

ISSN 1728-1261

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

Издается с 2002 года. Выходит 1 раз в три месяца

**№ 4 (66) декабрь, 2015**

Дата выхода в свет: 30.12.2015

**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. Канюков, *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. Евстратова

**Фото на обложку:**

Н.З. Шелепенко

**Переводчик:**

Ю.С. Сергеева

**Корректор:**

Л.М. Кнутарева

**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](http://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 101 экз. Цена свободная

**Регистрационное свидетельство**

ПИ № ТУ27-00546 от 18 ноября 2015 г. выдано Управлением  
Федеральной службы по надзору в сфере связи,  
информационных технологий и массовых коммуникаций  
по Дальневосточному федеральному округу

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](mailto: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**

**№ 4 (66) december, 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:**

L.M. Knutareva

**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](http://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 101 copies. Free price.

**Registration certificate**

ПИ № ТУ 27-00546 on November 18, 2015 issued by the Office  
Federal Service for Supervision of Communications,  
Information Technology and Communications  
for Far Eastern Federal District

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](mailto:rec@ipksz.khv.ru); <http://zdravdv.ucoz.ru>

© Postgraduate institute for public health workers

<b>I. Колонка главного редактора</b> .....	4	<b>I. Editor-in-chief column</b> .....	4
<b>II. Обзор новостей здравоохранения</b> .....	5	<b>II. Review of public health news</b> .....	5
<b>III. Передовая статья</b>		<b>III. Editorial</b>	
<b>Витько А.В., Корсяков Б.М., Волков А.В., Зенюков А.С.</b>		<b>Vitko A.V., Korsyakov B.M., Volkov A.V., Zenyukov A.S.</b>	
Об организации медицинской помощи населению Хабаровского края при онколо- гических заболеваниях в 2015–2018 гг. ....	7	About organization of medical care to the patients with oncological diseases in Khabarovsk krai in 2015–2018 years .....	7
<b>Кулумбегов О.И., Бондарь В.Ю., Кулумбегова Л.Г., Пчелина И.В., Шульмина Е.В., Шабанова Н.М., Ковляков В.А.</b>		<b>Kulumbegov O.I., Bondar V.Yu., Kulumbegova L.G., Pchelina I.V., Shulmina E.V., Shabanova N.M., Kovlyakov V.A.</b>	
Реабилитация пациентов после операции коронарного шунтирования .....	13	Rehabilitation of patients after coronary bypass surgery .....	13
<b>Журавлева Ю.С., Скорик Т.М., Балабкин И.В., Аристова Г.А.</b>		<b>Zhuravlyova Yu.S., Skorik T.M., Balabkin I.V., Aristova G.A.</b>	
Опыт организации массовых профилактических акций, направленных на популяризацию физической активности на муниципальном уровне (на примере города Хабаровска) .....	18	Experience in the organization of mass preventive actions aimed at promoting the physical activity at the municipal level (through the example of Khabarovsk) .....	18
<b>IV. Экономика и организация здравоохранения</b>		<b>IV. Healthcare Service Economics and Policy</b>	
<b>Ступак В.С.</b>		<b>Stupak V.S.</b>	
Современные тенденции становления и сценарии развития негосударственного сектора здравоохранения .....	22	Contemporary trends of the making and ways of private health service providers development .....	22
<b>Топалов К.П.</b>		<b>Topalov K.P.</b>	
Предотвратимая смертность как критерий оценки деятельности системы здравоохранения .....	27	Avoidable death cases as criteria for assessment of performance of the medical organizations .....	27
<b>Лучшева Л.Ф., Бондаренко Л.В., Потемкина Н.М., Рыбак О.Г.</b>		<b>Luchsheva L.F., Bondarenko L.V., Potemkina N.M., Rybak O.G.</b>	
Претензионная работа в области стоматологии .....	38	The claim settlement in dentistry .....	38
<b>V. Оригинальные исследования</b>		<b>V. Unexpected research</b>	
<b>Егоров В.В., Сорокин Е.А., Дутчин И.В., Васильева И.В.</b>		<b>Egorov V.V., Sorokin E.L., Dutchin I.V., Vasil'yeva I.V.</b>	
Новые возможности формирования роговичного клапана при выполнении рефракционных операций по поводу миопии методом «Femto-Lasik» и их клиническое значение в профилактике риска индуцированной постоперационной кератэктазии .....	42	The new features of corneal valve formation in performing refractive surgery for myopia by Femto-Lasik method and clinical relevance in prevention of the induced postsurgical keratectasia risks .....	42
<b>Мелешко С.Г., Дударева Г.Ю., Сайфутдинова Н.И., Горбунова Е.В.</b>		<b>Meleshko S.G., Dudareva G.Yu., Saifutdinova N.I., Gorbunova E.V.</b>	
Клинический опыт использования розувастатина, лизиноприла и урсодезоксихолиевой кислоты у железнодорожников с высоким сердечно-сосудистым риском и неалкогольной жировой болезнью печени .....	45	Clinical using experience of rosuvastatin, lisinopril and ursodeoxycholic acid in railway employee patients with high cardiovascular risk and nonalcoholic fatty liver disease .....	45
<b>Заворотнева А.А., Нагорная С.Р., Андриенко Я.С.</b>		<b>Zavorotneva A.A., Nagornaya S.R., Andrienko Ya.S.</b>	
Особенности течения миопии у школьников учебных заведений Кировского района г. Хабаровска .....	49	Special aspects of myopia through pupils of the schools in Kirovskiy district of Khabarovsk .....	49

**VI. Обмен опытом****Лузьянина Г.А., Ушакова О.В.**Преждевременное телархе у детей  
в раннем возрасте ..... 51**VII. В помощь практическому врачу****Лузьянина Г.А., Колесникова С.М.**Неотложные состояния при  
вегетососудистой дисфункции  
в практике врача-педиатра скорой  
медицинской помощи ..... 53**Витько Л.Г., Ушакова О.В.**Современная стратегия терапии  
при сахарном диабете 2-го типа:  
обзор основных исследований  
с акцентом на кардиобезопасность ..... 58**VIII. Среднему медицинскому работнику****Неврычева Е.В.**Лечение хронической сердечной  
недостаточности  
(Лекция для средних медицинских работников.  
Часть 2) ..... 64**IX. Клинические наблюдения****Юдин В.А., Нервичев О.Г., Криволапова Т.П.**Применение сетчатых эндопротезов  
в реконструктивной хирургии тазового дна  
в условиях районной больницы ..... 70**X. Клиническая лекция****Ткаченко И.В.**Паллиативная помощь детям в России:  
состояние и перспективы развития ..... 72**XI. Обзор литературы****Островский А.Б.**Розувастатин – лидер среди статинов  
по клинической эффективности  
и безопасности ..... 78**XII. Фармация****Абросимова Н.В., Крюкова И.В.**Правовые основы доступности наркотических  
анальгетиков. Часть II: обзор российского  
законодательства ..... 85**XIII. История медицины** ..... 89**XIV. Отзывы, рецензии** ..... 93**XV. Информация**План научно-практических конференций,  
семинаров, съездов, симпозиумов, конгрессов  
министерства здравоохранения Хабаровского  
края на 2016 год ..... 97Указатель статей, опубликованных  
в 2015 году ..... 103**VI. Sharing experiences****Luz'yanina G.A., Ushakova O.V.**Immature thelarche in children at an  
early age ..... 51**VII. As assistance for practitioner****Luz'yanina G.A., Kolesnikova S.M.**Emergency conditions of the  
vegetovascular dysfunction in pediatric's  
emergency practice ..... 53**Vit'ko L.G., Ushakova O.V.**Modern strategy of treatment for the 2<sup>nd</sup> type  
of diabetes. The review of main studies  
with emphasis on safety for patients  
with cardiosafety ..... 58**VIII. For paramedical worker****Nevrycheva E.V.**Chronic cardiac insufficiency  
treatment (lecture for paramedical worker.  
Part2) ..... 64**IX. Clinical impressions****Yudin V.A., Nervichev O.G., Krivolapova T.P.**The using of mesh implants in reconstructive  
surgery of the pelvic floor in a district  
hospital territory ..... 70**X. Clinic lecture****Tkachenko I.V.**Palliative care for children in Russia:  
condition and future development ..... 72**XI. Literature review****Ostrovskiy A.B.**The rosuvastatin is the clinical drug  
effectiveness and safety leader between  
statins ..... 78**XII. Pharmacy****Abrosimova N.V., Kryukova I.V.**Legal basis for the narcotic analgesics  
availability. Part II: review of the Russian  
Legislation ..... 85**XIII. Medicine history** ..... 89**XIV. Recensions, comments** ..... 93**XV. Information**The plan of scientific-practical conferences,  
seminars, forums, symposiums, congresses,  
of Khabarovsk krai Ministry of health for  
2016 year ..... 97The list of materials, published  
at 2015 year ..... 103

## Дорогие коллеги, друзья!



*Совсем немного времени остается до наступления Нового года и Рождества Христова. С боем курантов нам предстоит перевернуть очередную страницу в символической книге жизни, чтобы открыть новую. И в эти волнующие, безгранично радостные дни простые слова «С Новым годом! С новым счастьем!» каждый из нас произносит с особым чувством, потому что сказать их можно только один раз в году!*

*Традиционно, провожая год минувший, принято анализировать, каким он был, что стало в нем главным и определяющим.*

*Стоит отметить, что в образовательном процессе мы продолжаем использовать самые современные обучающие программы и технологии, проводим активную научную работу, направленную на решение прикладных задач дальневосточной медицины. Являясь центром последипломного медицинского образования Хабаровского края, институт активно развивает научно-практическое взаимодействие с ведущими российскими и зарубежными медицинскими центрами,*

