchanova¹, K.V. Zhmerenetsky¹, S.N. Kolodnaya², M.V. Imkhovik²

¹ Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009, Russia; tel. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipksz.khv.ru

² Municipal Polyclinic № 15, 156, Uliyanovskaya str., Khabarovsk, 680041, Russia; tel. +7 (4212) 59-23-31; e-mail: gopol15@mail.kht.ru

Цель: оценить клиническую эффективность пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакцины у пациентов с бронхолегочной патологией в Хабаровском крае.

Материалы и методы: вакцинированы 50 пациентов с бронхолегочной патологией старше 50 лет. 26 % больных страдали бронхиальной астмой (БА), 70 % – хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 4 % – БА на фоне ХОБЛ. 56 % пациентов были привиты антипневмококковой и противогриппозной вакцинами, 44 % – антипневмококковой. Проводилось сравнение частоты и длительности обострений основного заболевания до и после вакцинации (2013–2014 гг.).

Результаты исследования. После вакцинации уменьшились: частота обострений основного бронхолегочного заболевания в 4,8 раза; потребности в антибиотикотерапии в 5,7 раза, потребности в госпитализации в 7,3 раза.

Выводы: у пациентов с бронхолегочной патологией в Хабаровском крае вакцинация пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакциной продемонстрировала высокую клиническую эффективность.

Ключевые слова: конъюгированная пневмококковая вакцина; хроническая бронхолегочная патология; снижение заболеваемости; уменьшение случаев пневмоний; снижение количества госпитализаций.

Objective of the article evaluates the clinical effectiveness of pneumococcal conjugate 13-valent vaccine patients with bronchopulmonary pathology in the Khabarovsk Region.

Materials and Methods: the 50 patients with bronchopulmonary pathology over 50 years old were vaccinated. 26 % of patients suffering from bronchial asthma, 70 % of patients suffering chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and 4 % of patients suffering asthma in the setting of COPD. 56 % of patients were vaccinated antipneumococcal and influenza vaccines and 44 % antipneumococcal. Compared the frequency and duration of disease exacerbations ground before and after vaccination (2013–2014 years).

Results of research: after vaccination decreased: the main frequency of exacerbations of bronchopulmonary disease in 4,8 times; need for antibiotic in 5,7 times and the need for hospitalization 7,3 times.

Conclusions: the pneumococcal conjugate 13-valent vaccine vaccination demonstrated a high clinical efficiency in bronchopulmonary pathology patients in the Khabarovsk region.

Key words: conjugate pneumococcal vaccine, chronic bronchopulmonary pathology, reduction in the burden of disease, decrease of pneumonia cases, decrease of hospitalization quantity.

Введение. Проблема роста смертности от бронхолегочных заболеваний в России весьма актуальна. Особое значение в последнее время имеет внебольничная пневмония (ВП), учитывая распространенность, тяжесть течения и высокую угрозу летального исхода. Так, пневмонии занимают 1-е место среди причин летальности от инфекционных болезней в стране [4].

Существенно выше риск летального исхода ВП у пациентов с отягощенным анам-

незом (табл. 1). Выделяют факторы риска неблагоприятного прогноза при пневмонии [2]: возраст более 60 лет, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, цирроз печени, почечная недостаточность, наркомания, алкоголизм, иммунодефицит, дефицит массы тела, тяжелые ЦВЗ, прием антибиотиков за последние 3 месяца ≥ 2 дней.

Таблица 1

Кратность увеличения риска летального исхода при внебольничной пневмонии соответственно факторам риска неблагоприятного прогноза [13]

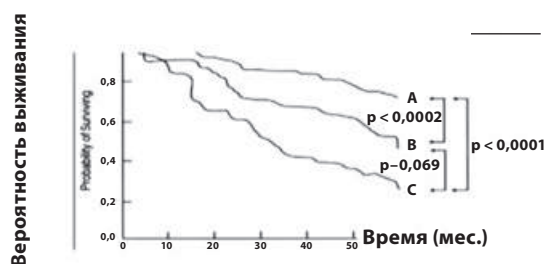
Факторы риска летального исхода	Оценка шансов
Возраст < / > 65 лет	5,05 (< 0,001)
Застойная сердечная недостаточность	4,91 (< 0,001)
Цереброваскулярные заболевания	5,91 (< 0,001)
Заболевания печени/почек	2,98–4,22 (\leq 0,001)
Сахарный диабет	2,55 (< 0,001)
Обитатели домов престарелых	8,0 (< 0,001)
Тяжелое течение заболевания	2,60 (< 0,001)
Неэффективная стартовая антибиотикотерапия	2,24 (= 0,001)

Так, риск развития летального исхода от осложнений пневмонии у пожилых пациентов в 5 раз выше по сравнению с молодыми [12]. Среди больных, поступающих в стационары с пневмонией, до 15,8 % имеют ишемическую болезнь сердца, 14,3 % – хроническую сердечно-сосудистую недостаточность (ХСН), 9,6 % – сахарный диабет [19]. Смертность у больных с пневмококковой пневмонией и острой сердечной недостаточностью значительно выше (27,3 %, $p < 0,008$) по сравнению с аналогичными показателями у пациентов, не имеющих в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (8,8 %) [18]. По данным литературы, смертность в 30-дневный срок от пневмонии у больных на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) составляет 9,6 % пациентов [15].

Кроме того, имеет место рост смертности от ХОБЛ повсеместно. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время ХОБЛ является 4-й лидирующей причиной смерти в мире. Ежегодно от ХОБЛ умирает около 2,75 млн человек, что составляет 4,8 % всех причин смерти [7]. Количество обострений, в том числе тяжелых, требующих госпитализации, в настоящее время уделяется особое внимание как основному прогностическому критерию выживаемости пациентов (диаграммы 1, 2) [7, 14, 16]. Основная масса обострений ХОБЛ – инфекционной этиологии [7].

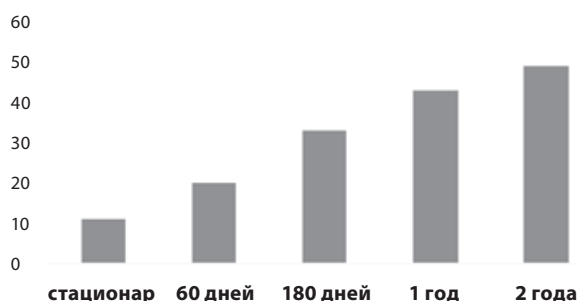
Анализ смертности в Хабаровском крае демонстрирует рост количества погибающих от ХОБЛ с 7,34 человек на 100 тыс. населения в 2011 г. до 11,3 на 100 тыс. взрослого населения в 2013 г. Более 30 % ежегодно госпитализируются, т.е. имеют неблагоприятный прогноз 5-летней выживаемости. Следует также отметить, что более 50 % погибших больных от пневмонии в регионе имеют фон ХОБЛ [5].

Диаграмма 1
Влияние обострений ХОБЛ на летальность среди пациентов [16]



А – нет обострений;
В – 1–2 обострения;
С – 3 и более обострения

Диаграмма 2
Летальность после госпитализации при обострении ХОБЛ (%) [16]



Таким образом, профилактика респираторной инфекции, в том числе пневмонии, профилактика развития обострений бронхолегочной патологии, особенно у пациентов с факторами риска летального исхода, является основной задачей, при реализации которой закономерно ожидать улучшения показателей заболеваемости по нозологии и снижения смертности в целом.

По мнению ВОЗ, вакцинация – единственный способ существенно повлиять на заболеваемость пневмококковой инфекцией, в том числе пневмонией. Вакцинопрофилактика против пневмококковой инфекции пациентов групп риска рекомендована ведущими научными мировыми сообществами [8, 9, 10, 11, 17].

В федеральные клинические руководства по ведению больных с внебольничной пневмонией и ХОБЛ [2, 7] также включены рекомендации по вакцинопрофилактике гриппозной и пневмококковой инфекций.

В настоящее время в России зарегистрирована 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина (ПВК 13), которая потенциально перекрывает до 85 % серотипов пневмококка, вызывающих пневмонии у взрослых [1, 6].

В данной статье представлены собственные данные клинической эффективности ПВК 13 в отношении профилактики острой

респираторно-вирусной инфекции, пневмонии и обострений основного заболевания у пациентов с бронхолегочной патологией в Хабаровском крае.

Цель: оценить клиническую эффективность пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакцины (ПВК 13) у пациентов с бронхолегочной патологией в Хабаровском крае.

Материалы и методы

Проводилась оценка клинической эффективности ПВК 13 у 50 пациентов старше 50 лет с бронхолегочной патологией. Средний возраст обследованных был 64,3 года. 26 % больных страдали бронхиальной астмой (БА), 70 % – хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), у 4 % БА была на фоне ХОБЛ. 56 % пациентов были привиты ПВК 13 и противогриппозной вакциной, 44 % – ПВК 13. Проводилось сравнение средних показателей частоты и длительности ОРИ, пневмонии и обострений основного заболевания, потребности в анти-

биотикотерапии (АБТ) до и после вакцинации на 1 больного (\pm 12 месяцев).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе была отмечена четкая тенденция снижения частоты и длительности случаев острой респираторной инфекции (ОРИ), пневмонии и обострений основного заболевания до и после вакцинации.

Так, по ОРИ в целом уменьшились средние показатели количества случаев заболевания в 2,2 раза, суммарной продолжительности в течение года клинических проявлений – в 2,7 раза, потребности в антибиотикотерапии – в 4,5 раза, общего количества дней нетрудоспособности (у работающих) в год – в 3,4 раза.

Данная закономерность более выражена в группах пациентов, привитых в комплексе гриппозной и пневмококковой вакциной, как при ХОБЛ, так и при бронхиальной астме (табл. 2).

Таблица 2

Эффективность вакцинации по острой респираторной инфекции

Показатели	Средние показатели на 1 больного							
	1_ в течение года до вакцинации / включения в исследование;				2_ в течение года после вакцинации / включения в исследование			
	1_ кол-во	2_ кол-во	1_ длительность (дни)	2_ длительность (дни)	1_ кол-во курсов АБТ	2_ кол-во курсов АБТ	1_ дни б/л	2_ дни б/л
ПВК 13 (ХОБЛ)	2,4	1,5	20,0	10,9	2,4	0,7	19,4	10,9
Кратность уменьшения показателя		1,5		1,8		3,4		1,8
ПВК 13 + противогриппозная вакцина (ХОБЛ)	4,0	1,3	37,6	12,1	3,6	0,9	30,5	8,8
Кратность уменьшения показателя		3,0		3,1		3,9		3,5
ПВК 13 + противогриппозная вакцина (БА)	3,5	1,4	32,0	8,8	2,5	0,2	39,7	8,3
Кратность уменьшения показателя		2,5		3,6		16,5		4,8
ИТОГО:	3,14	1,4	28,4	10,6	2,9	0,6	26,7	7,9
Кратность уменьшения показателя		2,2		2,7		4,5		3,4

В совокупности также снизились показатели средней частоты обострений основного бронхолегочного заболевания в 4,8 раза, общей продолжительности в течение года обострений в 5,7 раза, потребности в антибиотикотерапии в 5,7 раза, потребности в госпитализации в 7,25 раза, суммарного количества дней нетрудоспособности в году (у работающих) в 3,4 раза (табл. 3).

Согласно полученным данным, эффективность вакцинации в группе пациентов с ХОБЛ, привитых только ПВК 13, выше, чем у пациентов, привитых ПВК 13 и гриппозной вакциной. Данные результаты объяснимы тем, что первая группа исходно включала пациентов с более благоприятным течением ХОБЛ (средняя частота обострений в группе – 2,0; кратность госпитализации – 0,5). Вторая группа – с более

тяжелыми пациентами (2,7 обострений в год; кратность госпитализаций – 0,9).

После вакцинации в обеих группах пациентов с ХОБЛ среднее количество обострений менее 2 случаев/год, госпитализаций – менее 1 случая/год. Это критерии высокого риска неблагоприятного прогноза по выживаемости пациентов с ХОБЛ [7, 10]. Вывод: прогноз у пациентов по 5-летней выживаемости после вакцинации улучшился.

По внебольничной пневмонии также отмечен четкий положительный эффект от вакцинации у пациентов с ХОБЛ. Так, частота развития пневмоний снизилась в 16 раз, длительность заболевания – в 1,76 раза.

Полученные данные не противоречат результатам исследований, проведенных в Челябинской области [3], где у пациентов с хро-

Влияние вакцинации на течение бронхолегочного заболевания

реакции местные (0 – нет; 1 – есть)	ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (средние показатели на 1 больного/год)							
	1_ в течение года до вакцинации / включения в исследование;				2_ в течение года после вакцинации / включения в исследование			
	1_кол-во	2_кол-во	1_кол-во курсов АБТ	2_кол-во курсов АБТ	1_кол-во госпитализаций	2_кол-во госпитализаций	1_дни б/л	2_дни б/л
ПВК 13 (ХОБЛ)	2	0,3	1,9	0,3	0,5	0	36,7	18
Кратность уменьшения показателя		6,4		6,3				2
ПВК 13 + противогриппозная вакцина (ХОБЛ)	2,7	0,6	2,7	0,6	0,9	0,14	37,3	18
Кратность уменьшения показателя		4,6		4,5		6,5		2,1
ПВК 13 + противогриппозная вакцина (БА)	2,3	0,6	2,3	0,3	0,3	0,15	27,2	12
Кратность уменьшения показателя		3,8		7,6		2		2,3
ИТОГО:	2,3	0,5	2,3	0,4	0,6	0,08	34,6	10,3
Кратность уменьшения показателя		4,8		5,7		7,25		3,4

ническими бронхолегочными заболеваниями отмечено снижение количества пневмоний в 6 раз, обострений ХОБЛ – в 4,8 раза, количества госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ и пневмоний – в 9 раз.

Аналогичные результаты получены при вакцинации ПВК 13 взрослых пациентов с ХОБЛ и ишемической болезнью сердца [3]. В 5 раз снизилось количество пневмоний, в 5,9 раза – обострений заболевания, в 11 раз – количество госпитализаций по поводу обострений и пневмоний.

Выводы

У пациентов с бронхолегочной патологией в Хабаровском крае вакцинация пнев-

мококковой конъюгированной 13-валентной вакциной (ПВК 13), как самостоятельно, так и в сочетании с противогриппозной, продемонстрировала высокую клиническую эффективность.

Данная вакцина в крае может быть широко рекомендована больным из групп риска с целью профилактики респираторной инфекции, в том числе пневмоний, а также обострений хронических заболеваний трахеобронхиального дерева.

Указанные мероприятия приведут к сохранению здоровья населения, что является одной из основных задач государственной политики РФ в области здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белошицкий, Г. В. Серотиповая характеристика штаммов *S. pneumoniae* в Москве / Г. В. Белошицкий, И. С. Королёва // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2014. – № 1. – С. 90–97.
2. Внебольничные пневмонии у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике : пособие для врачей / А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, Р. С. Козлов [и др.] // Клиническая микробиология и антимикроб. химиотерапия. – 2010. – Т. 12, № 3. – С. 186–225 : граф., табл.
3. Игнатова, Г. А. Нарушения функции внешнего дыхания при сочетанном течении ХОБЛ и ИБС / Г. А. Игнатова, В. Н. Антонов // Consillium medicum. – 2014. – № 16. – С. 32–36.
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению внебольничных пневмоний у взрослых : моногр. / Р. Ф. Хамитов, А. А. Визель, Н. Б. Амиров [и др.]. – Казань, 2011. – 98 с.
5. Молчанова, О. В. Ведение больных со стабильным течением ХОБЛ. Бронхолитическая терапия: современное состояние вопроса / О. В. Молчанова // Здоровье Дальнего Востока. – 2015. – № 1. – С. 44–55.
6. Серотипы *Streptococcus pneumoniae*, вызывающих ведущие нозологические формы пневмококковых инфекций / Ю. В. Лобзин, С. В. Сидоренко, С. М. Харит [и др.] // Журн. инфектологии. – 2013. – Т. 5, № 4. – С. 35–42 : табл.
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких [Электронный ресурс] / А. Г. Чучалин, З. Р. Айсанов, С. Н. Авдеев [и др.] ; Рос. респиратор. о-во. – [М.], 2014. – 41 с. : табл. – Режим доступа : [www.URL : http://www.pulmonology.ru/publications/guide.php/](http://www.pulmonology.ru/publications/guide.php/). – 30.04.2015.
8. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / J. J. McMurray, S. Adamopoulos, S. D. Anker [et al.] // Europ. Heart J. – 2012. – Vol. 33, № 14. – P. 1787–847.
9. EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases [Electronic resource] / S. van Assen, N. Agmon-Levin, O. Elkayam [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2011. – Vol. 70, № 3. – P. 414–422. – Access mode : [www.URL : http://ard.bmj.com/content/70/3/414.full/](http://ard.bmj.com/content/70/3/414.full/). – 30.04.2015.
10. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Electronic

recourse]: rep. on May, 2014 : Rus. translation / Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). – Access mode : [www.URL : http://www.goldcopd.org/guidelines/global-strategy-russian.html/](http://www.goldcopd.org/guidelines/global-strategy-russian.html/). – 30.04.2015.

11. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Electronic recourse] : rep. on Apr., 2015 / Global Initiative for Asthma. – Access mode : [www.URL : http://www.ginasthma.org/documents/4/](http://www.ginasthma.org/documents/4/). – 30.04.2015.

12. Mylotte, J. M. Nursing home-acquired pneumonia: update on treatment options / J. M. Mylotte // *Drugs & Aging*. – 2006. – Vol. 23, № 5. – P. 377–390.

13. Outcome of community-acquired pneumonia: influence of age, residence status and antimicrobial treatment / H. Kothe, T. Bauer, R. Marre [et al.] // *Europ. Respiratory J.* – 2008. – Vol. 32, № 1. – P. 139–146.

14. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. The SUPPORT investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments) / A. F. Connors-jun., N. V. Dawson, C. Thomas [et al.] // *Amer. J. of Respiratory & Crit. Care Medicine*. – 1996. – Vol. 154, iss. 4. – P. 959–967.

15. Serotype prevalence in adults hospitalised with pneumococcal non-invasive community-acquired pneumonia /

T. Bewick, C. Sheppard, S. Greenwood [et al.] // *Thorax*. – 2012. – Vol. 67, № 6. – P. 540–545.

16. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease / J. J. Soler-Cataluña, M. A. Martínez-García, P. Román Sánchez [et al.] // *Thorax*. – 2005. – Vol. 60, № 11. – P. 925–931.

17. Standards of Medical Care in Diabetes–2012 [Electronic recourse] / Amer. Diabetes Assoc. // *Diabetes Care*. – 2012. – Vol. 35, suppl. 1. – P. S11–S63. – Access mode : [www.URL : http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full/](http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full/). – 30.04.2015.

18. The association between pneumococcal pneumonia and acute cardiac events / D. M. Musher, A. M. Rueda, A. S. Kaka, S. M. Mapara // *Clin. Infectious Diseases*. – 2007. – Vol. 45, № 2. – P. 158–165.

19. The International Community-Acquired Pneumonia (CAP) Collaboration Cohort (ICCC) study: rationale, design and description of study cohorts and patients [Electronic recourse] / P. K. Myint, C. S. Kwok, S. R. Majumdar [et al.] // *BMJ Open*. – 2012. – Vol. 2, iss. 3. – Access mode : [www.URL : ttp://bmjopen.bmj.com/content/2/3/e001030.full/](http://bmjopen.bmj.com/content/2/3/e001030.full/). – 30.04.2015.

УДК 616-006.04-036.86(571.620-22)«2011/2014»

Анализ динамики первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в районе им. Лазо за период 2011–2014 гг.

(по результатам деятельности бюро № 8 ФКУ «ГБ МСЭ по Хабаровскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации)

Т.В. Лысова, О.В. Пивнева, В.К. Кондакова, Е.Г. Ледяева, А.Ф. Гагарина

Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФКУ «ГБ МСЭ по Хабаровскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Бюро № 8, 16), 680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 67; тел. +7 (4212) 32-50-60; e-mail: expert@mse27.ru

Analysis of the primary disability dynamics due to cancers in the Lazo area in the period 2011–2014 years (post-performance of the Bureau № 8 in the Khabarovsk region, Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation)

T.V. Lysova, O.V. Pivneva, V.K. Kondakova, E.G. Ledyeva, A.F. Gagarina

The main medical-social rating bureau of Khabarovsk region Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation ("MSR of Khabarovsk region", Ministry of Labor and Social Protection of Russian Federation, Bureau № 8, 16), 67, Frunze str., Khabarovsk, 680000, Russia; tel. +7 (4212) 32-50-60; e-mail: expert@mse27.ru

В статье приводится детальная информация о динамике первичной инвалидности вследствие злокачественных заболеваний в районе им. Лазо Хабаровского края по данным бюро МСЭ № 8: анализ показателей инвалидности у лиц трудоспособного возраста и пенсионного возраста, впервые признанных инвалидами со злокачественными новообразованиями с выделением исследуемых показателей, характеризующих распределение по локализации опухолей, возрастным группам и группам инвалидности в динамике по годам: с 2011 по 2014 гг.

Ключевые слова: первичная инвалидность, впервые признаны инвалидами (ВПИ), злокачественные новообразования (ЗНО).

In the article provides detailed information about the primary disability dynamics due to cancers in the Lazo area according to date of the Bureau № 8: analysis of disability in people of working age and retirement age for the new at the disablement with cancer diagnosis with the release of the studied parameters characterize the distribution of the tumor localization, age groups and disability groups in the dynamics over the years: from 2011 to 2014 years.

Key words: primary disablement, new at the disablement, cancer.

Инвалидность является важным индикатором общественного здоровья, качества и доступности медицинской помощи, уровня социально-экономического развития государства.

Исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших, статьей 43 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. утвержден перечень социально значимых заболеваний. В данный перечень вошли: болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением; сахарный диабет; злокачественные новообразования; болезнь, вызванная виру-

сом иммунодефицита человека; туберкулез; гепатит; инфекции, передающиеся половым путем; психические расстройства и расстройства поведения.

Проблема заболеваемости и инвалидности населения вследствие злокачественных новообразований заслуживает серьезного внимания, поскольку заболеваемость неуклонно растет, а результаты лечения и проводимые реабилитационные мероприятия не могут быть признаны достаточно удовлетворительными. В 2011 г. всего зарегистрировано 5 968 860 онкологических больных (4178,0 на 100 тыс. населения). Число больных с впервые установленным диагнозом онкологического заболевания составило

1258,1, одногодичная летальность – 27,4 на 100 тыс. населения. Несмотря на развитие специализированных мощных онкоцентров, далеко зашедшие формы болезней (3–4 стадии) составляют большую часть – до 50 % больных, в то время как начальные стадии выявляются лишь у 10–15 % больных. Это обуславливает неуклонный рост доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями (до 20,5 %) [1].

Цель исследования

Изучить динамику первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в районе им. Лазо Хабаровского края за период 2011–2014 гг.

Материалы и методы

В исследовании использованы результаты первичного освидетельствования показателей

инвалидности у лиц трудоспособного возраста и пенсионного возраста, впервые признанных инвалидами со злокачественными новообразованиями с выделением исследуемых показателей, характеризующих распределение по локализации опухолей, возрастным группам и группам инвалидности в динамике по годам: с 2011 по 2014 гг.

Результаты и обсуждение

Анализ деятельности ФКУ «ГВ МСЭ по Хабаровскому краю» Минтруда и социальной защиты РФ и бюро № 8 за период с 2011 по 2014 гг. показал, что в районе им. Лазо удельный вес среди злокачественных новообразований увеличился с 26,7 % в 2011 г. до 42,95 % в 2014 г., со стабильным уменьшением этого показателя с 50,7 % в 2012 г. (2013 г. – 47,76 %) в 2014 г. (табл. 1).

Таблица 1

Удельный вес ВПИ вследствие злокачественных новообразований в динамике по годам

Год	ВПИ вследствие злокачественных новообразований					
	Хабаровский край		Бюро № 8		Район им. Лазо	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2011	1392	9,4	198	24,0	53	26,7
2012	1468	22,7	134	9,13	68	50,7
2013	1547	24,6	128	8,27	64	47,76
2014	1459	25,5	142	9,73	61	42,95

В структуре ВПИ вследствие злокачественных новообразований за рассматриваемый период преобладали инвалиды I группы – 58,1 %, инвалиды II группы – 57,9 %, III группы – 8,1 %.

Инвалиды II группы составили 34 чел. (64,1 %) в 2011 г., 35 чел. (51,5 %) в 2012 г., 41 чел. (64,1 %) в 2013 г., 33 чел. (53,2 %) в 2014 г.

Инвалиды I группы составили 15 чел. (28,3 %) в 2011 г., 29 чел. (42,6 %) в 2012 г. и 19 чел. (30,7 %) в 2014 г.

Инвалиды III группы составили в 2011 и 2012 гг. 4 чел. (7,5 %) и 4 чел. (5,9 %), в 2013 г. снижение на 4 чел. (4,7 %), с последующим ростом до 9 чел. (14,5 %) в 2014 г. (табл. 2) [3].

Таблица 2

Распределение числа ВПИ вследствие злокачественных новообразований по группам инвалидности в 2011–2014 гг. (район им. Лазо)

Год	Всего	I группа		II группа		III группа	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2011	53	15	28,3	34	64,1	4	7,5
2012	68	29	42,6	35	51,5	4	5,9
2013	64	20	31,2	41	64,1	3	4,7
2014	61	19	30,7	33	53,2	9	14,5
Итого	246	83	33,7	143	58,1	20	8,1

Проведенный анализ возрастных характеристик ВПИ вследствие злокачественных новообразований в период с 2011 по 2014 гг. показал следующее.

Среди впервые признанных инвалидов вследствие злокачественных новообразований наибольшую долю (54,1 %) составили инвалиды пенсионного возраста (согласно форме № 7-собес;

женщины в возрасте 55 лет и старше и мужчины 60 лет и старше), с уменьшением этого показателя с 62,3 % в 2011 г. до 47,5 % в 2014 г. [3].

Инвалиды трудоспособного возраста (согласно форме № 7-собес; женщины в возрасте 18–54 лет и мужчины 18–59 лет) составляли 45,9 %, с увеличением показателя с 37,7 % в 2011 г. до 52,5 % в 2014 г. (табл. 3).

Таблица 3

**Возрастная структура ВПИ вследствие злокачественных новообразований в 2011–2014 гг.
(район им. Лазо)**

Год	Всего	Трудоспособного возраста		Пенсионного возраста	
		абс.	%	абс.	%
2011	53	20	37,7	33	62,3
2012	68	28	41,2	40	58,8
2013	64	37	57,8	27	42,2
2014	61	32	52,5	29	47,5
Итого	246	115	46,6	132	53,4

Анализ показателей ВПИ по локализации злокачественного новообразования за рассматриваемый период показал, что преобладают инвалиды со злокачественными новообразованиями молочной железы (16,5 %) с тенденцией к увеличению этого показателя с 15,1 % (2011 г.) до 20,3 % в 2013 г. и уменьшением его до 16,5 % в 2014 г. Отмечается рост злокачественных новообразований почек с 1,8 % в 2011 г. до 16,5 % в 2014 г.

Злокачественные новообразования бронхов и легкого составили в 2011 г. 18,8 % с уменьшением этого показателя до 13,1 % в 2014 г. Злокачественные новообразования желудка в 2011 г. составили 7,5 %, а в 2014 г. – 3,1 %.

Злокачественное новообразование шейки матки – показатель остается стабильным за рассматриваемый период (2011 г. – 9,4 %, 2014 г. – 10 %) (табл. 4) [3].

Таблица 4

**Распределение ВПИ по локализации злокачественного новообразования в районе
им. Лазо Хабаровского края в 2011–2014 гг. (абс., %)**

Локализация злокачественного новообразования	2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
злокачественное новообразование молочной железы	8	15,1	12	17,6	13	20,3	10	16,5
злокачественное новообразование шейки матки	5	9,4	2	2,9	6	9,4	6	10
злокачественное новообразование почки, кроме почечной лоханки	1	1,8	5	7,3	4	6,3	10	16,5
злокачественное новообразование бронхов и легкого	10	18,8	12	17,6	12	18,8	8	13,1
злокачественное новообразование желудка	4	7,5	7	10,3	2	3,1	8	13,1
злокачественное новообразование ободочной кишки	2	3,7	2	2,9	4	6,2	4	6,5
злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения	0	0	1	1,5	0	0	2	3,3
злокачественное новообразование мочевого пузыря	1	1,8	0	0	1	1,5	0	0
злокачественное новообразование гортани	1	1,8	2	2,9	3	4,7	2	3,3
злокачественное новообразование головного мозга	3	5,6	1	1,5	2	3,1	0	0
лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	1	1,8	0	0	1	1,5	0	0
злокачественная меланома кожи	0	0	2	2,9	1	1,5	0	0
другие злокачественные новообразования кожи	1	1,8	0	0	0	0	0	0
злокачественное новообразование без уточнения локализации	0	0	1	1,5	0	0	0	0
Фолликулярная неходжкинская лимфома	0	0	1	1,5	0	0	0	0
Диффузная неходжкинская лимфома	0	0	2	2,9	1	1,5	0	0
злокачественное новообразование других и неточно обозначенных локализаций	0	0	1	1,5	0	0	0	0
злокачественное новообразование заднего прохода (ануса) и анального канала	0	0	1	1,5	0	0	0	0
злокачественное новообразование желчного пузыря	1	1,8	0	0	0	0	0	0
злокачественное новообразование щитовидной железы	0	0	1	1,5	0	0	0	0
злокачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы	0	0	1	1,5	0	0	1	1,6
злокачественное новообразование поджелудочной железы	5	9,4	4	5,9	1	1,5	1	1,6
злокачественное новообразование предстательной железы	2	3,7	4	5,9	3	4,7	1	1,6
злокачественное новообразование тела матки	0	0	0	0	1	1,5	0	0
злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	1	1,8	0	0	0	0	0	0
злокачественное новообразование яичника	3	5,6	0	0	0	0	1	1,6

Локализация злокачественного новообразования	2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
вторичное и неуточненное злокачественное новообразование лимфатических узлов	0	0	0	0	1	1,5	0	0
Болезнь Ходжкина	0	0	1	1,5	1	1,5	1	1,6
злокачественное новообразование других типов соединительной и мягких тканей	1	1,8	1	1,5	0	0	0	0
злокачественное новообразование полости носа и среднего уха	0	0	0	0	1	1,5	0	0
вторичное злокачественное новообразование другой локализации	0	0	0	0	1	1,5	0	0
злокачественное новообразование прямой кишки	0	0	4	5,9	1	1,5	2	3,3
злокачественное новообразование ротоглотки, неуточненное	0	0	0	0	1	1,5	0	0
злокачественное новообразование языка	0	0	0	0	1	1,5	0	0
злокачественное новообразование других и неуточненных частей языка	1	1,8	0	0	0	0	0	0
злокачественное новообразование десны	1	1,8	0	0	1	1,5	0	0
злокачественное новообразование дна полости рта	1	1,8	0	0	0	0	0	0
злокачественное новообразование миндалина	0	0	0	0	1	1,5	0	0
злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных протоков	0	0	0	0	0	0	3	4,8
злокачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата	0	0	0	0	0	0	1	1,6
Всего	53	100	68	100	64	100	61	100

Выводы

– В период 2011–2014 гг. число ВПИ вследствие злокачественных новообразований в районе им. Лазо Хабаровского края увеличилось с 26,7 % в 2011 г. до 42,9 % в 2014 г., со стабильной тенденцией к снижению с 2012 г. – 50,7 %, 2013 г. – 47,76 %, 2014 г. – 42,95 %.

– Преобладали инвалиды II группы – 57,9 % (2011 г. – 64,1 %, 2014 г. – 53,2 %).

– Среди впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований преобладают инвалиды пенсионного возраста и составляют 53,4 %, инвалиды трудоспособного возраста составили 46,6 %. Отмечается снижение инвалидов пенсионного возраста с 62,3 % в 2011 г. до 47,5 % в 2014 г. и увеличение инвалидов трудоспособного возраста: в 2011 г. – 37,7 %, 2012 г. – 41,2 %, 2013 г. – 57,8 %, 2014 г. – 52,5 %.

– По локализации злокачественного новообразования на первом месте в 2014 г. были злокачественные новообразования молочной железы (16,5 %) и злокачественные новообразо-

вания почки (16,5 %) (2011 г. – 1,8 %, 2014 г. – 16,5 %). Показатель роста злокачественных новообразований молочной железы стабильный: 2011 г. – 15,1 %, 2014 г. – 16,5 %. Отмечается рост злокачественных новообразований почек с 1,8 % в 2011 г. до 16,5 % в 2014 г. На втором месте – злокачественные новообразования бронхов, легкого и злокачественные новообразования желудка – составили по 13,1 %. На третьем месте – злокачественное новообразование шейки матки – 9,4 %.

Отмечается также рост показателя злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных протоков до 4,8 % в 2014 г. (в 2011 г. – 0 %).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что развитие злокачественных новообразований и инвалидизация населения вследствие онкологической патологии остаются серьезной проблемой и требуют незамедлительного решения вопросов, связанных с профилактикой, ранней диагностикой и адекватным лечением данной патологии [2, 3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медик, В. А. *Методологические проблемы социальной статистики общественного здоровья* / В. А. Медик, А. М. Осипов, И. Ю. Орехова // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2008. – № 1. – С. 27–29.

2. *Основные показатели инвалидности в Хабаровском крае 2012–2014 : материалы форм стат. отчетности /*

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю». – Хабаровск, 2015. – 53 с.

3. *Особенности общего контингента инвалидов в Российской Федерации* / С. Н. Пузин, Д. И. Лаврова, Л. Н. Чикинова [и др.] // *Мед.-соц. экспертиза и реабилитация*. – 2005. – № 4. – С. 3–5.

УДК 616.98:578.825Herpesviridae-085.281.8

Применение препарата «Изопринозин» в общей практике врача-педиатра

Н.П. Дубовская, М.В. Моисеева, Г.Е. Коновалова

КГБУЗ «Советско-Гаванская районная больница» МЗ ХК, 682800, Хабаровский край, г. Советская Гавань, ул. Ленина, 8;
тел./факс +7 (42138) 4-65-44; e-mail: uso@mail.sovgav.ru

Drug Isoprinosine using in general pediatrician practice

N.P. Dubovskaya, M.V. Moiseeva, G.E. Konovalova

Regional hospital of Sovetskaya Gavan of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 8, Lenin str., Sovetskaya Gavan city, Khabarovsk region, 682800;
tel./fax: +7 (42138) 4-65-44; e-mail: uso@mail.sovgav.ru

В Российской Федерации, в том числе на Дальнем Востоке, сохраняется высокий уровень детской инфекционной заболеваемости. Велика роль герпесвирусных инфекций в формировании перинатальной патологии и младенческой смертности. Отмечается возрастание роли инфекций, вызванных цитомегаловирусами. Данные инфекции у детей часто принимают хроническое течение вследствие персистенции возбудителя и формирования необратимых изменений в органах и системах.

Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), персистирующие инфекции, вицицидные препараты, интерфероны, изопринозин.

Children's infectious diseases are saving high incidence of disease in Russian Federation, including the Far East region. The herpesvirus infections role in the perinatal pathology formation and infant mortality is enormity. It has noted the increasing role of infections caused by cytomegalovirus. These infections in children often take a chronic course due to the persistence of the pathogen and the formation of irreversible changes in the organs and systems.

Key words: cytomegalovirus infection (CI), persistent infection, viricidal drugs, interferons, Isoprinosine.

Герпесвирусные инфекции – группа инфекционных заболеваний, вызываемых представителями семейства герпесвирусов (Herpesviridae). Активных серотипов, выделенных от человека, восемь: вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов, вирус ветряной оспы – опоясывающего герпеса и вирус герпеса 3-го типа, вирус герпеса человека 4-го типа – вирус Эпштейна–Барр (ВЭБ) – вызывает инфекционный мононуклеоз, вирус герпеса человека 5-го типа – цитомегаловирус (ЦМВ), вирус герпеса человека 6-го, 7-го типов – вызывает внезапную экзантему и синдром хронической усталости, вирус герпеса человека 8-го типа – ассоциирован с развитием синдрома Капоши. Все герпесвирусы являются ДНК-содержащими и сходны по морфологии, типу нуклеиновой кислоты, способу репродукции в ядрах инфицированных клеток.

Риск развития внутриутробной инфекции зависит от характера взаимоотношений между организмом беременной женщины и микроорганизмом (первичное инфицирование во время беременности или реактивация ранее приобретенной инфекции).

Иммуногенез герпесвирусной инфекции. Длительное нахождение герпесвируса в организме человека становится возможным

благодаря сложной стратегии противоборства и ускользания от иммунной системы хозяина. В достижении этого состояния можно выделить три пути стратегии возбудителя:

- «тайное присутствие», позволяющее длительно находиться нераспознанным иммунной системой, локализуясь в латентном состоянии в таких местах, как гемопоэтические клетки;
- «эксплуатацию», т.е. использование иммунитета в своих интересах;
- «саботаж» – повреждение механизмов иммунной защиты.

Считается, что именно стратегия «саботажа» лежит в основе индуцированной вирусом иммуносупрессии, препятствующей полному удалению патогенов, как следствие, поддерживающей хроническое течение инфекции. Сущность проблемы цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) в том, что последняя относится к так называемым оппортунистическим инфекциям, клинические проявления которых возможны в условиях первичного или вторичного иммунодефицита. ЦМВ поражает разнообразные клетки, чаще всего лейкоциты (лимфоциты, моноциты), эпителиальные клетки (дыхательных путей, слюнных желез, почек). Из клеток крови ЦМВ с большим постоянством переходит

на эндотелий, тропизм к которому у него весьма выражен. Повреждение эндотелия сосудов имеет собственное патогенетическое значение в формировании органных повреждений, так как вызывает ишемию или кровоизлияния в различные ткани.

В раннем неонатальном периоде (0–7 дней) у детей с ЦМВИ наблюдаются симптомы интоксикации, серый колорит кожи, выраженная мышечная гипотония, большая первоначальная потеря массы тела, синдром срыгивания и рвоты, признаки угнетения центральной нервной системы (ЦНС). В позднем неонатальном периоде (от 7 дней до одного месяца) анализ клинических проявлений острого течения ЦМВИ выявляет поражение многих органов и систем. Так, у всех детей обнаруживаются признаки гипоксически-ишемической энцефалопатии с трансформацией синдрома угнетения в синдром гипервозбудимости, проявления анемии, патологической гипербилирубинемии, гепатоспленомегалии, лимфаденопатии.

Особый характер взаимодействия микро- и макроорганизма при хронических персистирующих инфекциях обуславливает трудности лабораторной диагностики. Обнаружение возбудителя может быть единственным критерием подтверждения диагноза. Для правильного установления диагноза необходима комплексная оценка клинических и лабораторных данных.

В клинической диагностике персистирующих инфекций у детей первостепенное значение отводится наличию у матери ребенка неблагополучного акушерского анамнеза. У большинства матерей отмечаются гестозы и угроза выкидыша, рождение недоношенных детей, в родах острая гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты, кесарево сечение и т.д. Высокая частота вышеуказанных осложнений свидетельствует о несомненной роли инфекции как отягощающего фактора в течение гестационного периода и родов. Заподозрить внутриутробную персистирующую инфекцию у детей можно по высокой степени поражения различных органов и систем: ЦНС, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, поражению глаз, лимфатического аппарата.

Диагностика внутриутробных инфекций у детей должна опираться на клинические проявления как общего характера, так и на типоспецифические ее признаки, а также основываться на анализе комплекса лабораторных методов обследования. При оценке клинических анализов крови обращают на себя внимание значительные отклонения в показателях гемограммы: гипохромная анемия, лейкоцитоз вплоть до лейкомоидных реакций или лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитопе-

ния, ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), что в совокупности свидетельствует о наличии воспалительного процесса в организме с выраженным снижением иммунореактивности у детей.

При скрининговом серологическом обследовании методом ИФА на внутриутробные инфекции у детей наиболее часто выявляются положительные титры типоспецифических антител иммуноглобулин М (IgM) и/или иммуноглобулин G (IgG) к герпесвирусам. Большой интерес в практической деятельности врача-педиатра представляет ЦМВИ. Чаще всего именно цитомегаловирус провоцирует развитие иммунодепрессии и формирование группы часто болеющих детей.

Лечение ЦМВИ является этапным, комплексным, включает режим, диету, этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Показанием для назначения этиотропной терапии являются клинико-лабораторные показатели активности ЦМВИ. Для лечения ЦМВИ применяют несколько групп этиотропных препаратов, выбор которых зависит от формы заболевания. Вироцидные препараты – аномальные нуклеозиды (ганцикловир, ацикловир, валацикловир), фоскарнет, изопринозин, арбидол. Широкое распространение в детской практике нашло применение препарата инозин пранобекс (изопринозин). Инозин пранобекс подавляет репликацию ЦМВ посредством связывания с рибосомой клеток и изменения ее стереохимического строения. Препарат эффективен в отношении ДНК- и РНК-содержащих вирусов, обладает иммуномодулирующей активностью – усиливает пролиферацию Т-лимфоцитов, Т-хелперов, естественных киллерных клеток, стимулирует функциональную активность Т-лимфоцитов, продукцию интерлейкинов, антител, повышает хемотаксическую и фагоцитарную активность макрофагов и нейтрофилов. При легких и среднетяжелых формах изопринозин назначают в дозе 50–100 мг/кг/сутки в 3–4 приема курсом 7–10 дней, при тяжелых формах – 10–15 дней. При необходимости проводят еще 2 курса с интервалом в 7–10 дней.

Интерфероны используют в комплексе с виरोцидными препаратами и иммуноглобулинами. Виферон для лечения врожденной ЦМВИ вводят ректально 2 раза в день ежедневно в течение 10 дней, затем переходят на поддерживающую терапию 2 раза в день через день в течение 3–6 месяцев. Детям в возрасте до 2-х месяцев назначают виферон-1 по 1 свече 2 раза в день, от 2 до 4 месяцев – виферон-1 по 2 свечи утром и 1 свече вечером, от 4 до 6 месяцев – виферон-1 по 2 свечи 2 раза в

день, старше 6 месяцев – виферон-2 по 1 свече 2 раза в день. Для лечения приобретенной ЦМВИ у детей младше 7 лет жизни используют виферон-1, старше 7 лет – виферон-2. Препарат назначают по 1 свече 2 раза в день 3 раза в неделю в течение 1–6 месяцев под контролем клинико-лабораторных показателей. Разовая доза препарата генферон лайт в форме ректальных свечей у детей младше 7 лет составляет 125 тыс. МЕ, старше 7 лет – 250 тыс. МЕ. Стартовая терапия – по 1 свече 2 раза в день 10 дней, поддерживающее лечение – по 1 свече на ночь через день в течение 1–3 месяцев.

Индукторы интерферона (неовир, циклоферон, анаферон, кагоцел, амиксин) показаны в качестве стартовой терапии в комплексе с противовирусными препаратами при легких и среднетяжелых формах, в качестве поддерживающей терапии – после курса противовирусных препаратов и интерферонов. Препараты назначают по пролонгированным схемам.

Клинический пример. Максим С., 3 года, наблюдался в детской поликлинике с рождения. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в первой половине беременности, нефропатией. Во время беременности мать ребенка перенесла ОРВИ с лимфаденитом, обследована на пренатальные инфекции, обнаружены антитела класса IgG к антигенам ЦМВ (титр 1:800). Лечение не проводилось. Роды в срок, масса при рождении 2770 г, длина тела – 50 см. К груди приложен сразу, сосал активно, грудное вскармливание до 6 месяцев, прикормы вводились в 5 и 6 месяцев. В массе тела прибавки недостаточные, в 3 года – масса 15 кг 600 г. Рост 83 см. В течение первого года жизни в состоянии здоровья отмечались отклонения. Длительно сохранялась гипербилирубинемия. В возрасте 3-х недель общий билирубин – 70,1 мкмоль/л, непрямой – 60,1 мкмоль/л, прямой – 10 мкмоль/л. Одновременно с желтухой наблюдался неустойчивый стул. В копрограмме: слизь +++, непереваренная клетчатка +++, нейтральный жир ++. Ребенок получал лечение по поводу конъюгационной желтухи в детском отделении районной больницы (урсосан, мезим форте, бифидумбактерин, свечи виферон-1). В месячном возрасте неврологом установлен диагноз перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза, гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдром нейромышечной дистонии. По данным нейросонографии (НСГ) отмечалась дилатация межполушарной щели, субарахноидального пространства, боковых желудочков. Ребенок получал лечение: кортексин в/м, винпоцетин, триампур, магне В6, электрофорез со спазмолитиками на шейный

отдел позвоночника (ШОП) по Ратнеру. К возрасту трех месяцев были обнаружены изменения в гемограмме: гемоглобин – 101 г/л, эритроциты – $3,81 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, сегментоядерные нейтрофилы – 12 %, лимфоциты – 67 %, моноциты – 12 %, эозинофилы – 8 %, базофилы – 1 %, СОЭ – 3 мм/ч. В контрольных анализах крови во 2-м полугодии сохранялась нейтропения. В 12 месяцев в анализе крови выявлена анемия (гемоглобин – 105 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,84, тромбоциты – $280 \times 10^9/л$, сегментоядерные нейтрофилы – 11 %, лимфоциты – 76 %, моноциты – 9 %, эозинофилы – 3 %, базофилы – 1 %). Получал лечение препаратом «Тотема» – курс 1 месяц.

В возрасте 5 месяцев осмотрен ортопедом, выставлен диагноз: нейромышечная дистония, эквинусная установка стоп. Получал лечение: массаж, электрофорез с эуфилином на поясничный отдел позвоночника. В возрасте 1 года перенес острый энтероколит неуточненной этиологии, госпитализирован в стационар, получал лечение: энтерол, бифилиз, примадофилус, энтеросгель, электрофорез с сернокислым цинком на область живота. Проведена консультация краевых специалистов – гастроэнтеролога, иммунолога-аллерголога. Установлен диагноз: ферментопатия неясного генеза. Врожденная цитомегаловирусная инфекция? В течение 3-х лет у ребенка отмечались частые ОРВИ с длительным субфебрилитетом.

Объективные данные. При осмотре ребенок правильного телосложения, пониженного питания. Тургор тканей снижен, гипертрофия миндалин 2–3 степени, увеличение подчелюстных, передних и заднешейных лимфоузлов, при аускультации – в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту, тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 90 в минуту, живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см ниже края реберной дуги, стул учащенный, до 3-х раз в сутки, непереваренный с примесью слизи.

Обследование. Гемограмма: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,85, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 4 %, сегментоядерные – 72 %, лимфоциты – 18 %, моноциты – 4 %, эозинофилы – 2 %, СОЭ – 3 мм/ч. Гемограмма в динамике: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 19 %, сегментоядерные – 42 %, лимфоциты – 28 %, моноциты – 8 %, эозинофилы – 3 %, СОЭ – 3 мм/ч.

Анализ мочи без отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови – умеренная гипоальбуминемия, печеночные пробы – в нор-

ме. ИФА на специфические антитела к антигенам ЦМВ класса IgM – отрицательный, класса IgG – положительный (титр 1:3200). Маркеры ДНК цитомегаловируса в мазке из носоглотки методом ПЦР – положительные.

Таким образом, на основе ретроспективной оценки анамнеза заболевания ребенка становится ясным, что у пациента, инфицированного с рождения цитомегаловирусом, в течение первых трех лет жизни инфекция персистировала и, как следствие, наблюдалась пролонгированная гипербилирубинемия, поражение органов дыхания в виде «масок» многократных острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), эпизодов дисфункций кишечника, формирование иммунодефицитного состояния. Поражение ЦНС зарегистрировано неврологом в ранние сроки (в возрасте 1 месяца). В пользу вирусной персистенции свидетельствовали постоянный лимфоцитоз и нейтропения.

После проведенного обследования ребенку была назначена комплексная терапия (изопринозин в дозе 50 мг/кг в сутки в течение 7 дней, 2 курса с перерывом в 10 дней, ликопад 1 мг в сутки 10 дней, с последующим переходом на генферон лайт 125 тыс. ед. по схеме: по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней, затем по 1 свече на ночь через день – 1 месяц, витамины А, Е, пиридоксин, пробиотики – курс препарата приматофилус, кортексин в/м, пантогам, глицин, магне В6; массаж). После проведенного лечения ребенок стал реже переносить простудные заболевания, снят с диспансерного учета как часто болеющий ребенок, начал посещать ДДУ. Ребенок был проконсультирован

неврологом повторно, выставлен диагноз: малая мозговая дисфункция, рекомендовано наблюдение специалиста с проведением курсов дальнейшего лечения.

Гемограмма в динамике после курса лечения: гемоглобин – 125 г/л, цветовой показатель – 0,93, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы – 37 %, лимфоциты – 50 %, моноциты – 9 %, эозинофилы – 3 %, базофилы – 1 %, СОЭ – 3 мм/ч. ИФА на специфические антитела к антигенам ЦМВ класса IgM – отрицательный, класса IgG – 1:100 (значительное снижение титра антител). Таким образом, сочетание препарата изопринозин (вицицидное действие) с препаратами группы интерферона и иммуномодуляторами приводит к выраженному терапевтическому эффекту.

Выводы

1. В пользу диагностики персистирующих инфекций у детей свидетельствует отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез, а также наличие инфекционного фактора у беременных женщин.

2. Заподозрить внутриутробное инфицирование у детей раннего возраста можно по высокой степени поражения различных органов и систем: ЦНС, органов дыхания, пищеварения, лимфатического аппарата.

3. Диагностика внутриутробных инфекций должна базироваться на клинических проявлениях болезни и основываться на комплексе лабораторных и иммунологических методов исследования с их оценкой в динамике (в 1 мес., 3 мес., 6 мес., 1 год жизни).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ершов, Р. И. Современный арсенал антигерпетических лекарственных средств / Р. И. Ершов, Т. П. Оспельникова. – М. : Медиа, 2001.

2. Захарова, И. Н. Модифицированная интерферонотерапия острых респираторных инфекций у детей раннего возраста: патогенетическое обоснование и эффективность / И. Н. Захарова, А. Л. Заплатников // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2011. – № 3.

3. Калугина, М. Ю. Актуальность диагностики инфекции, вызванной вирусом герпеса человека 6 типа / М. Ю. Калугина, Н. В. Каражас // Дет. инфекции. – 2012. – № 13.

4. Собчак, Д. М. ВЭБ-инфекция (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение) / Д. М. Собчак, О. В. Корочкина. – Н. Новгород : Изд-во НижГМА, 2010.

5. Ющук, Ю. Д. Инфекционные болезни : нац. рук. / Ю. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. – М., 2009.

УДК 616.411-001-089:356.33

Особенности травматических повреждений селезенки и критерии выбора тактики их оперативного лечения в условиях военного госпиталя

В.М. Крайник, Д.Ю. Чечелев, А.В. Якубо, В.И. Кондрашин, Н.Н. Ахмадеева, А.Б. Макаров

ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» МО РФ, 680038, г. Хабаровск, ул. Серышева, д. 1; тел. +7 (4212) 39-56-79; e-mail: ovfdvj@pochta.ru
 ФГКУ «439 Военный госпиталь» МО РФ, 692511, Приморский край, г. Уссурийск, ул. Карбышева, д. 7; тел. +7 (4234) 34-80-16;
 e-mail: filial-5-301OVKG@mail.ru

Features of traumatic injuries of the lien and criteria for choice of surgical treatment tactics at the military hospital

V.M. Krainik, D.Yu. Chechelev, A.V. Yakubo, V.I. Kondrashin, N.N. Ahmadeeva, A.B. Makarov

Military clinical hospital 301 of the Ministry of Defence, 1, Seryshev str., Khabarovsk, 680038, tel. +7 (4212) 39-56-79; e-mail: ovfdvj@pochta.ru
 Military hospital 439 of the Ministry of Defence, 7, Karbyshev str., Ussuriysk city, the Primorye Territory, 692511; tel. +7 (4234) 34-80-16;
 e-mail: filial-5-301OVKG@mail.ru

Проведен анализ случаев травматических повреждений селезенки в военных госпиталях двух регионов восточного округа за 5 лет. Представлены особенности травм селезенки у военнослужащих, факторы, влияющие на характер этих травм, выработаны единые подходы в вопросах тактики оперативного лечения повреждений селезенки.

Ключевые слова: военный госпиталь, травма селезенки, оперативное лечение.

In the article was made analysis of the traumatic injuries of the lien cases at the two regions Eastern District military hospitals for 5 years. Marked special aspects military people's injuries of lien, factors influencing the nature of the injury, develop a common approach to tactics of surgical treatment of lien.

Key words: military hospital, injury of lien, open treatment.

Частота повреждений селезенки, по данным литературы, среди повреждений других органов брюшной полости составляет 20–30 %. Селезенка повреждается чаще при закрытой травме живота (22,6 %), чем при открытой (4,3 %). Предрасполагающими факторами, способствующими закрытым повреждениям селезенки, являются малая подвижность, полнокровие органа и недостаточная прочность тонкой и напряженной капсулы селезенки. Вместе с тем, селезенка в какой-то степени защищена от непосредственного воздействия травмирующего фактора ребрами, что несколько снижает угрозу ее повреждения. Определенное влияние на характер травмы селезенки оказывает степень ее кровенаполнения в момент травмы. При физическом напряжении орган уменьшается, во время акта пищеварения увеличивается вдвое [4].

Классификация закрытых повреждений селезенки:

1) разрыв паренхимы без повреждения капсулы (контузия);

2) разрыв капсулы без существенного повреждения паренхимы;

3) разрыв паренхимы и капсулы селезенки (одномоментный разрыв);

4) разрыв паренхимы с более поздним разрывом капсулы (двухмоментный разрыв);

5) разрыв паренхимы и капсулы с самостоятельной тампонадой и поздним свободным кровотечением (ложный двухмоментный разрыв).

По данным 301 Военного клинического госпиталя (г. Хабаровск) и 439 Военного госпиталя (г. Уссурийск), за 5 лет было прооперировано 42 человека, из них с закрытой травмой селезенки – 40, с открытой – 2. При этом одномоментный разрыв был фиксирован в 31 случае, а двухмоментный – в 11.

Особенности травматических повреждений селезенки у наблюдаемого контингента:

1) преобладают закрытые повреждения селезенки над открытыми;

2) наиболее характерны изолированные повреждения органа;

3) в 1/4 случаев травма протекает по двухмоментному типу.

Факторами, влияющими на эти особенности, по нашим данным, явились:

1) травма селезенки в основном возникает не случайно, а в результате целенаправленного тупого воздействия, что чаще всего определяет ее закрытый характер;

2) место травматического воздействия (область левого подреберья) обуславливает изолированность повреждения селезенки;

3) сила травмирующего фактора (удар разной силы) обуславливает тип повреждения органа.

Разрыв селезенки в первые часы может определить критическое состояние больного из-за опасного для жизни внутриполостного кровотечения. Особенности строения селезенки обуславливают значительное кровотечение даже при небольших повреждениях капсулы и делают невозможным достижение надежного гемостаза, вследствие чего хирургическое лечение поврежденного органа заканчивается его удалением. Привлекательность этой операции заключается в технической простоте и минимальном количестве явных непосредственных осложнений. В подавляющем большинстве случаев это действительно единственно возможный способ спасения больного. Однако в последнее время все больше сторонников находит идея сберегательной хирургии селезенки и идея об органосохраняющих оперативных вмешательствах при одиночных неглубоких разрывах, отрывах фрагментов от полюсов селезенки [1, 2, 3]. Основная цель сберегательной хирургии селезенки – сохранение ее функциональной активности – достигается при спленэктомии путем имплантации паренхимы органа чаще всего в карман большого сальника в объеме не менее 1/3 всей массы селезенки. Установлено, что лучше всего приживается размельченная до фрагментов размером 3 × 3 × 3 мм паренхима селезенки. При этом наблюдается регенерация тканевой и органной структур и восстановление функции селезенки через 6 недель после имплантации [5]. Органосохраняющие операции при повреждениях селезенки пропагандируются лишь в отдельных публикациях. Вместе с тем, вплоть до настоящего времени, отношение к органосохраняющим операциям неоднозначно. Так, по мнению Р.Ш. Байдулатова, Т.Н. Ragsdale et al., органосохраняющие операции часто оказываются непростыми и не всегда гарантирующими от рецидива кровотечения [2, 3]. Таким образом, вопросы тактики оперативного лечения повреждений селезенки сохраняют свою актуальность.

Цель работы: определить основные критерии, определяющие выбор тактики оперативного лечения травм селезенки.

Материал и методы исследования

Произведен мета-анализ историй болезни 42 больных, оперированных по поводу повреждения селезенки в Военном клиническом госпитале г. Хабаровска и Военном госпитале г. Уссурийска с 2009 по 2014 гг. Срок выборки пациентов составил 5 лет. Возраст больных был в пределах от 18 до 23 лет, средний возраст 20,4 ± 0,6 г., все обследованные – лица мужского пола. Диагноз повреждения селезенки выставлялся на основании анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных данных. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием прикладного пакета компьютерных программ Statistica 6.

Результаты исследования

Всем больным с повреждением селезенки выполнены следующие виды операций – спленэктомия, спленэктомия с аутоотрансплантацией селезенки, аргоноплазменная коагуляция аппаратом «Фотек» и электрокоагуляция аппаратом «Storz». Для проведения статистических расчетов, в зависимости от вида операции, пациенты с повреждением селезенки были поделены на две группы. 1-я группа представлена больными, которым выполнены неорганосохраняющие операции – спленэктомия – 11 (26,1 %) человек и спленэктомия с аутолиенотрансплантацией – 26 (61,9 %) человек. Всего 37 больных (88 %). 2-я группа состояла из пациентов, которым выполнены аргоноплазменная коагуляция – 1 (2,4 %) человек и электрокоагуляция – 4 (9,6 %) человека. Всего 5 больных (12 %).

С целью определения критериев выбора тактики оперативного лечения проведено сопоставление групп больных по степени повреждения селезенки в соответствии со шкалой ASST (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в группах в зависимости от степени повреждения селезенки (шкала ASST)

Группы больных по видам операций	Степени повреждения				
	I	II	III	IV	V
1-я группа	1	3	12	16	5
2-я группа	2	3	–	–	–
Итого	3	6	12	16	5

Как видно из представленных в таблице 1 данных, 2-я группа больных характеризовалась I и II степенью повреждения селезенки. Операциями выбора у данной группы больных были органосохраняющие операции – аргоноплазменная коагуляция и электрокоагуляция.

Соответственно, у пациентов в 1-й группе имели место повреждения селезенки III, IV, V степеней. Данной категории людей выполнены операции – спленэктомия и спленэктомия с аутолиентрансплантацией. Однако в 1-й группе 4 пациентам с I–II степенью повреждения се-

лезенки операцией выбора была спленэктомия в связи с продолжающимся кровотечением.

В дальнейшем всем больным в группах была определена степень тяжести кровопотери, в зависимости от временных, клинических и лабораторных показателей (табл. 2).

Таблица 2

Степень тяжести кровопотери в зависимости от временных, клинических и лабораторных показателей

Группы больных по видам операций	Сроки поступления (час)	Систолическое АД (мм рт.ст.)	Объем гемоперитонеума (л)	Эритроциты	Гемоглобин (г/л)	Степень кровопотери
1-я группа	0,8 ± 0,1	70 ± 4,5	2,1 ± 0,5	2,6 ± 0,3	70 ± 5,8	средняя, тяжелая
2-я группа	2,1 ± 0,4	90 ± 2,5	1,0 ± 0,5	3,8 ± 0,2	90 ± 3,8	легкая, средняя

Анализируя таблицу 2, видно, что у больных во 2-й группе сроки поступления в стационар, уровень систолического артериального давления, показатели эритроцитов и гемоглобина были достоверно выше в сравнении с 1-й группой. Одновременно величина объема кровопотери во 2-й группе больных была достоверно в 2,1 раза ниже в сравнении с 1-й группой. При этом показатели сроков поступления в стационар у больных 2-й группы имели высокую отрицательную корреляцию с величиной объема гемоперитонеума и положительную умеренную корреляцию с уровнем эритроцитов и гемоглобина. Полученные данные у больных 1-й группы соответствовали средней и тяжелой степени кровопотери, у больных 2-й группы – легкой и средней степени кровопотери.

Таким образом, степень повреждения селезенки по шкале ASST, отсутствие признаков продолжающегося кровотечения в совокупности с временными (сроки поступления в стационар), клиническими и лабораторными (систолическое артериальное давление, объем гемоперитонеума, уровень эритроцитов и гемоглобина) показателями могут быть исполь-

зованы в качестве критериев выбора тактики оперативного лечения при повреждениях селезенки.

Выводы

1. При наличии у больного стабильной гемодинамики, кровопотери легкой и средней степени тяжести, повреждения селезенки I и II степени при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения, операцией выбора можно считать аргоноплазменную и электрокоагуляцию.

2. При продолжающемся кровотечении, независимо от состояния больного и степени тяжести повреждения, операцией выбора является спленэктомия и спленэктомия с аутолиентрансплантацией.

3. Нужно помнить, что спленэктомия, особенно на фоне кровопотери, создает крайне неблагоприятные условия для нормализации защитных функций организма и в лучшем случае обрекает иммунную систему на работу с максимальной нагрузкой. Поэтому имплантацию паренхимы селезенки после спленэктомии мы рассцениваем как необходимое усилие в сберегательной хирургии этого органа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бордуновский, В. Н. Сберегательная хирургия при повреждениях и очаговых образованиях селезенки / В. Н. Бордуновский // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. – 1999. – № 6. – С. 42.
2. Масляков, В. В. Виды операций при травме селезенки / В. В. Масляков, П. В. Ермилов, А. В. Поляков // Мед. науки. – 2012. – № 7. – С. 29–35.

3. Масляков, В. В. Консервативное лечение травм селезенки / В. В. Масляков // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 11. – С. 34–37.
4. Савельев, В. С. Клиническая хирургия / В. С. Савельев. – М., 2008. – С. 864.
5. Хоронько, Ю. В. Справочник по неотложной хирургии / Ю. В. Хоронько, С. В. Савченко. – Ростов н/Д., 1999. – С. 244–245.

УДК 614.21:696.1

Практика создания системы водоподготовки для поддержания санитарно-эпидемиологического режима в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (г. Хабаровск)

Н.С. Греховодов, А.М. Дука, В.Ю. Бондарь, Р.В. Нетбай, И.М. Алёкминская

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 2а; тел. +7 (4212) 78-06-06; e-mail: khvfccys@mail.ru
ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Хабаровском крае», 680013, г. Хабаровск, ул. Владивостокская, 9; тел. +7 (4212) 43-78-83; e-mail: fgyz.cgje@yandex.ru

The practice of creating a water-treatment system to maintain sanitary and epidemiological regime in the Federal Cardiovascular Surgery Center in Khabarovsk

N.S. Grekhovodov, A.M. Duka, V.Y. Bondar, R.V. Netbai, I.M. Alyokminskaya

Federal Cardiovascular Surgery Center of Public Health Ministry of Russian Federation, 2a, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009; tel. +7 (4212) 78-06-06; e-mail: khvfccys@mail.ru
Hygienic and Epidemiological Center of Khabarovsk region, 9, Vladivostokskaya str., Khabarovsk, 680013; tel. +7 (4212) 43-78-83; e-mail: fgyz.cgje@yandex.ru

Качественная водоподготовка и водообеспечение являются непременным условием для профилактики внутрибольничных инфекций.

Ключевые слова: очищенная питьевая вода, работа системы водоподготовки, требования к качеству воды.

Factors of the high-quality water-treatment and water-supply are precondition for the hospital-acquired infection prevention.

Key words: stabilized drinking water, water-treatment system operation, stream-quality requirement.

В современных условиях проблема обеспечения населения доброкачественной водой становится все более актуальной. Это вызвано не только дефицитом питьевой воды, но и интенсивным химическим и микробиологическим загрязнением источников питьевого водоснабжения. Остро стоит вопрос об очистке воды. Очищенная питьевая вода подлежит обязательной гигиенической сертификации с целью установления норм безопасности для здоровья, а также обеспечения благоприятных органолептических свойств и физиологической полноценности. Высокочистая вода имеет огромное значение для работы фармацевтических производств, медицинских учреждений, предприятий в области биотехнологий, а также микроэлектроники. Требования к качеству воды в этих отраслях регламентируются фармакопейными статьями.

В медицинских учреждениях вода традиционно применяется для обработки и опо-

ласкивания инструмента, приготовления дезинфицирующих растворов, мойки неклассифицированных помещений и оборудования в них, для приготовления пищи и санитарно-гигиенических нужд персонала и больных [1, 4].

В последнее время в российских медицинских учреждениях входит в практику применение систем водоподготовки. В данной статье, не вдаваясь в подробности принципов действия, мы бы хотели осветить все «за» и «против» применения таких систем.

Условно все системы водоподготовки, применяемые в медицинских учреждениях, можно разделить на три группы:

1) системы подготовки воды в соответствии со стандартами, предъявляемыми для использования в лабораторных целях;

2) системы подготовки воды для использования с моющим и стерилизационным оборудованием;

3) системы подготовки воды для применения в бытовых нуждах.

Целесообразность приобретения систем первой группы вопросов не вызывает. Существуют четкие требования к качеству воды для выполнения определенных операций: лабораторных опытов и исследований, проявки рентгеновских пленок, смешивания герметиков и пломбировочного материала, работы пескоструйных установок. Обыкновенная водопроводная вода таким требованиям (нормы CLSI, Тип 1, ASTM I/II/III, CAP, ISO 3696, Aqua Purificata и др.) не удовлетворяет. Следовательно, медицинские учреждения должны приобретать соответствующие системы, позволяющие получить воду необходимого качества для проведения указанных операций.

С третьей группой систем все проще. Применение бытовых систем очистки воды – это отношение человека к своему здоровью. Ни для кого не секрет, что наша водопроводная вода содержит много различных примесей. Используемые на муниципальных водоподготовительных предприятиях технологии не позволяют удалить их полностью, а хлорирование воды для ее обеззараживания хлорирует и органические примеси, делая их крайне токсичными.

Гораздо больше вопросов возникает по закупке и применению систем водоподготовки второй группы, используемых с моющим и стерилизационным оборудованием. Применение таких систем имеет свои минусы. К первому и основному минусу можно отнести их высокую стоимость. В условиях ограниченного финансирования медицинских учреждений бывает сложно выкроить деньги даже на закупку более необходимых вещей. Другим минусом использования таких систем является то, что под них необходимо выделить место в помещении, т.е. порой их просто некуда поставить. И, наконец, не столько минусом, сколько некоторой сложностью является трудоемкий процесс монтажа оборудования, который может потребовать определенной квалификации от вводящих в эксплуатацию оборудование людей.

Преимущества систем водоподготовки.

Можно выделить две основные причины, оправдывающие их наличие в ЛПУ. Первая – это увеличение срока службы оборудования. Как уже отмечено, обыкновенная неподготовленная вода содержит много примесей. Оборудование, предназначенное для паровой стерилизации и мойки медицинского инструмента, лабораторной посуды или больничных принадлежностей, нагревает воду, а в случае стерилизации – выпаривает ее. При кипячении происходит активный процесс испарения молекул воды, однако соли и примеси, кото-

рые содержатся в неподготовленной воде, по-прежнему в ней остаются и оседают на стенках емкостей.

Отложения солей и примесей ведут к уменьшению диаметров проводящих трубок, жиклеров, распылителей. Снижение диаметра, при том же внешнем давлении, повышает давление воды и пара внутри самого оборудования. Повышенное давление приводит к преждевременному износу прокладок, выходу из строя резиновых трубок и шлангов, нестандартному режиму работы и, как следствие, преждевременному выходу из строя помп и насосов, создающих дополнительное давление, а также к другим поломкам. Между тем, износ даже обыкновенной прокладки требует ремонта оборудования. Ремонт оборудования (если это не гарантийный ремонт) влечет за собой дополнительные расходы лечебного учреждения на вызов специалиста и оплату запасных частей, а также простой, что иногда может иметь серьезные экономические последствия.

Другой немаловажной причиной, по которой целесообразно использовать системы водоподготовки второй группы, является повышение качества операций, выполняемых оборудованием. Так, в паровых стерилизаторах отложение солей в распылителях пара приводит к изменению конфигурации выходного отверстия и, как следствие, – к неравномерному распределению пара в стерилизационной камере. В ряде случаев это может привести к некачественной стерилизации. Конечно, в программы стерилизации заложены алгоритмы, которые максимально учитывают все возможные режимы стерилизации и обеспечивают независимость процесса от внешних факторов. Однако при интенсивном отложении солей (а качество российской водопроводной воды именно к этому и ведет) уровня безопасности, заложенного в такие алгоритмы, может оказаться недостаточно. Мытье больничного и лабораторного оборудования и инструментов в неочищенной воде приводит к образованию белесых пятен (те же примеси, содержащиеся в водопроводной воде) как на поверхностях рабочих камер, так и на самих инструментах. Устранить подобные проявления использования некачественной воды позволяет применение систем водоподготовки.

Забота о качестве выполняемых операций, а также о долговременной бесперебойной работе техники побуждает мировых производителей мощно-дезинфицирующего и стерилизационного оборудования выпускать наряду с основным оборудованием и сопутствующие системы водоподготовки, которые позволяют независимо от качества водопроводной воды

подавать в оборудование воду необходимой степени очистки. Так, например, известный германский производитель автоклавов KSG дополнительно поставляет со своей продукцией целую серию систем водоподготовки различных размеров и производительности. Другой немецкий производитель стерилизационного оборудования MELAG также имеет в своем ассортименте различные системы: дистиллятор MELAdest®65, деминерализатор MELAdem®37, системы водоочистки MELAdem®47. Итальянские производители COMINOX (дистиллятор DISCOM®), Smeg (WP3000, WO-01, WS9E и др.) и многие другие признанные лидеры отрасли, заботящиеся о качестве своего оборудования, а также о его пользователях, предлагают оптимальные системы водоподготовки.

Невозможно представить заново оснащаемое центральное стерилизационное отделение без заранее предусмотренной для его нужд системы водоподготовки.

Учитывая вышесказанное и с целью соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в полном объеме и на высоком уровне, в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (далее – Учреждение) построен полный цикл водоснабжения, водоподготовки и водопользования. В этот цикл входят: водоподготовка, система хранения и распределения воды различного назначения, техническое обслуживание систем и оборудования, регулярный контроль качества воды и технологического режима.

Исходной водой, используемой в Учреждении, является вода, поступающая из трубопровода городской муниципальной компании. Вода, взятая из реки, подвергнута комплексу обработок на очистных сооружениях, соответствует СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения» [2] по основным параметрам:

- безопасность питьевой воды в эпидемиологическом отношении;
- безвредность питьевой воды по химическому составу.

Однако, как указывалось ранее, в процессе доставки воды по многокилометровой водопроводной сети, зачастую по ржавым трубам, происходит ее вторичное загрязнение. Применяемый для обеззараживания хлор за время доставки воды потребителю успевает прореагировать с остаточной органикой, отчасти превратив ее в очень вредные хлорорганические соединения, и степень ее отрицательного воздействия на организм человека уже зависит от их концентрации. По этим причинам в Учреждении вода, полученная из

городского водопровода, используется только в санузлах.

Мойка всех помещений, в том числе неклассифицированных, производится дезинфицирующими растворами, приготавливаемыми персоналом Учреждения.

Для приготовления пищи и мытья посуды на пищеблоке Учреждения исходная вода проходит многостадийную обработку в специальной установке: удаление химических загрязнений в фильтрах грубой очистки, а также в объемных фильтрах с цеолитовой загрузкой, финишное обеззараживание воды ультрафиолетовым обеззараживателем (УФ-обеззараживатель).

Совершенствуется система обеспечения персонала и больных питьевой водой (холодная, охлажденная и кипяченая). Изначально во всех отделениях Учреждения были выставлены диспенсеры со сменными 19-литровыми канистрами. Затем, чтобы уйти от зависимости фирм-поставщиков фасованной воды по цене и качеству, закуплены пурифайеры, которые системой трубопроводов подключены к собственным автоматическим установкам водоподготовки и обеззараживания. Смонтированные пурифайеры укомплектованы озонаторами для дополнительного обеззараживания воды у кранов водоразбора.

Для дезинфекции и стерилизации медицинского оборудования и инструмента используется вода умягченная и вода очищенная (деминерализованная). Смонтированный в Учреждении водоподготовительный многокаскадный автоматический комплекс осуществляет следующую технологическую цепочку: механическая очистка на картриджных фильтрах, обезжелезивание, деманганация, умягчение на ионно-обменных фильтрах, УФ-обеззараживание – получается вода умягченная. Далее, чтобы убрать остатки органики, вода пропускается через фильтры с активированным углем и подается на установку обратного осмоса – получается вода деминерализованная. Исходя из важности ее применения (стерилизация хирургического инструмента), а также в связи с соответствием технологии ее производства методическим рекомендациям МУ-78-113 «Приготовление, хранение и распределение воды очищенной и воды для инъекций», воде деминерализованной в Учреждении присвоен статус «Вода очищенная», т.е. вода, соответствующая требованиям фармакопейной статьи ФС 42-2619-97 с контролем качества по показателям и методикам этого нормативного документа [3, 6].

В Учреждении умягченная вода подается на:

- паровые стерилизаторы HS в ЦСО;
- паровой стерилизатор GED в дезкамере;

– моечно-дезинфицирующий автоматический репроцессор для гибких эндоскопов ENDOCENS NSX;

– установку моечную для промывки эндоскопов OER-AW;

– устройство для тестирования и дезинфекции датчиков УЗИ.

Вода очищенная подается в:

– моечно-дезинфицирующий автомат GE46-4 – 5 шт.;

– пистолеты струйные для обмыва инструментов от дезинфицирующих средств.