*вузами, клиниками. Радует то, что в 2015 году мы установили обширные дружеские, профессиональные связи с образовательными и клиническими учреждениями Азиатско-Тихоокеанского региона. Проводя совместные научные исследования, обмениваясь специалистами, сегодня мы помогаем дальневосточным врачам существенно повышать свою квалификацию, совершенствовать профессиональные навыки.*

*В уходящем году вся работа института была направлена на решение кадровой политики в краевом здравоохранении, вопросов аккредитации основных образовательных программ, перехода на новые формы подготовки и повышения квалификации медицинских работников.*

*В наступающем году перед нами стоят не менее важные задачи: дальнейшее развитие качественного образования, международного сотрудничества, научного потенциала, взаимодействия с ведущими российскими и зарубежными центрами. А главная задача – опережающая подготовка специалистов в рамках непрерывного медицинского образования, в том числе с применением новых форм и видов учебного процесса, с учетом особенностей региона и потребностей практического здравоохранения Хабаровского края. Такие задачи ставит перед нами краевое правительство, министерство здравоохранения, и коллектив института готов их выполнить.*

*Новый год – праздник, который был и остается символом добра, веры, надежды и любви. Так пусть год наступающий принесет в ваши дома мир, тепло и благополучие. Преподавателям, тем, кто делится своим опытом и знаниями, желаю благодарных учеников. Клиницистам, всем, кто каждый день спасает жизни, – года без тревог и неудач. А своим землякам хочу пожелать: цените счастливые моменты, умейте радоваться самым простым вещам. Пусть ваша жизнь будет наполнена любовью и заботой о родных и близких. И, конечно, будьте здоровы, ведь здоровье – это залог хорошего настроения и полноценной жизни!*

**С Новым годом и Рождеством!**

Ректор

Г.В. Чижова



## Формируется кластерная система

**2 декабря 2015 г. министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова провела совещание с ректорами образовательных организаций в сфере охраны здоровья, которое проходило в рамках глобального двухдневного семинара для руководителей медицинских вузов.**

«Сегодня высшее медицинское образование в России можно получить в 98 образовательных организациях и 46 из них – это учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации. При этом на долю подведомственных Минздраву России вузов приходится 80 % от всего числа обучающихся по медицинским специальностям – более 200 тысяч человек, большая часть из которых проходит обучение на бюджетной основе. Таким образом, вузовская сеть Минздрава России является системообразующей и играет ключевую роль в государственной политике по формированию медицинских кадров в стране», – сообщила Вероника Скворцова.

Она также отметила, что по результатам мониторинга, проведенного в 2014 г. Министерством образования и науки Российской Федерации, все подведомственные Минздраву России образовательные учреждения признаны эффективными.

Вероника Скворцова обратила внимание присутствующих на то, что в задачи медицинского образования входит не только обучение специалиста, но и формирование у него соответствующих моральных, этических качеств, обеспечение непрерывного медицинского образования, дальнейшая работа вуза со своими выпускниками: создание ассоциации выпускников при вузе, регистра выпускников.

«Для того чтобы решить эти вопросы, Минздравом России издан приказ «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров», в котором идет речь о создании кластерных систем вокруг тех вузов, которые являются образцовыми в каждом федеральном округе. Вузы, вошедшие в кластер, не только не утратят своей самостоятельности, но и смогут транслировать передовой опыт в пределах одного кластера», – рассказала Вероника Скворцова.

Так, в соответствии с приказом Минздрава России от 26 ноября 2015 г. № 844 создан Восточный научно-образовательный медицинский кластер. Соглашение о его создании подписано пятью медицинскими вузами Дальневосточного и Сибирского федеральных

округов. Координатором стал Тихоокеанский государственный медицинский университет. В кластер также вошли четыре образовательные организации: Амурская государственная медицинская академия, Дальневосточный государственный медицинский университет, Читинская государственная медицинская академия, Иркутский государственный медицинский университет.

Основные цели создания кластера: реализация современной эффективной корпоративной системы подготовки квалифицированных специалистов здравоохранения, создание эффективной инновационной системы непрерывного профессионального образования (подготовка кадров высшей квалификации и дополнительное профессиональное образование), реализация инновационных проектов на основе интеграции научного, образовательного и инновационного потенциала участников кластера.

Научно-образовательный медицинский кластер – территориальное или профильное функциональное объединение организаций, осуществляющих образовательную и (или) научную (научно-исследовательскую) деятельность, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации. Создается в целях взаимодействия между участниками для решения стратегических задач в сфере охраны здоровья граждан.

Деятельность кластера осуществляется на основании соглашения о его создании, заключаемого между координатором и участниками кластера. Координатором является определяемая Минздравом России организация, осуществляющая методическое, организационное, экспертно-аналитическое и информационное сопровождение деятельности кластера.

Кластер не является юридическим лицом. Координатор и участники действуют на основании своих уставов и иных договоров, заключаемых как между отдельными участниками кластера, так и между кластером либо отдельными участниками кластера и третьими лицами, привлеченными для реализации проектов, программ, курсов, мероприятий, осуществляемых в рамках совместной деятельности.

Руководство совместной деятельностью координатора и участников кластера осуществляет совет кластера, в состав которого входят руководители координатора и всех организаций-участников, подписавших соглашение, либо назначенные ими представители, действующие на основании доверенностей,

оформленных в установленном законодательством порядке.

Среди вузов, вошедших в кластер, планируется создать единый совет ректоров и руководителей учебных частей, что позволит ввести перекрестные образовательные технологии, обмен студентами и выровнять подготовку студентов по основным направлениям в пределах одного кластера, гармонизировать типовые рабочие программы и учебные планы.

«Все эти меры помогут будущим выпускникам успешно пройти предстоящую аккредитацию медицинских специалистов, которая начнется по основным врачебным специальностям в 2017 году», – подчеркнула Вероника Скворцова.

В ходе аккредитации испытуемым предстоит пройти электронное тестирование по типу ЕГЭ и продемонстрировать свои практические навыки.

В 2016 г. аккредитацию должны пройти выпускники вузов по специальностям «Стоматология» и «Фармация», в 2017-м – «Лечебное дело» и «Педиатрия». Аккредитация будет проходить по единым для всей страны критериям: экзамены будут принимать в основном представители профильного сообщества, при этом преподаватели того вуза, выпускники которого проходят аккредитацию, лишены возможности войти в аккредитационную комиссию.

<http://www.rosminzdrav.ru/ru>

УДК 616-006-082(571.620)«2015/2018»

## Об организации медицинской помощи населению Хабаровского края при онкологических заболеваниях в 2015–2018 гг.

А.В. Витько<sup>1</sup>, Б.М. Корсяков<sup>2</sup>, А.В. Волков<sup>2</sup>, А.С. Зенюков<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Хабаровского края, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32; тел. +7 (4212) 40-20-00 (доб. 2800); e-mail: zdrav@adm.khv.ru

<sup>2</sup>КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии» МЗ ХК, 680042, г. Хабаровск, Воронежское шоссе, 164; тел. +7 (4212) 41-06-47; e-mail: info@kkco.khv.ru

<sup>3</sup>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

## About organization of medical care to the patients with oncological diseases in Khabarovsk krai in 2015–2018 years

A.V. Vitko<sup>1</sup>, B.M. Korsyakov<sup>2</sup>, A.V. Volkov<sup>2</sup>, A.S. Zenyukov<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Khabarovsk krai Ministry of Health, 680000, Khabarovsk, Muravyev-Amursky str. 32; tel.: +7 (4212)-40-20-00, zdrav@adm.khv.ru

<sup>2</sup>Territorial clinical oncological center, 680042, Khabarovsk, Voronegskoye ave. 164; tel.: +7 (4212)-41-06-47, e-mail: info@kkco.khv.ru

<sup>3</sup>Postgraduate institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, 9, Krasnodarskaya str.; tel. +7 (4212)-27-24-92, e-mail: nauch2@ipksz.khv.ru

В статье освещены основные направления организации и пути совершенствования оказания помощи больным с онкологическими заболеваниями в Хабаровском крае. Приведены результаты функционирования системы оказания помощи пациентам по достижению целевых показателей смертности от злокачественных новообразований в Хабаровском крае. Предложены пути дальнейшего развития онкологической службы, в т.ч. высокотехнологичной помощи и ядерной медицины, а также оптимизации использования ресурсов системы здравоохранения, направленных на улучшение демографического положения, связанного с распространенностью и летальностью населения от злокачественных новообразований.

**Ключевые слова:** онкологические заболевания, организация и эффективность медицинской помощи, злокачественные новообразования, заболеваемость, летальность.

This article lights the main approaches for organization and the methods of the optimizing of medical care for the patients with oncological diseases in Khabarovsk Territory. The results of functioning of system of assisting patients to achieve target indicators of mortality from malignant neoplasms in Khabarovsk Territory. Ways of further development of cancer services, including high-tech medical care and nuclear medicine, as well as optimizing the use of resources in the health system aimed at improving the demographic situation associated with prevalence and mortality of the population from malignant neoplasms.

**Key words:** oncological diseases, medical care organization, morbidity, mortality from malignant neoplasms, medical care effectiveness.

Постоянное внимание Правительства Российской Федерации к здравоохранению Хабаровского края подтверждается финансированием программы «Развитие здравоохранения» и подпрограммы «Онкология». Планы развития отрасли и ее самой высокотехнологичной части – онкологии регулярно корректируются Министерством здравоохранения РФ. В 2013 г. Центр позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-центр) КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края посетила министр здравоохранения В.И. Скворцова. Рассмотрение вопроса оказания онкологической помощи населению на заседании Коллегии министерства здравоохранения края 27 ноября

2015 г. свидетельствует как об актуальности этой проблемы для отрасли здравоохранения региона, так и о роли и месте инновационных технологий Хабаровского края для Дальневосточного федерального округа (ДФО).

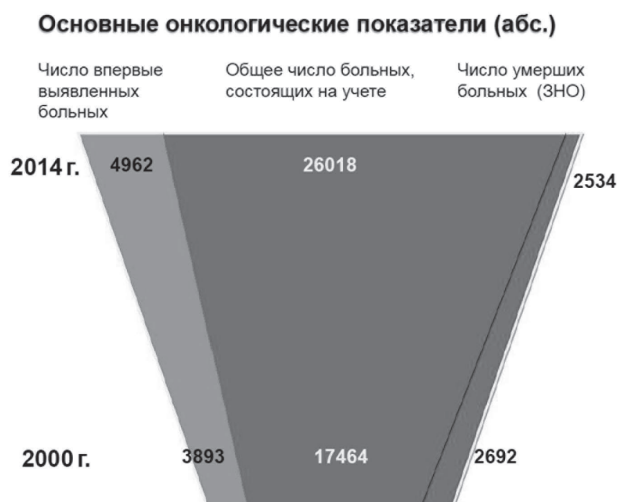
В крае общая распространенность онкозаболеваний за последние 10 лет ежегодно росла (с 1350,8 до 1941,8 на 100 тыс. населения). Прирост показателя за 10 лет составил 30,4 %, а за последние три года – 17,5%. Первичная заболеваемость также ежегодно растет (с 316,26 до 410,3 на 100 тыс.). Прирост показателя за 10 лет составил 22,9 %, а за последние 3 года – 6 %. В 2014 г. в Хабаровском крае, с учетом данных всех ведомственных служб системы здравоохранения, впервые выявлено 5498

новых случаев онкозаболеваний. Статистический учет 2015 г. предполагает рост этого показателя. Целевые показатели, определенные «Дорожной картой» и госпрограммой «Развитие здравоохранения Хабаровского края» за 2014 г., были достигнуты усилиями ЛПУ и онкологической службы края.

Структура злокачественных новообразований (ЗНО) в Хабаровском крае на протяжении последних лет не претерпевает значительных изменений и соответствует общероссийской. На первом месте находятся ЗНО кожи (14 %), далее легких, молочной железы и желудка. По результатам диспансеризации за 9 месяцев 2015 г., по сравнению с 2013 г., отмечается увеличение выявляемости ЗНО на 47,3 %. В структуре муниципальных образований края, активно выявляющих онкологическую патологию у пациентов при проведении диспансеризации, на первом месте – муниципальный округ город Хабаровск (67 %), на втором – город Комсомольск-на-Амуре (16 %), на третьем – Амурский муниципальный район (9 %). Показатель пятилетней выживаемости больных ЗНО в Хабаровском крае вырос с 45,9 до 52,3 %.

Говоря о роли диспансеризации в выявлении ЗНО следует иметь в виду, что онкологическое заболевание считается выявленным только при наличии морфологической (гистологии или цитологической) верификации, которая в большинстве случаев не может быть проведена в рамках диспансеризации.

Приведенная на рисунке 1 диаграмма демонстрирует накопление контингента больных онкологического профиля, причем при увеличении числа впервые выявленных за год больных число умерших за год имеет тенденцию к снижению.



**Рис. 1. Динамика контингента больных онкологического профиля с 2000-го по 2014 г.**

Учитывая повышение индекса накопления контингентов (отношение числа всех больных, состоящих на учете, к числу больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО) с 4,9 до 5,2 за последние 10 лет, в ближайшие годы можно ожидать не снижения, а повышения показателя смертности. Это зависит от самой природы онкозаболевания, законов его развития, этапности и стадийности онкопроцесса. Указанные цифры заставляют планировать организационные мероприятия отрасли и онкослужбы для оказания медицинской помощи растущему контингенту больных, требующих длительного курсового лечения и наблюдения, дорогостоящего обследования для выяснения динамики процесса, проведения реабилитационных мероприятий, паллиативной помощи.

На сегодняшний день расширяются показания к лекарственной терапии онкологических заболеваний. Но, к сожалению, перевод ЗНО в хроническое, длительно протекающее состояние возможен не для всех нозологий, а порой требует значительных финансовых затрат, например проведения таргетной терапии. В рамках Территориальной программы госгарантий сроки ожидания до начала лечения пациента с ЗНО выдерживаются, однако индивидуальный подход к лечению требует сокращения этих сроков до двух недель. В связи с этим в перспективе целесообразно крупные хирургические отделения КГБУЗ ККЦО разделить на специализированные: онкоурологическое, онкогинекологическое, отделение опухолей молочной железы и мягких тканей и отделение общей онкологии (абдоминальной).

Повышение общей онкологической заболеваемости отражает изменение профиля общей смертности, связанное с устойчивым снижением смертности от болезней системы кровообращения и увеличением ожидаемой продолжительности жизни. Продолжительность жизни в 2013–2014 гг. росла, а часть ЗНО развиваются в течение длительного времени и имеют продолжительный латентный период; этим отчасти объясняется повышение уровня заболеваемости. Повышение числа новообразований в структуре причин смерти связано с увеличением числа больных ЗНО, перешедших пятилетний рубеж заболевания и умерших фактически от болезней системы кровообращения (инфаркта миокарда, мозгового инсульта и др.).

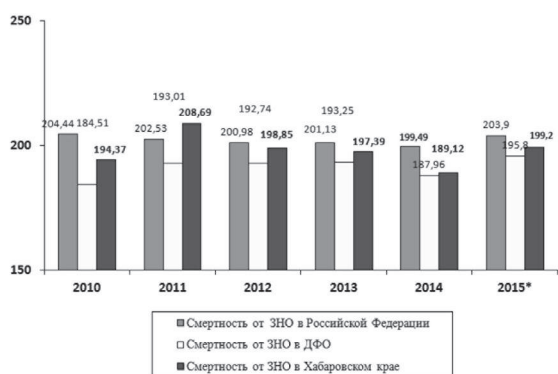
Неверно установленная причина смерти, отказ от вскрытия приводят к необъективному увеличению показателя смертности от ЗНО. На динамику показателей смертности по краю значительно влияет изменение половозрастной структуры населения. С каждым годом в крае процент пожилых граждан уве-



личивается, а молодых снижается. Сегодня возраст каждого восьмого жителя края (около 13 % населения) составляет 65 лет и старше. В структуре смертности от ЗНО более 70 % в возрасте старше 60 лет.

Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, конкурирующих заболеваний у онкологических больных не позволяет в должной мере оценить эффективность противоопухолевых лечебных мероприятий и вклад того или иного инновационного метода в общий уровень смертности. Было бы неверно рассматривать проблему смертности от онкозаболеваний изолированно от общероссийских и окружных демографических тенденций.

В 2014 г. в Хабаровском крае умерло от ЗНО 2534 человека (рис. 2).



**Рис. 2. Смертность от ЗНО в РФ, ДФО и Хабаровском крае (на 100 тыс. населения) в 2010–2015 гг. (\* – прогностические показатели на 2015 г.)**

По данным Росстата, за 9 месяцев 2015 г. рост смертности в РФ суммарно от всех причин, в том числе и от онкологических, продолжается. Смертность от онкозаболеваний за этот период в Хабаровском крае составляет 202,6 случая на 100 тыс. населения, что меньше на 1,4 пункта, чем в РФ в целом (204,0 на 100 тыс. населения). Всего за 9 месяцев 2015 г. в крае умерло 2030 человек от новообразований, в сравнении с аналогичным периодом 2014 г. – 1925 человек, т.е. отмечается рост на 5,6 %.

За рассматриваемый период значимого изменения структуры умерших по причинам смерти по сравнению с 2014 г. не произошло. Среди локализаций ЗНО чаще всего приводит к смерти рак легких (18,9 %), рак желудка (10,6 %), рак ободочной кишки (7,7 %). Среди умерших от ЗНО 28,7 % составили лица трудоспособного возраста, дети – 0,6 %.

В Хабаровском крае разработан и выполняется детализированный региональный план мероприятий по снижению смертности с ориентиром на достижение целевых показателей

смертности, рекомендованных Минздравом России для каждого субъекта. План согласован председателем правления Ассоциации онкологов России, главным онкологом Минздрава России, академиком РАН и РАМН профессором М.И. Давыдовым.

План мероприятий по снижению смертности от онкозаболеваний включает следующие основные пункты:

1. Повышение эффективности работы первичного звена здравоохранения по раннему выявлению онкозаболеваний, скрининговые методы и выездные формы работы.
2. Развитие первичных онкологических кабинетов. Использование современных телекоммуникационных технологий.
3. Внедрение высокоэффективных инновационных радиологических, химиотерапевтических и комбинированных хирургических методов лечения с использованием клинических протоколов.
4. Повышение доступности высокотехнологических методов лечения.
5. Целевая подготовка молодых специалистов, непрерывное повышение квалификации врачей-онкологов.
6. Внедрение современных программ медицинской реабилитации психосоциальной поддержки онкологических больных.
7. Информирование населения в средствах массовой информации (СМИ) о факторах риска, вопросах профилактики, раннего выявления онкозаболеваний.

На основе утвержденного краевого плана разработаны и выполняются планы по снижению смертности от онкозаболеваний в муниципальных районах края. Мониторинг выполнения плана проводится с использованием информационных систем Ситуационного центра онкологической службы Хабаровского края, который работает на базе КГБУЗ ККЦО. Ситуационный центр представляет собой систему мониторинга и визуализации, информационно-картографический сервис, предназначенный для того, чтобы в режиме реального времени получать информацию о целевых показателях, отчетах, касающихся онкологической службы края, актуальные и потенциальные проблемные ситуации в муниципальных районах и образованиях. Статистическую информацию можно получать вплоть до конкретного района в составе края. На официальном сайте КГБУЗ ККЦО размещен раздел «Ситуационный центр онкологической службы Хабаровского края» с информацией по оформлению заявки на телемедицинскую консультацию.