Инженерный персонал Учреждения не смог отказать себе в реализации мечты всех коммунальных энергетиков. С целью уменьшения эксплуатационных расходов и увеличения сроков службы инженерных систем смонтирована подпитка внутренних циркуляционных систем объекта (систем отопления и кондиционирования) практически дистиллированной водой после очистки в установках обратного осмоса.

Эффективность построенной в Учреждении системы водоснабжения обеспечивается отработанной системой технического обслуживания оборудования водоподготовки и регулярным контролем качества подготавливаемых вод на всех местах ее производства и использования. В частности, технология технического обслуживания оборудования предусматривает:

– периодичность и порядок промывок и обеззараживания накопительных емкостей и трубопроводов;

– контроль и регулирование параметров технологических процессов в автоматических установках водоподготовки;

– периодическую замену фильтров, картриджей, УФ-ламп и загрузки фильтров;

– добавление химических средств регенерации активной загрузки фильтров.

Контроль качества воды по химическим и микробиологическим показателям ежеквартально осуществляет аккредитованный испытательный лабораторный центр ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Хабаровском крае».

В Учреждении разработан и утвержден главным врачом «План мониторинга качества воды». Планом предусмотрено проведение лабораторно-инструментальных исследований, определены точки забора проб воды, определяемые показатели, кратность проведения исследований и т.д. В частности, показатели воды, подаваемой на пищевой блок, и воды умягченной по микробиологическим показателям должны соответствовать СанПиН 2.1.4.1074-01, а воды очищенной (деминерализованной) – фармакопейной статье ФС42-2619-97 [2, 5, 6].

Выводы

В Учреждении ведется мониторинг результатов исследований воды, все результаты соответствуют гигиеническим нормативам, что свидетельствует о правильном подходе Учреждения к вопросам водоподготовки и водообеспечения. Необходимость внедрения новых технологий очистки воды определяется и экономическими факторами, прежде всего, более длительной эксплуатацией дорогостоящего медицинского и дезинфекционно-стерилизационного оборудования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон № 323-ФЗ от 21.11.2011. – Ст. 30.

2. Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения : СанПиН 2.1.4.1074-01 : утв. 26.09.2001. : введ. в действие 01.01.2002.

3. Приготовление, хранение и распределение воды очищенной и воды для инъекций : МУ-78-113 : утв. Департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава Рос. Федерации 22.05.1998.

4. Развитие здравоохранения : прогр. Рос. Федерации : утв. постановлением Правительства Рос. Федерации № 294 от 15.04.2014 г. (Подпрограмма 1).

5. Руководство по инфекционному контролю в стационаре / под ред. Р. Венцель, Т. Бреввер, Ж-П. Бутцлер. – 2-е изд. – Смоленск : МАКМАХ, 2003. – С. 14–15, 72–73.

6. Фармакопейная статья ФС42-2619-97 «Вода очищенная», фармакопейная статья «Вода для инъекций» : письмо комитета по фармации № 20-1-4 от 18.03.1998 / Ком. по фармации администрации г. Челябинска, Гос. унитар. предприятие «Обл. центр по контролю качества лекарств. средств». – Режим доступа: [www.URL:http://chelyabinsk.news-city.info/docs2/sistemar/dok_peqqt0.htm](http://chelyabinsk.news-city.info/docs2/sistemar/dok_peqqt0.htm)

УДК 613.6:616-07

Актуальные вопросы установления диагноза профессионального заболевания

О.Г. Хмелевская^{1, 2}, О.В. Щегольская³, Е.И. Михайлова³

¹ ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю» Минтруда России, 680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 67; тел. +7 (4212) 32-50-60; e-mail: expert@mse27.ru

² КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipkszh.khv.ru

³ КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 39-04-59; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

Topical issues diagnosis of work-related diseases

O.G. Hmelevskaya^{1, 2}, O.V. Schegolskaya³, E.I. Mihailova³

¹ General Bureau of Medical-Social Expertise of Khabarovsk region of Ministry of Labor of the RF, 67, Frunze str., Khabarovsk, 680000, Russia; tel. +7 (4212) 32-50-60; e-mail: expert@mse27.ru

² Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009, Russia; tel. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipkszh.khv.ru

³ Regional clinical hospital № 1 named after S.I. Sergeev, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009; tel. +7 (4212) 39-04-59; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

Статья посвящена вопросам установления диагноза профессионального заболевания, недостаткам оформления медицинских документов для связи заболевания с профессией.

Ключевые слова: профессиональные заболевания, экспертиза, связь заболевания с профессией.

The article is devoted to the diagnosis of work-related diseases, paperwork irregularities to link the disease with the profession.

Key words: work-related diseases, expertise, disease-profession communication.

Профессиональная патология – область медицинской науки, изучающая этиологию, патогенез и клиническую картину болезней, возникающих под влиянием неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса [7].

Профессиональная патология является не только клинической медицинской наукой, но и частью юридического направления в медицине. Это единственная область медицины, где порядок установления диагноза определен Правительством Российской Федерации. В настоящее время порядок установления диагноза профессионального заболевания утвержден Постановлением Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. № 967 [5].

Установление диагноза профессионального заболевания влечет за собой право на получение ряда мер социальной поддержки вследствие повреждения здоровья, в том числе: получение единовременной и ежемесячной денежных выплат, оплата больничного листа в полном объеме, компенсация расходов на лекарственные средства, бесплатное обеспечение санаторно-курортным лечением, техническими средствами реабилитации и др.

В Хабаровском крае ежегодно регистрируется около 100 первично выявленных заболеваний. В 2014 г. диагноз профессионального

заболевания впервые установлен 84 работникам, показатель профзаболеваемости составил 1,51 на 10 тыс. работающих [4]. С диагнозом профессионального заболевания наблюдаются более 1 800 жителей края.

К сожалению, до сих пор не все специалисты медицинских организаций знают порядок установления диагноза профессионального заболевания и, в нарушение действующего законодательства, оформляют медицинские заключения о наличии у больных различных профессиональных заболеваний или последствий перенесенных хронических отравлений самостоятельно. Неправомерно выданные заключения о наличии профессиональной патологии провоцируют конфликтные ситуации, обращение больных в различные инстанции и в суд, длительные разбирательства, переписку, дополнительную нагрузку на всех участников конфликта.

С точки зрения законодательства, профессиональные заболевания классифицируются на две группы: острые и хронические. Для каждой группы определен свой порядок установления юридического факта профессионального заболевания.

Под острым профессиональным заболеванием (отравлением) понимается заболевание, являющееся, как правило, результатом одно-

кратного (в течение не более одного рабочего дня, одной рабочей смены) воздействия на работника вредного производственного фактора, повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности [5]. Острое профессиональное заболевание (отравление), как правило, возникает внезапно, в условиях аварийных ситуаций, выявляется при самостоятельной обращаемости или экстренной доставке пострадавших с места аварии. В 2014 г. в Хабаровском крае острые профессиональные заболевания не регистрировались [4].

При установлении предварительного диагноза – острое профессиональное заболевание или отравление – медицинская организация обязана в течение суток направить экстренное извещение об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания в Роспотребнадзор по месту возникновения заболевания. В последующем специалистами Роспотребнадзора оформляется санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, которая является единственным документом, подтверждающим наличие на рабочем месте вредных производственных факторов. На основании клинических данных состояния здоровья работника и сведений санитарно-гигиенической характеристики устанавливается заключительный диагноз – острое профессиональное заболевание или отравление, и оформляются соответствующее медицинское заключение и извещение об установлении заключительного диагноза острого профессионального заболевания (отравления) [3]. Таким образом, диагноз острого профессионального заболевания может быть установлен любой медицинской организацией при условии соблюдения вышеизложенного порядка.

Под хроническим профессиональным заболеванием или отравлением понимается заболевание, являющееся результатом длительного воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности [5].

Хронические профессиональные заболевания чаще выявляются при проведении периодических медицинских осмотров (ПМО) либо при самостоятельном обращении работников. В 2014 г. 91,9 % случаев профессиональных заболеваний в крае выявлены при проведении ПМО, 8,1 % – при самостоятельном обращении работников [4].

При установлении предварительного диагноза – хроническое профессиональное заболевание или отравление – извещение о профессиональном заболевании работника в трехдневный срок направляется в Роспотребнадзор. В те-

чение 2-х недель специалисты Роспотребнадзора составляют санитарно-гигиеническую характеристику условий труда и представляют ее в медицинскую организацию, направившую извещение. В последующем медицинская организация в месячный срок обязана направить гражданина в специализированное учреждение в области профессиональной патологии, имеющее лицензию на проведение экспертизы связи заболевания с профессией.

Право установления заключительного диагноза профессионального заболевания или отравления определено исключительно специализированному учреждению в области профпатологии. На территории Хабаровского края таким единственным учреждением является Центр профессиональной патологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева.

При направлении в Центр профпатологии оформляется направление с указанием предварительного диагноза, а также выписка из медицинской карты амбулаторного и (или) стационарного больного; сведения о результатах предварительного (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров; санитарно-гигиеническая характеристика условий труда; копия трудовой книжки [5].

Центр профпатологии проводит экспертизу связи заболевания с профессией по результатам проведенного обследования в Центре, а также с учетом представленных медицинских документов. Однако проведение экспертизы связи заболевания с профессией зачастую затруднено из-за низкого качества и полноты представленных лечащими врачами документов [1]. Условно дефекты оформленных медицинских документов можно разделить на три группы.

К первой группе относятся замечания по предоставлению информации о предварительных и периодических медицинских осмотрах, а также качестве их проведения. В представленных в Центр профпатологии медицинских документах не всегда указываются данные предварительного медосмотра. Сведения ПМО отражаются не в полном объеме, могут носить противоречивый характер.

Примеры:

- при направлении больных «шумоопасных профессий» не представляются аудиограммы;
- в сведениях по результатам ПМО указывается недостоверная информация о состоянии слуха: от снижения слуха до полного его восстановления;
- не представляется информация и архив результатов рентгенологического обследования органов грудной полости лиц, работающих в контакте с пылью.

Ко второй группе можно отнести недостатки сведений медицинских документов. Для проведения качественной экспертизы связи заболевания с профессией, определения этиологии имеющихся нарушений информация о том, какие заболевания имеются у обследуемого, крайне важна и необходима. Лечащими врачами зачастую указываются скудные сведения об обращаемости работников за медицинской помощью, сроках временной нетрудоспособности. Не в полной мере отражаются данные проведенных обследований, информация о наличии соматических заболеваний и их течении, эффекте от проводимой терапии. Нередки случаи, когда обследование проводится не в полном объеме.

Примеры:

– у лиц «шумоопасных профессий» не представляются сведения о наличии сосудистой патологии, оказывающей влияние на состояние органа слуха;

– у лиц с вегетативно-сенсорной полинейропатией конечностей не всегда указываются сведения о состоянии позвоночника, уровне глюкозы крови, данных биохимического исследования крови, рентгенографии суставов конечностей; не проводится электронейромиография.

К третьей группе можно отнести экспертные и деонтологические ошибки, например, необоснованное отстранение работника от выполняемой работы до уточнения этиологии заболевания. Факт установления профессионального заболевания не означает потерю трудоспособности. В ряде случаев лица с установленным диагнозом профессионального заболевания могут быть допущены к продолжению трудовой деятельности [2].

Распространенной ошибкой является направление больных в Центр профпатологии без необходимых вышеперечисленных документов. Встречаются случаи необоснованного направ-

ления лиц, у которых по данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда отсутствуют вредности на рабочем месте. Самым распространенным замечанием является направление больных в Центр профпатологии спустя длительное время после установления предварительного диагноза профессионального заболевания, как правило, после достижения пенсионного возраста и прекращения трудовой деятельности [1]. В ряде случаев от первой регистрации патологии до направления в профцентр проходит 10 лет и больше. Это приводит к тому, что реабилитационные мероприятия больным не проводятся своевременно, положенные компенсации вовремя не выплачиваются, диагноз профессионального заболевания регистрируется на более выраженных стадиях. В ряде случаев больные признаются инвалидами.

Основной деонтологической ошибкой является создание у больного установки на профессиональное заболевание. Неосторожные высказывания о том, что заболевание связано с работой, либо выдача неправомερных медицинских заключений о связи заболеваний с трудовой деятельностью больного, порождают медицинские и социальные конфликты [6].

Таким образом, вопросы установления диагноза профессионального заболевания остаются сложными в диагностическом и юридическом аспекте. От полноты и качества клинического обследования, грамотности оформления необходимых документов, своевременности и качества проведения экспертизы связи заболевания с профессией, соблюдения порядка установления юридического факта – профессиональное заболевание – зависит дальнейшая судьба работников. Статус профессионального больного позволяет воспользоваться правом целого ряда реабилитационных мероприятий и компенсационных выплат за счет средств обязательного социального страхования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гребеньков, С. В. *Нормативно-правовые и методологические проблемы экспертизы связи заболеваний с профессиональной деятельностью* / С. В. Гребеньков, И. В. Бойко // *Медицина труда и промышленная экология*. – 2014. – № 9. – С. 44–48.

2. *О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств* : приказ Минздрава СССР № 555 от 29.09.1989. – прил. № 7.

3. *О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации* : приказ Минздрава РФ № 176 от 28.05.2001.

4. *О состоянии профессиональной заболеваемости в 2014 году*. – Режим доступа: [www.URL:http://27.rosпотреbnadzor.ru/directions/monitoring/128551](http://27.rosпотреbnadzor.ru/directions/monitoring/128551) – 15.07.2015.

5. *Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний* : постановление Правительства РФ № 967 от 15.12.2000.

6. Панкова, В. Б. *Основные экспертно-диагностические ошибки при рассмотрении связи заболеваний органа слуха с воздействием шума* / В. Б. Панкова, Г. Р. Мухамедова, О. Н. Родионов // *Вестн. отоларингологии*. – 2009. – № 2. – С. 10–12.

7. *Профессиональная патология* : нац. рук. / под ред. Н. Ф. Измерова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.

УДК 613.84:[616-053.2/.6]

Анализ анкетирования подростков по проблеме табакокурения

О.Г. Темникова

КГБУЗ «Детская городская больница» МЗ ХК, детская поликлиника № 7, 681000, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Вокзальная, 51; тел.: +7 (4217) 53-62-84, +7 (4217) 53-21-36

Analysis of the survey on the issue of teen smoking

O.G. Temnikova

Children's municipal hospital, children's polyclinic № 7, 51, Vokzalnaya str., Komsomolsk-on-Amur, Khabarovsk region; tel.: +7 (4217) 53-62-84, +7 (4217) 53-21-36

Табакокурение представляет собой распространенный среди населения и один из ведущих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, остающихся основной причиной преждевременной смертности. Особую актуальность данная проблема приобрела в связи с широким распространением курения среди молодежи.

Ключевые слова: распространение табакокурения среди молодежи, формирование здорового образа жизни.

The tobacco smoking is special dangerous for population and provokes the development of chronic non-communicable diseases and premature death. The particular importance of this problem is prevalence among young people. For successful fight against social plague the first of all necessary to identify the causes of tobacco smoking problem.

Key words: control of smoking, after-action problem, social plague, moral infantilism, healthy lifestyle promotion.

Центр здоровья для детей и подростков по формированию здорового образа жизни на базе Детской городской больницы г. Комсомольска-на-Амуре функционирует с декабря 2010 г. В Центре проводится скрининговая диагностика на ранних стадиях распространенных заболеваний и предрасположенности к ним для проведения своевременной первичной профилактики. Важнейшими задачами врача Центра является формирование у детей и подростков ответственного отношения к своему здоровью, мотивирование их к отказу от вредных привычек, в том числе помощь по отказу от потребления табака. Для того чтобы определить масштабы распространения курения среди подростков и учащейся молодежи, сотрудники Центра здоровья участвуют в проведении социологических исследований. Врач Центра здоровья имеет сертификат участника межрегионального обучающего семинара «Отказ от потребления табака: организация, диагностика и лечение табачной зависимости», который проводился в декабре 2012 г. на базе ИПКСЗ Сахаровой Г.М. и Антоновым Н.С. (г. Москва). Врачом Центра здоровья разработана анкета, утвержденная врачебной комиссией данной медицинской организации.

Цель исследования: изучение распространения табакокурения и отношения к нему подростков Центра здоровья.

В статье представлены результаты опроса школьников путем анкетирования, проведенного сотрудниками Центра здоровья КГБУЗ «Детская городская больница» города Комсомольска-на-Амуре. Вопросы анкеты были посвящены проблеме раннего приобщения детского населения к табакокурению (приложение 1).

Необходимость проведения опроса продиктована тем, что среди школьников по результатам осмотра в Центре здоровья количество курящих подростков составляет 8,5 % от обследованных в 2013 г., соответственно 7 % в 2014 г., число пассивных курильщиков составляет 30 % от обследованных. Анкетирование было анонимным, проводилось на добровольной основе среди юношей, посещающих лицей, и девушек, обучающихся в общеобразовательной школе. Подростки проходили осмотр в Центре здоровья согласно составленному плану-графику, согласованному с отделом образования.

В анонимном опросе приняли участие 112 человек. Из них 67 девушек и 45 юношей в возрасте 14–15 лет.

По результатам анкетирования, из 67 девушек курили 13, из 45 мальчиков курили 1, хотя пробовали 7 ребят. Отрицательное отношение к курильщикам высказали 46 опрошенных (21 девушка и 25 юношей) – 41 %; двое приветствуют – 2 %; безразличны 64 участника опроса – 57 %.

У 23 опрошенных курили и папа, и мама – 20,5 %; курил папа у 31 – 27,5 %; курила только мама у 13 – 12 %; не курил в семье никто у 45 из 112 участников опроса, что составило 40 %. Из 13 курящих девушек курит вся семья у пяти человек, не курит никто только у одной; у одного курящего юноши курит папа.

О причине, побудившей к курению, 5 девушек ответили: «Не знаю». Один курящий юноша решил закурить, чтобы почувствовать себя взрослым. На остальных курящих девушек оказывает влияние компания (3 человека), привычка (3 человека), стресс (2 человека).

Из 112 участников анкетирования 50 человек (44,5 %) выразили безразличие к курящим подросткам. Опять же, напрашивается вывод о недооценке молодыми людьми последствий, связанных с пагубной привычкой. А это опасно тем, что курение, в том числе и пассивное, сокращает продолжительность жизни, что негативно влияет на дисбаланс рождаемости и смертности в стране, приводя к сокращению населения России.

На вопрос, что необходимо предпринять, чтобы искоренить курение в РФ, 67 человек (60 %) на первое место поставили прекращение производства сигарет; 19 человек (17 %)

высказали необходимость повышения цены на табачную продукцию. Только один из 112 участников опроса дал ответ, заслуживающий внимания, – стимулировать (поощрять) бросивших курить.

Из 67 опрошенных девушек 11 употребляют алкоголь – 16 %, из 45 юношей 7 употребляют спиртные напитки – 15,5 %, причем в возрасте 10–14 лет, когда еще в организме продолжается созревание репродуктивной сферы.

Результаты анкетирования были представлены родительской аудитории сотрудниками Центра здоровья в процессе работы, что вызвало немало вопросов со стороны мам и пап.

Выводы

1. По данным Центра здоровья, среди подростков 14–15 лет курящими оказались 12,5 %.

2. Учреждениям здравоохранения необходимо развивать многоуровневое сотрудничество и партнерство с учреждениями образования, отделом физкультуры и спорта.

3. Целесообразно продолжить регулярное взаимодействие сотрудников здравоохранения с представителями средств массовой информации по проведению просвещения молодежи о вреде потребления алкоголя и табака.

Приложение 1

Анкета для школьников старших классов

- | | |
|--|---|
| <p>1) Ваш пол:
- мужской
- женский</p> <p>2) Укажите ваш возраст:
_____</p> <p>3) Как вы относитесь к курению?
- осуждаю
- приветствую
- безразлично</p> <p>4) Вы курите?
- да
- нет</p> <p>5) В каком возрасте впервые попробовали курить?
- пробовал в ____ лет
- не пробовал</p> <p>6) Кто в вашей семье курит?
- папа
- мама
- никто не курит</p> <p>7) Если вы курите, то назовите причину, почему это делаете?
- при стрессе
- за компанию
- привычка
- не знаю
- чтобы почувствовать себя взрослым</p> | <p>8) Сколько сигарет вы выкуриваете в день?
- 0–5
- 5–10
- 10 и более</p> <p>9) Если вы не курите, то как относитесь к курящим подросткам?
- положительно
- отрицательно
- безразлично</p> <p>10) Что, по вашему мнению, нужно предпринять, чтобы молодые люди не начали курить?
- повысить цены
- прекратить производство
- ваши предложения _____</p> <p>11) Считаете ли вы курение вредным для здоровья?
- да
- нет</p> <p>12) Вы употребляете «Экстази»?
- да
- нет</p> <p>13) Вы употребляете алкогольные напитки?
- да
- нет</p> |
|--|---|

*Разработала врач Центра здоровья
КГБУЗ «Детская городская больница» города
Комсомольска-на-Амуре О.Г. Темникова*

УДК 616.12-008.46-036.12(042.3/4)

Хроническая сердечная недостаточность: основные понятия, клиника, диагностика, немедикаментозная терапия, профилактика, реабилитация (лекция для средних медицинских работников. Часть 1)

Е.В. Неврычева

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: zlatoid2009@mail.ru

Chronic cardiac insufficiency: basic concepts, clinic, diagnostic, drug-free modalities, prevention, rehabilitation (lecture for paramedical workers. Part 1)

E.V. Nevrycheva

Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009, Russia; tel. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: zlatoid2009@mail.ru

Лекция содержит основные представления о классификации, клинике и диагностике хронической сердечной недостаточности (ХСН), знание которых необходимо специалисту со средним медицинским образованием при работе с пациентом, и составлена на основании действующих Национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр), подготовленных специалистами Российского кардиологического общества (2013) [2]. С современных позиций представлены сведения о теории развития и патогенезе ХСН, освещены современные методы клинической, лучевой и функциональной диагностики. Приведены ссылки на рекомендуемую специальную литературу.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, распространенность, классификация, клиника, диагностика, немедикаментозная терапия, профилактика, медико-социальная реабилитация.

The lecture provides a basic definitions about classification, clinic and diagnostic of chronic heart failure (CHF), knowledge of this rules are necessary to secondary medical education specialists for working with patients, and is based upon functional the existing national guidelines for diagnostic and treatment of chronic heart failure (fourth revision), prepared by experts of the Russian Society of Cardiology (2013). From modern positions of the theory presented information about the development and pathogenesis of heart failure, marks the modern methods of clinical, radiological and functional diagnostics. The links had referenced to special recommended literature.

Key words: chronic heart failure, prevalence rate, classification, clinic, diagnostic, drug-free modalities, preventive measures, social rehabilitation.

Проведенные эпидемиологические исследования последних 10 лет показали, что в Российской Федерации распространенность в популяции хронической сердечной недостаточности (ХСН) I-IV ФК составляет 7 % случаев (7,9 млн человек), клинически выраженная ХСН (II-IV ФК) имеет место у 4,5 % населения (5,1 млн человек), распространенность терминальной ХСН (III-IV ФК) достигает 2,1 % случаев (2,4 млн человек).

Распространенность ХСН с возрастом значительно увеличивается: в возрастной группе от 20 до 29 лет составляет только 0,3 % случаев, а в возрастной группе старше 90 лет ХСН имеют почти 70 % респондентов. Среди мужчин распространенность ХСН выше, чем среди

женщин в возрастных группах до 60 лет, что ассоциируется с более ранней заболеваемостью АГ и ИБС у мужчин. За счет большей продолжительности жизни число женщин, имеющих ХСН, в 2,6 раза превосходит число мужчин (72 % против 28 %). Более 65 % больных ХСН находятся в возрастной группе от 60 до 80 лет.

Основными причинами развития ХСН в РФ являются АГ (88 % случаев) и ИБС (59 % случаев). Комбинация ИБС и АГ встречается у половины больных ХСН. В РФ можно отметить еще три важных причины развития ХСН: хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) – 13 % случаев, сахарный диабет (СД) – 11,9 % случаев и перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 10,3 % случаев. Для

больных ХСН наличие ОИМ или СД определяет значительно более плохой прогноз жизни, кроме того, тяжесть ХСН обусловлена сочетанием множества этиологических факторов.

Хроническая (постоянная) форма фибрилляции предсердий (ФП) утяжеляет течение ХСН в 10,3 % случаев больных ХСН. С увеличением тяжести ХСН встречаемость ФП неуклонно возрастает, достигая 45 % у пациентов с III–IV ФК.

Различают **острую** и **хроническую СН**. Под **острой СН** принято подразумевать возникновение острой (кардиогенной) одышки, связанной с быстрым развитием легочного застоя вплоть до отека легких или кардиогенного шока (с гипотонией, олигурией и т.д.), которые, как правило, являются следствием острого повреждения миокарда, прежде всего ОИМ.

Чаще встречается **хроническая форма СН**, для которой характерны периодические возникающие эпизоды обострения (декомпенсации), проявляющиеся внезапным или, что бывает чаще, постепенным усилением симптомов и признаков ХСН.

Помимо острой и хронической, различают также **систолическую** и **диастолическую СН**. Традиционно СН и ее тяжесть ассоциируют со снижением сократительной способности сердца (систолическая СН), которую чаще оценивают по величине фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Однако значительная часть больных СН имеет нормальную или почти нормальную ФВ ЛЖ (> 45–50 %). В таких случаях целесообразно говорить о СН с сохраненной систолической функцией (СН-СФВ ЛЖ).

Среди других терминов встречаются деление ХСН на **право-** и **левожелудочковую** в зависимости от преобладания застойных явлений в малом или большом круге кровообращения; ХСН с **низким** или **высоким сердечным выбросом** (СВ). Следует помнить, что высокий СВ встречается при ряде заболеваний (тиреотоксикоз, анемия и др.), не имеющих прямого отношения к повреждению миокарда.

Сердечная недостаточность может быть определена как такое нарушение структуры или функции сердца, в результате которого сердце не в состоянии удовлетворить потребности организма в кислороде при нормальном давлении наполнения сердца, и это возможно лишь ценой повышения давления наполнения сердца. С практической точки зрения, СН – это синдром, для которого характерны определенные симптомы (одышка, отеки лодыжек, утомляемость) и клинические признаки (набухание шейных вен, мелкопузырчатые хрипы в легких, смещение верхушечного толчка влево), возникшие в результате нарушения структуры или функции сердца.

Диагностика СН, особенно на ранних стадиях, может вызывать определенные затруднения. Обычно больной СН обращается за медицинской помощью именно из-за возникновения у него симптомов, многие из которых имеют низкую специфичность (ночной кашель, свистящее дыхание, увеличение веса, потеря веса при выраженной ХСН, чувство переполнения в животе, потеря аппетита, спутанность сознания, депрессия, сердцебиения, обмороки) и не позволяют с уверенностью отличить СН от других заболеваний. Более же специфичные симптомы (такие как одышка, ортопноэ, ночные приступы сердечной астмы, плохая переносимость физической нагрузки, утомляемость, усталость, увеличение времени восстановления после прекращения физической нагрузки, отек лодыжек) встречаются гораздо реже, особенно у больных с начальными стадиями СН, и поэтому имеют низкую чувствительность.

Большое значение в диагностике СН имеет тщательный **сбор анамнеза**. Сердечная недостаточность маловероятна у лиц без значимого повреждения сердца, в то время как при наличии такового (особенно ранее перенесенного ИМ) вероятность наличия СН у больного с соответствующими симптомами и признаками существенно повышается.

Эхо-КГ и **ЭКГ** относятся к первоочередным исследованиям у больных с подозрением на СН. Эхокардиография позволяет быстро оценить размеры сердца, состояние клапанного аппарата, систолической и диастолической функции желудочков.

Альтернативный диагностический подход подразумевает **измерение концентрации в крови натрийуретических гормонов** – семейства пептидов, секреция которых возрастает при органических поражениях сердца, а также при повышении гемодинамической нагрузки на сердце (например, при ФП, тромбоэмболии легочной артерии), а также при ряде внесердечных состояний (например, при почечной недостаточности).

Обычно к **чреспищеводной Эхо-КГ** прибегают при неудовлетворительном качестве изображений при трансторакальном исследовании (например, у больных с ожирением, заболеваниями легких, находящихся на искусственной вентиляции легких), а также тогда, когда прочие визуализирующие методы по тем или иным причинам недоступны. Чреспищеводная Эхо-КГ особенно ценна у больных со сложными приобретенными пороками сердца (особенно с патологией митрального и протезированных клапанов), при подозрении на инфекционный эндокардит и у некоторых категорий больных

с врожденными пороками сердца. У больных с ФП чреспищеводная Эхо-КГ позволяет обнаружить тромбоз ушка левого предсердия.

Стресс-Эхо-КГ с физической или фармакологической нагрузкой – надежный метод оценки ишемии и жизнеспособности миокарда. При систолической дисфункции ЛЖ, связанной с ИБС, стресс-Эхо-КГ позволяет отличить ишемизированный, но жизнеспособный миокард от рубцовой ткани.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет оценивать структурные и функциональные изменения сердца практически в том же объеме, что и Эхо-КГ (включая оценку ишемии и жизнеспособности миокарда), а также получать дополнительную информацию, недоступную для Эхо-КГ. МРТ считается «золотым стандартом» по точности измерения объемов, массы и сократимости камер сердца. МРТ является наилучшей альтернативой при неудовлетворительном качестве изображений при трансторакальной Эхо-КГ. МРТ особенно ценна в выявлении воспалительных и инфильтративных заболеваний миокарда.

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (SPECT) используется для выявления ишемии и оценки жизнеспособности миокарда. Также с помощью SPECT можно оценивать объемы камер и функцию сердца, однако следует помнить, что при этом методе больной подвергается ионизирующему излучению.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) изолированно или в сочетании с компьютерной томографией позволяет количественно оценить ишемию и жизнеспособность миокарда.

Коронарная ангиография показана больным со стенокардией при условии возможности последующей реваскуляризации миокарда. Ангиография также показана при положительном результате нагрузочных проб, в том числе у больных с низкой сократимостью ЛЖ, поскольку у таких больных может оказаться эффективным аорто-коронарное шунтирование. Коронарная ангиография показана больным с приобретенными пороками сердца перед операцией на клапанах, а также пациентам из группы риска ИБС перед имплантацией двухкамерных электрокардиостимуляторов (ЭКС).

На сегодняшний день основной «точкой приложения» **компьютерной томографии сердца** при СН является неинвазивная оценка поражения коронарных артерий.

При подозрении на констриктивный перикардит или рестриктивную кардиомиопатию **катетеризация сердца**, используемая совместно с неинвазивными методами исследования,

позволяет установить правильный диагноз. При подозрении на миокардит или инфильтративные заболевания сердца (например, амилоидоз) показана **биопсия миокарда**.

Пробы с физической нагрузкой позволяют получить объективную оценку переносимости физической нагрузки, а также выяснить, с чем связаны одышка и утомляемость при физической нагрузке, и оценить прогноз.

Генетическое тестирование рекомендовано больным с дилатационной кардиомиопатией и атриовентрикулярной блокадой или внезапной смертью близких родственников, поскольку в таких случаях может потребоваться профилактическая постановка кардиовертера-дефибриллятора.

Холтеровский мониторинг ЭКГ показан при наличии симптомов, предположительно связанных с нарушениями ритма сердца и проводимости (например, при сердцебиении или обмороках). У больных с ФП при суточном мониторинге ЭКГ следят за частотой желудочковых сокращений. С помощью этого исследования можно определить тип имеющихся у больного нарушений ритма сердца, оценить их продолжительность и частоту сокращения желудочков, зафиксировать эпизоды безболевой ишемии миокарда, брадикардии и нарушений проводимости, каждый из которых может быть самостоятельной причиной СН или же усугублять ее течение.

При СН многие клинические и инструментальные показатели имеют прогностическое значение. Большинство из этих показателей просты, и их можно определить очень быстро (такие как пол, возраст, причина СН, ФК, определение ФВ ЛЖ, наличие сопутствующих заболеваний, определение уровня натрийуретических гормонов). Оценка прогноза имеет первостепенное значение при решении вопроса об имплантации внутрисердечных устройств и проведения оперативного лечения, а также при выборе тактики ведения больного с терминальной СН.

Конечно, когда мы имеем дело с симптомной ХСН, главная задача на начальном этапе лечения – избавить больного от тягостных симптомов (одышки, удушья, отеков): дать возможность просто лежать, спать, отдыхать. Однако если ограничиться лишь этой начальной целью, например, применить эффективные диуретики в виде курса терапии, то у такого пациента уже через несколько дней (недель) вновь проявятся признаки тяжелой декомпенсации, требующие интенсивной терапии. Поэтому важнейшее значение приобретает замедление прогрессирования ХСН, связанное с защитой органов-мишеней, прежде всего

сердца, от прогрессирующих патологических изменений (ремоделирования). А поскольку ХСН – это системный процесс, при котором происходит ремоделирование не только сердца, но и почек, сосудов, мышц и т.д., мы говорим именно о системной защите органов-мишеней.

Существует **шесть путей** достижения поставленных целей при лечении декомпенсации: диета, режим физической активности, психологическая реабилитация, организация врачебного контроля, школ для больных ХСН, медикаментозная терапия, электрофизиологические методы терапии, хирургические, механические методы лечения. Как видим, медикаментозное лечение представляет собой хотя и очень важную составляющую, но находящуюся в этом списке на четвертой позиции. Игнорирование немедикаментозных методов борьбы с ХСН затрудняет достижение конечного успеха и снижает эффективность лечебных (медикаментозных) воздействий.

Учитывая все большую распространенность ХСН в мире, в том числе и в РФ, крайнюю тяжесть и злокачественность течения этого синдрома, а также принимая во внимание колоссальные затраты на его лечение, следует обратить особое внимание на проблему **профилактики** развития ХСН.

Как известно, **повышенное АД** является самой частой причиной развития ХСН. Это было продемонстрировано как в США, так и в Европе. В России, по результатам эпидемиологических и когортных исследований последних лет, повышенное АД ассоциируется с развитием ХСН не менее чем в 80 % случаев, что отражает малую эффективность лечения АГ. Во Фрамингемском исследовании наличие САД более 140 мм рт.ст. ассоциировалось с 4-кратным повышением риска развития ХСН. Соответственно, постулатом можно считать тот факт, что успешное лечение АГ – это наиболее эффективная профилактика развития ХСН [3]. Нормализация АД позволяет на 50 % снизить риск развития ХСН. В исследовании VALUE снижение АД ниже 140/90 мм рт.ст. сопровождалось достоверным уменьшением риска развития ХСН на 36 %, независимо от характера антигипертензивного лечения.

Лечение пациентов с **ИБС**, которая является вторым по значимости ФР ХСН, также крайне важно в плане профилактики ХСН [5]. В настоящем разделе речь идет о пациентах с ИБС, не имеющих структурных изменений сердца (с нормальной ФВ ЛЖ). После перенесенного острого ИМ в качестве профилактики ремоделирования сердца и развития ХСН можно использовать различные нейрогормональные модуляторы β -АБ, иАПФ, АРА и антагонисты

альдостерона. Причем сочетание β -АБ с блокадой ренин-ангиотензиновой системы увеличивает эффект терапии.

Сведений о профилактике ХСН при применении аспирина у больных, перенесших ОИМ, и тем более у пациентов с хроническими формами ИБС, нет. Напротив, его использование может приводить к росту числа госпитализаций в связи с обострением ХСН.

Еще одним важнейшим средством профилактики ХСН у больных с различными формами ИБС являются статины, что доказано в исследованиях с симвастатином и правастатином. Сегодня статины рекомендуются в качестве профилактики ХСН у пациентов с коронарной болезнью сердца [1, 4].

Нет сомнений, что наличие **СД** и даже просто инсулинорезистентность предрасполагают к развитию ХСН, причем в максимальной степени увеличение риска отмечается у женщин. Сочетание ХСН с СД усугубляет неблагоприятный прогноз пациентов. Поэтому успешное лечение пациентов с СД и его осложнениями позволяет существенно уменьшать риск развития ХСН.

Одна из наиболее обсуждаемых в России проблем в связи с ХСН – определение типа расстройств гемодинамики и вариантов лечения больных с **клапанными пороками сердца**. Никаких терапевтических (медикаментозных) альтернатив для больных **стенозом митрального и аортального клапана** нет.

В настоящее время основной причиной стеноза аортального клапана является его кальцинирование, обычно развивающееся с возрастом, в связи с чем со старением населения таких пациентов становится больше. У пациентов с критическим стенозом аортального клапана развивается компенсаторная гипертрофия левого желудочка, которая со временем из-за ремоделирования ЛЖ переходит в сердечную недостаточность. Наблюдения за пациентами со стенозом аортального клапана показали, что риск смерти резко повышается при появлении у пациента признаков ХСН и/или синкопальных состояний. Для лечения стеноза аортального клапана широко используется **открытая операция на сердце**. Но такая операция сопряжена с высоким риском, а у части пациентов ее проведение невозможно в связи с крайне высоким операционным риском. В связи с этим был разработан **метод транскатетерной имплантации аортального клапана** (ТИАК).