Работает свой модуль видеоконференцсвязи для тех АПУ, где нет постоянного доступа к

краевой системе ВКС. Кроме этого, на сайте размещена интернет-приемная, горячая линия, другая важная методическая и нормативная документация, а также Анамнестический онкологический on-line скрининг, доступный всем жителям края. В настоящее время идет анализ полученных результатов от внедрения инновационных сервисов.

Причина динамики показателя смертности – комплексная, многофакторная. К тому же этот показатель не является определяющим и единственным в оценке качества работы ЛПУ края. Дальнейшее влияние на индикаторный показатель смертности невозможно без безусловного выполнения всех пунктов плана по снижению смертности, принятия затратных мер по профилактике онкозаболеваний, формирования групп риска, дорогостоящих программ скрининга.

Ведущая роль в своевременном выявлении ЗНО принадлежит профилактическим и скрининговым осмотрам, результативно проведенной диспансеризации населения. Прогностические показатели смертности от ЗНО указывают на необходимость комплексного решения проблем, целенаправленных скоординированных действий по профилактике, своевременному раннему выявлению, диагностике и лечению онкозаболеваний современными методами с внедрением новых технологий.

Анализ направления пациентов из районов Хабаровского края в КГБУЗ ККЦО показывает, что за 9 месяцев 2015 г. в учреждении принято 31 185 больных, из них 61,3 % – жители Хабаровска, 7,2 % – Хабаровского района, 4,9 % – района имени Лазо. Доля больных с ЗНО составила около 70 %, из которых 8,5 % впервые выявленных и 91,5 % диспансерных больных.

Стандарты оказания медицинской помощи при классе II МКБ-10 «Новообразования» (C00-D48) обязательны к исполнению медицинскими организациями всех форм собственности. Для улучшения доступности онкологической помощи в муниципальные районы Хабаровского края выезжают врачи-онкологи. Так, за 9 месяцев 2015 г. врачи-онкологи работали в 11 районах Хабаровского края. Остается непростой организация выездов врачей-кураторов в отдаленные (Тугуро-Чумиканский, Аяно-Майский, Охотский) районы края, что связано с ограниченной транспортной их доступностью и метеоусловиями. С указанными районами проводится активная работа в рамках Ситуационного центра по телемедицинским технологиям. Преимущественно для отдаленных районов разработан Анамнестический анонимный онкологический on-line скрининг – анкетное экспресс-обследование,

позволяющее за короткий промежуток времени выполнить предварительную диагностику онкозаболеваний и предложить порядок дальнейшего обследования.

Только за 9 месяцев 2015 г. проведено 3016 экспресс-обследований (2213 женщин и 803 мужчины). Более 75 % респондентов было предложено пройти дальнейшее обследование в установленном порядке. Главным врачам краевых государственных учреждений здравоохранения предложено разместить на официальных сайтах учреждений ссылку на Анамнестический онкологический on-line скрининг и посредством информирования населения осуществлять его проведение каждые полгода.

При поддержке Правительства Российской Федерации и Хабаровского края в рамках реализации национального проекта «Здоровье» на базе КГБУЗ ККЦО создан Центр ядерной медицины, крупнейший в ДФО. Концепция развития радиационной онкологии, рассчитанная до 2015 г., практически реализована в 2012 г. В состав Центра ядерной медицины входят структурные подразделения: стационар на 90 коек, отдел медицинской физики со специализированным медико-физическим оснащением, лаборатория радионуклидной диагностики с «активной» палатой для лечения открытыми изотопами и ПЭТ-центр. Основная ценность Центра ядерной медицины – кадры. Коэффициент обеспеченности края врачами-радиологами составляет 1,4 на 100 тыс. населения (по РФ – 0,7), медицинскими физиками – 0,67 на 100 тыс. населения (по РФ – 0,2).

Благодаря высокотехнологичному медицинскому оборудованию, своевременной его модернизации и замене, значительно расширены показания к проведению лучевой терапии. Жители Хабаровского края получают радиологическую медицинскую помощь на уровне мировых стандартов в рамках Территориальной программы госгарантий бесплатно.

Среди инновационных медицинских технологий:

- применение стереотаксической лучевой терапии при метастазах в паренхиматозные органы;
- брахитерапия опухолей полости рта;
- брахитерапия предстательной железы, молочной железы;
- лечение препаратами активного <sup>131</sup>I-йода.

Два линейных ускорителя последнего поколения обеспечивают методики радиохирургического лечения новообразований головного мозга и стереотаксического облучения рака паренхиматозных органов, модулированного по интенсивности, с синхронизацией по дыханию.

Четвертый год динамично развивается ПЭТ/КТ. Единственный ПЭТ-центр в ДФО введен в эксплуатацию в 2012 г. Востребованность ПЭТ-исследований чрезвычайно высока в связи с их уникальностью и способностью влиять на определение/установление правильного диагноза, стадии заболевания и на выбор адекватного лечения. За три года работы ПЭТ/КТ-исследования прошли более 16 тыс. пациентов, включая жителей других регионов ДФО и иностранных граждан.

Данные ПЭТ-исследований о локализации и распространенности рака являются показанием для проведения щадящей лучевой терапии (радиохирургии и стереотаксического облучения), эндоскопических операций, фотодинамической терапии рака мочевого пузыря, ЛОР-органов, полости рта, кожи. Применение ПЭТ-технологий позволило повысить качество лечения на 15 %, снизить долю калечащих операций на 20 %, повысить эффективность лучевой терапии, что в свою очередь сократило сроки лечения и реабилитации онкологических больных. При полной загрузке циклотрона Хабаровский край сможет обеспечить потребность в ПЭТ/КТ-обследовании пациентов соседних регионов – Камчатки, Сахалина, Еврейской автономной и Амурской областей, Приморья с перспективой охвата стран Азиатско-Тихоокеанского региона. В настоящее время ПЭТ-центр имеет собственный специализированный автотранспорт для перевозки РФП. Отработана логистика доставки РФП на остров Русский Приморского края, поставлены пробные партии радиоактивного вещества. Общее время доставки автомобильным и авиатранспортом составило 4 часа при сроке годности препарата 12 часов. В 2015 г. радиофармпрепарат «Фтордезоксиглюкоза,  $^{18}\text{F}$ » производства КГБУЗ ККЦО включен в Государственный реестр лекарственных средств (регистрационное удостоверение № ЛП-003352 от 03.12.2015).

Специализированные системы планирования и архивирования позволяют совмещать топометрические и диагностические данные КТ, ПЭТ/КТ, УЗИ, МРТ и формируют единое внутреннее информационное пространство Центра ядерной медицины, осуществляют высокоточное планирование лучевой терапии, контроль изготовления защитных теневого блока, предварительный (симуляционный) и в режиме реального времени контроль облучения и управление облучением.

Локальная информационная система Центра ядерной медицины органично вписывается в общую систему информатизации учреждения и замыкает функциональный цикл организации медицинской помощи онкологическим больным:

диагностика – топометрия – планирование – лучевое лечение – контроль – реабилитация. Она также формирует внешнее информационное поле с использованием телемедицинских технологий, которое позволяет осуществлять информационное взаимодействие с другими регионами, федеральными центрами, зарубежными клиниками.

В КГБУЗ ККЦО в 2015 г. введена в строй высокотехнологичная эндооперационная. При операциях используются данные, полученные с помощью КТ, ПЭТ/КТ, МРТ о локализации и распространении новообразований. Эндоскопические операции при сохранении радикализма хирургического пособия способствуют ранней активизации, уменьшению сроков госпитализации, реабилитации и сокращению сроков временной нетрудоспособности. На сегодняшний день успешно выполнено 35 радикальных лапароскопических операций.

Специалисты Центра ядерной медицины тесно взаимодействуют с Ассоциацией медицинских физиков России Российского онкологического научного центра им. Блохина (Москва), которая имеет большой опыт университетской и последипломной подготовки специалистов совместно с Международным агентством по атомной энергии (МАГАТЭ) и другими международными профессиональными организациями. Планируется создание филиала Международного учебного центра, что обеспечит профессиональную подготовку отечественных и зарубежных специалистов по медицинской физике, радиационной онкологии и ядерной медицине на клинической базе центра.

Идея создания Центра протонной терапии в крае одобрена Президентом России В.В. Путиным и поддержана министром здравоохранения РФ В.И. Скворцовой. По данным ВОЗ, 70 % онкологических больных нуждаются в проведении лучевой терапии, в том числе 30 % – в протонной. Разработаны проекты медицинских заданий на строительство Центра протонной терапии в КГБУЗ ККЦО на 1, 2 и 4 процедурных помещения. Создание Центра протонной терапии в Хабаровском крае логически завершит структуру Центра ядерной медицины и позитивно скажется на продолжительности и качестве жизни онкологических больных.

В крае разработан проект медицинского задания Центра высокодозной химиотерапии с технологиями по пересадке костного мозга, имеются условия для его размещения. Проводится поиск инвесторов к конструктивному сотрудничеству в рамках государственно-частного партнерства.

Для дальнейшего развития онкослужбы, применения единых подходов к организации онкологической помощи населению планируется создание филиала КГБУЗ ККЦО на базе онкологического диспансера г. Комсомольска-на-Амуре со строительством радиологического корпуса, консультативно-диагностической поликлиники и патологоанатомического отделения. Разработан проект медицинского задания и примерные планировочные решения четырехэтажного радиологического корпуса.

КГБУЗ ККЦО налажены научно-образовательные и практические контакты с онкологическими клиниками Республики Корея, Харбинским медицинским университетом, университетскими клиниками Японии. Это не только обмен делегациями, но и возможность проведения видеоконференций, мастер-классов, стажировки специалистов. В октябре 2015 г. в г. Харбин проведена встреча между представителями Комитета здравоохранения и планирования рождаемости провинции Хэйлунцзян (Китайская Народная Республика) и делегацией министерства здравоохранения Хабаровского края. По результатам проведенных встреч представители обеих сторон пришли к взаимопониманию о необходимости объединения совместных усилий с целью развития сотрудничества в области здравоохранения.

Перспективными направлениями дальнейшего развития онкологической службы и ядерной медицины в Хабаровском крае до 2018 г. являются:

- создание в КГБУЗ ККЦО филиала Ассоциации медицинских физиков России (Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина);

- создание отделения радионуклидной терапии за счет расширения мощности «активных палат» для лечения радиоактивным  $^{131}\text{I}$ -йодом и  $^{153}\text{Sm}$ -самарием;

- внедрение в КГБУЗ ККЦО новых ПЭТ-технологий с производством с 2016 г.  $^{18}\text{F}$ -холина для диагностики рака простаты,  $^{11}\text{C}$ -тирозина для исследования белкового обмена в опухолях головного мозга, а в дальнейшем до 30 различных радиофармпрепаратов;

- расширение границ ПЭТ-технологий за счет производства и поставки Фтордезоксиглюкозы,  $^{18}\text{F}$  в регионы ДФО;

- расширение ПЭТ-технологий в рамках медицинского туризма;

- строительство радиологического корпуса онкологического диспансера в Комсомольске-на-Амуре для обеспечения нужд жителей северных территорий Хабаровского края;

- создание Центра протонной терапии;

- продолжение внедрения малоинвазивных методов лечения;

- продолжение организационно-методической работы с общей лечебной сетью по ранней диагностике онкологических заболеваний, что позволит далее снижать смертность от ЗНО и увеличивать продолжительность и качество жизни онкологических больных.

С целью ранней диагностики и достижения снижения смертности от онкологических заболеваний необходимо:

- продолжение работы по расширению сети первичных онкологических кабинетов в муниципальных районах Хабаровского края;

- проведение скрининга на онкологические заболевания и факторы риска их развития в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения и детей, а также профилактических и периодических осмотров;

- достижение стопроцентного охвата населения онкологическими осмотрами на фельдшерско-акушерских пунктах, во врачебных амбулаториях и кабинетах врачей общей практики, в том числе посредством выездных форм работы;

- повышение качества и охвата проведения диспансеризации и профилактических осмотров, в том числе неработающего населения;

- постоянная работа в СМИ по пропаганде здорового образа жизни и проведение информационно-просветительских программ для населения о факторах риска и первых признаках онкологических заболеваний с максимальным привлечением медиа-ресурсов;

- продолжение проведения ежегодных конференций, семинаров по вопросам профилактики и раннего выявления ЗНО для специалистов первичного звена здравоохранения;

- обеспечение достоверности заполнения медицинских свидетельств о смерти больного с ЗНО.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Инструкция по медицинскому применению препарата «Фтордезоксиглюкоза,  $^{18}\text{F}$ »: производитель КГБУЗ «Краев. клин. центр онкологии» м-ва здравоохранения Хабар. края, Хабаровск, Россия: регистрационный

номер ЛП-003352 от 03.12.2015 / Государственный реестр лекарственных средств, 2015 год. – Режим доступа: [www.URL:http://grls.rosminzdrav.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?idReg=1309834&t](http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=1309834&t)



УДК 616.132.2-089.843-036.868

## Реабилитация пациентов после операции коронарного шунтирования

О.И. Кулумбегов<sup>1</sup>, В.Ю. Бондарь<sup>1,2</sup>, Л.Г. Кулумбегова<sup>3</sup>, И.В. Пчелина<sup>1</sup>, Е.В. Шульмина<sup>3</sup>, Н.М. Шабанова<sup>1</sup>, В.А. Ковляков<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 2в; тел. +7 (4212) 78-06-06; e-mail: khvfccys@mail.ru

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> КГБУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» МЗ ХК, 680000, г. Хабаровск, ул. Запарина, 76; тел.+7 (4212) 32-77-17; e-mail: info@kcvmir.ru

## Rehabilitation of patients after coronary bypass surgery

Kulumbegov O.I.<sup>1</sup>, Bondar V.Yu.<sup>1,2</sup>, Kulumbegova L.G.<sup>3</sup>, Pchelina I.V.<sup>1</sup>, Shulmina E.V.<sup>3</sup>, Shabanova N.M.<sup>1</sup>, Kovlyakov V.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Far Eastern State Medical University 35, Muraviev-Amursky str., Khabarovsk, 680000, tel.: +7 (4212) 32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

<sup>3</sup> Clinical Center of Regenerative Medicine and Rehabilitation of Public Health Ministry of Khabarovsk Territory, 76, Zaparin str., Khabarovsk, 680000; tel.: +7 (4212) 32-77-17; e-mail: info@kcvmir.ru

В статье приведены данные о пациентах, направленных на реабилитацию после хирургических вмешательств по поводу ишемической болезни сердца в объеме коронарного шунтирования, выполненных в условиях ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Хабаровск) в 2014 г.

**Ключевые слова:** коронарное шунтирование, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, реабилитация.

The article has been presented the dates on patients referred for rehabilitation after ischemic heart disease surgery to the extent of heart bypass surgery in hospital environment " Federal Cardiovascular Surgery Center " of Public Health Ministry of Russian Federation (Khabarovsk) in 2014.

**Key words:** heart bypass, ischemic heart disease, chronic cardiac insufficiency, rehabilitation.

### Введение

Неуклонный рост числа пациентов, нуждающихся в операциях прямой реваскуляризации, определяет потребность в активном внедрении программ реабилитации [2]. По данным Всемирной организации здравоохранения, реабилитация больных после коронарного шунтирования должна включать комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на наиболее быстрое и качественное восстановление здоровья, трудового и психологического статуса [14]. Ряд исследователей подчеркивает, что применение комплексных реабилитационных программ способно повысить эффективность хирургического лечения больных ИБС, а также предотвратить рецидивы коронарной недостаточности, обусловленные стенозированием или окклюзией коронарных шунтов [10, 11, 12, 17].

В ходе многочисленных исследований доказано, что дозированные физические нагрузки

у пациентов с ИБС обладают положительным эффектом для коронарного кровотока и, следовательно, перфузии миокарда [3, 4]. Реабилитация способствует повышению общей физической работоспособности, нормализации артериального давления и улучшению клинического течения заболевания. Оптимальная программа реабилитационной терапии позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты операции, а также сократить экономические затраты в стационаре. Успешное хирургическое лечение пациентов с ишемической болезнью сердца делает актуальной проблему реабилитации оперированных больных.

Хирургическая операция обеспечивает устранение основной причины заболевания, вслед за этим возникает нормализация гемодинамики или ее значительное улучшение. Однако опыт показывает, что полное восстановление здоровья и трудоспособности наступает не сразу. Обусловлено это тем, что большинство

пациентов, обращающихся за кардиохирургической помощью, имеют хроническую сердечную недостаточность разной степени выраженности, а также ряд сопутствующих соматических заболеваний, приводящих к угнетению физического и психоэмоционального статуса.

С целью достижения максимально возможного эффекта от проводимого лечения необходимо своевременно и адекватно совмещать стационарную кардиохирургическую помощь, осуществляемую в специализированных клиниках и центрах с реабилитационными мероприятиями. В настоящее время существует множество программ реабилитации кардиохирургических больных. Наиболее распространенным видом является санаторно-курортное лечение [5, 6, 7, 8, 9].

Основоположником этого направления в отечественной медицине является выдающийся кардиохирург и ученый Н.М. Амосов. Реабилитация пациентов, перенесших операцию на сердце, начинается непосредственно в послеоперационном периоде, включает дыхательную гимнастику и раннюю физическую активизацию. После выписки пациента из кардиохирургического отделения пациент должен быть направлен в специализированное учреждение (санаторий, реабилитационный стационар), где реабилитационные меры осуществляют в наиболее полном объеме. Программа реабилитации должна быть основана на клинических данных и специальных исследованиях. По завершении следует провести оценку ее эффективности и экспертизу трудоспособности пациента, определяющую его социально-трудовую реабилитацию. Особенности и сроки программы реабилитации зависят от множества причин: характера патологии и исходной тяжести состояния, вида хирургической коррекции, наличия послеоперационных осложнений и т.д. [3, 4].

#### **Материалы и методы**

Представленные клинические данные получены в ходе координированной работы ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Хабаровск) и КГБУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» (г. Хабаровск). В 2014 г. в ФГБУ ФЦССХ Минздрава России (г. Хабаровск) выполнено 5020 операций на сердце и сосудах, из них 890 (17,7 %) «открытых» операций по поводу ишемической болезни сердца. Среди оперированных 193 (22 %) пациента являлись жителями Хабаровска. В соответствии с клиническим состоянием и наличием медицинских противопоказаний 129 пациентов были направлены на продолжение курса реабилитационной терапии в КГБУЗ «Клини-

Таблица 1

#### **Клиническая характеристика пациентов до операции**

<b>Нозология</b>	<b>Количество (%)</b>
Постинфарктный кардиосклероз	65 (50,4)
ХСН класс (NYHA):	
II ФК	36 (27,9)
III ФК	93 (72,1)
Класс стабильной стенокардии (канадская классификация):	
II ФК	47 (36,4)
III ФК	81 (62,8)
IV ФК	1 (0,8)
Сахарный диабет (II тип)	18 (14)
Артериальная гипертензия второй и выше степени	94 (72,8)
Фибрилляция предсердий	11 (8,5)
ОНМК в анамнезе	6 (4,6)
Риск по шкале EuroSCORE II (M±δ), %	1,84 ± 0,7

ческий центр восстановительной медицины и реабилитации». Клинико-функциональная характеристика группы оперированных пациентов представлена в таблице 1.