При **недостаточности клапанов** оперативное лечение также является средством выбора, даже при относительной недостаточности митрального клапана (МК) у больных с дилатационной кардиомиопатией.

В последнее время для коррекции **митральной регургитации** у пациентов с выраженной симптоматической митральной регургитацией, у которых риск кардиохирургических вмешательств на открытом сердце оценен как слишком высокий, применяется **эндоваскулярная методика MitraClip® Clip Delivery System**.

Что касается **относительной недостаточности трикуспидального клапана (ТК)**, то ее хирургическое лечение возможно только в ходе оперативного вмешательства по поводу органической недостаточности МК.

Специальных исследований по профилактике ХСН с помощью ограничения **курения** и приема **алкоголя** или **снижения массы тела** не проводилось. В то же время имеются сведения о прямой зависимости ожирения и развития ХСН. Это позволяет рекомендовать снижение ИМТ ниже 30 кг/м² всем пациентам с риском декомпенсации сердечной деятельности. Причем в России эта проблема приобретает особое значение, так как число больных с ожирением возрастает параллельно увеличению ФК ХСН.

Еще более опасной выглядит связь приема алкоголя с развитием ХСН, в особенности ишемической этиологии. Поэтому больным с риском развития ХСН необходимо рекомендовать строгий отказ от приема алкоголя, что особенно важно в реальных российских условиях. Алкоголь строго запрещен для больных с алкогольной кардиопатией.

Также не вызывает никаких сомнений рекомендация по отказу от курения в качестве профилактики развития ХСН у пациентов с множественными ФР, хотя специальных исследований относительно связи отказа от курения и развития ХСН не проводилось.

На сегодняшний день рекомендации по диете больных ХСН носят весьма конкретный характер. При ХСН рекомендуется ограничение приема поваренной соли, причем тем большее, чем выраженнее симптомы болезни и застойные явления. Ограничение потребления жидкости актуально только в крайних ситуациях: при декомпенсированном тяжелом течении ХСН, требующем в/в введения диуретиков. В обычных ситуациях объем жидкости не рекомендуется увеличивать более 2 л/сут (минимум приема жидкости – 1,5 л/сут).

Пища должна быть калорийной, легко усваиваться, с достаточным содержанием витаминов, белка. Прирост веса > 2 кг за 1–3 дня, скорее всего, свидетельствует о задержке жидкости в организме и риске развития декомпенсации! Сегодня контроль массы тела пациентов с ХСН или контроль **трофологического статуса** приобретает важнейшее значение. Трофологический статус – понятие, характе-

ризующее состояние здоровья и физического развития организма, связанное с питанием.

Необходимо различать следующие патологические состояния пациентов с ХСН: ожирение, избыточный вес, нормальный вес, кахексия. Наличие ожирения или избыточного веса ухудшает прогноз больного ХСН, и во всех случаях ИМТ более 25 кг/м² требует специальных мер и ограничения калорийности питания.

Патологическая потеря массы тела (явные или субклинические признаки) обнаруживается у 50 % больных ХСН. Прогрессивное уменьшение массы тела, обусловленное потерей как жировой ткани, так и мышечной массы, называется **сердечной кахексией**. Патологическая потеря массы тела определяется во всех случаях: документированной непреднамеренной потери массы тела на 5 и более кг или более чем на 7,5 % от исходной (вес без отеков, т.е. вес пациента в компенсированном состоянии) массы тела за 6 месяцев; при исходном ИМТ менее 19 кг/м².

Сегодня очевидно, что покой не показан всем больным ХСН вне зависимости от стадии заболевания. **Физическая реабилитация** рекомендуется всем пациентам с I–IV ФК ХСН. Единственным требованием можно считать стабильное течение ХСН, когда нет необходимости в экстренном приеме мочегонных и внутривенном введении вазодилаторов и положительных инотропных средств. Физическая реабилитация противопоказана при активном миокардите, стенозе клапанных отверстий, цианотических врожденных пороках, нарушениях ритма высоких градаций, приступах стенокардии у пациентов с низкой ФВ ЛЖ.

Основным для выбора режима нагрузок является определение исходной толерантности при помощи теста 6-минутной ходьбы. Проведение курсов физических тренировок сроком от 3 месяцев позволяет увеличить толерантность и максимальное потребление кислорода до 33 %! При этом доказано восстановление структуры и функции скелетной мускулатуры у больных ХСН. При проведении нагрузок пациенты лучше реагируют на проводимую терапию. Доказано влияние физической реабилитации на прогноз декомпенсированных больных. Учитывая, что положительный эффект физических тренировок исчезает через 3 недели после введения ограничения физических нагрузок, введение физических нагрузок в длительную (пожизненную) программу ведения пациента с ХСН является необходимым стандартом.

Метод усиленной наружной контрпульсации (УНКП) может быть рекомендован как дополнительный метод лечения пациентов с ХСН II–III ФК в период полной компенсации на

оптимальной медикаментозной терапии. Позволяет улучшить коронарный кровоток путем контрпульсации специальными воздушными манжетами на ногах в фазу диастолы сердца, усиливая физиологическое наполнение коронарных сосудов кровью. В момент систолы воздух резко выкачивается из манжет, что снижает общее сосудистое сопротивление и нагрузку на сердце. После курса процедур улучшается функциональное состояние больных СН, понижается функциональный класс стенокардии, улучшаются показатели нагрузочных тестов.

Пациентам с СН не рекомендуется пребывание в условиях высокогорья, высоких температур, влажности. Желательно проводить отпуск в привычной климатической зоне. При выборе транспорта предпочтение отдается непродолжительным (до 2–2,5 часов) авиационным перелетам. Длительные перелеты чреваты обезвоживанием, усилением отеков нижних конечностей и/или развитием тромбоза глубоких вен голени. При любой форме путешествий противопоказано длительное вынужденное фиксированное положение. Специально рекомендуются вставание, ходьба или легкая гимнастика каждые 30 минут.

Коррекция доз мочегонных при пребывании в необычном для больного, прежде всего жарком и влажном (хуже всего – вместе), климате, носит обязательный, хотя и строго индивидуальный характер.

Вопросы сексуальной активности находятся в компетенции врача-сексопатолога. Врач-кардиолог прилагает усилия для предотвращения развития декомпенсации ХСН. Как правило, улучшение течения декомпенсации восстанавливает сниженные сексуальные возможности. Ограничения актуальны для больных ХСН IV ФК и носят общий характер: избегать чрезмерного эмоционального напряжения; в ряде случаев принимать нитраты сублингвально перед половым актом; применение виагры не противопоказано (за исключением сочетаний с длительно действующими нитратами);

для пациентов с ХСН I–III ФК риск развития декомпенсации ХСН при регулярной половой активности носит весьма умеренный характер.

Сегодня пациент с ХСН, выписывающийся из клиники или покидающий врача амбулаторной практики после устранения декомпенсации, должен, кроме рекомендаций по оптимальному медикаментозному лечению, иметь возможность контролировать свое состояние и быть под наблюдением специально обученного персонала. Этот своеобразный принцип диспансерного наблюдения имеет различные названия: мультидисциплинарного подхода в ведении больных ХСН, или школы для больных с декомпенсацией, или клиник для больных ХСН, или домашнего сестринского контроля за больными с декомпенсацией.

Целью обучения в школе для больных СН является помощь пациентам и их родственникам в получении информации о заболевании, приобретении навыков самоконтроля, касающихся диетических рекомендаций, физической активности, строгого соблюдения режима медикаментозной терапии, наблюдения за симптомами СН и обращения за медицинской помощью в случае их усиления. С пациентами проводятся структурированные занятия по следующим темам: общая информация о ХСН, симптомы ХСН и принципы самоконтроля, диета при ХСН, медикаментозная терапия ХСН, физические нагрузки при ХСН.

Медико-социальная работа в комплексном ведении больного ХСН должна включать мероприятия социально-медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера. Социальному работнику необходимо обеспечить взаимодействие больного с членами семьи и ближайшим окружением. Рекомендуется провести социальную экспертизу семьи с целью выявления проблем социально-медицинского характера, разрешить возникшие проблемные ситуации и содействовать устранению ФР с мобилизацией личностных резервов пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жмеренецкий, К. В. Атеросклероз: современные представления, принципы диагностики, подходы к лечению дислипидемий : клин. лекция / К. В. Жмеренецкий, М. А. Ловрикова // *Здравоохранение Дал. Востока*. – 2015. – № 2. – С. 90–97.
2. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // *Журн. Сердеч. недостаточность*. – 2013. – Т. 14, № 7. – С. 379–472.
3. Неврычева, Е. В. Артериальная гипертензия: основные понятия, клиника, диагностика, лечение : лекция для сред. мед. работников / Е. В. Неврычева // *Здравоохранение Дал. Востока*. – 2014. – № 4. – С. 84–89.
4. Неврычева, Е. В. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза : лекция / Е. В. Неврычева // *Здравоохранение Дал. Востока*. – 2015. – № 1. – С. 77–81.
5. Неврычева, Е. В. Ишемическая болезнь сердца: классификация, патогенез, клиника, диагностика : клин. лекция / Е. В. Неврычева // *Здравоохранение Дал. Востока*. – 2015. – № 2. – С. 54–59.

УДК 616.127-007.6-07

Сложности диагностики дилатационной кардиомиопатии в практике врача

М.М. Бурындина

ООО «Медицинский диагностический центр», 679016, Еврейская автономная область, г. Биробиджан, ул. Шолом-Алейхема, д. 93; тел. +7 (42622) 3-23-13; e-mail: patricia1982@mail.ru

Dilated cardiomyopathy diagnostic difficulties in practice

М.М. Buryndina

LLC Medical Diagnostic Center, 93, Sholom-Aleyhem str., Birobidzhan city, Jewish Autonomous Region, 679016, Russia; tel. +7 (42622) 3-23-13; e-mail: patricia1982@mail.ru

Предположить о наличии у пациента молодого возраста дилатационной кардиомиопатии начинающему практическому врачу непросто, особенно если перед ним предстает на первый взгляд знакомая клиническая картина. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует сложность диагностики данной патологии в практике врача.

Ключевые слова: дилатационная кардиомиопатия, клинический случай, диагностика, лечение.

For getting starter medical specialist is difficult to suggest the presence of a young patient dilated cardiomyopathy. If this specialist has already had the familiar clinical picture especially. The presented clinical observation demonstrates the complexity of the diagnostic of this disease in the practice.

Key words: dilated cardiomyopathy, medical case, diagnostic.

В ходе обучения в медицинском вузе, а затем на циклах повышения квалификации по терапии складывается впечатление, что дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) встречается крайне редко. Действительно, заболеваемость ДКМП составляет 5–8 случаев на 100 тыс. населения в год. У мужчин данная патология развивается в 2,5 раза чаще, особенно в возрасте от 30 до 50 лет [2]. Стремление напомнить практическим врачам о ДКМП вызвано сложностью постановки первичного диагноза, особенно для врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинического звена. Представленный клинический случай демонстрирует, что за знакомой и на первый взгляд понятной картиной заболевания может скрываться тяжелая патология с сомнительным прогнозом.

Больной Х., 31 года, 6 сентября 2008 г. поступил в Центральную районную больницу г. Облучье с жалобами на чувство нехватки воздуха, сильный сухой кашель, повышение температуры тела до 38,2 °С, общую слабость. При обследовании: **общий анализ крови (ОАК):** гемоглобин (Hb) – 138 г/л; эритроциты (Э) – $4,06 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель (ЦП) – 0,9; лейкоциты (Le) – $11,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные (п/я) – 7 %; сегментоядерные (с/я) – 73 %; эозинофилы (Э) – 2 %; лимфоциты (Л) – 10 %; моноциты (М) – 8. **Общий анализ мочи (ОАМ):** относительная плотность (ОП) – 1,018; лейко-

циты 1–2 в поле зрения; эпителий единичный. **Биохимический анализ крови (БАК):** глюкоза – 4,76 ммоль/л; холестерин – 4,2 ммоль/л; общий белок – 78,4 г/л; общий билирубин – 13,2 мкмоль/л; креатинин – 80,0 мкмоль/л; аланинаминотрансфераза (АлАТ) – 24 Ед/л; аспартатаминотрансфераза (АсАТ) – 19 Ед/л.

Функция внешнего дыхания (ФВД) по данным спирометрии: ЖЕЛ на нижней границе нормы; нарушение проходимости дыхательных путей. **Рентгенография органов грудной клетки (Р-ОГК):** усилен легочный бронхо-сосудистый рисунок, больше правого легкого. Сердце расширено в поперечнике за счет правых отделов. **Электрокардиография (ЭКГ):** ритм синусовый, правильный, 120 в мин; горизонтальное положение электрической оси сердца (ЭОС); гипертрофия правого предсердия.

Выставлен **диагноз:** острый трахеобронхит. Проведена **терапия:** эуфилин внутривенно, преднизолон внутривенно, цефазолин 2,0 гр/сут, ацетилцистеин (АЦЦ), амбробене, физиолечение.

После выписки (11.09.2008 г.) кашель сохранился, и 16.09.2008 г. больной вновь обратился за медицинской помощью уже в другое лечебное учреждение с жалобами на слабость, субфебрилитет с ознобом по вечерам, одышку на входе и при ходьбе, сухой кашель, затруднение глубокого вдоха. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,2 °С,

задняя стенка глотки чистая. Тоны сердца ясные, АД 125/70 мм рт.ст., пульс 79 в мин, ритмичный. Одышка на вдохе и при движении, частота дыхания 25 в мин. В легких во всех отделах сухие, рассеянные хрипы. Живот мягкий, безболезнен. Физиологические отправления в норме. Периферических отеков нет.

При обследовании: ОАК: Нв – 144 г/л; Э – $4,14 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 1,0; Лс – $10,3 \times 10^9$ /л; п/я – 4 %; с/я – 52 %; Э – 1 %; Л – 38 %; М – 4 %; СОЭ – 41 мм/час. ОАМ: большое количество оксалатов кальция в осадке; эпителий 1–3 в поле зрения. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 87 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). ФВД: снижение по рестриктивному типу 2-й степени. R-ОГК: инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Легочный рисунок уплотнен, тяжист. Тень средостения не смещена, расширена во всех отделах; корни структурные, диафрагма не изменена.

Больной оформлен на лечение в дневной стационар с диагнозом: острый обструктивный бронхит затяжного течения с астматическим компонентом, ДН I ст. ВСД: по кардиальному типу.

Получал лечение: цефотаксим 2,0 гр/сут; преднизолон 60 мг с эуфиллином 2,4% – 10,0 мл и гепарином 5 тыс. ЕД внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида 200,0 мл; глюкозы 5% раствор 200,0 мл с аскорбиновой кислотой 2,0 г внутривенно капельно; АЦЦ 200 мг × 3 раза/сут; корень солодки внутрь, ингаляции с эуфиллином, электрофорез с йодидом калия 3% раствором; фуросемид 20 мг внутримышечно после инфузий.

На фоне лечения состояние пациента улучшилось, одышка в покое полностью купировалась, сухой кашель в значительной мере снизился по силе и частоте, полностью прекратился ночной кашель. Нарушения ФВД по рестриктивному типу уменьшились до 1-й степени.

Пациент направлен в лечебно-физкультурный диспансер для продолжения лечения и проведения спелео- и физиотерапии, массажа грудной клетки.

На данном этапе (14.10.2008 г.) нам впервые довелось осмотреть пациента лично. Объективно он был избыточного питания, гиперстенического телосложения. Не курил. Аллергологический анамнез без особенностей. Сохранялись сухой кашель с приступами удушья, слабость, невыраженная одышка. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет, 18 в мин. Тоны сердца ясные, акцент второго тона на легочной артерии, АД 120/70 мм рт.ст., пульс 74 в мин, ритмичный. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет подкожно-

жировой клетчатки. Печень выступала на 1,5 см из-под края реберной дуги, безболезненна. Симптом «поколачивания» поясницы отрицателен с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Периферических отеков не было.

Осмотрев пациента, у нас появилось сомнение о правильности исходного диагноза, но поначалу подтвердить сомнения было сложно. Настораживало следующее: во-первых, длительность заболевания и сохранение кашля, несмотря на проведенное лечение; во-вторых, характер кашля, который за весь период не становился продуктивным и имел склонность к обструкции (хотя спирография выявляла лишь рестриктивные нарушения); в-третьих, сохраняющаяся слабовыраженная одышка.

Пациенту было повторно назначено обследование: ФВД, ЭКГ, БАК, включая диагностику аллергического компонента (кровь на лямблии, кал на яйца гельминтов). К лечению добавлены: спелеотерапия, теопек 200 мг по 1/2 таблетки 2 раза в сут, беротек по требованию.

В первый день лечения самочувствие пациента улучшилось, однако по истечении трех дней наблюдения в динамике он стал отмечать сердцебиение, слабость, ощущение удушья ночью, кошмары в ночь накануне осмотра. Объективно: кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Пастозность лица. Тоны сердца несколько приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, АД 125/85 мм рт.ст., пульс 122 в мин, ритмичный. По органам без динамики. Периферических отеков нет.

Имеющаяся картина была расценена нами как побочное действие назначенной терапии. Было рекомендовано отменить назначенные препараты с повторным контролем ЭКГ и осмотром на следующий день. При ухудшении самочувствия – вызывать бригаду СМП.

В ночь на 20.10.2008 г. у пациента вновь возникли приступы удушья. Бригадой СМП доставлен в приемный покой Областной больницы г. Биробиджана с диагнозом: приступ сердечной астмы. Назначены: нитроглицерина 0,1% раствор 1,0 мл внутривенно капельно медленно, ингаляции увлажненного кислорода, гепарин 20 тыс. ЕД в сут, фуросемид 60 мг внутривенно.

По ЭКГ (при поступлении) ритм синусовый, тахикардия, гипертрофия обоих предсердий, выраженная ГЛЖ (систолическая перегрузка), диффузные изменения. R-ОГК: усиление и деформация легочного рисунка, синусы свободные. Сердце расширено в поперечнике.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца: аорта (Ао) – 3,2/2,9 см; левый желудочек (ЛЖ) – 7,0 см; задняя стенка ЛЖ (ЗСЛЖ) – 0,8 см; левое предсердие (ЛП) – 5,7 см; правый

желудочек (ПЖ) – 3,7 см; нижняя стенка ЛЖ – 0,3 см; правое предсердие (ПП) – 5,4 см; межжелудочковая перегородка (МЖП) – 0,8 см, парадоксальный тип движения; фракция выброса (ФВ) – 0,37; ударный объем (УО) – 129 мл; конечный диастолический объем (КДО) – 354 мл; конечный систолический объем (КСО) – 224 мл; движения створок митрального клапана (МК) правильные, разнонаправленные, расхождение 2,6 см, $V = 1,16 \text{ см}^2$, $\Delta r = 6 \text{ мм рт.ст.}$, регургитация II ст.; фиброзное кольцо расширено, клапано-септальная сепарация стенок Ао, клапан $V = 0,70 \text{ см}^2$, регургитация I ст. Трикуспидальный клапан (ТК) $\Delta r = 32 \text{ мм рт.ст.}$, регургитация II–III ст. Легочная артерия (ЛА) – 2,8 см, регургитация I ст. Нижняя полая вена – 1,9/1,0 см. **Заключение:** ДКМП. Дилатация всех камер сердца. ГЛЖ. Парадоксальное движение МЖП. Относительная недостаточность ТК и МК. Сократительная функция ЛЖ значительно снижена. Диастолическая дисфункция ЛЖ III типа. Давление в легочной артерии 42 мм рт.ст. Легочная гипертензия 1 ст.

УЗИ: Гепатомегалия. Хронический холецистит. Почки: уплотнение чашечно-лоханочной системы.

ОАК: Нб – 127 г/л; Э – $4,39 \times 10^{12}$ /л; Лс – $8,0 \times 10^9$ /л; Л – 14 %; М – 4 %; СОЭ – 19 мм/час. **ОАМ:** без патологии. **БАК:** общий белок – 73,2 г/л; мочевины – 6,34 ммоль/л; хлор – 150 ммоль/л; холестерин – 4,57 ммоль/л; триглицериды – 0,74 ммоль/л; билирубин – 13,8 мкмоль/л, глюкоза – 7,2 ммоль/л (повторно – 4,7 ммоль/л); креатинин – 107,4 мкмоль/л; протромбиновый индекс – 89,3 %; тропонин отрицателен; креатинфосфокиназа (КФК) – 798 Ед/л; МВ-КФК – 24 Ед/л.

После обследования к лечению добавлены: рамиприл 5 мг вечером, бисопролол 5 мг утром, спиронолактон 50 мг утром, фуросемид 40 мг утром, ацетилсалициловая кислота 0,1 г на ночь. На фоне терапии приступы удушья, одышки и сухого кашля купировались. Было рекомендовано продолжить данную терапию, уменьшив дозу фуросемида.

Повторно пациент был осмотрен спустя два года. Выяснилось, что на протяжении прошедшего времени он не обследовался, продолжал принимать назначенную схему. Попытки периодически ее отменить приводили к ухудшению самочувствия. При осмотре основными жалобами были быстрая утомляемость, слабость и увеличение массы тела. По данным **УЗИ сердца** в динамике: уплотнение стенок аорты, ГЛЖ, умеренная неоднородность миокарда. **УЗИ щитовидной железы:** гиперплазия, диффузные изменения паренхимы. **УЗИ почек:** мочекаменная болезнь, хронический

пиелонефрит. Гормоны щитовидной железы в пределах нормы. **ЭКГ** – ГЛЖ. **ОАК** и **ОАМ** в пределах нормы. **БАК:** АлАТ – 14 Ед/л; АсАТ – 68 Ед/л; общий билирубин – 8,3 мкмоль/л; креатинин – 85 мкмоль/л; холестерин – 9,3 ммоль/л; триглицериды – 4,64 ммоль/л, ЦФ – 226 Ед/л. К лечению добавлен аторвастатин 20 мг на ночь, диетотерапия. Рекомендовано повторить БАК через месяц.

Вновь пациент был осмотрен в 2015 г. (спустя 4 года от последней явки). За этот период был консультирован кардиологами разных городов (был отменен спиронолактон из-за развития гинекомастии, назначен торасемид 5 мг утром). Последние полгода принимает периндоприл + индапамид 2 мг вечером, бисопролол 5 мг утром, ацетилсалициловую кислоту 75 мг на ночь, триметазидин МВ 2 раза в сут, курсами. Пациент стал больше двигаться (ходьба до 1,5 км/сут), снизил потребление поваренной соли, снизил вес (со 108 кг до 100 кг). Отмечает уменьшение одышки, исчезновение отеков, АД до 130/90 мм рт.ст. **УЗИ сердца (31.03.2015 г.):** ПП – $4,7 \times 4,0 \text{ см}$; ПЖ/передняя стенка – $2,9/0,54 \text{ см}$; ЛП – $4,2 \times 4,7 \text{ см}$; КДРлж – 6,0 см; КСРлж – 4,6 см; восходящая Ао – 2,9 см; МЖПдиаст/сист – $1,32/1,42$; ЗСЛЖдиаст/сист – $1,34/1,69$; КДО – 183 мл; КСО – 96 мл; УО – 87 мл; ФВ ЛЖ – 0,47; МОК – 8,0 л/мин; НПВ/вдох – $1,6/0,6 \text{ см}$; ЧСС – 92/мин; СИ – $3,8 \text{ л/(мин} \times \text{м}^2)$; УИ – 42 мл/м^2 ; ММАЖ – 384 г; ИММАЖ – 184 кг/м^2 ; МК: створки не изменены, хорошо подвижные, подтянуты в полость ЛЖ; Е/А – 0,4; V – $0,39-0,82$. Регургитация I–II степени, S = $7,4 \text{ см}^2 = 30 \% \text{ S ЛП}$. Фиброзное кольцо МК $3,5 \times 3,3 \text{ см}^2$, расширено. АоК: створки не изменены, хорошо подвижны; расхождение 1,8 см. Систолическая скорость 1,29 см/с, градиент 6,7 мм рт.ст.; ТК: створки не изменены. Регургитация I степени, градиент 24 мм рт.ст.; легочная артерия: D – 2,8 см. Систолическая скорость 0,99 см/с. Регургитация: приклапанная, СДла – 28 мм рт.ст.; ЛЖ: геометрия изменена, ближе к шаровидной. **Заключение:** дилатация предсердий, желудочков. ГЛЖ. Сократительная функция ЛЖ снижена. Давление в ЛА умеренно повышено. **Заключение:** ДКМП.

Таким образом, клиническая картина ДКМП варьирует от малосимптомного течения до тяжелой сердечной недостаточности. На ранних стадиях определяют лишь отдельные симптомы сердечной недостаточности, а при R-ОГК – кардиомегалию. Вследствие прогрессирующей левожелудочковой недостаточности появляются одышка, приступы удушья, характерны быстрая утомляемость, мышечная слабость. При аускультации сердца обнару-

живают тахикардию, а также выслушивают III тон («ритм галопа»), нередко IV тон, шум относительной митральной регургитации [4]. В 40–50 % случаев течение ДКМП осложняется появлением желудочковых аритмий, что сопровождается синкопальными состояниями, а в 15–20 % случаев вначале развивается пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, переходящая в постоянную, что резко увеличивает риск тромбоэмболических осложнений. Признаки правожелудочковой недостаточности (отек ног, тяжесть в правом подреберье, увеличение печени, живота в объеме за счет асцита) появляются позже [3].

Согласно существующей классификации ВОЗ, выделяют следующие варианты ДКМП [1]: идиопатическую, семейную/генетическую, вирусную и/или иммунную, алкогольную/токсическую, а также специфические ДКМП при других заболеваниях сердца и системных процессах.

Диагностические критерии первичной ДКМП:

– Анамнез (начало заболевания с застойной сердечной недостаточности, возникающей без видимых причин или после вирусной инфекции). Развивается преимущественно у лиц мужского пола в возрасте 30–45 лет.

– Клиническая картина (описана выше).

– ЭКГ (желудочковая аритмия на фоне синусового ритма, реже постоянная форма фибрилляции предсердий; блокада левой ножки пучка Гиса или ее передне-верхней ветви, ГЛЖ и ЛП, неспецифические изменения ST или зубца Т без динамики).

– R-ОГК (увеличение сердца, преимущественно желудочков, больше левого, его шаровидная форма в сочетании с относительными

признаками венозного застоя в легких).

– УЗИ сердца (дилатация полостей сердца, преимущественно желудочков, больше левого (увеличение КДР более 5,8 см, а также КДО, КСО), при практически неизменной толщине стенок (снижение ФВ ЛЖ менее 50 %). Критерии исключения:

– системная гипертензия (АД более 160/100 мм рт.ст.);

– атеросклеротические поражения коронарных артерий (стеноз более 50 % в одной или более крупных ветвях);

– злоупотребление алкоголем (более 40 г/сут для женщин и более 80 г/сут для мужчин в течение более чем 5 лет после 6-месячного воздержания).

Системные заболевания, которые могут привести к развитию ДКМП:

– заболевания перикарда;

– врожденные и приобретенные пороки сердца;

– легочное сердце;

– подтвержденная ускоренная суправентрикулярная тахикардия.

Хотя лабораторные исследования при первичной ДКМП специфических изменений не обнаруживают, пациенты должны быть направлены на исключение вторичной ДКМП. Эндомиокардиальную биопсию проводят, главным образом, для исключения специфических заболеваний миокарда.

Надеемся, что представленный клинический случай ДКМП поможет практическим врачам провести правильную диагностику данной патологии, что позволит пациентам молодого возраста вовремя получить адекватную терапию и иметь больше шансов на благоприятный прогноз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, О. П. *Избранные лекции по кардиологии*. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2005. – С. 210–224.
2. Беленков, Ю. Н. *Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии* / Ю. Н. Беленков, Р. Г. Органов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 298–303.
3. Комаров, Ф. И. *Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней : рук. для врачей. Т. 1 :*

Болезни сердечно-сосудистой системы. – М. : Медицина, 2003. – С. 298–299.
4. Шостак, Н. А. *Вопросы этиопатогенеза и диагностики дилатационной кардиомиопатии* / Н. А. Шостак, А. А. Клименко // *Справочник поликлинического врача*. – 2010. – № 12. – С. 36–41.

УДК 617.53-001.41:[611.22 + 611.32]

Резаная рана шеи с повреждением гортаноглотки

В.С. Кучеренко, В.Ю. Хиврич

КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 39-04-05; e-mail: kkb1@dvmc.ru

Sword-cut of the neck with damage of hypopharynx

V.S. Kucherenko, V.Y. Hivrich

Regional clinical hospital № 1 named after S.I. Sergeev, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009; tel. +7 (4212) 39-04-05; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

Травмы шеи и в настоящее время представляют большую опасность для человека, так как ранения сопряжены с возможным повреждением жизненно важных органов. Статья знакомит практических врачей-оториноларингологов с интересным клиническим случаем ранения шеи с повреждением гортаноглотки. В ней описываются этапы, методика оказания специализированной медицинской помощи, она иллюстрирована фотографиями. Статья помогает выработать единый подход к ведению таких больных.

Ключевые слова: резаная рана шеи, дефект стенки гортаноглотки.

The neck injury constitutes a danger to the patient, injuries associated with possible damage to vital organs. The article introduces otolaryngologist with an interesting clinical case of sword-cut of the neck with defect of hypopharynx. It describes the steps, methods of specialized medical care, it is illustrated with photographs. The article helps develop a common approach to their patients.

Key words: sword-cut of the neck, defect of hypopharynx wall.

В настоящее время остается не до конца систематизированным раздел травмы гортани, трахеи и смежных органов шеи. Вероятно, происходит это потому, что больные с подобными ранениями доставляются в различные по профилю лечебные учреждения – поликлиники и стационары (хирургические, травматологические, отоларингологические), поэтому и не представляется возможным составить полную картину о частоте травм и смертности. А летальность при ранениях шеи остается высокой. Так, если в первые дни после шейного ранения преобладающими причинами смертельного исхода (несмотря на общее снижение смертности) продолжают оставаться кровопотеря (35,4 %), асфиксия (19,3 %), шок (8,6 %), кровопотеря и шок (7,5 %), то, начиная со второй недели с момен-

та ранения, на фоне общего падения смертности среди причин смерти на первое место выдвигаются уже воспалительные осложнения, связанные с ранениями дыхательных и пищеводных путей (медиастинит, пневмония, плеврит) [1].

Большинство авторов ранения шеи, в зависимости от характера повреждающего фактора, делят на резаные, колотые, осколочные, огнестрельные, укушенные. Для этих травм характерно наличие раны на шее соответственно области расположения гортани и трахеи, только при огнестрельных ранениях места входа и выхода пули могут располагаться вдали от этих органов. Распределение больных по характеру травм органов шеи и полу, по данным Юниной А.И. (1972), демонстрирует таблица 1 [2].

Таблица 1

Распределение больных по характеру травм органов шеи и полу

Вид травмы	Мужчины		Женщины		Всего	
	число	%	число	%	число	%
Наружные	95	0,4	45	0,1	140	0,5
Ушибы и сдавления	62		25		87	
Ранения	33		20		53	
резаные	27		15		42	
колотые	3		–		3	
укушенные	–		1		1	
огнестрельные	–		2		2	

Вид травмы	Мужчины		Женщины		Всего	
	число	%	число	%	число	%
хирургические	1		2		3	
Внутренние	85	0,4	62	0,1	147	0,5
ожоги	65		24		89	
инородными телами	18		32		50	
хирургические	2		6		8	
Всего	180	0,8	107	0,2	287	1,0

Гортаноглотка – единственный отдел глотки, который относится к шее [3]. Поэтому при повреждении этого отдела через рану с шумом входит и выходит воздух, выделяются пеннистая кровь, мокрота и слизь, окрашенные кровью, дыхание затруднено, нарушены голос и речь, отмечаются приступообразный кашель и дисфагия. При ранении глотки могут быть повреждены глоточное нервное сплетение и верхний отдел блуждающего нерва, что сопровождается парезом или параличом мягкого нёба на стороне травмы [4]. При ранениях вестибулярного отдела гортани нарушается акт глотания – жидкость и пища попадают в дыхательные пути и выбрасываются при кашле через рану. Попадание пищи и жидкости в дыхательные пути и быстрое развитие аспирационных осложнений могут быть и при нарушении целостности глотки и пищевода в случаях глубоко проникающих ранений. Подкожная эмфизема обычно более выражена при колотых или огнестрельных ранениях, чем при резаных, однако никогда не бывает столь распространенной, как это наблюдается при закрытых травмах гортани и трахеи. При повреждениях шеи, достигающих глотки и затрагивающих гортань, как это бывает при резаных ранах шеи, заблаговременно принимают меры, обеспечивающие дыхание, которое может быть затруднено как в результате самого ранения, так и под влиянием последующего отека и воспаления [5]. Затрудненное дыхание, как правило, развивается исподволь в результате наступающего отека слизистой оболочки или подслизистой эмфиземы, однако симптомы дыхательной недостаточности, включая асфиксию, могут возникнуть и довольно быстро при обтурации просвета гематомой, отъединенными тканями, присасывающимися при вдохе, либо вследствие затекания крови в трахею и бронхи, закупорки дыхательного пути сгустками крови. Травма верхнего гортанного нерва при условии сохранности гортанных возвратных нервов может привести к временной дисфонии (характерен «взрывчатый» голос), сопровождающейся поперхиванием и кашлем [6]. Изменение голоса и речи связано с отеком слизистой оболочки, гематомой, деформацией

хрящей, нарушением проводимости нижнегортанного нерва или с отсутствием герметизма и утечкой воздуха из дыхательных путей, т.е. с падением воздушного давления, оказывающего влияние на колебания голосовых связок.

Важное практическое значение имеет паралич задней перстнечерпаловидной мышцы (мышца, отводящая кнаружи голосовую складку и тем самым раскрывающая голосовую щель) [7]. Резаные раны наблюдаются чаще других и обычно бывают следствием суицидальной попытки [2]. Такие раны имеют глубокий угол, идут по переднебоковой поверхности шеи в поперечном направлении. Размеры и глубина ран различны, они могут ограничиваться как мягкими тканями, так и проникать в полость глотки, гортани и трахею.

Приводим собственное наблюдение резаной раны шеи с повреждением гортаноглотки. Больной П., 1984 г.р., страдающий хроническим алкоголизмом (непрерывный запой 10 лет), поступил в приемное отделение Краевой клинической больницы № 1 им. проф. С.И. Сергеева (г. Хабаровск) в состоянии алкогольного опьянения с резаной раной шеи, попыткой суицида (фото 1). При поступлении больной был осмотрен торакальным хирургом, сосудистым хирургом, профильной патологии данными специалистами выявлено не было. К больному был вызван дежурный ЛОР-врач, при осмотре общее состояние тяжелое, обусловленное обильной кровопотерей, нарушением



Фото 1

витальных функций (артериальное давление 60/40 мм рт.ст., ЧСС 110 уд. в мин, анемия – гемоглобин 52 г/л, эритроциты $2,97 \times 10^{12}/л$). По экстренным показаниям больной был взят в операционную. Задачей ЛОР-врача было восстановление анатомической структуры и функции пострадавшего органа и сохранение жизненных процессов. Первым этапом выполнено наложение трахеостомы. Операция проводилась под местной анестезией, так как эндотрахеальный наркоз применить было невозможно. После обработки операционного поля раствором антисептика, под местной анестезией (раствор новокаина 2% – 30 мл) выполнено наложение трахеостомы. От середины щитовидного хряща отступя на 5 см вниз по средней линии рассечена кожа, вторая, третья и висцеральный листок четвертой фасции шеи. Крючками Фарабефа шейные мышцы отведены в стороны, осуществлен гемостаз, тупым путем обнажена трахея от предтрахеальной фасции в пределах второго, третьего колец трахеи. На уровне второго кольца трахеи вырезано окно.

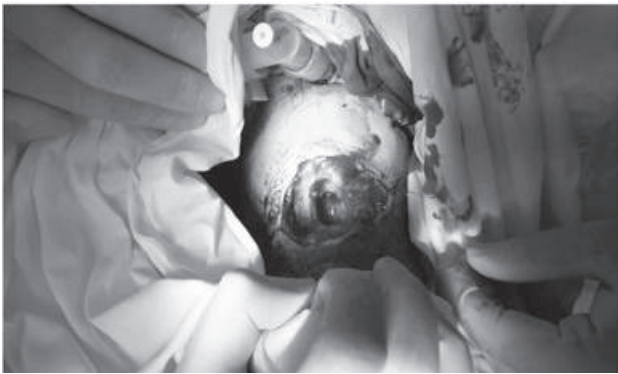


Фото 2

В просвете трахеи геморрагическое отделяемое, выполнена санация. Края трахеи подшиты к коже, установлена трахеостомическая трубка PORTEX, манжета раздута (фото 2). После этого больному смогли дать эндотрахеальный наркоз, и ЛОР-врач перешел ко второму этапу операции. Параллельно этому проводилась гемотрансфузия (эритроцитарная масса 500 мл). Через левый носовой ход установлен назогастральный зонд (контроль через резаную рану шеи). Выполнена ревизия раны, гортань оказалась рассечена на уровне верхнего края щитовидного хряща, вход в гортань свободный, сосудисто-нервный пучок не был поврежден. Затем осмотрена гортаноглотка, вход в пищевод был свободен, повреждений не выявлено. Выполнена санация раны, кровотечение минимальное, назогастральный зонд установлен корректно, в пищевод. Осуществлен окончательный гемостаз электрокоагулятором,

края раны сведены наводящими швами, рана стянута, ушита послойно подлежащими тканями, двойным швом. В рану был установлен U-образный резиновый дренаж. Наложены швы на кожу, асептическая повязка на рану.



Фото 3

По окончании операции больной переведен в палату интенсивной терапии (фото 3). После нормализации витальных функций на третий день пациента перевели в ЛОР-отделение, где он получал общую и местную противовоспалительную терапию. Несмотря на проводимое лечение, у больного сформировалась фарингостома (фото 4), рана велась консервативно. На двадцатый день лечения больной в плановом порядке был взят в операционную, где выполнен третий этап оперативного лечения: иссечение фарингостомы, пластика послеоперационной раны (фото 5). Зачастую местных тканей не хватает для полной пластики раны; в тех случаях, когда местными тканями невозможно сформировать стенки органа, это можно с большим успехом осуществить из кожи филатовского стебля [8].

В послеоперационном периоде лечение проходило без осложнений. Больной выписан в



Фото 4



Фото 5



Фото 6



Фото 7

удовлетворительном состоянии на 28-е сутки, ему были даны рекомендации (осмотр через один месяц, перевязки в лечебном учреждении по месту жительства) (фото 6, 7).

Приведенное наблюдение показывает практику оперирующим ЛОР-врачам тактику

ведения больных с ранением шеи. При осмотре через месяц состояние больного было удовлетворительное, функции поврежденных органов восстановлены полностью (голособразование, дыхание, прохождение пищи). Важное замечание – больной бросил пить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Супрунов, В. К. Заболевания верхних дыхательных путей / В. К. Супрунов, Н. Н. Усольцев. – М. : Гос. изд-во мед. лит., 1963. – С. 480.
2. Юнина, А. И. Травмы органов шеи и их осложнения. – М. : Медицина, 1972. – С. 8.
3. Лойт, А. А. Хирургическая анатомия головы и шеи / А. А. Лойт, А. В. Каюков. – СПб. : МЕДпресс-информ, 2002. – С. 205.
4. Пальчун, В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, А. А. Лучихин. – М. : Медицина, 2002. – С. 260.
5. Ундриц, В. Ф. Болезни уха, горла и носа. – Л. : Медицина, 1960. – С. 402.
6. Солдатов, И. Б. Руководство по оториноларингологии. – М. : Медицина, 1997. – С. 409.
7. Овчинников, Ю. М. Болезни носа, глотки, гортани и уха / Ю. М. Овчинников, В. П. Гамов. – М. : Медицина, 2003. – С. 245.
8. Хитрова, Ф. М. Атлас пластической хирургии лица и шеи. – М. : Медицина, 1984. – С. 131.

УДК 616.24-002-053.1

Внутриутробная пневмония

З.В. Сиротина

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: rec@ipkszh.khv.ru

Congenital pneumonia

Z.V. Sirotina

Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009; tel. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: rec@ipkszh.khv.ru

Врожденная, или внутриутробная, пневмония – термин, используемый для описания явных признаков воспаления в легких, отмечаемых в некоторых случаях гибели плода или при очень ранней неонатальной заболеваемости или смерти. В соответствии с десятым пересмотром Международной классификации болезней и причин смерти рекомендуется считать внутриутробной пневмонию лишь в том случае, если она развилась внутриутробно или сразу после рождения. Необходимо тщательно подходить к определению диагноза «внутриутробная пневмония» как клиницисту, так и патологоанатому. Редко использовать термин «неуточненная пневмония» или «неуточненный диагноз».

Ключевые слова: внутриутробная пневмония, тяжелая беременность.

The term of congenital or intrauterine pneumonia describes the abundant signs of pneumonia, which emphasize in fetal death or very early neonatal disease incidence or death cases. In accordance with the 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Death Problems recommend pneumonia is intrauterine if it is developed in fetal death or upon the birth. Clinician and pathologist have to be very carefully with intrauterine pneumonia diagnosis. They are should use the term "unspecified pneumonia" or "unspecified diagnosis" hardly ever.

Key words: congenital pneumonia, serious pregnancy.

Федеральный опыт показывает, что клиника внутриутробной пневмонии часто становится достаточно отчетливой лишь в возрасте 3–12 и даже 24 часов жизни младенца. Отмечающиеся клинические, рентгенологические и гистологические различия обусловлены чаще всего вирулентностью и тропизмом микроорганизмов, кровоснабжением легких до и после рождения, сроком гестации, факторами перинатального риска.

С целью диагностического различия и тактики лечения выделяют **три формы** заболевания:

- аспирационная пневмония, обусловленная аспирацией околоплодных вод, нередко с меконием;

- пневмония, связанная с бактериемией;
- неонатальная (постнатальная) пневмония.

Патология: при аспирационной пневмонии в альвеолах обнаруживаются лейкоциты, дегенерирующие на протяжении обоих легочных полей или в виде очаговых скоплений в бронхиолах с наличием чешуек, остатков органических веществ, мекония, редко бактерий, нет признаков фибринозной экссудации и некроза тканей, сопутствующим компонентом является хориоамнионит; при бактериальной пневмонии инфицирование трансплацентарное, но чаще – интранатальное, восходящее из родо-

вых путей матери при длительном безводном периоде или подтекании околоплодных вод, нередко отмечается образование гиалиновых мембран с инфильтрацией их микроорганизмами, доминирующим в этом случае является стрептококк группы В; при пневмонии, приобретенной после рождения, – фибринозная экссудация, некроз тканей, особенно у недоношенных новорожденных, микроабсцессы по типу «медовых сот», солитарные и множественные с серозно-фибринозным скоплением жидкости, вовлечением плевры; при стафилококковой инфекции нередко формируется пневматоцеле, может иметь место пневмоторакс или явная эмпиема, при диссеминированном кандидозе окклюзия сосудов грибами вызывает образование зон инфаркта в легких. Пневмония может явиться терминальным событием у новорожденных детей с летальными врожденными пороками, аномалиями развития, хронической специфической патологией, в том числе орфанной, быть как первичным заболеванием, так и одним из очагов сепсиса или генерализованной инфекции.

Факторы риска:

- инфекционно-воспалительные заболевания у матери;
- длительный безводный период, подтекание вод;

- недоношенность и СЗРП;
- осложненное течение беременности, ОАА, хроническая гипоксия плода;
- тяжелая асфиксия в родах;
- родовая травма.

Эпидемиология: заболеваемость пневмонией составляет около 1 % у доношенных и около 10 % среди недоношенных детей, у новорожденных, находящихся в ОРИТ на ИВЛ, особенно, заболеваемость нозокомиальной пневмонией варьирует в широких пределах, достигая 40 %.

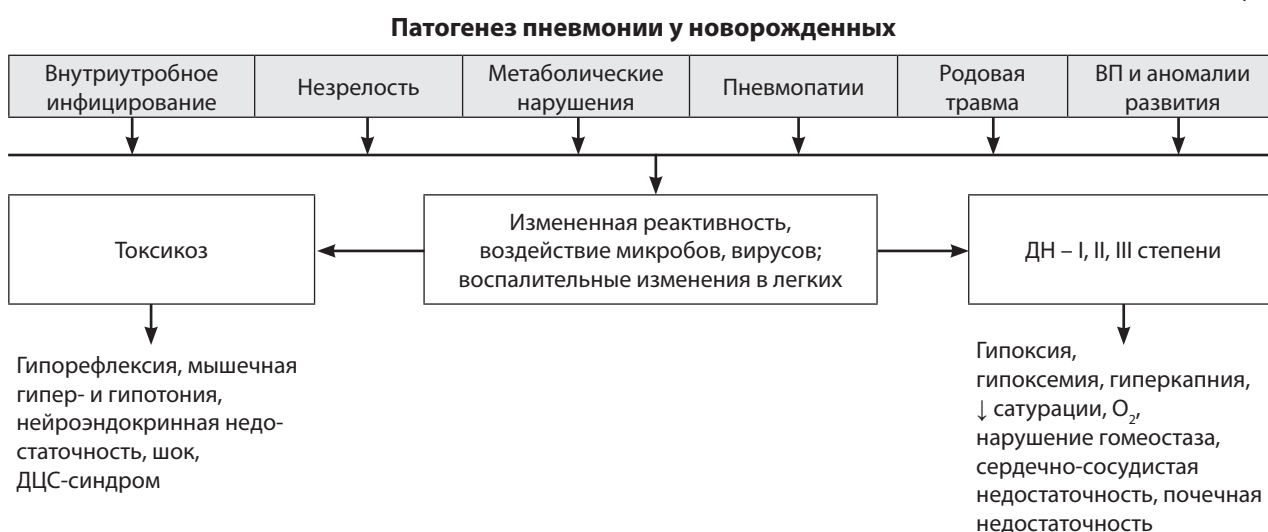
Этиология: микробиологические исследования в случаях аспирационной пневмо-

нии подтверждают (кроме стрептококка В) возможное участие *Ureaplasma urealyticum* и *Chlamidia trachomatis*, поскольку они вызывают лейкоцитарный ответ в слизистых оболочках альвеол, заполненных материнскими лейкоцитами.

При пневмонии, сопровождающейся бактериемией, наиболее значимы: стрептококк группы В, реже D и С, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *E. Coli*, *Klebsiella*, *Serratia*, хламидия, уреоплазма, цитомегаловирус.

При постнатальной пневмонии дополнительно: *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida*, листерия.

Таблица 1



К патогенетическим особенностям относят большую частоту ($\approx 30\%$) сочетания пневмонии с гемолитической болезнью, сепсисом, коли-инфекцией, ВЧТ и др., а также различные клинические варианты и многообразие форм.

Клиника внутриутробной пневмонии характеризуется тяжелым состоянием новорожденного при рождении или ухудшением его через несколько часов (3–12 ч):

- нередко следы мекония на коже и пуповине;
- нарушение акта сосания (устаёт или не может сосать);
- с первых минут или спустя 6–8 часов после рождения – симптомы дыхательной недостаточности: тахипноэ, цианоз, втяжение межреберий и грудины, угнетение ЦНС;
- быстрое появление тахикардии, тахикардияритмии, бледность, мраморность кожи, акроцианоз;
- вздутие передневерхних отделов грудной клетки, укорочение перкуторного звука и его мозаичность: тимпанит – притупление, влажные хрипы, крепитация, гнойная мокрота;

- гипоксемия – $pO_2 < 30\text{--}40$ мм рт.ст., гиперкапния – $pCO_2 > 60$ мм рт.ст., сдвиг КОС в сторону смешанного ацидоза (особенно у недоношенных), повышение гематокрита $> 60\%$ ($> 0,6$ мл/л), следовые или нулевые значения кортизола, гипокалиемия, гипо-Са-Мg-емия, повышение осмолярности сыворотки крови;
- плевропульмональный или кардиоваскулярный шок.

Некоторые особенности течения внутриутробной пневмонии:

- у недоношенных часто выявляется функционирующий артериальный проток и персистенция ОО с усилением отека легких и повышением частоты внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) в связи с резким уменьшением венозного оттока от мозговых структур;
- аспирационная пневмония (ОПВ, меконий) сопровождается развитием синдрома легочной гипертензии: стойкий цианоз, низкая или неустойчивая сатурация, потребность ИВЛ в жестких режимах, при 100% кислороде перегрузка правых отделов сердца – в диагностике ЛГ важна доплерэхокардиография; при меконийальной аспирации – дополнительно:

ателектазы, разрушение сурфактанта и снижение его функции за счет жирных кислот и фосфолипидов в меконии, раздражение слизистой оболочки дыхательных путей;

- у 80 % новорожденных: транзиторная олигурия, повышение креатинина и мочевины;

- к концу 1-х или на 2-е сутки жизни – симптомы интоксикации: гипотермия или подъемы температуры, раннее появление желтухи, анемии, метеоризм, срыгивания, увеличение печени и селезенки, более 2 % потеря массы тела за сутки, изменения со стороны ЦНС: повышение или снижение тонуса конечностей, сжатие кулачков, общее возбуждение или вялость, судорожная готовность, судороги;

- стрептококковая В пневмония проявляется клинически в первые сутки жизни по типу септицемии, пневмонии в сочетании с менингитом, респираторного дистресс-синдрома с образованием гиалиновых мембран; типичны: лихорадка или гипотермия, артериальная гипотония, тахипноэ, приступы апноэ, угнетение (летаргия) с первых минут жизни, резкая бледность кожи и слизистых или цианоз, шумное дыхание, рентгенологически – сливная, деструктивная или не отличается от СДР, летальность от 20 до 55 %;

- стафилококковая пневмония: типичны лихорадка, одышка, дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность, отчетливые физикальные изменения в легких, гипертермия, формирование абсцессов и булл (воздушных полостей) с субплевральным расположением, больше в правом легком, осложнения: пневмоторакс, пиопневмоторакс, гнойный плеврит, эмпиема, метастатические гнойные очаги: менингит, отит, остеомиелит, пиелонефрит – стафилококковый сепсис;

- микоплазменная пневмония – 2-сторонняя интерстициальная, особенности: назофарингит, кашель, бронхообструктивный синдром, нередко гектическая лихорадка, гепатоспленомегалия, увеличение подмышечных лимфоузлов; типичный маркер инфекции – геммакрофагальный синдром: нормохромная анемия, отсутствие лейкоцитоза, нейтрофилия с переходом в нейтропению, эозинофилия до 10 % и более, моноцитоз до 20 %, гипертромбоцитоз до 1,5–2 млн с возможным переходом в тромбоцитопению с ТЦП-пурпурой;

- хламидиоз: внутриутробная пневмония с упорным малопродуктивным кашлем, бронхообструктивным синдромом, подчеркнутостью междолевых плевр, особенно диафрагмальной плевры с псевдоабдоминальным синдромом: перигепатит, срыгивания и рвота, нарастание размеров печени и селезенки, лейкоцитоз – гиперлейкоцитоз, лейкомоидная реакция, в том числе эозинофильная, лимфоцитоз;

конъюнктивит, отит, ринит, подскоки температуры, и второй вариант: синдром дыхательных расстройств, напоминающий РДС I типа + интоксикация, кашель;

- колибациллярная пневмония протекает по типу мелкоочаговой или сливной, с возможным образованием абсцессов, некрозов легочной ткани, выражены: токсикоз с фебрильной, субфебрильной лихорадкой, беспокойством, мышечной гипертонией, но гипорефлексией, синдром срыгивания и рвоты, приступы цианоза, обилие хрипов в легких, увеличение печени, появление желтухи, диареи, поражения почек, артериальной гипотонии, тахикардии;

- клебсиеллезная пневмония характеризуется малым количеством хрипов, чаще крепитирующих, обильной экссудацией слизи, забивающей альвеолы и мелкие бронхи, развитием обширных некротических и геморрагических изменений по типу «медовых сот» – абсцессы, начало почти всегда с диареи, энтерита;

- синегнойная пневмония обычно деструктивная с обильной гнойной мокротой зеленоватого цвета со специфическим запахом, часто гипотермия, реже гипертермия, заторможенность, гипотония мышечная, гипорефлексия, рвота, анемия, геморрагический синдром, лейкопения, ускоренная СОЭ, часто неблагоприятный прогноз;

- пневмоцистная пневмония – чаще при тяжелых, врожденных, наследственных иммунодефицитах, умеренная одышка, покашливание, диарея, интерстициальные изменения, перибронхиальные и периваскулярные уплотнения с быстрым переходом к резкой одышке (80–120 ЧД/мин), мучительному кашлю, приступам цианоза, тахикардии, температура нормальная или субфебрильная, возможны ателектазы, обилие очаговых теней с участками вздутия («ватная» рентгенограмма легких), анемия, эозинофилия, лейкоцитоз, повышенная СОЭ, прогноз без специфического лечения (пентамидин, бисептол) серьезный;

- при вирусных пневмониях: обструктивный синдром, ринит, конъюнктивит, кашель, нейротоксикоз, геморрагический синдром, интерстициальный характер поражения легких, токсическая зернистость нейтрофилов.

Диагноз. Для диагноза врожденной пневмонии используются **2 группы критериев:**

Основные:

- очаговые или инфильтративные тени на R-грамме;

- высев из родовых путей матери, ОПВ, дыхательных путей или крови ребенка идентичной флоры;

- наличие пневмонии в первые 12 часов, максимум 24 часа и по данным патологоанато-

мического исследования при летальном исходе до конца 3-х суток жизни.

Вспомогательные:

- лейкоцитоз выше $21 \times 10^9/\Delta$, п/я $> 11 \%$ (анализ в 1-е сутки жизни);
- отрицательная динамика в анализе крови на 2-е сутки жизни;
- положительный прокальцитониновый тест в первые 48 часов жизни и/или повышение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови в первые 72 часа;
- наличие гнойной мокроты при I интубации ребенка в первые 3-е суток жизни (микроскопия, посев);
- усиление бронхо-сосудистого рисунка или локальное понижение прозрачности на R-грамме;
- по данным УЗИ, жидкость в плевральных полостях с 1-х суток (при отсутствии ГБН);
- увеличение печени до 2,5 см в 1-е сутки жизни, > 2 см у детей с массой тела < 1500 г, пальпирующаяся селезенка при отсутствии ГБН;
- тромбоцитопения $< 170 \times 10^9/\Delta$;
- наличие других воспалительных заболеваний в первые трое суток жизни;
- содержание IgM в пуповинной крови > 21 мг %;
- плацентит при гистологическом исследовании плаценты.

Диагноз врожденной пневмонии достоверен, если выявлены хотя бы один основной и/или 3 и более дополнительных признаков.

Лечение:

- в условиях отделения патологии новорожденных или ОРИТ;
- подавление микробной флоры;
- повышение защитных сил организма и иммунитета;
- коррекция нарушенных функций органов и систем новорожденного;
- вскармливание – облегчающие методы кормления, сохранность грудного вскармливания;
- «комфортный» режим;
- соблюдение стандарта наблюдения, обследования, лечения.

Антибиотикотерапия:

- стрептококк группы В, реже D и С, клебсиелла, листерия: амоксициллин, амоксиклав + аминогликозид, альтернативные препараты: цефотаксим, ванкомицин + аминогликозид, имипенем;

- стафилококки: ванкомицин, рифампицин, цефалоспорины I и II поколения;
- синегнойная палочка: карбенициллин, карбапенем, азлоциллин, пенициллины III, IV поколения (цефтазидим, цефоперазон, ниперацил), аминогликозиды (нетилмицин, амикацин);
- хламидии: макролиды, фторхинолоны;
- микоплазма, уреоплазма: макролиды;
- пневмоциста карини: метронидазол, котримоксазол;
- грибы: флуконазол, амфотерицин В (амбизон), микосист.

При тяжелых формах: тиенам, имипенем, меронем, микосист, цефалоспорины IV поколения, по жизненным показаниям – фторхинолоны (ципрофлоксацин – ципробай).

Необходимо выделить отдельные, указанные в стандартах, пункты:

- иммунологический статус (клеточный и гуморальный, УЗИ тимуса), определять в 1-е сутки жизни (возможны врожденный, первичный и вторичный иммунодефицит), далее – по показаниям;
- доплерографическое исследование кардиальной, церебральной и почечной гемодинамики, а также «пупочных» сосудов, в первые часы жизни, затем в течение 3-х суток каждые 24 часа, далее – по показаниям;
- респираторная поддержка ИВЛ:
 - $pCO_2 > 60$ мм рт.ст., $PO_2 < 50$ мм рт.ст. при дыхании 60% кислородом;
 - оценка по шкале Сильвермана > 7 баллов (недоношенные дети) и по шкале Доунс > 7 баллов (доношенные);
 - повторные приступы истинных апноэ с брадикардией;
- при наличии гемодинамически значимого функционирующего артериального протока – консультация кардиохирурга, попытка медикаментозной коррекции (ибупрофен или индометацин);

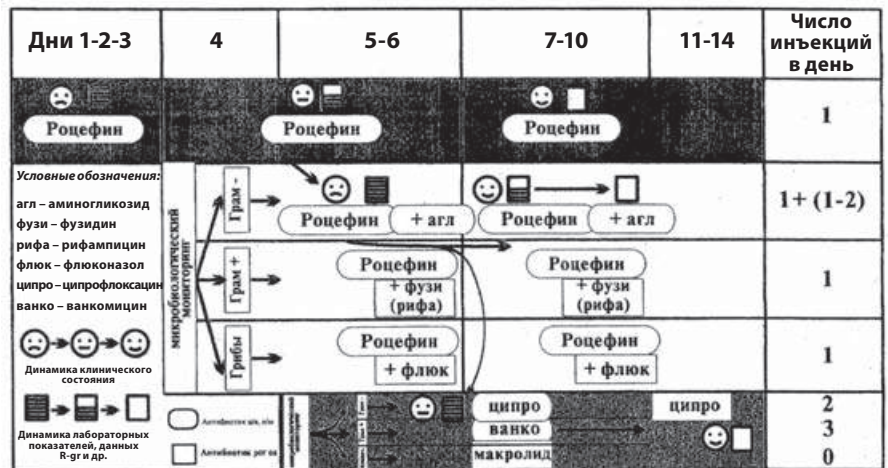


Рис. 1. Примерная схема лечения пневмонии

Таблица 2

Дозы рекомендуемых препаратов

Группа препаратов	Химическое название препарата	Пример коммерческого использования	Способ введения	Взрослые	Дети
Цефалоспорины 2-го поколения	Цефамандол Цефуроксим	Мандол Зинацеф	в/м, в/в в/м, в/в	1–2 г 3–4 раза в день 1–3 г 3 раза в день	50–100 мг/кг в сутки в 3–4 введения 50–100 мг/кг в сутки в 3 введения
Цефалоспорины 3-го поколения	Цефтриаксон	Роцефин	в/м, в/в	1–2 г 1 раз в сутки, (при менингите 3–4 г 1 раз в сутки)	новорожденные: 20–50 мг/кг 1 раз в сутки (при менингите – 50 мг/кг), дети с 3-й недели до 12 лет: 20–80 мг/кг 1 раз в сутки (при менингите – 100 мг/кг)
Аминогликозиды	Тобрамицин Нетилмицин Амикацин	Небцин Нетромицин Амикацин	в/м, в/в в/м, в/в в/м, в/в	160–240 мг 1 раз в сутки 200–400 мг 1 раз в сутки 900–1200 мг 1 раз в сутки	3–5 мг/кг 1 раз в сутки 6–8 мг/кг 1 раз в сутки 10–15 мг/кг 1 раз в сутки
Фторхинолоны	Ципрофлоксацин	Ципробай	в/в, per os	200–400 мг 2 раза в сутки 500 мг 2 раза в сутки	20–40 мг/кг в сутки в 2 введения
Гликопептиды	Ванкомицин	Ванкоцин	в/в	1 г 2–3 раза в день	30–40 мг/кг в сутки в 2–3 введения
Карбапенемы	Меропенем	Меронем	в/м, в/в	0,5–1 г 3 раза в сутки	60 мг/кг в сутки в 3 введения (при менингите – до 120 мг/кг)
Рифамицины	Рифампицин	Рифампицин	в/в, per os	0,15 г 2 раза в сутки	8–10 мг/кг в сутки в 2 введения
Анти-анаэробные	Метронидазол	Метрогил (Трихопол)	в/в (per os)	0,5 г 3 раза в сутки 0,5 г 2–3 раза в сутки	10–20 мг/кг в сутки в 2 введения (у новорожденных 15 мг/кг в 1 день, далее 7,5 мг/кг)
Антигрибковые	Флюконазол Амфотерицин	Дифлюкан Амфотерицин В	в/в, per os в/в	200–400 мг 1 раз в сутки 0,5–1 мг/кг 1 раз в сутки	6–10 мг/кг в сутки в 2 введения (при менингите 12 мг/кг) 0,5–1 мг/кг 1 раз в сутки
Макролиды	Эритромицин Азитромицин Рокситромицин	Эритромицин Сумамед Рулид	per os, в/в per os per os	0,5–1 г 4 раза в сутки 0,25–0,5 г 1 раз в сутки 0,15 г 2 раза в сутки	30–50 мг/кг в сутки в 4 введения 5 мг/кг 1 раз в сутки 20–30 мг/кг в сутки
Другие группы	Фузидиевая кислота	Фузидин	per os	0,5 г 3 раза в сутки	40–60 мг/кг в сутки в 3 введения

Примечания:

- 1) взрослые – в данном случае матери;
- 2) у недоношенных детей могут применяться меньшие дозы;
- 3) 50 000 ME = 30 мг;
- 4) внутривенная инфузия медленная – 30–60–120 минут с выбором раствора (5–10% раствор глюкозы или 0,9% раствор хлорида натрия);
- 5) назначать АБТ по микробиологическому спектру; в случае предполагаемой, но недоказанной инфекции требуется осторожность, уточнение материнской колонизации, ПЦР в паре «мать-дитя»;
- 6) заведомо учитывать ототоксическое и нефротоксическое воздействие АБ;
- 7) соблюдать методы, кратность и дозы АБ;
- 8) учитывать режим и характер питания (вскармливания) ребенка.

• следующие патофизиологические ситуации уменьшают перфузию почек:
– гиповолемия, полицитемия;
– снижение сократительной способности миокарда;

– функционирующее фетальное кровообращение (ООО, ОАП) со сбросом крови слева направо;
• спазм почечных сосудов на гипоксию, болевой стресс;

- нарушение микроциркуляции;
- микротромбозы;
- системная вазодилатация с падением АД и спазм почечных сосудов при артериальной гипертензии;
- ВВИЧ – трехкратно, через день (200–500 мг/кг – курсовая доза не более 2000 мг/кг);
- иммуномодуляторы: лейкинферон, ви-ферон, рондoleyкин;
- питание по тяжести состояния: эн-теральное (грудное молоко, адаптированные к нему смеси), частичное дополнительное, полное парентеральное питание;
- витамины: ретинол, тиамин, пиридок-син, рибофлавин, фолиевая кислота;
- индивидуальные режимы инфузионной терапии, широкое применение свежесаморо-женной плазмы;
- низкомолекулярный гепарин, фракси-парин и др. – по показаниям;

- дигоксин – обязательна ЭКГ для исклю-чения WPW-синдрома;
- переливание препаратов ГЭК, эритромас-сы, отмытых эритроцитов – по показаниям;
- кардиотоники, вазодилататоры – по по-казаниям;
- антигипоксантаы, антиоксиданты, ней-ропротекторы – обязательно;
- детализация измененного функцио-нального состояния ЖКТ, печени, билиарного тракта, почек;
- не допускать полипрагмазии.

Длительность течения внутриутробной пневмонии у выживших детей, по данным литературы и собственным наблюдениям, в среднем составляет 35 ± 5 дней.

Прогноз. Летальность: 5–10 %, у глубоко недоношенных детей высокий риск развития бронхолегочной дисплазии, постгипоксиче-ских нефропатий, невропатий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Внутриутробная пневмония (критерии диагно-стики и стандарты лечения) : метод. рекомендации : утв. Ученым Советом НЦАГ и ПРАИН / А. Г. Антонов и др. – М., 1997. – 20 с.*
2. Дэвис, П. А. Бактериальные инфекции плода и но-ворожденного / П. А. Дэвис, А. А. Готефорс ; пер. с англ. А. Г. Румянцева. – М. : Медицина, 1987. – 493,[2] с. : ил.
3. *Неонатология : нац. рук. под ред. Н. Н. Володина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 281–286.*
4. *Пневмония новорожденных и недоношенных детей : метод. рекомендации : утв. № 08-14/17 от 07.09.1983 / К. А. Сотникова и др. – М., 1983.*
5. *Руководство по педиатрии – неонатология / под ред. А. А. Баранова, Г. В. Яунк, Г. А. Самсыгина. – М. : Ди-настия, 2006. – С. 82–94.*
6. *Таточенко, В. К. Педиатру на каждый день : справ. по лекарств. лечению. – М., 2005. – 220 с.*
7. *Шабалов, Н. П. Неонатология. Т. 1-2. – М. : МЕД-пресс, 2004.*
8. *Шабалов, Н. П. Неонатология. Т. 1-2. – М. : МЕД-пресс, 2007.*
9. *Шабалов, Н. П. Неонатология. Т. 1-2. – СПб. : Спец. лит., 1997.*

УДК 616.5-06:617.753.2

Тактика офтальмолога при определении способа родоразрешения у беременных женщин с миопией

О.В. Коленко^{1,2}, Е.Л. Сорокин^{1,3}

¹Хабаровский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, 680033, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 211; тел. +7 (4212) 72-27-92; e-mail: naukakhvmtk@mail.ru

²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipksz.khv.ru

³ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35; тел. +7 (4212) 32-63-93; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

Ophthalmologist tactics in determining the mode of delivery in pregnant women with myopia

O.V. Kolenko^{1,2}, E.L. Sorokin^{1,3}

¹The Khabarovsk branch of the State Institution Eye Microsurgery Complex named after S.N. Fyodorov, 211, Tikhookeanskaya str., Khabarovsk, 680033, Russia; tel.: +7 (4212) 72-27-92, fax: +7 (4212) 22-51-21; e-mail: naukakhvmtk@mail.ru

²Postgraduate Institute for Public Health Workers, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680009, Russia; tel. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipksz.khv.ru

³Far-Eastern State Medical University, 35, Muraviev-Amursky str., Khabarovsk, 680000, Russia; tel. +7 (4212) 32-63-93; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

В данном обзоре представлены сведения по офтальмологическим и акушерским подходам к ведению беременности, родов у женщин с миопией высокой степени; показана эволюция взглядов на проблему профилактики угрозы развития отслойки сетчатки в родах во взаимосвязи с развитием диагностических возможностей ретиальной патологии; представлена роль периферических витреохориоретинальных дистрофий как ведущего фактора риска регматогенной отслойки сетчатки в родах; даны основные современные стратегии ведения беременных женщин с наличием периферических витреохориоретинальных дистрофий в период беременности и родов; отражены критерии отбора для естественного родоразрешения, а также для их исключения.

Ключевые слова: беременность, роды, периферические витреохориоретинальные дистрофии, регматогенная отслойка сетчатки, миопия высокой степени.

This review provides information on eye care and obstetrical approaches to management of pregnancy, childbirth in women with high myopia; it shows the evolution of views on the problem of preventing the threat of retinal detachment during delivery in conjunction with the development of the diagnostic capabilities of retinal disease; it presents the role of peripheral vitreochorioretinal dystrophies as a leading risk factor rhegmatogenous retinal detachment during childbirth; it gives the major modern strategy in pregnant women with peripheral vitreochorioretinal dystrophies during pregnancy and childbirth; it reflects the selection criteria for a natural delivery, as well as for their exclusion.

Key words: pregnancy, delivery, peripheral vitreochorioretinal dystrophy, rhegmatogenous retinal detachment, high myopia.

В современном обществе миопия является одной из наиболее распространенных аномалий рефракции. К началу детородного возраста она формируется у 18–30 % женщин. Из них миопия высокой степени составляет 7,4–18,2 % случаев. Около 7–10 % структуры миопии занимает ее дегенеративная форма, которая служит основной причиной развития необратимой слепоты и слабовидения. Так, в РФ она занимает 2–3-е места [57]. Доля миопии среди беременных составляет 18–19 % [10].

Как же эволюционировали взгляды офтальмологов на сочетание таких понятий, как беременность, роды и высокая миопия?

В 20–50-е гг. прошлого века полагали, что высокая миопия и беременность – либо вообще

понятия несовместимые из-за риска отслойки сетчатки, либо роды только путем кесарева сечения [12, 19, 23, 55]. А.И. Быкова (1964), В.В. Иванов (1972) при развитии отслойки сетчатки (ОС) на единственно зрячем глазу не рекомендовали сохранять беременность. Во всех остальных случаях рекомендовалось кесарево сечение [14, 21, 59, 60]. М.Е. Розенблюм предлагал срочно выполнять хирургию ОС, если она возникла даже в последние недели беременности, а роды, по его мнению, не влияют на исход операции [68].

К.Б. Жалмухамедов (1991, 1998) у беременных женщин с миопией высокой степени предпочитал естественное родоразрешение, обосновывая это тем, что грубое вмешатель-

ство в ход родов (наложение щипцов, вакуум-экстракция, кесарево сечение) способно привести к тяжелым последствиям не только для ребенка, но и для матери [19, 20, 69].

Как видно, все авторы сходились вокруг обсуждения одного, но наиболее грозного офтальмологического осложнения, способного развиться при беременности и во время родов, – регматогенной отслойки сетчатки (РОС). Фактором риска ее формирования является осложненная, дегенеративная форма миопии [4, 22, 67].

Считается, что причиной возможной РОС во время родов при высокой миопии являются повышенные нагрузки, связанные со значительными изменениями центральной гемодинамики и объемной скорости мозгового кровотока [17, 63, 81]. Поэтому всем женщинам с миопией высокой степени было необходимо исключать естественное родоразрешение путем выполнения кесарева сечения [69, 86, 79, 89]. Следствием этого явилось повышение числа кесарева сечения по офтальмологическим показаниям более чем в 2 раза [1, 7, 10, 12, 13, 15, 74].

Однако выполнение кесарева сечения негативно влияет на организм матери и плода (повышает частоту материнской заболеваемости и смертности, формирует риск снижения иммунитета у новорожденного) [1, 19, 69, 79]. Становилось все более очевидным, что большая доля кесарева сечения по офтальмологическим показаниям не является достаточно аргументированной, ибо в большинстве случаев берется лишь такой критерий, как степень миопии, тогда как основным должно являться наличие дегенеративных изменений глазного дна [58].

В середине XX века было конкретизировано, что основной патогенетической причиной РОС является наличие прогностически опасных видов периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД), а метод лечения – отграничительная лазеркоагуляция сетчатки (ЛКС) [82]. ПВХРД формируются при растяжении склеральной капсулы, истончении ретикулярной ткани, снижении уровня гемомикроциркуляции в периферических отделах сетчатки. Все это характерно для глаз с растянутой переднезадней осью глаза [4, 22, 67, 71, 76–78, 83, 88]. Но подобные изменения (снижение гемодинамики, оксигенации тканей глаза) характерны также и для периода беременности [1, 10, 29, 31, 54, 74].

По данным О.В. Коленко, Е.Л. Сорокина (1997), более чем в 90 % случаев наличие ПВХРД обнаруживается лишь в специализированных глазных клиниках, что свидетельствует о недооценке участковыми окулистами важности

раннего их выявления и лечения [39]. Исследование более 600 женщин фертильного возраста выявило, что частота ПВХРД у них составила 14,6 %, около половины – прогностически опасные ее формы [39].

На основании динамического изучения основных патогенетических факторов формирования и прогрессирования ПВХРД (ригидности склеры, закономерностей регионарной гемодинамики и микроциркуляции глаза) у 283 беременных женщин О.В. Коленко, Е.Л. Сорокин выявили снижение регионарной гемодинамики глаза и ригидности склеральной капсулы у 50–80 % беременных женщин преимущественно к III триместру. Это оказалось взаимосвязанным с наличием, степенью и клинической формой миопии [31, 45–47]. Их восстановление до исходных значений не произошло даже спустя 3–6 мес. после родов у 25,1 % женщин при физиологической беременности и у 36,7 % при гестозе [28, 29]. Прогрессирование ПВХРД имело место у 77,6 % беременных женщин. Авторами впервые введено понятие «степень прогрессирования ПВХРД за период беременности», выделены три его степени: слабая, средняя и высокая, составившие в исследуемой совокупности 40,4 %, 25,5 % и 11,7 % соответственно [28–34, 36–39].

Для стационарного течения ПВХРД при беременности оказались характерными: высокий исходный уровень гемодинамики глаза и акустической плотности склеры, их минимальное снижение к III триместру. Прогрессирование ПВХРД во время беременности и его степень имеет прямую взаимосвязь как с исходным состоянием гемодинамики глаза, так и со степенью его снижения к III триместру (более 0,4 см/сек и более 0,6 Дб) [28, 34].

В зависимости от степени прогрессирования участков прогностически опасной ПВХРД авторы рекомендуют выполнение различных вариантов плотности нанесения отграничительной ЛКС. Показанием к кесареву сечению авторы считают высокую степень прогрессирования ПВХРД (т.е. увеличение площади прогрессирующих очагов за период беременности от 25 % и более), несмотря на адекватно выполненную ранее отграничительную ЛКС [20, 32, 36–38, 41–43, 48, 50]. Авторы рекомендуют для выяснения риска прогрессирования ПВХРД у беременных определять линейную скорость кровотока в надблоковой артерии и акустическую плотность склеры в I–III триместрах беременности, выяснять разницу их значений. Благодаря данным разработкам удалось ввести в стандарты офтальмологического обследования понятие «ПВХРД», конкретизировать ее прогностически опасные клинические формы,

объективизировать выбор тактики родовспоможения, что позволило снизить частоту выполнения кесарева сечения в 3–5 раз [50, 52, 53].