#### **Результаты и обсуждение**

Всем пациентам были выполнены процедуры прямой реваскуляризации миокарда (КШ). Индекс шунтирования составил 2,4. Методика операции коронарного шунтирования соответствовала принятой медицинской технологии. В качестве коронарных шунтов использовались аутоартериальные и аутовенозные трансплантаты. В 81 % случаев операция выполнена в условиях нормотермического искусственного кровообращения и кардиopleгии, 19 % – операция на работающем сердце без применения ИК. Основные характеристики течения периоперационного периода представлены в таблице 2.

Таблица 2

#### **Характеристика периоперационного периода**

<b>Показатель</b>	<b>Среднее и стандартное отклонение</b>
Длительность операции, мин	164 ± 26
Длительность окклюзии аорты, мин	21,2 ± 8,1
Длительность искусственного кровообращения, мин	43,7 ± 11,3
Длительность ИВЛ, ч	8,1 ± 4,0
Длительность нахождения в ОАР, ч	21,5 ± 11,1
Объем кровопотери, мл	470,0 ± 150,2
Объем заместительной гемотрансфузии	125,9 ± 11,2
Эритроцитарная масса, мл СЗП, мл	99,4 ± 18,7

Средний срок пребывания в стационаре ФГБУ ФЦССХ Минздрава России (г. Хабаровск) пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования, составил 13,5 койко-дня. Из них 1,5 к/д перед операцией и 12 – после операции. В процессе реабилитации пациентов после операции коронарного шунтирования были обозначены следующие периоды: адаптационный (госпитальный) и восстановительный. Восстановительный период протекал за пределами стационара ФЦССХ. Реабилитация включала санаторно-курортное лечение и курсы лечебно-восстановительной терапии на базе КГБУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» [8, 9].

При проведении лечебно-восстановительных мероприятий нами использовался комплексный подход, т.е. команда специалистов разного профиля (кардиолог – главное ответственное лицо, терапевт, физиотерапевт, врач ЛФК, психотерапевт) вырабатывала каждому из пациентов реабилитационную программу с учетом кардиологического статуса, психоэмоционального состояния и сопутствующей соматической патологии.

Занятия лечебной гимнастикой проводились в щадящем и щадяще-тренирующем режиме ежедневно в течение 30 минут. Группы состояли из 5–6 человек с одинаковым исходным уровнем физической подготовки. Критериями перевода пациентов на режим с большими нагрузками являлись: хорошая клиническая переносимость освоенного режима, подтверждаемая адекватной физиологической реакцией организма по принятым клинико-функциональным данным.

Достигнутые в период лечения и реабилитации результаты оценивались клинически через 10–14 дней. Кроме лечебной физкультуры, в комплексную медицинскую реабилитацию входили физические методы лечения, психотерапия, лечебный массаж. Для повышения метаболических процессов в миокарде, улучшения его кислородного обеспечения, усиления регенерационных процессов в миокарде и поврежденных тканях, а также для нормализации адаптационно-компенсаторных процессов назначалась лазеротерапия на область сердца по стандартным методикам в сочетании с надсосудистым облучением крови аппаратами «Мустанг» и «Азор».

Для нормализации психофизиологического статуса, достижения антидепрессивного эффекта, нормализации вегетативной дисфункции и эффективной анальгезии в реабилитационный комплекс включались процедуры транскраниальной стимуляции аппаратом «Трансаир» длительностью 20 минут ежедневно.

С целью улучшения периферического кровообращения, повышения толерантности к физическим нагрузкам, нормализации вегетативного обеспечения сердечной деятельности и коррекции психоэмоциональных расстройств назначались вихревые гидромассажные или струйно-контрастные ванны длительностью 10 минут.

Лечебный массаж применялся для уменьшения парестезий в области хирургического вмешательства, для снятия напряженности в мышцах спины, грудной клетки, для рассасывания инфильтратов и стимуляции регенеративных процессов, активации обмена веществ, а также для повышения газообмена в органах и тканях. Кроме этого, все пациенты, поступившие на реабилитацию, обязательно осматривались врачом-психотерапевтом для коррекции астенодепрессивного синдрома. Амбулаторно в межкурсовой период назначались электрокардиография, эргометрия, эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ. Для обоснования объема двигательной активности применялись тесты с физической нагрузкой, которые в настоящее время относятся к основным методам объективной оценки состояния больных ИБС после КШ [18].

Целесообразность выполнения данных методов обусловлена, прежде всего, тем, что среди критериев неадекватной реакции на пороговую физическую нагрузку ЭКГ-критерии отмечаются более чем в 50 % случаев. Полученная в ходе эргометрии информация определяла ход дальнейших мероприятий в последующих курсах реабилитационного лечения, позволяя корректировать программу двигательной активности, а при необходимости – лекарственную терапию, определять темп активизации пациента. Исследование с использованием дозированных физических нагрузок и электрокардиографического контроля в динамике позволяло учитывать процессы адаптации сердечно-сосудистой системы, оценивать эффективность реабилитации, предупреждать развитие осложнений.

Таким образом, среди пациентов, поступивших на реабилитацию, у 12 % сохранялись жалобы на стенокардию напряжения. Хроническая сердечная недостаточность на уровне I и II ФК (NYHA) имела место у 75,1 и 24,9 % соответственно. К концу восстановительного периода синдром стенокардии напряжения отмечался лишь у 7 % пациентов, уровень ХСН (NYHA) I ФК наблюдался у 84,5 %, II ФК – у 15,5 % пациентов. С улучшением в виде повышения толерантности к физическим нагрузкам, увеличения длительности ходьбы (тест 6-минутной ходьбы) выписано 94,6 % пациентов. Без

перемен в клиническом состоянии выписано 5,5 % от общего количества пациентов, взятых на реабилитацию после операции коронарного шунтирования. Отсутствие явного положительного эффекта от реабилитации связано с недостаточной мотивацией у пожилых пациентов к выздоровлению и несоблюдением рекомендаций врача по приему медикаментов и поддержанию здорового образа жизни.

Комитет экспертов по медицинской реабилитации ВОЗ (1969) дал общее определение реабилитации как «комплексных и скоординированных мероприятий медицинского, социального, педагогического и профессионального характера, проводимых с целью адаптации больных к новым условиям жизни и труда при выявлении и использовании максимальных резервных возможностей». В материалах Американской ассоциации сердца отмечено, что программы кардиологической реабилитации должны содержать многофакторные и многоотраслевые подходы с целью достижения полного регресса в развитии сердечно-сосудистых заболеваний [11].

Данные литературы свидетельствуют о том, что применение комплексных реабилитационных мер способно повысить эффективность хирургического лечения больных ИБС (А.Т. Тепляков с соавт., 1994, Л.А. Бокерия и соавт., 1997) [8, 9, 12]. Так, по данным министра здравоохранения Хабаровского края, за период с 2012-го по 2014 г. в регионе снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 10,9 % [19]. У ишемических пациентов зачастую присутствуют проблемы,

связанные с гиподинамией, снижением работоспособности, нарушениями психоэмоционального статуса [1, 15]. Комплекс реабилитационных мер в данном случае приобретает ключевое значение. В ходе многочисленных исследований установлено, что дозированные физические нагрузки являются эффективным методом реабилитации пациентов после операции коронарного шунтирования, благоприятно воздействующим на скрытые резервы миокарда [3, 4, 13].

Согласно мнению многих авторов, использование физических тренировок сопряжено с увеличением коронарного кровотока за счет стимуляции звеньев метаболической вазодилатации и способствует стимуляции развития коллатерального кровообращения [15, 16].

### **Выводы**

В данном случае на примере группы оперированных пациентов можно говорить об эффективности выбранной стратегии. Клинические результаты в послеоперационном периоде имеют положительную динамику в сравнении с исходными (дооперационными) характеристиками. Также стоит отметить, что несмотря на актуальность обозначенной проблемы и обилие информации о различных аспектах восстановительного лечения до сих пор отсутствуют четкие данные о технологии реабилитации больных после операции коронарного шунтирования. Дискутабельным остается вопрос о комплексном использовании медикаментозных и немедикаментозных лечебных факторов в восстановительном лечении больных ИБС до и после реваскуляризации миокарда.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Альхимович, В. М. Восстановительное лечение больных хронической ишемической болезнью сердца / В. М. Альхимович, С. Г. Суджаева // *Ишемическая болезнь*. – Минск : Хата, 1997. – 296 с.
2. Аретинский, В. Б. Особенности восстановительного лечения пациентов после хирургической реваскуляризации миокарда / В. Б. Аретинский, В. Ф. Антюфьев // *Современные технологии восстановительной медицины. Медицинская реабилитация пациентов с болезнями сосудов сердца и мозга* : сб. науч. ст. – Екатеринбург : УГГГА, 2004. – С. 38–90.
3. Аронов, Д. М. Постстационарная реабилитация больных основными сердечно-сосудистыми заболеваниями на современном этапе // *Кардиология*. – 1998. – № 8. – С. 69–80.
4. Бородина, Л. М. Эффективность физических тренировок во вторичной профилактике ишемической болезни сердца. – Новосибирск, 2000. – 54 с.
5. Кассирский, Г. И. Медицинский аспект санаторного этапа реабилитации больных после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца / Г. И. Кассирский, Д. П. Писанко // *Долечивание (реабилитация) больных после операций на сердце и магистральных сосудах*. – М., 2007. – Вып. 1. – С. 36–40.
6. Кассирский, Г. И. Определение уровня тренировочной нагрузки у больных после протезирования аортального клапана с учетом показателей насосной и сократительной функций сердца / Г. И. Кассирский, Т. В. Грошева // *Кардиология*. – 1996. – № 7. – С. 57–60.
7. Пчелина, И. В. Реабилитация больных кардиохирургического профиля в системе обязательного медицинского страхования / И. В. Пчелина, О. А. Пляс, В. Ю. Бондарь // *Вестн. обществ. здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. – 2015. – № 3.
8. Пчелина, И. В. Региональные аспекты реабилитации больных после операций на сердце / И. В. Пчелина, О. А. Пляс, Н. Г. Пашкеева // *Сердечно-сосудистые заболевания* : бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2014. – Т. 15, № 6. – С. 296.
9. Реабилитация больных после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца : моногр. / Г. И. Кассирский, Е. А. Дегтярева, Т. В. Грошева, Т. Г. Горячева. – М., 1998.
10. Число смертей от сердечно-сосудистых заболеваний снизилось в Хабаровском крае. – Режим доступа: [www.URL: http://www.dvnovosti.ru/khab/2015/04/20/33093/](http://www.dvnovosti.ru/khab/2015/04/20/33093/)
11. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines on Coronary Artery Bypass Graft Surgery) /



K. A. Eagle, R. A. Guyton, R. Davidoff et al. // *Circulation*. – 2004. – № 110. – P. 1168–1176.

12. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs*. – 1999. – Vol. 3.

13. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Guidelines for Cardiac Rehabilitation Programs*. – 1994. – Vol. 2.

14. Clark, A. L. *Exercise therapy in chronic heart failure – a novel management approach* // *Controversies in the management of heart failure* / ed. A. Coats. – W. p., 1977.

15. Demopoulos, L. *Exercise training in patients with severe congestive heart failure* / L. Demopoulos et al. // *J Am Coll Cardiol*. – 1997. – № 29 (3). – P. 597–603.

16. Gianuzzi, P. *Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology* / P. Gianuzzi, H. Saner et al. // *Eur. Heart J*. – 2003. – № 24. – P. 1273–1278.

17. Hornig, B. *Physical training improves endothelial function in patients with CHF* / B. Hornig, V. Maier, H. Drexler // *Circulation*. – 1996. – № 93. – P. 210–214.

18. O'Connor, G. T. *An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction* / G. T. O'Connor, J. E. Buring, S. Yusuf // *Circulation*. – 1989. – № 80: 2. – P. 234–244.

19. Rossi, P. *Physical training in patients with congestive heart failure* // *Chest*. – 1992. – № 101(5 Suppl). – P. 350–353.

УДК 616-084(571.620-25)

## Опыт организации массовых профилактических акций, направленных на популяризацию физической активности на муниципальном уровне (на примере города Хабаровска)

Ю.С. Журавлева, Т.М. Скорик, И.В. Балабкин, Г.А. Аристова

Управление здравоохранения администрации города Хабаровска, 680000, г. Хабаровск, пер. Топографический, 9, тел. +7 (4212) 42-08-61;  
e-mail: gorzdrav@khabarovskadm.ru

## Experience in the organization of mass preventive actions aimed at promoting the physical activity at the municipal level (through the example of Khabarovsk)

Yu.S. Zhuravlyova, T.M. Skorik, I.V. Balabkin, G.A. Aristova

Health department of Khabarovsk Administration 9, Topograficheskii ln., Khabarovsk, tel.: +7 (4212) 42-08-61, e-mail: gorzdrav@khabarovskadm.ru

В статье приводится информация об опыте организации массовых профилактических акций, направленных на популяризацию физической активности на муниципальном уровне (на примере города Хабаровска).

**Ключевые слова:** профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, физическая активность, здоровый образ жизни, муниципальная программа.

The information about experience in the organization of mass preventive actions aimed at promoting the physical activity at the municipal level (through the example of Khabarovsk) has been presented in this article.

**Key words:** heart disease prevention, physical activity, healthy lifestyle, municipal programme.

Изменения в законодательстве о здравоохранении заметно изменили полномочия различных органов власти в этой сфере. Ответственность за организацию медицинской помощи была передана органам государственной власти. У муниципалитетов же появилось новое полномочие – пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактика неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Несмотря на увеличение ожидаемой продолжительности жизни сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности в большинстве стран мира. Данные ВОЗ свидетельствуют, что смертность от ССЗ у жителей Российской Федерации (РФ) в 6 раз выше, чем, например, во Франции. Согласно рейтингу ВОЗ, Россия занимает 124-е место по продолжительности жизни [1].

Как показывает мировая статистика, почти 1/3 взрослого населения в мире физически неактивна. Вследствие низкой физической активности (ФА) регистрируется 5 млн случа-

ев преждевременной смерти в год, что делает вклад гиподинамии в глобальное бремя заболеваемости и смертности одним из наиболее значимых [2].

В целях профилактики преждевременной смертности населения от ССЗ в последние 10 лет администрацией города Хабаровска сделано многое для ведения ЗОЖ. Это создание условий для того, чтобы как можно больше хабаровчан могли заниматься спортом, плавать в бассейнах, кататься на коньках и велосипедах. Количество спортивных объектов в Хабаровске удвоилось. Сейчас в городе функционируют 997 спортивных сооружений, 6 стадионов, 24 бассейна, 205 спортивных площадок. За 3 года доля населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом, выросла с 21,4 до 28,25 %. В школах города каждый год появляются новые спортзалы, школьные столовые оснащаются новым оборудованием – всё это непременно способствует улучшению здоровья школьников.

С 2015 г. во всех районах города активно развивается сеть велодорожек. Их строительство ведется с учетом предложений населения, которые были получены в результате интерактивного опроса. В парках города организован прокат велосипедов и роликовых коньков.

Ежегодно всё больше и больше жителей города принимают участие в различных профилактических мероприятиях, осознают важность ведения ЗОЖ.

В городе успешно реализуются 24 программы, направленные на улучшение качества жизни населения. На социальную сферу ежегодно направляется более 60 % средств муниципального бюджета.

В результате были решены демографические проблемы. Численность населения за последние три года увеличилась на 2,3 %. В 2014 г. численность хабаровчан увеличилась на 6,2 тыс. чел. и составила к 2015 г. 607,2 тыс. Ожидаемая численность населения на 01.01.2016 г. – 610 тыс. Город Хабаровск является одним из немногих городов Дальневосточного федерального округа с прирастающей численностью населения. В течение трех лет в городе отмечается естественный прирост населения до 1,6 на 1000 чел. По результатам социологических исследований, хабаровчане оценивают условия проживания в городе как комфортные.

В целях организации работы по пропаганде ЗОЖ в Хабаровске на 2013–2018 гг. принята Концепция по формированию здорового образа жизни [3], которая определяет стратегию города по данному направлению. В Хабаровске третий год реализуется целевая муниципальная программа «Сохранение и укрепление здоровья» [4]. (Далее по тексту Программа.)

Целью Программы является популяризация и пропаганда ЗОЖ, мотивация на отказ от вредных привычек и формирование полезных поведенческих привычек путем охвата населения различными формами профилактических мероприятий.

Учитывая постоянно растущую потребность жителей внести изменения в свою жизнь, сделать ее более здоровой и успешной, в городе разработаны и реализуются несколько социальных проектов. Одним из них является проект «Эстафета здоровья», в разработке которого участвовали специалисты управления здравоохранения и медицинских вузов города. В рамках проекта «Эстафета здоровья» ежегодно с участием населения города проводится более 20 крупномасштабных профилактических акций.

Главная информационная площадка проекта «Эстафета здоровья» – сайт «здоровыйхабаровск.рф», который является информационным

ресурсом для проведения популяционной профилактики по вопросам ЗОЖ. Сайт содержит информацию о здоровьесберегающих технологиях, о мероприятиях и итогах прошедших акций в рамках Программы. На сайте имеется раздел обратной связи с жителями города, проводятся интернет-опросы, обсуждение актуальных тем по ЗОЖ. Здесь можно измерить индекс своего здоровья, проанализировать изменения, которые происходят в организме человека при курении. В 2015 г. создана страница «присоединяйся.рф», посвященная борьбе с ССЗ.

В рамках «Эстафеты здоровья» реализуется проект «**Движение – жизнь**». Он включает в себя три акции, которые проходят в течение года:

- «Уличные зарядки»
- «Шаги здоровья»
- «Производственная гимнастика»

Этот проект позволяет решить актуальные задачи:

- вовлечь все слои населения: школьников, молодежь, работающее и неработающее население к ведению ЗОЖ;
- привить жителям города полезные привычки ЗОЖ;
- организовать доступную и здоровую городскую среду, все мероприятия приблизить к месту жительства и распространить их во всех районах города;
- повысить физическую активность хабаровчан, добиться показателей, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): 300 минут физической активности в неделю, что позволит каждому человеку обеспечить полную защиту от болезней сердца, от рака отдельных локализаций и старческого слабоумия [5].

В Хабаровске при создании системы мероприятий, направленных на реализацию ЗОЖ, за основу принят следующий механизм действий:

- покажи, как правильно;
- объясни почему;
- поддержи, когда начнут делать;
- покажи результат.

#### **Акция «Уличные зарядки»**

В июне 2014 г. в городе стартовала акция «Утренняя зарядка». Совместно с танцевальным клубом «Буена Виста» в центральном парке были организованы регулярные утренние зарядки 3 раза в неделю. Зарядку для хабаровчан проводил сертифицированный инструктор по программам Zumba®-fitness на безвозмездной основе.

Учитывая климатические условия и низкие температуры воздуха в Хабаровске, в зимний период зарядка проводилась в закрытом

помещении, расположенном в Центральном районе города.

В 2015 г., объявленном Президентом РФ Годом борьбы с ССЗ, проект «Утренняя зарядка» перерос в проект «Уличные зарядки». Сегодня зарядка проводится уже на 13 открытых площадках во всех районах города: в городских парках, возле крупных торговых центров и домов культуры, домов ветеранов, спортивных комплексов, студенческих городков. В зимний период функционирует 9 закрытых площадок. Площадки для проведения этих мероприятий были предоставлены руководителями государственных и частных учреждений на безвозмездной основе.