За эти годы данная животрепещущая для офтальмологов проблема получила свое дальнейшее и значительное развитие. Так, ряд авторов выявил значительное снижение уровня гемодинамики глаза в период беременности, чаще при гестозах. Это влияло на прогрессирование степени миопии [9, 24, 31]. Л.Г. Алигаджиева с соавт. рекомендуют при подготовке к родам женщин с миопией проведение им сосудисто-метаболической терапии [5, 6, 26].

А.Г. Травкин с соавт. (2007) изучили гемодинамику глаза, уровень внутриглазного давления (ВГД) при родах у 315 женщин (из них 290 чел. с миопией). Ими показано наличие ее снижения в увеальном тракте, зависимость от центральной гемодинамики и мозгового кровотока. При родовых схватках уровень ВГД повышался на 35,8 %, формировался ретинальный ангиоспазм. Авторами доказано, что снятию спазма периферических сосудов способствует применение длительной эпидуральной анестезии (ДЭА) в родах, снижая риск ретинальных разрывов [74]. Поэтому авторы считают, что даже высокая осложненная миопия не является абсолютным показанием к оперативному родоразрешению. Противопоказаниями к естественному родоразрешению, по их мнению, являются наличие единственного зрячего глаза с осложненной миопией высокой степени; сочетание миопии высокой степени с другой экстрагенитальной или акушерской патологией; осложненная быстро прогрессирующая миопия высокой степени (больше 1 дптр в год). При отсутствии данных противопоказаний возможно проведение родов через естественные родовые пути с согласия беременной на фоне применения ДЭА, спазмолитической и антиоксидантной терапии [73, 75].

Вопросам тактики ведения беременных женщин и их родоразрешения при наличии ПВХРД посвящены также исследования И.Б. Манухина, Е.О. Саксоновой с соавт. (2006) [58, 62, 70]. Ими изучено более 2,8 тыс. родов, более одной тысячи женщин с офтальмологической патологией. Авторы полагают, что всем беременным должен быть осуществлен осмотр периферических отделов глазного дна на 10–14 нед. беременности; при обнаружении прогностически опасных участков ПВХРД (решетчатые дистрофии, разрывы сетчатки с тенденцией к прогрессированию) необходима их отграничительная лазеркоагуляция. Если РОС выявлена и успешно оперирована на раннем сроке беременности, ведение родов возможно естественным путем [70]. В случае проведения

хирургических вмешательств беременных осматривают каждый месяц, в остальных случаях – за месяц до родов для решения вопроса о выборе метода родоразрешения.

И.Б. Манухин, Е.О. Саксонова подчеркивают, что сам факт наличия миопии свыше 6,25 дптр без изменений на глазном дне не должен являться противопоказанием к родам через естественные родовые пути. Абсолютным противопоказанием к самостоятельным родам являются: выявленная, либо прооперированная отслойка сетчатки, после 30–40 нед. беременности, либо на единственно зрячем глазу, поздно проведенное оперативное лечение отслойки сетчатки, состояние после ЛКС с несформированными коагулятами [69, 70]. Относительным противопоказанием к естественному родоразрешению являются: наличие оперированной РОС в анамнезе, наличие ПВХРД с распространенностью более 1 квадранта глазного дна [69, 70].

Ряд авторов вовсе считает, что физиологическая беременность и роды не ухудшают состояние глаз с миопической рефракцией [25, 84]. Поэтому показания к сокращению потужного периода в родах по состоянию глаз должны базироваться не на степени близорукости, а на выраженности изменений глазного дна.

А.В. Петраевский, И.А. Гндоян (2006) приводят данные о том, что РОС развивается не только при высокой, но и при слабой и средней степени миопии [3, 16, 45]. ПВХРД выявляются у беременных также при эмметропии (24,4 %), гиперметропии (10,5 %), хотя среди беременных женщин с ПВХРД доля миопии составляет 65,1–92,6 %. Характерно, что при этом не всегда имеет место миопия высокой степени [35, 40, 44, 45, 49, 51, 65, 66, 72]. При длительном динамическом наблюдении 435 беременных женщин с различными видами ПВХРД в возрасте 18–37 лет (до 5 лет) авторы полагают, что отграничительная ЛКС, выполненная в сроки от 14 до 36 нед. беременности, полностью исключает риск возникновения отслойки сетчатки в родах и послеродовом периоде. Сроки рекомендуемого осмотра беременной: на 10–12 нед. и за 4–6 нед. до родов, особенно при наличии гестоза [64]. Подобной тактики придерживаются также Е.С. Алисинок, Е.А. Самарина [8].

Е.Е. Краснощекова с соавт. (2009) изучали течение беременности у 188 беременных женщин в возрасте от 17 до 40 лет (376 глаз). У части из них имели место прогностически опасные ПВХРД (решетчатая, разрывы сетчатки, ретиношизис), авторы выполняли им профилактическую периферическую ЛКС. Они не выявили противопоказаний к самостоятельному

родоразрешению у 95 % женщин; у остальных 8 женщин кесарево сечение было проведено, но не по офтальмологическим, а по акушерским показаниям! После самостоятельных родов ни у одной женщины не произошло ни прогрессирования дистрофий сетчатки, ни развития РОС. Авторы подчеркивают, что в 41 случае предписание рожать с помощью кесарева сечения было дано поликлиническими офтальмологами (хотя осмотр в некоторых случаях выполнялся даже без расширения зрачка). Заключение давалось только по одному факту наличия высокой степени миопии.

По убеждению Е.Е. Краснощековой с соавт. (2011), выбор метода родоразрешения должен основываться не на факте наличия высокой степени миопии, а на оценке состояния сетчатки, т.е. отсутствии/наличии прогностически опасных видов ПВХРД и дистрофической отслойки. При их наличии – выполнять отграничительную лазеркоагуляцию. Рекомендуемый авторами алгоритм наблюдения беременных, в том числе и с миопией: первичный осмотр на 12–14 нед. срока беременности, при выявлении ПВХРД осуществлять их отграничительную лазеркоагуляцию, при выявлении РОС – незамедлительная хирургическая операция. Самостоятельное родоразрешение по состоянию глаз возможно при полном анатомическом прилегании сетчатки, блокировании разрывов до 35–37 нед. беременности, либо после перенесенной хирургии РОС до беременности и благополучном состоянии сетчатки [55].

Кесарево сечение по состоянию глаз рекомендуется лишь при выявлении РОС, прогностически опасных видов ПВХРД в сроки, когда их хирургическое и лазерное лечение уже затруднительно (35–37 нед. беременности и более). Лечение РОС и прогностически опасных видов ПВХРД необходимо выполнить в таких случаях в раннем послеродовом периоде.

Как видно, все авторы последних лет склоняются к тому, что обязательный осмотр офтальмологом всех беременных женщин дол-

жен выполняться двукратно: на 10–14 нед. беременности и в 28–30 и 37–38 нед. беременности (максимальный медикаментозный мидриаз, осмотр экваториальных и периферических отделов сетчатки по всей окружности [2, 11, 14, 15, 18, 19, 29, 31, 54, 56, 65, 80, 81]. Подобная конкретизация подходов к выбору способа родоразрешения, когда основным критерием становится уже не степень миопии, а наличие, клиническая форма и распространенность участков ПВХРД, активное их ведение в период беременности позволили сократить число операций кесарева сечения по офтальмологическим показаниям в 4,5 раза. Это, в свою очередь, способствовало снижению послеоперационных осложнений, материнской заболеваемости и смертности, а также частоты повторных операций кесарева сечения [58].

На основании вышеизложенного во вновь разработанном методическом письме Минздрава России «Кесарево сечение в современном акушерстве» (2008) подходы к родам по офтальмологическим показаниям были существенно конкретизированы. Так, наличие миопии высокой степени, даже сочетающейся с изменениями на глазном дне, стало лишь относительным показанием к кесареву сечению [27]. Все зависит от степени конкретных морфологических изменений глазного дна.

В то же время, по мнению ряда отечественных и зарубежных исследователей, не существует убедительных данных о взаимосвязи родов и риска РОС [55, 85–87, 61, 62, 64, 84].

Заключая обзор, следует отметить важность своевременного и качественного обследования беременной у офтальмолога, причем как в 1-м, так и в 3-м триместрах беременности. Необходимо подчеркнуть, что проблема выбора метода родоразрешения у беременных с риском формирования РОС нередко связана также и с состоянием взаимодействия акушеров, принимающих решение о способе родоразрешения, с офтальмологами, выступающими в качестве их консультантов [84].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко, В. В. Активное ведение родов : рук. – СПб., 2003.
2. Основные показатели гемодинамики у беременных и рожениц в норме и при позднем токсикозе беременных / В. В. Абрамченко, В. Н. Моисеев, И. К. Саркисян, И. Н. Власов // Акушерство и гинекология. – 1992. – № 3. – С. 17–18.
3. Аветисов, Э. С. Близорукость. – М., 1999. – 284 с.
4. Роль растяжения склеры в генезе миопических витреохориоретинальных дистрофий / Э. С. Аветисов, Ф. Е. Фридман, Е. О. Саксонова, Е. П. Тарутта // Офтальмолог. журн. – 1988. – № 3. – С. 137–138.
5. Алигаджиева, А. Г. Миопия средней и высокой степени у беременных, методы родоразрешения // Вестн. офтальмологии. – 2007. – № 4. – С. 54–56.
6. Роль реоофтальмографии в оценке гемодинамики глаза у беременных с миопией / А. Г. Алигаджиева, В. В. Нероев, О. И. Сарыгина, А. Г. Гафурова // Вестн. офтальмологии. – 2008. – № 2. – С. 42–47.
7. Система ранней диагностики и патологического лечения прогрессирующей близорукости у детей и подростков / А.-Г. Д. Алиев, Э. Ш. Шамхалова, З. Н. Максудова и др. – Махачкала, 2000. – С. 19.
8. Алисинок, Е. С. Тактика ведения беременности и родов у женщин с миопией / Е. С. Алисинок, Е. А. Самарина // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. – № 4. – С. 52–56.
9. Клиническое течение миопии высокой степени у женщин с физиологической беременностью и гестозами /

Ш. А. Амриддинова, М. Ю. Нагай, Д. А. Сулайманова, У. Р. Рахимов // Тюмен. мед. журн. – 2011. – № 2. – С. 56–59.

10. Ахведиани, К. Н. Оптимизация родоразрешения беременных с миопией средней и высокой степени : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 25 с.

11. Оптимизация анестезиологического обеспечения родоразрешения у пациенток с миопией средней и высокой степени / В. А. Бабаев, Н. М. Мазурская, К. Н. Ахведиани, А. С. Логутова // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – № 4. – С. 23–25.

12. Блессиг, Э. Ф. Глазные показания к искусственному прекращению беременности // Рус. офтальмол. журнал. – 1929. – Т. 10. – С. 430–433.

13. Букишпан, Э. С. Глазное дно при нормальной и патологической беременности. – М., 1962. – 167 с.

14. Быкова, А. И. Близорукость и беременность // Материалы VI Съезда офтальмологов Украинской ССР. – Киев, 1964. – С. 552–554.

15. Ващилко, С. Л. Поздний токсикоз беременных. – Минск, 1996. – С. 17–19.

16. Георгиев, Н. Возможности проведения фото-рефракционных операций у пациентов с субклинической формой отслойки сетчатки при миопии / Н. Георгиев, В. М. Шелудченко, В. В. Куренков // Вестн. офтальмологии. – 2001. – Т. 117, № 3. – С. 14–16.

17. Елисеева, О. М. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов, почек / О. М. Елисеева, М. М. Шехтман. – Ростов н/Д., 1997.

18. Жалмухамедов, К. Б. Ведение беременности и родов при заболеваниях глаз // Материалы VI Съезда акушеров-гинекологов Казахстана. – Алма-Ата, 1991. – С. 93–94.

19. Жалмухамедов, К. Б. Ведение беременности и родов при некоторых заболеваниях глаз : метод. рекомендации. – Алма-Ата, 1988. – 23 с.

20. Клиническая эффективность профилактической лазеркоагуляции при периферических дистрофиях сетчатки / А. Л. Жиров, И. З. Кравченко, О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Актуальные проблемы офтальмологии : материалы конф. – Благовещенск, 1997. – С. 125–127.

21. Иванов, В. В. Влияние беременности и родов на орган зрения при близорукости : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1972. – 20 с.

22. Иомдина, Е. Н. Биомеханика склеральной оболочки глаза при миопии: диагностика нарушений и их экспериментальная коррекция : автореф. дис. ... д-ра биол. наук. – М., 2000. – 48 с.

23. Казас, И. И. Токсикозы беременности и глаз // Основы терапии глазных болезней. – М., 1929. – С. 470–479.

24. Камилов, Х. М. Роль факторов гуморального иммунитета и лизосомальных ферментов в генезе миопических хориоретинальных дистрофий у беременных женщин / Х. М. Камилов, А. А. Ходжиметов, Д. М. Туракулова // Врач-аспирант. – 2010. – Т. 38, № 1. – С. 74–77.

25. Обоснование принципов ведения беременности и родов после некоторых хирургических вмешательств на глазном яблоке : метод. рекомендации / В. Н. Канюков, З. Б. Хлынцова, В. В. Царькова и др. – Оренбург, 1996. – 10 с.

26. Кахарова, И. Ф. Влияние сопутствующих заболеваний на изменение состояния глазного дна беременных женщин с близорукостью / И. Ф. Кахарова, М. Ф. Дохдоева, Х. Д. Карим-заде // Доклады академии наук Республики Таджикистан. – 2011. – Т. 54, № 8. – С. 686–690.

27. Кесарево сечение в современном акушерстве : метод. письмо № 1813-ВС от 13.03.2008. – М. : Минздравсоцразвития РФ, 2008. – 5 с.

28. Коленко, О. В. Возможности прогнозирования и профилактики ретинальных осложнений у беременных женщин // Тезисы докладов VII Съезда офтальмологов России. – М., 2000. – Ч. 1. – С. 449.

29. Коленко, О. В. Прогнозирование клинического течения и профилактика прогрессирования периферических витреохориоретинальных дистрофий у беременных

женщин в период беременности и после родов : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.

30. Коленко, О. В. Выяснение взаимосвязи между офтальмологической патологией и отдаленным периодом ОПП-гестоза / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Материалы II Центральной Азиатской конференции. – Бишкек, 2007. – С. 293–295.

31. Коленко, О. В. Гемодинамические показатели глаза у беременных женщин с близорукостью / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Близорукость, нарушения рефракции и глазодвигательного аппарата : тр. межд. симпози. МНИИП им. Гельмгольца. – М., 2002. – С. 40–41.

32. Коленко, О. В. Дифференцированные подходы к проведению лечебных и профилактических мероприятий у беременных женщин с наличием периферических витреохориоретинальных дистрофий / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Лазерная рефракционная и интраокулярная хирургия : сб. материалов. – СПб., 2002. – С. 77–78.

33. Коленко, О. В. Изучение возможной причинной связи между формированием острой сосудистой патологии глаза у женщин и перенесенным ОПП-гестозом / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Бюллетень СО РАМН. – 2009. – № 4. – С. 85–87.

34. Коленко, О. В. Клиническая тактика активного ведения беременных с наличием витреохориоретинальных дистрофий и ее эффективность / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Комплексное применение лазеров в офтальмологии, новые технологии : материалы конф. – Калуга, 1999. – С. 20–21.

35. Коленко, О. В. Микроретинометрическая характеристика макулярной зоны у женщин с ОПП-гестозом / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции «Федоровские чтения». – М., 2008. – С. 264–265.

36. Коленко, О. В. Применение ограничительной лазерной коагуляции для профилактики отслойки сетчатки у беременных / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Новые технологии в офтальмологии : тез. докл. юбил. науч.-практ. конф. – М., 1997. – С. 110.

37. Коленко, О. В. Применение профилактической лазеркоагуляции при периферических дистрофиях сетчатки у беременных / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Новые технологии микрохирургии глаза : тез. докл. – Оренбург, 1995. – С. 103.

38. Коленко, О. В. Профилактика прогрессирования периферических витреохориоретинальных дистрофий и отслойки сетчатки у беременных с помощью ограничительной лазерной коагуляции / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Материалы I Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. – Екатеринбург, 1998. – С. 80–81.

39. Коленко, О. В. Распространенность периферических витреохориоретинальных дистрофий среди женщин фертильного возраста / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Актуальные проблемы офтальмологии : материалы конф. офтальмологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск, 1997. – С. 127–129.

40. Коленко, О. В. Система этапной диспансеризации беременных женщин с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Новейшие достижения и технологии в медицине : материалы конф. – Биробиджан, 2004. – С. 44–45.

41. Коленко, О. В. Случай прогрессирования ретиношизиса у беременной после родов / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Актуальные проблемы офтальмологии : материалы конф. офтальмологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск, 1997. – С. 119–121.

42. Коленко, О. В. Современные подходы к офтальмологическому ведению беременных с наличием периферических витреохориоретинальных дистрофий / О. В. Коленко, Е. Л. Сорокин // Научно-практическая конференция Читинского филиала педиатрии и репродукции человека ВСНЦ РАМН : тез. докл. – Чита, 2001. – С. 48–50.

43. Коленко, О. В. Состояние гемомикроциркуляции глаза у женщин с миопией во время беременности / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин // *Проблемы офтальмологии в Дальневосточном регионе : материалы науч.-практ. конф. – Владивосток, 2000. – С. 107–108.*
44. Коленко, О. В. Состояние показателей акустической плотности склеры глаза у женщин в различные trimestры беременности, осложненной ОПГ-гестозом / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин // *Современные методы лучевой диагностики в офтальмологии : сб. науч. ст. по материалам конф. – М., 2004. – С. 213–215.*
45. Коленко, О. В. Взаимосвязь конституционального типа системной гемодинамики с формированием периферических витреохориоретинальных дистрофий в период беременности / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, В. В. Егоров // *Вестн. офтальмологии. – 2002. – № 3. – С. 20–22.*
46. Коленко, О. В. Взаимосвязь снижения ригидности склеры с формированием и прогрессированием периферических витреохориоретинальных дистрофий у беременных / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, В. В. Егоров // *Новые технологии в повышении качества лечения заболеваний глаз в Приамурье : материалы науч.-практ. конф. – Хабаровск, 1998. – С. 245–247.*
47. Коленко, О. В. Динамическое состояние ригидности склеры при нормальной и патологической беременности / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, В. В. Егоров // *Новые технологии в повышении качества лечения заболеваний глаз в Приамурье : материалы науч.-практ. конф. – Хабаровск, 1998. – С. 242–245.*
48. Коленко, О. В. Клиническая эффективность профилактики ретинальных осложнений у беременных женщин с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, В. В. Егоров // *Новые лазерные технологии в офтальмологии : сб. науч. тр. – Калуга, 2002. – С. 70–71.*
49. Коленко, О. В. Проведение профилактической лазеркоагуляции сетчатки у женщин с осложненной ОПГ-гестозом и физиологической беременностью и различными вариантами клинического течения ПВХРД / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, В. В. Егоров // *Новое в офтальмологии : материалы междунар. конф. – Одесса, 2005. – С. 177–178.*
50. Клиническая эффективность периферической лазерной коагуляции сетчатки в профилактике развития ее отслойки у беременных / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, И. З. Кравченко, А. А. Жиров // *Новые технологии в повышении качества лечения заболеваний глаз в Приамурье : материалы науч.-практ. конф. – Хабаровск, 1998. – С. 239–242.*
51. Антифосфолипидный синдром как вероятный фактор формирования острых сосудистых расстройств сетчатки и зрительного нерва у женщин в отдаленные сроки после родов / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, Н. В. Помыткина и др. // *Дальневост. мед. журнал. – 2011. – № 1. – С. 65–67.*
52. Коленко, О. В. Состояние глазного дна у беременных с ОПГ-гестозом / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, М. В. Пиенищев // *Офтальмол. журн. – 2006. – № 3 (1). – С. 206–208. – Журнал содержит сб. тез. XI съезда офтальмологов Украины, г. Одесса, 2006 г.*
53. Диспансеризация женщин с физиологической и осложненной ОПГ-гестозом беременностью и наличием ПВХРД / О. В. Коленко, Е. А. Сорокин, М. В. Пиенищев и др. // *Проблемы развития медицинской реабилитации на Дальнем Востоке : материалы конф. – Хабаровск, 2005. – С. 75–78.*
54. Особенности тактики ведения родов у беременных с миопией средней и высокой степени / В. И. Краснополский, К. Н. Ахведиани, Л. С. Логутова и др. // *Актуальные вопросы офтальмологии : материалы юбил. всерос. науч.-практ. конф. МНИИГБ им. Гельмгольца. – М., 2000. – Ч. 1. – С. 198–200.*
55. Краснощечекова, Е. Е. Эволюция взглядов на выбор метода родоразрешения в зависимости от состояния
- глазного дна у беременных с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями и ризмотогенной отслойкой сетчатки / Е. Е. Краснощечекова, Э. В. Бойко, Ф. Е. Шадрин // *Офтальмол. ведомости. – 2011. – Т. 4, № 2. – С. 62–68.*
56. Краснощечекова, Е. Е. Периферические витреохориоретинальные дистрофии и отслойка сетчатки у беременных: диагностика, лечение, выбор метода родоразрешения / Е. Е. Краснощечекова, Т. Г. Панкрушова, Э. В. Бойко // *Вестн. офтальмологии. – 2009. – № 2. – С. 40–45.*
57. Либман, Е. С. Офтальмологическая медико-социальная экспертиза и реабилитация на современном этапе // *Актуальные проблемы офтальмологии : сб. науч. работ. – М., 1996. – Ч. 1. – С. 8–10.*
58. Манухин, И. Б. Акушерская тактика у беременных с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями и отслойкой сетчатки / И. Б. Манухин, Е. О. Саксонова, Е. С. Назарова // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 101–103.*
59. Мусабейли, У. Х. Заболевания глаз при патологии беременности. – Баку, 1965. – 180 с.
60. Мусабейли, У. Х. Поражение зрительных нервов и путей при патологии беременности // *Научная конференция офтальмологов Северной Осетии : материалы. – Орджоникидзе, 1995. – С. 56–59.*
61. Назарова, Е. С. Оптимизация метода родоразрешения у беременных с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями миопического генеза : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 19 с.
62. Никитина, Т. В. Родоразрешение при периферических витреохориоретинальных дистрофиях / Т. В. Никитина, Г. И. Бурдули, Е. О. Саксонова // *VII Съезд офтальмологов России : тез. докл. – М., 2000. – Ч. 1. – С. 471.*
63. Персианинов, А. С. Особенности функции системы кровообращения у беременных, рожениц и родильниц / А. С. Персианинов, В. И. Демидов. – М., 1977.
64. Петраевский, А. В. Оценка реальных факторов риска отслойки сетчатки и определение показаний к профилактической лазеркоагуляции сетчатки у беременных / А. В. Петраевский, А. В. Гндоян // *Офтальмология. – 2006. – Т. 3, № 3. – С. 48–54.*
65. Петрова, О. Ю. Особенности клинического лечения миопии при физиологической беременности, гестозе и в послеродовом периоде : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 22 с.
66. Беременность и миопия: течение, исходы и прогноз / Н. М. Подзолкова, Л. К. Мошетова, П. В. Шалаевский, О. Ю. Петрова // *Успехи теоретической и клинической медицины : материалы науч. исследований РМАПО. – М., 2003. – Вып. 5. – С. 176.*
67. Рабаданова, М. Г. Многомерный анализ факторов риска прогрессирования и прогнозирования осложнений при близорукости : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 28 с.
68. Розенблюм, М. Е. Оперативное лечение отслоек сетчатки. – М., 1952. – 235 с.
69. Савельева, Г. М. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов / Г. М. Савельева, М. А. Курцер, Р. И. Шалгина // *Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С. 3–8.*
70. Саксонова, Е. О. Родоразрешение при миопии / Е. О. Саксонова, Н. В. Гурьева, Т. Г. Панкрушова // *Близорукость, нарушения рефракции, аккомодации и глазодвигательного аппарата : материалы. III Междунар. симп. МНИИГБ им. Гельмгольца. – М., 2001. – С. 79–80.*
71. Соболева, И. А. Роль нарушений гемодинамики в патогенезе периферических витреохориоретинальных дистрофий : дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1990.
72. Сорокин, Е. А. Динамика морфометрических показателей гиперметропических глаз в различные возрастные периоды жизни и их значение для формирования

факоморфической глаукомы / Е. А. Сорокин, А. Н. Марченко, О. В. Данилов // Глаукома. – 2009. – № 4. – С. 9.

73. Ткачева, И. И. Родоразрешение беременных с применением окситоцина и длительной перидуральной анестезии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1986.

74. Травкин, А. Г. Миопия средней, высокой степени у беременных при родоразрешении / А. Г. Травкин, К. Н. Ахведиани, Т. Х. Петрова // Вестн. офтальмологии. – 2003. – № 3. – С. 34–37.

75. Особенности родоразрешения при гестозе беременных с миопией / А. Г. Травкин, Л. С. Логутова, К. Н. Ахведиани и др. // Вестн. офтальмологии. – 2007. – № 4. – С. 26–30.

76. Франчук, А. А. Клинические особенности различных видов периферической дегенерации сетчатки, их связь с разрывами и отслойкой сетчатки // Офтальмол. журн. – 1989. – № 8. – С. 451–454.

77. Франчук, А. А. Периферическая дегенерация сетчатки как фактор, предрасполагающий к возникновению отслойки сетчатки, и значение лазерной коагуляции в ее предупреждении // Международная конференция офтальмологов городов-побратимов Одессы : тез. докл. – Одесса, 1981. – С. 141–142.

78. Ходжабеян, Н. В. Прижизненные исследования биофизических свойств склеры при миопии и их прогностическое значение : дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 149 с.

79. Чернуха, Е. А. Кесарево сечение в современном акушерстве : метод. рекомендации / Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова. – М. : МЗ СССР, 1986. – 16 с.

80. Шалаевский, П. В. Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин с миопией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 22 с.

81. Шишкина, С. Р. Гемодинамика и гидродинамика глаза при физиологической беременности и ОПГ-гестозе : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 1996. – 24 с.

82. Carpineto, P. Retinal detachment prophylaxis / P. Carpineto, M. Ciacaglioni, L. Mastropasqua // Ophthalmology. – 2002. – Vol. 109, № 2. – P. 217–218.

83. Celorlo, J. M. Prevalence of lattice degeneration and its relation to axial length in severe myopia / J. M. Celorlo, R. C. Pruett // American journal of ophthalmology. – 1991. – Vol. 11, № 1. – P. 20–23.

84. Management of myopic women in labour / J. Chyla, Z. Trzcińska-Dabrowska, P. I. Roszkowski, L. Marianowski // Ginecologia polska. – 1984. – Vol. 55, № 3. – P. 193–194.

85. Eisherbiny, S. M. Retinal detachment and the second stage of labour: a survey of regional practice and literature review / S. M. Eisherbiny, S. M. Benson // Journal of obstetrics and gynaecology. – 2003. – Vol. 23, № 2. – P. 114–117.

86. Huser, M. Delivery management in patients with eye disease / M. Huser, J. Miklica, G. Trelster // 16 European Congress of Obstetrics and Gynecology EACO/EBCOG : abstract book. – Malmo, 2001. – P. 10.

87. Landau, D. The effect of normal childbirth on eyes with abnormalities predisposing to rhegmatogenous retinal detachment // Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology. – 1995. – Vol. 233, № 5. – P. 598–600.

88. Lewis, H. Peripheral retinal degeneration and the risk of retinal detachment // American journal of ophthalmology. – 2003. – Vol. 136, № 1. – P. 155–160.

89. The management of labor in high myopic patients / A. Neri, R. Grausbord, I. Kremer et al. // European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. – 1985. – Vol. 19, № 5. – P. 277–279.

Расширяя рамки профессии

18 августа 2015 г. исполнилось 75 лет Климентину Петровичу Топалову – заведующему кафедрой организации сестринского дела КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», кандидату медицинских наук, доценту, клиническому руководителю хирургического торакального отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева, главному внештатному специалисту – торакальному хирургу министерства здравоохранения Хабаровского края, отличнику здравоохранения РФ.

Трудовой стаж врача высшей категории К.П. Топалова в отечественной медицине насчитывает более полувека. Заведующий сельским врачебным участком в селе Этулия Молдавской ССР – такова его первая должность в 1963 г. после окончания с отличием Кишиневского государственного медицинского института по специальности «лечебное дело».

Особое место в биографии Климентина Петровича – Дальний Восток, куда он переехал в 1966 г. и начал работать в качестве хирурга в поликлинике № 16 города Хабаровска. Именно на дальневосточной земле он прилагает немало сил и энергии в деле совершенствования организации оказания хирургической помощи населению.

В 1967 г. К.П. Топалов переходит на работу в 11 Городскую больницу, в которой прошел путь до онколога-хирурга высшей категории (1978). Окончил заочную аспирантуру при Хабаровском государственном медицинском институте (1975–1978). В 1980 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Протеинообразующая функция печени и некоторые ферментные показатели ее у больных язвенной болезнью и раком желудка».

В 1983 г. перешел на работу в Краевую клиническую больницу № 1 им. проф. С.И. Сергеева в качестве торакального хирурга, возглавлял отделение торакальной хирургии (1989–1993).

В апреле 2004 г. перешел на работу в Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения в качестве начальника отдела анализа, прогнозирования и экспертизы. Одновременно совмещал преподавание хирургии и организации сестринского дела на кафедре сестринского дела. В январе 2015 г. возглавил кафедру организации сестринского дела.

С 2013 г. является главным внештатным специалистом – торакальным хирургом министерства здравоохранения Хабаровского края.



В последние годы особое внимание придает вопросам оценки здоровья населения Хабаровского края. Им подготовлены материалы для публикации монографии «Здоровье населения Хабаровского края: состояние и тенденции».

Благодаря своим профессиональным качествам, опыту психологии общения в коллективах, он сумел внедрить более 15 лечебно-диагностических и реабилитационных технологий в практику отделений общей и торакальной хирургии. С 2004 г. К.П. Топалов является клиническим руководителем хирургического торакального отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева.

Свою хирургическую деятельность К.П. Топалов осуществляет не только в курируемом им хирургическом торакальном отделении, но и в хирургических отделениях Городской больницы № 11, Дорожной клинической больницы на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», лечебных учреждениях города Комсомольска-на-Амуре, госпитале для пограничников. За свою врачебную деятельность им пролечено более 20 тысяч пациентов, более половины из них он оперировал лично. Он известен в хирургическом сообществе края как специалист, организатор хирургической службы. Много сил К.П. Топалов отдает организации консультативно-диагностической помощи, в том числе и торакальной помощи, населению Хабаровского края. Передает свой клинический опыт молодым врачам непосредственно в ходе хирургических вмешательств в лечебных учреждениях города Хабаровска и края.

Под руководством доцента К.П. Топалова в хирургическом торакальном отделении внедрены современные технологии хирургического и консервативного лечения больных с торакальной патологией, в том числе с травмами груди и их последствиями. За 10 лет научного руководства К.П. Топалова коллектив хирургического торакального отделения достиг хорошей эффективности оказания медицинской помощи населению Хабаровского края. Повышены функциональные возможности и качество жизни пациентов, перенесших заболевания органов дыхания и средостения, острую травму груди, увеличена хирургическая активность у плановых больных за 10 лет на 14,3 %, снижены послеоперационные осложнения за 15 лет на 13,5 %. В течение последних трех лет (2012–2014 гг.) они составили 59,0 и 2,1 % соответственно. Особым приоритетом у К.П. Топалова является развитие трахеобронхиальной хирургии, что позволило уменьшить поток больных со стенозами трахеи для специализированного лечения в центральных клинических больницах города Москвы. При поддержке министерства здравоохранения Хабаровского края и непосредственном участии доцента К.П. Топалова в качестве главного внештатного торакального хирурга хирургическое торакальное отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева стало ведущей организацией в оказании торакальной помощи населению края.

Большой практический опыт К.П. Топалова в области хирургии, его нравственные качества позволили ему умело совмещать основную работу с преподавательской деятельностью на кафедре сестринского дела ИПКСЗ в должности доцента. Им подготовлены рабочие программы

по первичной специализации и усовершенствованию сестер в области торакальной хирургии, управления и экономики здравоохранения в сестринском деле. Его лекции глубоки по содержанию и доступны для восприятия практическими врачами, средним медицинским персоналом.

К.П. Топаловым опубликовано более 200 научных статей на страницах журнала «Здравоохранение Дальнего Востока», в центральной печати, в сборниках конгрессов по доказательной медицине, международных психологических конгрессах. Он выступил научным консультантом кандидатской диссертации практического врача О.Н. Таенковой «Терапевтические и социальные аспекты охраны здоровья медицинских работников в многопрофильном лечебном учреждении» (Владивосток, 2001). Оказывает научно-практическую помощь сотрудникам лечебных учреждений города и края в оформлении научных работ, проведении исследований.

Успехи в развитии хирургической службы Хабаровского края, в том числе торакальной, профессиональное мастерство К.П. Топалова были отмечены почетными грамотами министерства здравоохранения Хабаровского края (2010), Хабаровской городской думы (2010), губернатора Хабаровского края (2013). Он награжден знаком «Отличник здравоохранения» (2000). В 2015 г. стал номинантом «За верность профессии» в краевом конкурсе «Признание».

Коллеги и друзья, редколлегия и редакционный совет журнала «Здравоохранение Дальнего Востока» поздравляют Климентина Петровича с юбилеем и желают ему доброго здоровья, счастья и творческого долголетия.

С позиций науки и практики

18 сентября 2015 г. в Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения состоялся научно-практический семинар «Редкие жизнеугрожающие заболевания в практике врача многопрофильного стационара. Фокус на атипичный гемолитико-уремический синдром».

В последние годы в лечебных учреждениях все чаще встречаются жизнеугрожающие заболевания, в основе которых лежит тромботическая микроангиопатия (ТМА) – заболевание с многообразной клинической картиной в дебюте заболевания, быстрым развитием полиорганной недостаточности и высокой летальностью. Особые трудности диагностики и лечения представляет атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС), распространенность которого составляет 1 случай на 100 тыс. населения. Страдают дети, молодые лица, включая женщин фертильного возраста. Остается непростой своевременная диагностика аГУС, при этом 65 % пациентов умирают или достигают терминальной почечной недостаточности в течение первого года с момента постановки диагноза. С учетом многообразия клиники аГУС пациенты могут госпитализироваться в отделения различного профиля, в связи с чем возникает необходимость обучения широкой группы специалистов: терапевтов, акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, гастроэнтерологов, гематологов, инфекционистов, неврологов, нефрологов, педиатров, хирургов.

Основные лекции и клинические разборы на семинаре провела ведущий эксперт России в области тромботических микроангиопатий, профессор кафедры нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», д.м.н. **Наталья Львовна Козловская** (г. Москва), имеющая большой клинический опыт диагностики и лечения пациентов с ТМА и аГУС.

На семинаре клинические случаи и опыт диагностики и лечения сложных пациентов с редкой патологией представили специалисты – врач-нефролог Краевой клинической больницы № 1 им. проф. С.И. Сергеева, к.м.н. **Наталья Грибовская**, заведующая кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии ИПКСЗ, доцент **Татьяна Щербаносова** и врач анестезиолог-реаниматолог Приморской краевой больницы **Владимир Степанюк** (г. Владивосток).



Около 300 участников семинара – врачей-специалистов, интернов, ординаторов, студентов, – получили современные сведения по диагностике, дифференциальной диагностике, интенсивной терапии пациентов с ТМА, лежащей в основе ряда системных состояний с быстрым развитием почечной, легочной, полиорганной недостаточности, инсультом, инфарктом миокарда, невынашиванием беременности и отличающейся высокой летальностью; приняли участие в обсуждении клинических случаев аГУС в практике нефролога, невролога, терапевта, врача общей практики, акушера-гинеколога, педиатра, анестезиолога-реаниматолога; получили клинические рекомендации и алгоритмы ведения пациентов со сложной и редкой патологией. По завершении семинара всем участникам выданы сертификаты с указанием освоенных кредитов непрерывного профессионального развития.

По итогам семинара состоялось заседание экспертного совета, на котором принята резолюция с рекомендациями для специалистов лечебных учреждений по улучшению диагностики и лечения пациентов с ТМА и аГУС на основе междисциплинарного подхода к организации ведения пациентов в многопрофильном стационаре и предложениями для министерства здравоохранения Хабаровского края по оптимизации ресурсного и лекарственного обеспечения лечебно-диагностического процесса.



Оргкомитет семинара и руководство института выражают благодарность профессору Н.А. Козловской и кафедре нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (зав. кафедрой – проф. Е.М. Шилов) за содержательные лекции и клинические разборы в атмосфере высокого профессионализма для специалистов учреждений здравоохранения Хабаровского края, позволившие врачам разных специальностей повысить квалификацию в области алгоритмов ведения пациентов с ТМА и аГУС и получить современные клинические рекомендации. Намечены пути продолжения продуктивного научно-образовательного сотрудничества специалистов Хабаровска и Москвы.

Предлагаем читателям ознакомиться с резолюцией Экспертного совета по итогам научно-практического семинара «Редкие жизнеугрожающие заболевания в практике врача многопрофильного стационара. Фокус на атипичный гемолитико-уремический синдром» (принята 18 сентября 2015 г.), а также с рекомендуемой литературой по аГУС.

Резолюция экспертного совета

«Междисциплинарный подход к организации диагностики и лечения атипичного гемолитико-уремического синдрома в многопрофильном стационаре»

В заседании экспертного совета приняли участие д.м.н., проф. Н.А. Козловская (Москва), д.м.н., проф. Г.В. Чижова, д.м.н. К.В. Жмернецкий, В.З. Молостцова, Д.В. Езерский, к.м.н., доц. Т.А. Щербаносова, д.м.н., проф. С.К. Сухотин, В.Н. Степанюк (Владивосток), к.м.н. Н.В. Грибовская.

Цель резолюции: улучшение качества оказания медицинской помощи больным с ТМА, в том числе аГУС, с целью снижения смертности и количества необратимых осложнений, разработка клинических рекомендаций по формированию обоснованного подхода к диагностике и адекватной терапии этих состояний.

Атипичный ГУС представляет собой относительно редкую форму ТМА, встречающуюся практически с равной частотой как у детей, так и у взрослых, и характеризуется прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом. В основе заболевания лежит неконтролируемая активация альтернативного пути комплемента, имеющая генетическую природу. Однако для развития аГУС требуется воздействие триггеров (инфекции, беременность, хирургические операции и т.д.). Генетический

характер заболевания обуславливает сохранение пожизненного риска развития ТМА даже при успешном купировании ее симптомов при первом остром эпизоде.

Главной проблемой в отношении пациентов с ТМА остается своевременная постановка точного нозологического диагноза. В этих случаях трудности диагностики связаны с рядом причин, основная из которых – недостаточная осведомленность врачей об этой группе заболеваний, хотя имеют значение также относительная редкость данной патологии, неспецифичность основных симптомов, необходимость проведения специальных лабораторных исследований, тяжесть состояния пациентов.

Для преодоления сложившейся ситуации необходимо повысить информированность врачей в отношении проблемы ТМА и выработать универсальные подходы к дифференциальной диагностике этих состояний. Поскольку быстрая диагностика и своевременное начало адекватной терапии являются основополагающими для сохранения не только жизни пациентов, но и нормальной функции почек, позволяя предотвратить потребность в диализе и трансплантации, промедление с установлением диагноза и началом лечения может привести к необратимому исходу.

С учетом многообразия клинических проявлений пациенты с аГУС госпитализируются в отделения различного профиля, в ряде случаев экстренно. Это создает необходимость информирования о заболевании специалистов разного профиля, включая не только нефрологов, педиатров и терапевтов, но и особенно анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов, а также кардиологов, неврологов, гематологов, инфекционистов, гастроэнтерологов и хирургов.

В связи с появлением нового подхода в терапии аГУС в последние годы проблема своевременной диагностики этого заболевания стала особенно актуальной. Историческим единственным эффективным средством лечения выступала плазмотерапия (в виде плазмообмена или инфузий плазмы – ПО/ИП), которая позволяла сохранить жизнь больным, не всегда обеспечивала сохранность функции почек. Однако внедрение в клиническую практику препарата Экулизумаб стало началом нового этапа в терапии аГУС. Применение экулизумаба, единственного на сегодняшний день патогенетического средства лечения аГУС, позволяет изменить прогноз заболевания, уменьшить летальность, предотвратить тяжелые осложнения, улучшить качество жизни пациентов. Постоянное длительное применение препарата предупреждает рецидивы ТМА и развитие

экстраренальных осложнений, обеспечивает возможность выполнения трансплантации и сохранность трансплантата почки пациентам с аГУС в случае развития терминальной почечной недостаточности, предупреждает прогрессирование поражения почек, позволяя пациентам с аГУС избежать дорогостоящей заместительной почечной терапии или вообще прекратить гемодиализ.

С учетом вышеизложенного, экспертный совет считает необходимым рекомендовать следующие меры, направленные на улучшение диагностики и повышение качества медицинской помощи больным ТМА и аГУС в многопрофильном стационаре:

Специалистам учреждений здравоохранения:

1. Для диагностики ТМА всем пациентам при тромбоцитопении и анемии исследовать шизоциты в мазке периферической крови, лактатдегидрогеназу (ЛДГ) и гаптоглобин в биохимическом анализе крови. При верификации ТМА в дальнейшем эти параметры следует определять в динамике.

2. Для последующей дифференциальной диагностики ТМА до начала плазмотерапии у всех пациентов с тромбоцитопенией и микроангиопатической гемолитической анемией исследовать активность ADAMTS13, С3 и С4 факторов комплемента (при невозможности – осуществить забор и заморозку сыворотки крови для последующего анализа до начала трансфузии свежезамороженной плазмы).

3. Пациентам с подозрением на ТМА при наличии диареи выполнить тесты на шигатоксин для исключения STEC-ГУС. Образцы для теста необходимо забирать до начала лечебных процедур.

4. Всем пациентам с проявлениями ТМА после взятия всех образцов, необходимых для дифференциальной диагностики, начать плазмообмен. При невозможности проведения плазмообмена – инфузия свежезамороженной плазмы.

5. Инициировать терапию Экулизумабом: – пациентам с установленным диагнозом аГУС (с активностью ADAMTS13 выше 5 % и

отрицательными тестами на шига-токсин) в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата;

– пациентам с подозрением на аГУС до получения результатов вышеперечисленных анализов при сочетании острого почечного повреждения, требующего заместительной почечной терапии, с поражением ЦНС (судороги, кома).

6. В случаях выявления заболеваний и состояний, способных быть причиной вторичной ТМА (ВИЧ, СКВ, антифосфолипидный синдром, злокачественные новообразования, прием медикаментов и т.п.), и исключения диагноза аГУС терапию экулизумабом отменить и начать специфическую терапию.

7. Всем пациентам с аГУС на протяжении периода ожидания поступления экулизумаба продолжать плазмообмен либо инфузии СЗП в адекватных объемах.

8. При подозрении на ТМА обращаться за консультацией в отделение нефрологии и диализа КГБУЗ ККБ № 1 им. проф. С.И. Сергеева г. Хабаровска, по телефону: 8 (4212) 39-05-43.

Министерству здравоохранения Хабаровского края:

1. Рекомендовать управлению организации медицинской помощи населению министерства здравоохранения Хабаровского края решить вопрос о наличии резерва препарата Экулизумаб на региональном центральном аптечном складе для возможности лечения пациентов с аГУС по экстренным показаниям.

2. Для повышения информированности врачей различных специальностей и улучшения ведения пациентов с аГУС поддерживать проведение семинаров «Редкие жизнеугрожающие заболевания в практике врача многопрофильного стационара» в рамках непрерывного профессионального развития медицинских кадров. Включить в тематику циклов повышения квалификации для врачей-специалистов на базе КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» вопросы диагностики и лечения пациентов с ТМА и аГУС.

Рекомендуемая литература по аГУС:

1. Атипичный гемолитико-уремический синдром при беременности: особенности течения, сложности диагностики, подходы к терапии / Т. В. Кирсанова, Л. И. Меркушева, Н. А. Козловская и др. // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 6. – С. 70–75.

2. Атипичный гемолитико-уремический синдром. Клинические наблюдения / М. М.

Батюшин, Л. И. Руденко, А. А. Кожин и др. // Нефрология. – 2014. – № 5. – С. 80–84.

3. Байко, С. В. Гемолитико-уремический синдром: эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, лечение : (обзор литературы). Ч. 1 // Нефрология и диализ. – 2007. – № 4. – С. 370–377.

4. Байко, С. В. Гемолитико-уремический синдром: эпидемиология, классификация,

клиника, диагностика, лечение : (обзор литературы). Ч. 2 // Нефрология и диализ. – 2007. – № 4. – С. 377–386.

5. Каган, М. Ю. Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный с пневмококковой инфекцией : (обзор литературы) // Нефрология и диализ. – 2013. – № 2. – С. 116–119.

6. Литяева, Л. А. Трудности дифференциального диагноза гемолитико-уремического синдрома у детей / Л. А. Литяева, О. В. Ковалева // Детские инфекции. – 2013. – № 4. – С. 68–71.

7. Лора, Ш. Атипичный гемолитико-уремический синдром / Ш. Лора, В. Фремю-Бачи // Нефрология. – 2012. – № 2. – С. 16–48.

8. Молочный, В. П. Гемолитико-уремический синдром (лекция) // Дальневост. мед. журнал. – 2002. – № 4. – С. 73–80.

9. Наследственная тромбофилия как фактор риска тяжелого течения гемолитико-уремического синдрома у детей / Х. М. Эмирова, А. В. Попа, Н. Л. Козловская и др. // Педиатрия. – 2014. – № 2. – С. 11–19.

10. Нефрология : рук. для врачей / под ред. И. Е. Тареевой. – М. : Медицина, 2000. – 2-е изд., перераб. и доп. – С. 308–314.

11. Опыт применения экулизумаба у ребенка с атипичным гемолитико-уремическим

синдромом / Т. П. Макарова, Г. Р. Давлетбаева, Л. В. Поладова и др. // Нефрология. – 2014. – № 3. – С. 84–88.

12. Особенности течения и лечения «акушерского» атипичного гемолитико-уремического синдрома (аГУС) / Ю. В. Коротчаева, Н. Л. Козловская, Т. В. Бондаренко, Г. А. Веселов // Нефрология. – 2015. – № 2. – С. 76–81.

13. Поражение ЦНС у больных с Шига-токсин ассоциированным гемолитико-уремическим синдромом (СТЕС-ГУС): современные аспекты патогенеза, клиники и стратегии лечения : (обзор литературы) / И. Ю. Шпикалова, Т. Е. Панкратенко, Х. М. Эмирова и др. // Нефрология и диализ. – 2014. – № 3. – С. 328–338.

14. Резолюция экспертного совета по оптимизации подходов к терапии атипичного гемолитико-уремического синдрома по итогам заседания 18 апреля 2014 года, г. Москва / Е. М. Шилов, Н. Л. Козловская, Х. М. Эмирова и др. // Нефрология и диализ. – 2014. – № 2. – С. 304–306.

15. «Субклиническая» тромботическая микроангиопатия при атипичном гемолитико-уремическом синдроме: единичный случай или закономерность? / Н. Л. Козловская, К. А. Демьянова, Д. В. Кузнецов и др. // Нефрология и диализ. – 2014. – № 2. – С. 280–287.

Патент «Способ дифференциальной диагностики гиперплазии паращитовидных желез у больных с гиперпаратиреозом»

20 августа 2015 г. опубликован Патент на изобретение «Способ дифференциальной диагностики гиперплазии паращитовидных желез у больных с гиперпаратиреозом», авторы: к.м.н., доц. Е.В. Полухина, д.м.н., проф. А.О. Глазун, патентообладатель: КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края¹.

Реферат. Изобретение относится к медицине, а именно к методам лучевой диагностики, и может быть использовано в эндокринологии при проведении обследования больных с вторичным гиперпаратиреозом. Проводят ультразвуковое исследование области шеи больного. Определяют качественные и количественные параметры состояния каждой паращитовидной железы, по значениям которых оценивают морфологический вариант гиперплазии. Качественным параметром выступает экзогенность и структура каждой измененной паращитовидной железы. В качестве количественного параметра используют показатель индекса резистентности во внутрижелезистых сосудах. Диффузную гиперплазию паращитовидной железы диагностируют в случае ее однородной структуры при отсутствии в ней внутрижелезистого кровотока, либо в случае ее однородной структуры при значении индекса резистентности во внутрижелезистых артериях меньшем 0,65.

Узловую гиперплазию диагностируют в случае однородной структуры паращитовидной железы при значении индекса резистентности в сосудах внутри железы, равном или большем 0,65, либо в случае ее неоднородной структуры при любом значении индекса резистентности во внутрижелезистых арте-

риях. Способ позволяет повысить точность диагностики морфологических вариантов гиперплазии паращитовидных желез за счет выбора качественным параметром структуру каждой измененной паращитовидной железы, в качестве количественного параметра – индекса резистентности во внутрижелезистых сосудах.

Формула изобретения. Способ дифференциальной диагностики гиперплазии паращитовидных желез у больных с гиперпаратиреозом, заключающийся в ультразвуковом исследовании области шеи больного, в определении качественного и количественного параметров состояния каждой паращитовидной железы, по значениям которых оценивают морфологический вариант гиперплазии, при этом качественным параметром используется экзогенность измененной паращитовидной железы, отличающийся тем, что качественным параметром дополнительно выбирают показатель структуры каждой измененной паращитовидной железы, в качестве количественного параметра используют показатель индекса резистентности во внутрижелезистых сосудах, диффузную гиперплазию паращитовидной железы диагностируют в случае ее однородной структуры при отсутствии в ней внутрижелезистого кровотока, в случае ее однородной структуры при значении индекса резистентности во внутрижелезистых артериях меньшем 0,65, а узловую гиперплазию диагностируют в случае однородной структуры паращитовидной железы при значении индекса резистентности в сосудах внутри железы, равном или большем 0,65, в случае ее неоднородной структуры при любом значении индекса резистентности во внутрижелезистых артериях.



¹ Пат. 2561031 Российская Федерация, МПК А61В 8/06, А61В 8/08. Способ дифференциальной диагностики гиперплазии паращитовидных желез у больных с гиперпаратиреозом / Полухина Е. В., Глазун Л. О.; патентообладатель КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения». – № 2014109808/14; заявл. 13.03.2014; опубл. 20.08.2015, Бюл. № 23. – 10 с.

Рецензия на монографию «Поздние эффекты антинеопластической терапии у детей с онкогематологическими заболеваниями»

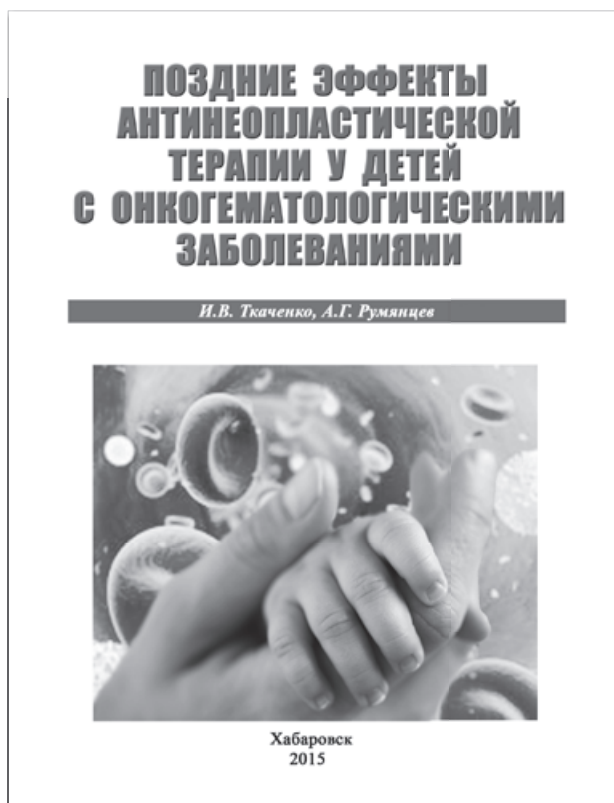
Монография посвящена актуальной проблеме современной педиатрии – поздним эффектам антинеопластической терапии у детей с онкогематологическими заболеваниями (ОГЗ)¹.

ОГЗ являются одним из определяющих факторов инвалидизации и смертности детей старше года, что влечет за собой необходимость решения обществом сложных медицинских, медико-психологических, медико-социальных и экономических вопросов, обусловленных тяжестью и длительностью течения заболевания. В монографии представлены результаты комплексного, многоаспектного исследования, посвященного многостороннему изучению заболеваемости и причин инвалидности вследствие ОГЗ у детей и подростков, для научного обоснования комплекса реабилитационных мероприятий для детей и подростков конкретной диагностической группы.

Монография состоит из предисловия, введения, 5 глав, приложения, списка основной литературы и является результатом научных исследований авторов.

В главе I представлены основы терапии ОГЗ, в т.ч. высокотехнологичные методы терапии в детской онкологии и гематологии.

По данным мировой литературы, внедрение новых протоколов интенсивной химиотерапии ОГЗ у детей и подростков, современной высокотехнологичной и интенсивной сопроводительной терапии, основанной на мультидисциплинарном подходе, обеспечивает четкое, в соответствии с регламентом протокола, проведение химиолучевой терапии (ХЛТ), профилактику и лечение ближайших и поздних токсических эффектов



противоопухолевой терапии, позволяет добиться пятилетней выживаемости детей при гемобластозах от 60 % до 95 % в зависимости от нозологической формы ОГЗ. После лечения ОГЗ могут наблюдаться отдаленные последствия со стороны всех систем и органов. В соответствии со структурой выявленных отклонений в состоянии здоровья детей авторы рекомендуют проводить базисное обследование для регистрации поздних эффектов антинеопластической терапии.

¹ Ткаченко, И. В. Поздние эффекты антинеопластической терапии у детей с онкогематологическими заболеваниями: моногр. [для врачей-педиатров факультета повышения квалификации, онкологов] / И. В. Ткаченко, А. Г. Румянцев; М-во здравоохранения Хабар. края, КГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения». – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2015. – 180 с. – ISBN 978-5-98247-060-7.

Авторы:

Ткаченко Ирина Владимировна – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой сестринского дела в педиатрии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (г. Хабаровск); Румянцев Александр Григорьевич – директор ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, профессор, доктор медицинских наук, академик РАМН, академик РАЕН, главный педиатр Департамента здравоохранения г. Москвы, член правления Союза педиатров России.

Рецензенты:

Иванова Ольга Николаевна – д.м.н., профессор кафедры педиатрии и детской хирургии Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» Минобрнауки России; Ракицкая Елена Викторовна – доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н. (г. Хабаровск).

Во второй главе, посвященной поздним эффектам противоопухолевой терапии у детей с ОГЗ, подробно описываются последствия и побочные эффекты противоопухолевого лечения. Поздние эффекты комбинированного противоопухолевого лечения в результате снижения функциональных возможностей организма детей и подростков, реакций приспособления и защиты приводят к инвалидизации детей и подростков как с гемобластомами, так и с солидными новообразованиями.

Третья и четвертая главы посвящены вопросам состояния здоровья детей, излеченных от лейкозий, острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), острых нелимфобластных лейкозов (ОНЛ) и лимфом. Проведен подробный анализ структуры соматической патологии детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, ОНЛ и лимфом, также дана структура нарушений психического статуса у этих детей. Дана оценка психологических особенностей и нейропсихологического статуса пациентов с ОЛЛ и ОНЛ и их родителей.

Авторы отмечают, что в обследовании ребенка, помимо медицинских диагностических технологий, необходимо включать оценку его психологических особенностей и нейропсихологического статуса.

Заболеваемость у детей и подростков, излеченных от ОГЗ, достоверно выше, чем в детской популяции. В структуре заболеваемости три первых ранговых места занимают функциональные психические расстройства и расстройства поведения, болезни системы кровообращения и болезни желудочно-кишечного тракта, в отличие от популяционных, где на первом месте находятся болезни органов

дыхания, на втором месте – болезни костно-мышечной системы, третье ранговое место занимают болезни органов чувств.

Важным разделом проведенного исследования явилось сравнительное изучение состояния здоровья детей и подростков, излеченных от ОЛЛ, по окончании лечения согласно протоколам программ ALL-BFM и ALL-MB, а также сравнительный анализ соматической заболеваемости у детей и подростков, излеченных от ОЛЛ и ОНЛ.

Авторы представили приоритетные направления комплексной реабилитации онкогематологических больных на основе анализа структуры и содержания совокупности медицинских, психологических и социальных проблем у детей, прошедших обследование в состоянии длительной ремиссии заболевания в условиях специализированного учреждения или центра санаторного типа.

Пятая глава посвящена оценке возможности использования родительской и детской форм адаптированного варианта русской версии опросника PedsQL для оценки качества жизни детей и подростков с ОГЗ.

В завершении даны практические рекомендации, исходящие из полученных данных исследования.

Монография предназначена для врачей-педиатров, гематологов, онкологов, иммунологов, организаторов службы охраны материнства и детства, а также представляет большой научный и практический интерес для широкого круга врачей и научных работников (интернов, ординаторов, аспирантов) и будет способствовать развитию и совершенствованию научных и практических исследований в области онкогематологии.

УДК 616.248-039.57(072)

Оптимизация ведения больных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях

(методическое пособие для специалистов здравоохранения)

(Утверждено министром здравоохранения Хабаровского края 26 мая 2015 г.)

О.В. Молчанова¹, Е.Г. Поступаева²

¹ КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipks.khv.ru

² КГБУЗ «Городская клиническая поликлиника № 3» МЗ ХК, 680000, г. Хабаровск, ул. Дикопольцева, 34; тел.: +7 (4212) 31-12-34, +7 (4212) 31-27-53; e-mail: poly3_khv@mail.ru

Введение

Основным направлением системы здравоохранения Российской Федерации в последние годы является снижение смертности от основных социально значимых заболеваний, в том числе бронхиальной астмы (БА).

Благодаря широкому внедрению современных препаратов базисной терапии бронхиальной астмы (фиксированные комбинации ингаляционных кортикостероидов с β_2 -агонистами длительного действия (иГКС/ДДБА) в рамках приоритетного улучшения снабжения граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение в Хабаровском крае, проводимого министерством здравоохранения края, за последние годы отмечена четкая положительная тенденция по статистическим данным по этой патологии. С 2007 по 2013 гг. снизился процент госпитализации больных с бронхиальной астмой с 16,17 до 10,31 соответственно. Стационарная смертность уменьшилась с 2,86 % в 2007 г. (39 погибших) до 0,2 % в 2013 г. (2 погибших). Данная позитивная динамика сохраняется.

Представленный материал предназначен для систематизации знаний по диагностике и оптимизации лечения больных БА; составлен на основании Федеральных клинических рекомендаций по ведению больных с бронхиальной астмой (2013)¹ и Международного согласительного руководства по лечению и профилактике бронхиальной астмы (GINA-2014)².

Определение и принципы диагностики

Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, которое обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности. Больных беспокоят повторяющиеся эпизоды свистящих хрипов,

удушьем, кашлем. Эти эпизоды связаны с распространенной вариабельной обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой спонтанно или под влиянием лечения.

Диагностика астмы основана на обнаружении характерных признаков при отсутствии альтернативного объяснения их возникновения.

Клинические признаки, повышающие вероятность наличия астмы:

- Наличие более одного из следующих симптомов: хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, особенно в случаях:
 - ухудшения симптомов ночью и рано утром;
 - возникновения симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха;
 - возникновения симптомов после приема аспирина или бета-блокаторов.

- Наличие атопических заболеваний в анамнезе.
- Наличие астмы и/или атопических заболеваний у родственников.
- Распространенные сухие свистящие хрипы при выслушивании (аускультации) грудной клетки.

- Низкие показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ) или объема форсированного выдоха (ОФВ1) за 1 секунду (ретроспективно или в серии исследований), не объяснимые другими причинами.

- Эозинофилия периферической крови, не объяснимая другими причинами.

Клинические признаки, уменьшающие вероятность наличия астмы:

- Выраженные головокружения, потемнение в глазах, парестезии.

¹ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: Медицина, 2013. – 44 с. – Режим доступа: www.URL.http://pulmonology.ru/publications/guide.php.

² GINA, 2014 – Global strategy for asthma management and prevention. – Режим доступа: www.URL.http://www.ginasthma.org/guidelines-gina-report-globalstrategy-for-asthma.html.

• Хронический продуктивный кашель при отсутствии свистящих хрипов или удушья.

• Постоянные нормальные результаты обследования грудной клетки.

• Изменение голоса.

• Возникновение симптомов исключительно на фоне простудных заболеваний.

• Наличие существенной истории курения (более 20 пачек/лет).

• Заболевания сердца.

• Постоянно нормальные показатели пиковой скорости выдоха или спирометрии.

Метод спирометрии позволяет подтвердить диагноз при выявлении обструкции дыхательных путей. Однако нормальные показатели спирометрии (или пикфлоуметрии) не исключают диагноза БА. У пациентов с показателями легочной функции в пределах нормы возможна скрытая бронхообструкция, которую выявляет бронходилатационный тест.

Тест на обратимость бронхиальной обструкции проводится по правилам:

– оценивается через 8–12 ч после последнего приема коротко/длительно действующих бронхолитиков/препаратов теофиллина с медленным высвобождением;

– определяется спустя 15 мин после ингаляции фенотерол/сальбутамол – 400 мкг и др.;

– считается положительным при относительном приросте ≥ 200 мл (15 %) или ПСВ ≥ 60 л/мин.

Пикфлоуметрия – определение пиковой скорости выдоха (ПСВ), используется для оценки вариабельности воздушного потока при измерениях, выполняемых в течение, по меньшей мере, 2 недель, не менее 2 раз/сутки. Вариабельность ПСВ выражается в процентах по отношению к максимальному суточному показателю ПСВ. Вариабельность более 20 % характерна для гиперреактивности бронхов. Показатели ПСВ должны интерпретироваться с осторожностью с учетом клиники. Пикфлоуметрия более применима для мониторинга пациентов с диагнозом астмы.

Больным с бронхиальной обструкцией и средней вероятностью БА следует провести тест на обратимость и/или пробную терапию в течение определенного периода:

– при положительном тесте на обратимость или если при проведении терапевтической пробы достигнут положительный эффект, в дальнейшем следует лечить как больного астмой;

– при отрицательной обратимости и отсутствии положительного ответа при проведении пробного курса терапии следует продолжить дальнейшее обследование.

Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы

Проводят в зависимости от наличия или отсутствия бронхиальной обструкции, определяемой как $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ до применения бронхолитика.

Отсутствие бронхиальной обструкции:

- Синдром хронического кашля
- Гипервентиляционный синдром
- Синдром дисфункции голосовых связок
- ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь)
- Риниты
- Заболевания сердца
- Легочный фиброз

Наличие бронхиальной обструкции:

- ХОБЛ
- Бронхоэктазы
- Инородное тело
- Облитерирующий бронхит
- Стеноз крупных дыхательных путей
- Рак легких
- Саркоидоз

Определение степени тяжести бронхиальной астмы

Классификация БА по степени тяжести³ на основании клиники до начала терапии⁴

СТУПЕНЬ 1: Интермиттирующая бронхиальная астма:

- Симптомы реже 1 раза в неделю.
- Короткие обострения.
- Ночные симптомы не чаще двух раз в месяц.
- $ОФВ_1$ или ПСВ ≥ 80 % от должного.
- Разброс ПСВ или $ОФВ_1 < 20$ %.

СТУПЕНЬ 2: Легкая персистирующая бронхиальная астма:

- Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день.
- Обострения могут снижать физическую активность и нарушать сон.
- Ночные симптомы чаще двух раз в месяц.
- $ОФВ_1$ или ПСВ ≥ 80 % от должного.
- Разброс ПСВ или $ОФВ_1 20$ –30 %.

СТУПЕНЬ 3: Персистирующая бронхиальная астма средней тяжести:

- Ежедневные симптомы.
- Обострения могут приводить к ограничению физической активности и нарушению сна.

³ При определении степени тяжести достаточно наличия одного из признаков тяжести: больной должен быть отнесен к самой тяжелой степени, при которой встречается какой-либо признак. Отмеченные в данной таблице характеристики являются общими и могут перекрываться, поскольку течение БА крайне вариабельно; более того, со временем степень тяжести у конкретного больного может меняться.

⁴ Больные с любой степенью тяжести БА могут иметь легкие, среднетяжелые или тяжелые обострения. У ряда больных с интермиттирующей БА наблюдаются тяжелые и угрожающие жизни обострения на фоне длительных бессимптомных периодов с нормальной легочной функцией.

- Ночные симптомы чаще 1 раза в неделю.
- Ежедневное использование ингаляционных β_2 -агонистов короткого действия.
- ОФВ1 или ПСВ 60–80 % от должного.
- Разброс ПСВ или ОФВ1 > 30 %.

СТУПЕНЬ 4: Тяжелая персистирующая бронхиальная астма:

- Ежедневные симптомы.
- Частые обострения.
- Частые ночные симптомы.
- Ограничение физической активности.
- ОФВ1 или ПСВ \leq 60 % от должного.
- Разброс ПСВ или ОФВ1 > 30 %.

Классификация тяжести БА у пациентов, получающих лечение, основана на наименьшем объеме терапии, который требуется для поддержания контроля над течением заболевания. Легкая БА – это БА, контроль которой может быть достигнут при небольшом объеме терапии (низкие дозы ИГКС, антилейкотриеновые препараты или кромоны). Тяжелая БА – это БА, для контроля которой необходим большой объем терапии (например, ступень 4 или 5), или БА, контроля которой достичь не удастся, несмотря на большой объем терапии.

Лечение стабильной бронхиальной астмы

Цель лечения БА – достижение и поддержание полного контроля над заболеванием (включая контроль симптомов, отсутствие обо-

стрений, госпитализаций) в течение длительного периода времени с учетом безопасности терапии и «стоимости болезни». «Стоимость болезни» состоит из стоимости курса базисной терапии и бронхолитиков, консультаций, госпитализаций, вызовов бригад неотложной помощи, оплаты листов нетрудоспособности и пр.

- При оценке контроля астмы могут использоваться вопросники (АСТ-тест у детей от 12 лет и взрослых, вопросник по контролю над астмой (ACQ-5)).

- Увеличение потребности в препаратах неотложной помощи, ежедневное их использование указывает на утрату контроля над астмой и необходимость пересмотра терапии.

- Если текущая терапия не обеспечивает контроля над БА, необходимо увеличивать объем терапии (переходить на более высокую ступень) до достижения контроля.

- В случае достижения частичного контроля над БА следует рассмотреть возможность увеличения объема терапии с учетом наличия более эффективных подходов к лечению, их безопасности, стоимости и удовлетворенности пациента достигнутым уровнем контроля.

- При сохранении контроля над БА в течение 3 месяцев и более возможно уменьшение объема поддерживающей терапии с целью установления минимального объема терапии и наименьших доз препаратов, достаточных для поддержания контроля (табл. 1).

Таблица 1

Уровни контроля над БА

А. Оценка текущего клинического контроля (предпочтительно в течение 4 нед.)			
Характеристики	Контролируемая БА (все перечисленное)	Частично контролируемая БА (любое проявление)	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Отсутствуют (или \leq 2 эпизодов в неделю)	> 2 эпизодов в неделю	Наличие трех или более признаков частично контролируемой БА*, **
Ограничения активности	Отсутствуют	Любые	
Ночные симптомы (пробуждения)	Отсутствуют	Любые	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Отсутствует (или \leq 2 эпизодов в неделю)	> 2 эпизодов в неделю	
Функция легких (ПСВ/ОФВ1)***	Нормальная	< 80 % от должного значения или от наилучшего для данного пациента показателя	
Б. Оценка будущего риска (риск обострений, нестабильности, быстрого снижения функции легких, побочные эффекты)			

Признаки, ассоциируемые с неблагоприятными будущими осложнениями, включают: плохой клинический контроль над БА, частые обострения в течение последнего года*, любая госпитализация в отделение неотложной помощи по поводу БА, низкий ОФВ1*, воздействие табачного дыма, высокие дозы препаратов

* При любом обострении необходимо рассмотрение поддерживающей терапии с целью оценки ее адекватности.

** По определению, неделя с обострением – это неделя неконтролируемой БА.

*** Без применения бронхолитика исследование функции легких не является надежным методом исследования у детей 5 лет и младше (ПСВ – пиковая скорость выдоха, ОФВ1 – объем форсированного выдоха в 1-ю секунду).

Ступенчатая терапия бронхиальной астмы

• Каждая ступень включает варианты терапии, которые могут служить альтернативами при выборе базисной терапии БА, хотя и не являются одинаковыми по эффективности.

• У большинства больных с симптомами персистирующей БА, не получавших терапии, следует начинать лечение со ступени 2. Если симптомы БА при первичном осмотре указывают на отсутствие контроля, лечение необходимо начинать со ступени 3.

• Если лечение неэффективно или ответ на него недостаточен, необходимо проверить технику ингаляции, соблюдение назначений, уточнить диагноз и оценить сопутствующие заболевания.

• Обучение пациента и контроль над факторами окружающей среды являются важными составляющими эффективной терапии.

• При принятии решения, какой препарат снижать первым и с какой скоростью, должны быть приняты во внимание тяжесть астмы, побочные эффекты лечения, продолжительность приема текущей дозы, достигнутый положительный эффект и желание пациента.

• Снижение дозы ингаляционных стероидов должно быть медленным в связи с возможностью развития обострения. При достаточном контроле возможно снижение дозы каждые три месяца, примерно от 25 до 50 %.

Схема ступенчатой терапии БА приводится в таблице 2.

Таблица 2

Ступени терапии бронхиальной астмы GINA для детей от 6 лет и взрослых

			Ступень 3	Ступень 4	Ступень 5
	Ступень 1	Ступень 2			
Поддерживающая терапия, предпочтительный выбор	Низкие дозы ИГКС		Низкие дозы ИГКС/ДДБА***	Средние/высокие дозы ИГКС/ДДБА*, **	Добавить Анти IgE
Поддерживающая терапия, иные варианты	Рассмотреть низкие дозы ИГКС	Антилейкотриеновые препараты Низкие дозы теофиллина	Средние/высокие дозы ИГСК, низкие дозы ИГСК + антилейкотриеновые, или теофиллин	Высокие дозы ИГСК + антилейкотриеновые, или теофиллин	Добавить низкие дозы оральных ГКС
Препараты по потребности	КДБА по требованию		КДБА по требованию или иные дозы ИГКС/формотерол**		

* для детей 6–11 лет теофиллин не рекомендован, предпочтение на ступени 3 – средние дозы ИГКС;

** для пациентов с поддерживающей и по требованию терапией BOP/formoterol или BUD/formoterol;

*** могут быть эффективны пролонгированные холинолитики (Peters SP et al.)

Ступень 1:

• Ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия применяются в режиме «по требованию» на всех ступенях терапии.

• У больных с высокой частотой использования ингаляционных короткодействующих β_2 -агонистов необходимо провести коррекцию тактики лечения астмы.

Ступень 2:

Антилейкотриеновые препараты (монтелукаст, зафирлукаст) – рекомендуются при бронхиальной астме в сочетании с аллергическим ринитом, астме физического усилия.

Ингаляционные стероиды рекомендуются как препараты базисной терапии для достижения целей лечения.

• Начальная доза ингаляционных стероидов выбирается согласно тяжести заболевания.

• У взрослых стартовая доза, как правило, эквивалентна дозе беклометазона дипропионата (БДП) 400 мкг в день.

• Дозы ингаляционных стероидов титруются до самой низкой дозы, при которой сохраняется эффективный контроль астмы.

Частота дозирования ингаляционных стероидов: ингаляционные стероиды исходно назначаются 2 р/сут, за исключением некоторых современных стероидов, назначаемых однократно в день; после достижения хорошего контроля ингаляционные стероиды можно принимать 1 раз в день в той же суточной дозе.

Ступень 3:

Возможные дополнения к терапии при недостаточной эффективности лечения на 2-й ступени:

• первым выбором дополнения к терапии ингаляционными стероидами у взрослых является добавление ингаляционных длительно действующих β_2 -агонистов при дозе 400 мкг БДП или эквивалента в сутки;

• если контроль астмы остается субоптимальным после добавления ингаляционных

длительно действующих β2-агонистов, то доза стероидов в эквиваленте БДП должна быть увеличена до 800 мкг/сут;

– у взрослых и подростков с недостаточным контролем астмы на низких дозах ИГКС добавление ДДБА более эффективно, чем увеличение дозы ИГКС, в снижении частоты обострений, требующих применения пероральных стероидов, а также в улучшении показателей функции дыхания и уменьшении симптомов;

– ингаляторы, содержащие фиксированные комбинации, гарантируют применение ДДБА только вместе с ИГКС и могут улучшать комплаентность, повышая эффективность по сравнению со свободными комбинациями ИГКС/ДДБА;

– при уменьшении объема терапии, включающей комбинацию ИГКС/ДДБА, вероятность сохранения контроля выше при уменьшении дозы ИГКС в составе комбинации и отмене ДДБА после перехода на низкие дозы ИГКС.

Ступень 4:

Если контроль остается недостаточным на дозе 800 мкг беклометазона/день ингаляционных стероидов в комбинации с длительно

действующим β2-агонистом (ДДБА), возможны следующие варианты:

- повышение дозы ингаляционных стероидов до максимальных + ДДБА;
- добавление антилейкотриеновых препаратов;
- добавление теофиллина замедленного высвобождения;
 - высокие дозы ингаляционных стероидов могут применяться с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов (ДАИ) со спейсером или через небулайзер;
 - если дополнительное лечение неэффективно, следует прекратить прием препаратов (в случае увеличения дозы ингаляционных стероидов – уменьшить до первоначальной дозы);
 - прежде чем перейти к 5-й ступени, направить пациентов с неадекватно контролируемой астмой в отделение специализированной помощи для обследования.

Ступень 5:

Максимальная доза ИГКС до 1000 мкг в эквиваленте БДП.

Минимально возможная доза пероральных стероидов.

Анти-IgE-терапия.

Таблица 3

Сравнительные эквивалентные суточные дозы (мкг) ИГКС для базисной терапии астмы у взрослых и подростков старше 12 лет

Препарат	Низкие дозы	Средние дозы	Высокие дозы
Беклометазон ДАИ неэкстремелкодисперсный	200–500	> 500–1000	> 1000–2000
Беклометазон ДАИ экстремелкодисперсный	100–250	> 250–500	> 500–1000
Будесонид ДАИ, ДПИ	200–400	> 400–800	> 800–1600
Флутиказон ДАИ, ДПИ	100–250	> 250–500	> 500–1000
Мометазон ДПИ	200	≥ 400	≥ 800
Циклесонид ДАИ	80–160	> 160–320	> 320–1280

ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор; ДПИ – дозированный порошковый ингалятор.

Таблица 4

Перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных в России для лечения БА

Препараты	Разовые дозы		Длительность действия, часы
	Для ингаляции (устройство, мкг)	Ч/з небулайзер, мг/мл	
Короткодействующие бронхолитики			
Фенотерол	100–200 (ДАИ)	–	4–6
Сальбутамол	200 (ДАИ)	2,5–5,0	4–6
Ипратропия бромид	40–80 (ДАИ)	0,25–0,5	6–8
Фенотерол / Ипратропия бромид	100/40–200/80 (ДАИ)	1,0/0,5	6–10
Длительно действующие бронхолитики			
Тиотропия бромид	18 (ДПИ); 5 (Респимат®)	–	24
Формотерол*	4,5–12 (ДАИ, ДПИ)	–	12
Метилксантины			
Теофиллин (SR) – per os	–	–	до 24
Ингаляционные кортикостероиды			
Беклометазон	50, 100, 250 (ДАИ)		12
Будесонид	80, 160, 200, 400 (ДПИ)		12

Препараты	Разовые дозы		Длительность действия, часы
	Для ингаляции (устройство, мкг)	Ч/з небулайзер, мг/мл	
Флутиказона пропионат	125, 250 (ДАИ)		12
Циклесонид	80, 160 (ДАИ)		24
Мометазона фураат	200, 400 (ДПИ)		24
Свободные комбинации длительно действующих β2-агонистов + кортикостероидов			
Формотерол + Будесонид	12/200, 12/400 (ДПИ)	–	12
Фиксированные комбинации длительно действующих β2-агонистов + кортикостероидов			
Формотерол/Будесонид	4,5/80; 4,5/160; 9,0/320 (ДПИ)	–	12
Салметерол/Флутиказона пропионат	50/125, 50/250, 50/500 (ДПИ), 25/125, 25/250 (ДАИ)	–	12
Беклометазона дипропионат/Формотерол	100/6 (ДАИ)	–	12
Мометазона фураат/формотерол	50/5, 100/5, 200/5 (ДАИ)	–	12
Вилантерол/флутиказона фураат**	22/92 (ДПИ) 22/184 (ДПИ)**	–	24

ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор; ДПИ – порошковый ингалятор; * – формотерол не рекомендован к использованию в монотерапии, только в сочетании с ИГКС

NB!!! Вилантерол/флутиказона фураат** – в РФ зарегистрирован для лечения бронхиальной астмы и ХОБЛ⁵, в Европе и США – зарегистрирован только для лечения ХОБЛ⁶. На сайте FDA отмечено, что препарат противопоказан при БА из-за риска астма-ассоциированной смерти (www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/204275s000lbl.pdf)⁷. В Федеральных клинических рекомендациях по ведению больных с бронхиальной астмой препарат не отмечен.

При анализе публикаций об эффективности различных схем базисной терапии необходимо учитывать показатели достижения полного контроля над заболеванием (включающем отсутствие симптомов заболевания, обострений, госпитализаций). Важно оценивать статью с позиции реальной клинической практики (наблюдательные исследования). Часть изданий основана на жестких рандомизированных ис-

следованиях (РКИ), а это значит, что больные специально отобраны, социально благополучны, не имеют сопутствующих заболеваний, эффективность РКИ может достигать 90 % и т.д. В работе же практического врача фактически нет больных-инвалидов с бронхиальной астмой, не имеющих отягощающих факторов, в том числе снижающих комплаентность, эффективность терапии, дающих осложнения на лечение.

Таблица 5

Данные сравнительной эффективности препаратов в достижении полного контроля бронхиальной астмы

	Доля больных с полным контролем БА ^{8, 9} (%)	% снижения количества обострений ¹⁰ по сравнению с ИГКС
Рутинная терапия (ИГКС)	8,6	–
Свободные комбинации	9,7	(–13 %, P < 0,001)
Фиксированные комбинации	12,5	(–20 %, P < 0,001)

NB!!! Полный контроль = контроль симптомов заболевания + не было обострений и госпитализаций в течение года.

⁵ [www.URL:http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View.aspx?idReg=84897&isOld=1&t=pdf](http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View.aspx?idReg=84897&isOld=1&t=pdf) – формат инструкции.

⁶ Non-commercial uses of the work are permitted without any further permission from Dove Medical Press Limited, provided the work is properly attributed // *J Asthma Allergy*. – 2014. – № 7. – P. 77–83. – Режим доступа : [www.URL:http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/).

⁷ [www.URL:http://accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/204275s000lbl.pdf](http://accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/204275s000lbl.pdf).

⁸ Архипов, В. В. Контроль над бронхиальной астмой в России : результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА / В. В. Архипов, Е. В. Григорьева, Е. В. Гавришина // *Пульмонология*. – 2011. – № 6. – С. 87–93.

⁹ Авдеева, С. Н. Клинические и фармакоэкономические аспекты терапии среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмы / С. Н. Авдеева, Е. В. Григорьева // *Фармакоэкономика*. – 2011. – № 3.

¹⁰ A real-life cost-effectiveness evaluation of budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy in asthma / B. Ställberg et al. // *Respir Med*. – 2008. – № 102 (10): Oct. – 1360–1370.

Фиксированные комбинации предпочтительнее из-за более высокой комплаентности, т.е. приверженности к правильному лечению [1].

Лечение обострений астмы у взрослых амбулаторно

Диагностика (оценка, обследование) тяжелых форм астмы

NB!!! Постоянно необходимо контролиро-

вать пациентов, в анамнезе которых были тяжелые или крайне тяжелые обострения астмы, а также пациентов с нестабильным течением заболевания.

Специалисты должны наблюдать пациентов, госпитализированных с тяжелыми обострениями астмы, как минимум в течение года после госпитализации (табл. 6).

Таблица 6

Критерии тяжелой астмы при первичном осмотре

	Легкая	Умеренно тяжелая	Тяжелая	Угроза остановки дыхания
Одышка	При ходьбе	При разговоре	В покое	Тяжелая, цианоз
Речь	Предложениями	Фразами	Словами	
Тревожность	Может быть возбужден	Обычно возбужден	Обычно возбужден	Сонлив или сознание спутано
Частота дыхания	Повышена	Повышена	Часто > 30	
Участие вспомогательных дыхательных мышц; западение яремной ямки	Обычно нет	Обычно есть	Обычно есть	Парадоксальные торакоабдоминальные движения
Свистящие хрипы	Умеренные, часто только при выдохе	Громкие	Обычно громкие	Отсутствуют
Пульс/мин	< 100	100–120	> 120	Брадикардия
ОФВ или ПСВ (% от должного или индивидуального лучшего показателя)	> 80 %	60–80 %	< 60 %	

Терапия обострений астмы амбулаторно
Необходима оценка состояния через 60, 120 минут после назначенной терапии (оказание неотложной помощи на дому)

- Сальбутамол (или фенотерол, или фенотерол/ипратропиум) через ДАИ 4 вдоха каждые 20 мин первый час, далее до 4 вдохов каждые 3–4 ч.

- Сальбутамол через небулайзер: 2,5–5 мг каждые 20 мин 3 дозы, затем 2,5–10 мг через 1–4 ч по необходимости или 10–15 мг/ч постоянно;

или фенотерол/ипратропий по 1,0 каждые 20 мин до 3 доз, далее по необходимости;

и/или ипратропиума бромид через небулайзер: 0,5 мг каждые 20 мин до 3-х доз, далее по необходимости (при наличии сопутствующей патологии ССС – нарушение ритма, ИБС).

- Кортикостероиды per os (30–50 мг/сут преднизолон однократно) в течение 7 дней *и/или* кортикостероиды ингаляционные (будесонид 500 мкг до 4 раз/сут).

- Кислород.

Критерии для госпитализации пациентов с БА

- Должны быть обязательно госпитализированы пациенты с любым из признаков приступа угрожающей жизни или околофатальной астмы.

- Должны быть обязательно госпитализированы пациенты с любым из признаков тяжелого приступа астмы, сохраняющегося после первоначального лечения в течение 60 минут.

- Пациенты, ПСВ у которых через один час после первоначального лечения составляет менее 75 % от лучшего или расчетного результата.

Трудно контролируемая астма

Для трудно контролируемой астмы характерно постоянное наличие симптомов или частые обострения, показано лечение, соответствующее 4–5 ступеням.

При неэффективности необходимо:

- Пересмотреть диагноз (исключить ХОБЛ, муковисцидоз и пр., см. выше).

- Оценить комплаенс, технику ингаляций.

- Устранить факторы, приводящие к обострениям (производственные вредности, хроническая инфекция дыхательных путей и пр.).

- Оценивать различные сопутствующие заболевания пациента, которые могут определять невозможность достижения контроля астмы.

- Коррекция терапии индивидуально:

или терапия в режиме единого ингалятора будесонид/формотерол 160/4,5 мкг (по 1–2 дозы × 2 раза в сутки + по требованию, но не более 8 доз в сутки)¹¹,

¹¹ Combination formoterol and budesonide as maintenance and reliever therapy versus combination inhaler maintenance for chronic asthma in adults and children / K. M. Kew, C. Karner, S. M. Mindus, G. Ferrara // Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – № 12: Dec 16. – Режим доступа: www.URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24343671 .

или + тиотропиум бромид (дозировки лекарственных форм Хандихалер 18 мкг и Респимат 2,5 мкг × 2 дозы эквивалентны по клинической эффективности и безопасности),

или перевод на иГКС, направленные на мелкие дыхательные пути (беклометазон/формотерол, мометазона фуроат/формотерол, мометазона фуроат, циклесодид),
или + низкие дозы теофиллина.

Таблица 7

Образование и обучение пациентов с БА

	Результаты исследований	Рекомендации
Обучение пациентов	Основу обучения составляет предоставление необходимой информации о заболевании, составление индивидуального плана лечения для пациента и обучение технике управляемого самоведения	Необходимо обучение больных БА основным техникам мониторингования своего состояния, следование индивидуальному плану действия, проведение регулярной оценки состояния врачом. На каждом этапе лечения (госпитализация, повторные консультации) проводится ревизия плана управляемого самоведения пациента
Спелеотерапия	Нет достаточной доказательной базы эффективности	
Физическая реабилитация	Физическая реабилитация улучшает сердечно-легочную функцию. В результате проведения тренировки при физической нагрузке увеличивается максимальное потребление кислорода и увеличивается максимальная вентиляция легких	Нет достаточной доказательной базы. По имеющимся наблюдениям, применение тренировки с аэробной нагрузкой, плавание, тренировка инспираторной мускулатуры с пороговой дозированной нагрузкой улучшает течение БА

Диспансеризация пациентов с бронхиальной астмой¹²

Пациенты с бронхиальной астмой наблюдаются терапевтом, пульмонологом и аллергологом по группе III ДН 2 раза в год при интермит-

тирующей и легкой персистирующей степени тяжести заболевания, 4 раза в год – при частично контролируемой персистирующей БА средней степени тяжести и тяжелой, а также неконтролируемой астмой (табл. 8).

Таблица 8

Диспансеризация пациентов с бронхиальной астмой

	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Перечень диагностических исследований
Бронхиальная астма интермиттирующая легкая и легкая персистирующая контролируемая	Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог, аллерголог 1 раз в год	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт (по показаниям)	Антропометрия, флюорография, глюкоза крови, клинический анализ крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия с исследованием обратимости обструкции бронхов
Бронхиальная астма персистирующая средней тяжести и тяжелая частично контролируемая и неконтролируемая	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев, аллерголог 1 раз в 6 месяцев	Отоларинголог, стоматолог, психотерапевт (по показаниям)	Антропометрия, флюорография, компьютерная томография (по показаниям), глюкоза крови, клинический анализ крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам, спирометрия с исследованием обратимости обструкции бронхов

¹² Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития : метод. рекомендации / под ред. С. А. Бойцова, А. Г. Чучалина. – М., 2014. – 112 с. – Режим доступа: [www.URL:http://gnicpm.ru/disp_sp](http://gnicpm.ru/disp_sp).

УДК 616.24-002-039.57(072)

Оптимизация ведения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях

(информационно-методическое письмо для специалистов здравоохранения)

(Утверждено министром здравоохранения Хабаровского края 26 мая 2015 г.)

О.В. Молчанова

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: nauch2@ipksz.khv.ru

Введение

Благодаря широкому внедрению современных антибактериальных препаратов за последние годы отмечилась четкая положительная динамика по снижению смертности от пневмонии в Хабаровском крае. Так, если в 2011 г. в крае смертность от пневмонии была 56,17 случая на 100 тыс. населения, то в 2013 г. – 49,04 соответственно. К сожалению, часть больных погибает в амбулаторных условиях либо поступает в стационар на лечение поздно, ранее получая неадекватную антибиотикотерапию, что усугубляет прогноз по заболеванию.

Представленный материал предназначен для систематизации знаний по диагностике и оптимизации лечения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях; составлен на основании рекомендаций Российского респираторного общества (РРО) и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) по ведению больных с внебольничной пневмонией^{1, 2}.

Определение, классификация и принципы диагностики

Внебольничная пневмония (ВП) – острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (т.е. вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода / отделениях длительного медицинского наблюдения ≥ 14 суток), сопровождающееся симптомами инфекции НДП (нижние дыха-

тельные пути) (лихорадка, кашель, отделение мокроты, возможно гнойной, боли в груди, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии диагностической альтернативы.

Современная классификация пневмоний:

- I. Внебольничная пневмония:
 - 1) типичная (бактериальная, вирусная, грибковая);
 - 2) у пациентов с выраженным нарушением иммунитета:
 - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);
 - прочие заболевания / патологические состояния.
- II. Нозокомиальная пневмония.
- III. Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи:
 - 1) антибактериальная терапия в предшествующие 3 месяца;
 - 2) госпитализация в течение ≥ 2 суток в предшествующие 90 дней;
 - 3) пребывание в учреждениях длительного ухода;
 - 4) хронический диализ ≥ 30 суток;
 - 5) обработка раневой поверхности в домашних условиях;
 - 6) иммунодефицитные состояния/заболевания.

Критерии диагноза внебольничной пневмонии

Диагноз ВП является определенным при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной

¹ Внебольничная пневмония у взрослых : практ. рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / под ред. А. Г. Чучалина. – М., 2010. – 54 с.

² Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых / под ред. А. Г. Чучалина. – М., 2014. – 82 с.

ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков из числа следующих:

- острая лихорадка в начале заболевания ($t > 38,0$ °C);
- кашель с мокротой;
- физические признаки (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
- лейкоцитоз > 10 тыс./мл и/или палочкоядерный сдвиг (> 10 %).

Диагностика пневмонии основана на обнаружении характерных признаков при отсутствии альтернативного объяснения их возникновения.

Рентгенодиагностика ВП:

- Рентгенодиагностика должна проводиться в прямой и боковой проекциях (для выявления нижнедолевой левосторонней пневмонии).
- В практической работе полноформатная пленочная рентгенография может заменяться цифровой флюорографией, которая в этих случаях выполняется в тех же проекциях.
- Без рентген-подтверждения диагноз пневмонии не правомерен.
- Основным рентгенологическим признаком пневмонии является локальное уплотнение (затемнение, инфильтрация) легочной ткани.

NB!!! У части пациентов на ранних стадиях может не выявиться инфильтративных изменений; необходим рентген-контроль при сохраняющейся/нарастающей клинике.

- Повторное рентгенологическое исследование показано при прогрессировании клиники заболевания и/или возникновении осложнений.
- Рентген-контроль должен проводиться через ≥ 14 дней после начала антибиотикотерапии. Цель – исключить рак и туберкулез легких, протекающие под маской ВП.

Определение места лечения

Выбор места лечения – ключевой вопрос после подтверждения диагноза внебольничной пневмонии. Большой выбор современных антибактериальных пероральных препаратов позволяет значительной части больных получать адекватное лечение на дому.

В настоящее время существует несколько оценочных шкал по уточнению степени тяжести течения пневмонии и определению места лечения. Однако следует знать, что оценивается тяжесть состояния и/или прогноз в конкретный период времени, при этом не учитываются вариабельность клинической картины ВП и возможность быстрого прогрессирования заболевания. Прогностические шкалы не рассматривают такие факторы, как декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний, которые усугубляют прогноз.

NB!!! Выбор места лечения в каждом конкретном случае решается врачом индивидуально.

Больной пневмонией в течение первых 3–5 суток должен ежедневно осматриваться врачом/фельдшером с целью оценки состояния больного, динамики заболевания, определения показаний для госпитализации, коррекции лечения.

Помимо сбора анамнеза и физикального обследования, диагностический минимум обследования в амбулаторных условиях включает рентгенографию органов грудной клетки; исследование общего анализа крови, мокроты на микобактерии туберкулеза, атипичные клетки.

Госпитализация при подтвержденном диагнозе ВП обязательно показана при наличии как минимум одного из признаков:

- Данные физикального исследования: частота дыхания ≥ 30 в 1 мин, диастолическое артериальное давление ≤ 60 мм рт.ст.; систолическое давление < 90 мм рт.ст., ЧСС ≥ 125 в 1 мин; температура $\leq 35,5$ °C или $\geq 39,9$ °C, нарушение сознания.
- Лабораторные и рентгенологические данные: лейкоцитов периферической крови $< 4,0$ тыс./мл или $> 20,0$ тыс./мл; гемоглобин < 90 г/л; $SpO_2 < 92$ % (по данным пульсоксиметрии), пневмоническая инфильтрация, локализуемая более чем в одной доле, наличие полости распада, плевральный выпот; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации > 50 % в течение ближайших 2-х суток); внелегочные очаги инфекции, сепсис, признаки полиорганной недостаточности с метаболическим ацидозом и коагулопатией.
- Невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях.
- Неэффективность стартовой терапии в течение 48–72 часов.
- Предполагаемая аспирация.
- Беременность.
- Признаки декомпенсации сопутствующего заболевания.

Стационарное лечение ВП предпочтительно в случаях:

- возраст старше 60 лет;
- наличие сопутствующих заболеваний (хронический бронхит/хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит веса, цереброваскулярные заболевания);

- желание пациента и/или членов его семьи.

Рекомендации по лечению

Антибиотикотерапия ВП начинается сразу по установлении диагноза.

Среди амбулаторных пациентов выделяют две группы, различающиеся между собой по этиологии и тактике антибактериальной терапии (табл. 1).

Таблица 1

Рекомендации по антибиотикотерапии ВП в амбулаторных условиях

Группа	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Нетяжелая ВП у лиц моложе 60 лет без сопутствующих заболеваний, не принимавших последние 3 месяца антибиотики	Амоксициллин 500–1000 мг 2–3 раза/сут внутрь или макролиды* внутрь	Респираторные ФХ внутрь**
Нетяжелая ВП у лиц старше 60 лет и/или с сопутствующими заболеваниями, или получавших последние 3 месяца антибиотик	Амоксициллин/клавуланат 1,0 2 раза/сут или амоксициллин/сульбактам 1,0 3 раза/сут внутрь +/- новый макролид*	Респираторные ФХ внутрь**

* Кларитромицин 500 мг 2 раза/сут или азитромицин 500 мг/сут или кларитромицин СР 500 мг/сут.

** Левофлоксацин 500 мг/сут, моксифлоксацин 400 мг/сут.

В первую группу включены пациенты без сопутствующих заболеваний и не принимавшие за последние 3 месяца системные антибиотики ≥ 2 дней. У этих больных адекватный клинический эффект может быть получен при применении пероральных препаратов. В качестве препарата выбора рекомендуются амоксициллин или макролидные антибиотики. Сравнительная эффективность применения аминопенициллинов, макролидов и респираторных фторхинолонов в этой группе больных не выявила различий (категория доказательств А).

Во вторую группу включены больные ВП с сопутствующими заболеваниями (ХОБЛ, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, хронический алкоголизм, наркомания, истощение) и/или принимавшие последние 3 месяца антибиотики ≥ 2 дней, что способно оказать влияние на этиологию и обусловить неблагоприятный исход заболевания. У пациентов второй группы в качестве препаратов первой линии рекомендуются антибиотики, активные в отношении грамотрицательной флоры (в том числе антибиотикорезистентной) – амоксициллин/клавуланат или амоксициллин/сульбактам). Сочетание с макролидами этих препаратов перекрывает в том числе атипичных возбудителей заболевания.

В качестве альтернативой терапии может быть применение респираторных фторхино-

лонов (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин).

Использование аминогликозидов (гентамицин и др.), цефазолина и ципрофлоксацина при лечении внебольничной пневмонии следует считать ошибочным, так как эти препараты не активны в отношении основных возбудителей пневмонии.

Практика парентерального введения антибиотиков в амбулаторных условиях не имеет доказанных преимуществ перед применением современных пероральных антимикробных препаратов. Они могут применяться избирательно (при низкой комплаентности, отказе или невозможности применения пероральных лекарств). У пациентов первой и второй групп показано применение цефтриаксона (1,0–2,0 в/м каждые 24 часа). Возможно сочетание с современными макролидами (азитромицин 500 мг/сут, кларитромицин 500 мг 2 раза/сут).

Оценка эффективности антибиотикотерапии должна проводиться через 48–72 часа после начала антибиотикотерапии. Критерии эффективности: снижение температуры, уменьшение интоксикации, одышки. Если температура сохраняется высокой и симптоматика прогрессирует – лечение неэффективно. Показана госпитализация, при невозможности стационарного лечения – коррекция антибиотикотерапии (табл. 2).

Таблица 2

Выбор антибактериального препарата при неэффективности стартовой терапии

Препарат 1 линии	Препарат 2 линии	Комментарий
Амоксициллин	Макролид	Возможны атипичные возбудители
Амоксициллин/клавуланат. Амоксициллин/сульбактам	Респираторный фторхинолон. Макролид	Возможны атипичные возбудители
Макролид	Амоксициллин/клавуланат. Амоксициллин/сульбактам. Респираторный фторхинолон	Возможные возбудители: антибиотикорезистентный пневмококк или грам(-) бактерии

Примечание: макролиды могут назначаться как вместо, так и в дополнение к β-лактамам.

При вирусной этиологии пневмонии – та-
мифлю 75 мг 2 раза либо ингавирин 90 мг/сут.

Критерием отмены антибиотиков является
стойкая нормализация температуры 48–72

часа при положительной динамике других
симптомов и отсутствии клинической не-
стабильности (табл. 3). Продолжительность
обычно 7–10 дней.

Таблица 3

**Клинические признаки и состояния, не являющиеся показанием
для продолжения антибиотикотерапии**

Признаки	Пояснения
Стойкий субфебрилитет (37,0–37,5 °С)	При отсутствии иных признаков инфекции может быть проявлением неинфекционного воспаления, постинфекционной астении (вегетативной дисфункции), медикаментозной лихорадки
Остаточные изменения на рентгенограммах (инфильтрация, усиление легочного рисунка)	Могут наблюдаться до 1–2 месяцев после пневмонии
Сухой кашель	Может быть до 1–2 месяцев после пневмонии, особенно у курящих, при ХОБЛ
Хрипы при аускультации	Сухие хрипы могут наблюдаться в течение 3–4 недель после ВП и отражают естественное течение заболевания (локальный пневмофиброз на месте)
Увеличение СОЭ	Неспецифический показатель, не является признаком только бактериальной инфекции
Астенизация, потливость	Постинфекционная астения

При длительно сохраняющейся клинической, лабораторной и рентген-симптоматике ВП необходимо проводить дифференциальную диагностику с раком легкого, туберкулезом, застойной сердечной недостаточностью.

Диспансеризация пациентов с внебольничной пневмонией³

Пациенты с внебольничной пневмонией наблюдаются терапевтом, пульмонологом в течение года в группе II ДН. Через год после полного восстановления пациент переводится в I ДН. В случае наличия необратимых изменений в легких переводятся в III ДН.

Профилактика внебольничной пневмонии

С целью профилактики ВП взрослых показаны пневмококковая и гриппозная вакцины.

Показания по использованию неконъюгированной пневмококковой вакцины:

1. Пациенты в возрасте 65 лет и старше без иммунодефицита.

2. Лица в возрасте > 2 лет и < 65 лет с хроническими заболеваниями:

- сердечно-сосудистой системы (застойная сердечная недостаточность, кардиопатии);
- хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ);
- сахарным диабетом;
- алкоголизмом;
- печени (цирроз);
- ликвореей.

3. Лица с иммунодефицитными состояниями в возрасте > 2 лет, включая больных с:

- ВИЧ-инфекцией;
- лейкемией;
- болезнью Ходжкина;
- миеломой;
- на иммуносупрессивной терапии (включая химиотерапию);
- хронической почечной недостаточностью;
- нефротическим синдромом;
- органной недостаточностью или трансплантатом.

	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Перечень диагностических исследований
Острые болезни легких (пневмония, абсцесс, плеврит)	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог 2 раза в год (при постановке на учет и через год)	Отоларинголог, стоматолог, фтизиатр, онколог (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, атипичные клетки, спирометрия с исследованием обратимости обструкции бронхов (по показаниям). Рентгенологическое исследование через 12 мес. (по показаниям – ранее)

³ Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: метод. рекомендации / под ред. С. А. Бойцова, А. Г. Чучалина. – М., 2014. – 112 с. – Режим доступа: [www.URL:http://gnicpm.ru/disp_sp](http://gnicpm.ru/disp_sp).

Поскольку пациентам, нуждающимся во введении пневмококковой вакцины, нередко требуется применение и гриппозной вакцины, следует помнить, что обе вакцины вводятся в один день (в разные руки) без увеличения частоты нежелательных реакций или снижения иммунного ответа; либо с перерывом не менее месяца. Оптимальное время введения вакцин: октябрь – первая половина ноября.

Показания для введения противогриппозной вакцины:

- лица старше 50 лет;
 - пациенты из домов длительного ухода;
 - пациенты с бронхолегочными (в том числе бронхиальная астма, ХОБЛ) и сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, заболеваниями почек, иммунодефицитными состояниями (в том числе ВИЧ-инфицированные);
 - женщины во 2-м и 3-м триместрах беременности;
 - медперсонал ЛПУ и сотрудники домов длительного ухода;
 - члены семей пациентов, входящих в группы риска;
 - медицинские и социальные работники, осуществляющие уход на дому.
-

Правила для авторов

Уважаемые авторы!

Просим вас соблюдать следующие правила.

1. Статьи должны быть написаны на высоком научном и методическом уровне с учетом требований международных номенклатур, отражать актуальные проблемы, содержать новую научную информацию, рекомендации практического характера. При изложении методик исследований необходимо сообщать о соблюдении правил проведения работ с использованием экспериментальных животных.

2. Статья должна иметь сопроводительное направление, подписанное руководителем учреждения, в котором выполнена работа. На изобретение или рационализаторское предложение представляется один экземпляр копии авторского свидетельства или удостоверения.

3. В редакцию направляют:

а) отпечатанные первый и второй экземпляры текста статьи на листах формата А4 (210 x 297 мм) через полтора интервала (оригинальные исследования – до 12 страниц, включая таблицы, рисунки и список литературы; лекции и обзоры – до 15 страниц; опыт клинической работы – до 5 страниц). Текст должен быть набран шрифтом Arial или Times New Roman, кегль 12 или 14, без двойных пробелов;

б) резюме на русском и английском языке, объемом не более $\frac{1}{3}$ страницы, с указанием 3–5 ключевых слов;

в) один экземпляр сопроводительного направления;

г) электронный вариант на CD- или DVD-диске, flash-накопителе с текстом и таблицами в формате Word (DOC или RTF), рисунками в форматах TIFF, PSD, JPG (разрешение не ниже 300 dpi) для растровой графики, CDR, AI – для векторной графики. Допустимы таблицы и диаграммы в формате Excel (XLS).

4. На первой странице статьи должны быть: УДК, ее название, фамилии и инициалы авторов, полное, без сокращений, наименование учреждения. Второй экземпляр статьи подписывается всеми авторами с указанием фамилии, имени, отчества и почтового адреса автора для переписки, а также номеров контактных телефонов. Материал статьи должен быть тщательно выверен, без обширных исторических и литературных сведений, без орфографических ошибок и опечаток. Цитаты, формулы, дозы лекарственных средств визируют на полях. В формулах необходимо размечать:

а) строчные «а» и прописные «А» буквы (прописные обозначают двумя черточками снизу, строчные – сверху);

б) латинские (подчеркивают синим карандашом) и греческие (красным) буквы;

в) подстрочные (р.) и надстрочные (Ю) буквы и цифры.

5. Иллюстрации (фотографии, графики, схемы, карты и др.) представляют в черно-белом варианте

в двух экземплярах. Фотографии должны иметь контрастное изображение на плотной глянцевой бумаге, без изгибов и повреждений. Рисунки, схемы и карты исполняются черной тушью на плотной бумаге или при помощи компьютерной графики. На обороте каждой иллюстрации простым карандашом указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора, верх и низ. Подрисовочные подписи печатают на отдельном листе с указанием номеров рисунков, их названий и объяснением условных обозначений. При представлении микрофотографий должны быть указаны метод окраски и кратность увеличения.

6. Таблицы представляются на отдельных листах. Они должны быть компактными, иметь название, а головка (шапка) таблицы – точно соответствовать содержанию граф. Цифровой материал необходимо представить статистически обработанным. Фото-таблицы не принимаются.

7. Сокращения терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Названия фирм, предприятий-изготовителей медикаментов, реактивов и аппаратуры следует давать в оригинальной транскрипции с указанием страны-производителя. Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ).

8. Пристатейный библиографический список печатают на отдельном листе. Представляют только относящиеся к обсуждаемому вопросу работы на русском и других языках. Список должен быть оформлен в соответствии с ГОСТ 7.1–84 «Библиографическое описание документа» с учетом новейших изменений. Все источники должны быть пронумерованы и соответствовать нумерации (в квадратных скобках) в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные материалы не принимаются. Объем библиографического списка не должен превышать 25 источников.

9. Не подлежат представлению в редакцию статьи, направленные для опубликования в другие журналы или уже опубликованные.

10. Все присланные статьи рецензируются. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать поступившие материалы. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу. Статьи, не принятые к опубликованию, авторам не возвращаются. Переписка между авторами и редакцией в таких случаях не ведется.

11. Редакция оставляет за собой право размещать фрагменты статей, резюме в массовых электронных базах данных и web-страницах Internet.

12. При невыполнении указанных правил статьи к публикации не принимаются.

Редакция

ОТ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ К ПРАКТИКЕ



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Хабаровского края
Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения
проводят в Хабаровске



2–4 июня 2016 года

ЮБИЛЕЙНЫЙ XV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

«Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»,

под эгидой Года образования в России

и посвященный 15-летию Института повышения квалификации специалистов здравоохранения

«ИПКСЗ – 15 лет в дополнительном профессиональном образовании»

ПУБЛИКАЦИЯ ТЕЗИСОВ ДОКЛАДОВ

Текст объемом не более 2500 знаков должен содержать разделы: цель работы, материалы и методы, результаты, выводы. Обязательно резюме на английском языке на отдельном листе. Помещение таблиц, рисунков, графиков не допускается. Тезисы с сопроводительным письмом предоставляются в виде распечатки и на электронном носителе как документ MS Word, файл должен быть назван фамилией первого автора. Размещение на листе: 1-я строка – название; 2-я строка – фамилия, имя, отчество автора полностью, номер телефона для связи; 3-я строка – учреждение, кафедра (лаборатория), город; 4-я строка – текст тезисов с красной строки.

Стоимость публикации тезисов – 400 рублей, в том числе НДС – 18 %. Публикация тезисов докладов конкурса молодых ученых бесплатна.

ТЕЗИСЫ НЕ БУДУТ ПРИНЯТЫ К ПУБЛИКАЦИИ, ЕСЛИ: НЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ; НЕ СООТВЕТСТВУЮТ ТЕМАТИКЕ КОНГРЕССА; ОФОРМЛЕНЫ С НАРУШЕНИЕМ ТРЕБОВАНИЙ; ПРИСЛАНЫ ПОЗЖЕ УСТАНОВЛЕННОГО СРОКА. СБОРНИК ТЕЗИСОВ БУДЕТ РАЗМЕЩЕН В РОССИЙСКОЙ БАЗЕ ДАННЫХ НАУЧНОГО ЦИТИРОВАНИЯ (РИНЦ)

По вопросам публикации:
+7 (4212) 72-87-15, доб. 163;

zdravdv@ipksz.khv.ru, nauch2@ipksz.khv.ru

ОБЩЕЖИТИЕ ИПКСЗ

предлагает к услугам гостей города

- ✓ двух- и трехместные номера;
- ✓ комфортабельные люксы;
- ✓ тренажерный зал.

По вопросам бронирования мест и проживания:
+7 (4212) 27-24-64



Язык Конгресса:
русский, английский

Торжественное
пленарное заседание
Конгресса
запланировано на

**3 июня 2016 года
в 10.00**

в актовом зале ИПКСЗ
(г. Хабаровск,
ул. Краснодарская, 9)

В ПРОГРАММЕ КОНГРЕССА

Пленарные и секционные заседания, международные и межрегиональные научно-практические конференции, образовательные семинары, школы, круглые столы, мастер-классы, выставки, практическая демонстрация возможностей современных медицинских технологий, циклы повышения профессионального мастерства, ярмарка образования и медицины

**В РАМКАХ КОНГРЕССА СОСТОИТСЯ IV КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ И ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ
В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ**

По вопросам участия: +7 (4212) 72-87-37

РЕКЛАМНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

ВЫСТАВКИ

Представьте вашу продукцию и услуги специалистам – врачам, фармацевтам, провизорам, среднему медицинскому персоналу и руководителям медицинских учреждений.
Приглашаем к участию производителей фармацевтической продукции, медицинской техники, биотехнологий, учреждения образования и здравоохранения.

По вопросам заключения договоров:
+7 (4212) 27-25-09

РЕКЛАМА В СБОРНИКЕ МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА

По вопросам заключения договоров:
+7 (4212) 27-25-09; +7 (4212) 72-87-15, доб. 163

СРОК ПОДАЧИ

- заявок на доклады, сообщения, постерные доклады;
- заявок на конкурс молодых ученых;
- тезисов докладов

10 марта 2016

АДРЕС ОРГКОМИТЕТА:

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, тел.: +7 (4212) 72-87-15, 27-24-92

e-mail: rec@ipksz.khv.ru ○ www.ipksz.ru

Подписная кампания на первое полугодие 2016 года

НАШ ИНДЕКС:
14395

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ
**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**
ISSN 1728-1261

Рецензируемое научно-практическое
медицинское издание для широкого круга практикующих врачей и научных работников.
Издается с 2002 года и выходит один раз в три месяца.

Учредители:
министерство здравоохранения Хабаровского края
и КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

На страницах журнала публикуются материалы,
освещающие разнообразные аспекты
современного здравоохранения,
медицинской и фармацевтической науки в рубриках:

- Экономика и организация здравоохранения
- Оригинальные исследования
- Обмен опытом
- В помощь практическому врачу
- Среднему медицинскому работнику
- Клинические наблюдения
- Обзор литературы
- Клиническая лекция
- Фармация
- История медицины
- Проблемы образования и повышения квалификации



Если Вы стремитесь к постоянному творческому и профессиональному росту, хотите быть в курсе современных теоретических и практических научных достижений в области здравоохранения, обмениваться передовым опытом лечения и предупреждения болезней – наше издание предоставляет Вам, уважаемый читатель, такие возможности.

Среди авторов журнала по различным теоретическим и практическим аспектам медицины – руководители и специалисты органов управления системы здравоохранения, практикующие врачи различных специальностей с многолетним опытом работы, деятели медицинской науки, сотрудники факультетов и кафедр различных медицинских учебных заведений.

Подписаться на журнал можно в отделениях почтовой связи или через редакцию.
Подписной индекс журнала в региональном каталоге «Почта России» по Хабаровскому краю 14395.

Для оформления договора на поставку журнала через редакцию необходимо направить заявление в свободной форме на имя ректора КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Г.В. Чижовой по адресу:
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

По вопросам организации подписки на наше издание обращаться по телефонам: (4212) 27-24-92; 27-25-10.
zdravdv@ipkszh.khv.ru