Основное условие – это регулярное, непрерывное проведение зарядки по утвержденному графику с привлечением профессиональных фитнес-инструкторов и использованием современных оздоровительных технологий в различные дни недели в удобное для горожан время. По субботам с 19:00 до 21:00 проводится еженедельная фитнес-тренировка по программе Zumba, в которой принимают участие все желающие.

Чтобы организовать уличную зарядку, необходимо наличие:

- удобной, доступной, безопасной площадки;
- закрепленного за каждой площадкой инструктора: 1 фитнес-инструктор на 1 площадку (1 тренер на подмену);
- музыкального сопровождения мероприятия (доступ к электросети для подключения аудиооборудования);
- утвержденного графика;
- регулярного информирования населения через средства массовой информации (далее – СМИ) о месте и графике проведения зарядки.

Горожане могут узнать о проведении зарядки в различных СМИ Хабаровска: в трех печатных изданиях, на трех радиостанциях, пяти телевизионных каналах, интернет-сайтах. Для распространения информации в общественных местах, многоквартирных домах, на объектах социального обслуживания привлекаются волонтеры и ТСЖ.

На сайте «здоровыйхабаровск.рф» в разделе «Эстафета здоровья»/«Движение – жизнь» создан раздел «Уличные зарядки», где размещен график проведения зарядок и новостная информация. Создана также яндекс-карта мероприятий по здоровому образу жизни в Хабаровске с указанием мест и времени зарядок.

**Динамика мероприятий.** В течение года количество площадок и участников увеличилось в несколько раз:

**2014 г.** – 1 площадка в теплое и 1 площадка в холодное время года, 68 занятий – 1002 участника, 1 тренер;

**2015 г.** – 13 площадок в теплое и 9 площадок в холодное время года, 356 занятий, 5731 участник, 8 постоянных тренеров.

Цифры показывают, что уличные зарядки становятся популярными среди хабаровчан.

#### **Акция «Шаги здоровья»**

В городе третий год подряд (с 2013 г.) для различных возрастных групп населения проводится акция «Шаги здоровья».

Для ее проведения во всех парках города разработаны маршруты здоровья, на сайте «здоровыйхабаровск.рф» создана и размещена яндекс-карта. Хабаровчане совершают часовые пешие прогулки по этим маршрутам, во время которых врачи проводят лекции, беседы о пользе ЗОЖ, средствах и методах профилактики различных заболеваний, в том числе и ССЗ. Спортивные инструкторы проводят зарядку, а волонтеры распространяют информационные материалы. Количество участников акции с каждым годом увеличивается, еженедельно в ней принимают участие более 100 чел. Если в 2012 г. в акции приняло участие 500 участников, то в 2015 г. – более 1900.

#### **Акция «Производственная гимнастика»**

Мы поняли, что новое – это хорошо забытое старое, когда в рамках программы «Сохранение и укрепление здоровья» стали проводить работу по возрождению производственной гимнастики.

По заказу управления здравоохранения администрации города Хабаровска были разработаны три комплекса производственной гимнастики для различных профессиональных групп работающего населения, подготовлены и размещены на сайте «здоровыйхабаровск.рф» аудиоролики для свободного скачивания.

С руководителями предприятий города проведена работа по созданию условий для занятий на рабочих местах. За 2 года производственной гимнастикой было охвачено 70 % предприятий.

#### **Результаты реализации проекта**

В 2014 г. администрация города представила свой опыт работы на VIII Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России», и городской проект «Эстафета здоровья» стал одним из победителей выставки этого форума.

Внедренные технологии ЗОЖ в Хабаровске являются общедоступными для каждого жителя и не требуют дополнительных финансовых затрат. На безвозмездной основе привлекаются НКО, СМИ, танцевальные и фитнес-клубы.



Ежегодное вовлечение 2 % населения в мероприятия по формированию ЗОЖ позволит не только улучшить качество жизни хабаров-

чан, но и к 2020 г. увеличить на 6 лет среднюю продолжительность жизни населения города и сохранить жизнь более 3 тыс. человек.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в городе Хабаровске на 2013–2018 годы : утв. постановлением администрации г. Хабаровска от 30.05.2013 № 1872.

2. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями / Всемир. орг. здравоохранения. – М. : ВОЗ, 2006.

3. Об утверждении муниципальной программы «Сохранение и укрепление здоровья» на 2015–2020 годы :

утв. постановлением администрации г. Хабаровска от 29.09.2014 № 4315 : (в ред. постановления администрации г. Хабаровска от 14.08.2015 № 2900).

4. Пратт, М. Можно ли повысить уровни физической активности в популяции? Доказательства на основе мирового опыта. // Профилактикт. медицина. – 2015. – № 2. – С. 18–27.

5. Санер, Х. Существенное увеличение продолжительности жизни в Европе : как объяснить успех? // Профилактикт. медицина. – 2015. – № 4. – С. 4–7.

УДК 614.2

## Современные тенденции становления и сценарии развития негосударственного сектора здравоохранения

В.С. Ступак

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

## Contemporary trends of the making and ways of private health service providers development

V.S. Stupak

Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680000, Russia tel.: +7 (4212) 27-24-92, e-mail: [rec@ipksz.khv.ru](mailto:rec@ipksz.khv.ru)

В статье приводится анализ литературных данных о роли и становлении негосударственного сектора здравоохранения на отечественном рынке медицинских услуг. Раскрываются факторы предпочтительности потребителей медицинских услуг частной медицины. Представлена перспективность государственно-частного партнерства. Рассмотрены разные сценарии развития частной системы финансирования здравоохранения, которые будут определять его становление в предстоящие годы.

**Ключевые слова:** рынок медицинских услуг, негосударственный сектор здравоохранения, государственно-частное партнерство, частная система финансирования.

In the article provides an analysis of published data about the role and private health service providers development in health care services market. Disclosed the factors preference consumer's of private medicine health services. The dates present a perspective of state-private partnership. Consider different various ways of private financing facility, which will determine its formation in the future.

**Key words:** health care services market, private health service providers, state-private partnership, private financing facility.

По проблемам развития здравоохранения опубликован ряд монографий и статей, характеризующих процесс модернизации государственного и развития частного сектора отрасли, формирования системы медицинского страхования, освещающих проблемы взаимодействия власти и медицинского бизнеса и др. В данной сфере можно выделить работы И.А. Аренковой, С.И. Берлина, А.С. Бронштейна, Н.И. Вишнякова, Г.С. Галстяна, С.Л. Гусевой, С.О. Ельсиновской, Ф.Н. Кадырова, Ю.М. Комарова, А.Е. Олесова, Н.В. Ушаковой, С.В. Шишкиной, И.М. Шеймана, Ю. Щербук.

В большинстве научных материалов признается целесообразным взаимодействие бюджетных и рыночных принципов организации эффективной модели здравоохранения, включая внедрение механизмов ГЧП [1–3].

Система частного финансирования здравоохранения за счет средств населения, работодателей и других источников сформировалась в 90-е годы как замещающая сокращавшиеся государственные расходы [12, 13].

Как показывает мировой опыт, система здравоохранения наиболее эффективно функ-

ционирует при наличии многообразных форм собственности и организационно-правовых структур медико-производственных организаций [2–5, 12, 13].

К сожалению, при возрастающих потребностях и запросах потребителей бюджетное финансирование оказывается недостаточным для адекватного решения возникающих проблем. При этом создается благоприятная почва для формирования и успешного развития негосударственного коммерческого медицинского сектора. Данные обстоятельства указываются целым рядом авторов [6, 8].

Негосударственные коммерческие медицинские учреждения – неотъемлемая составная часть системы здравоохранения. Они должны работать по единым нормативно-правовым требованиям, установленным в Российской Федерации [9, 10].

Каковы причины выбора потребителями частных поставщиков медицинских услуг? Прежде всего – это устоявшиеся проблемы в государственной системе здравоохранения: невозможность получить услуги в короткое время; отсутствие необходимых для диагно-

стики или лечения специалистов или оборудования; отсутствие необходимого сервиса; нерациональная организация приема больных.

При этом основные факторы, мотивирующие потребителя обращаться к платной медицине, следующие: более качественная медицинская помощь (62,7 %); высокий уровень сервиса (43,3 %); отсутствие возможности получить услуги бесплатно (24,2 %); репутация и популярность медицинского учреждения (22,0 %); быстрота обслуживания (18,3 %); более удобное место расположения (2,7 %); другие факторы (уровень цен, возможность выбора лечащего врача, комплексность предоставляемых услуг и т.п.) (4,7 %) [8].

Анализ параметров предпочтительности частной медицины позволяет выделить несколько групп потребителей услуг этого сектора здравоохранения (Росбизнесконсалтинг, 2008):

Ценители комфорта – для них главным преимуществом ЧМ выступает отсутствие очередей, удобство расположения, простота записи к медицинским специалистам, более гибкий и удобный график работы, независимость от прописки/регистрации. В этой группе преобладают разовые обращения в частные клиники или кабинеты, пользование услугами многопрофильной клиники, лабораторные исследования и лечение или операции в стационаре.

Лояльные к частной медицине – для них важнейшим преимуществом частной медицины является высокая квалификация врачей, более современные и эффективные технологии диагностики и лечения, внимание и доброжелательность персонала, хороший уровень сервиса. Они выбирают для себя обслуживание либо в многопрофильных клиниках, либо консультации у частнопрактикующих врачей.

Обслуживаемые по полису добровольного медицинского страхования – группа населения, которая лечится в частных медицинских организациях, поскольку этот выбор сделан за них страховщиком и страхователем (работодателем). Значительная часть не видит в них особых преимуществ, но из привлекательных сторон представители данной группы отмечают наличие широкого спектра специалистов в частной клинике, возможность вызвать на дом врача, в том числе в выходные и праздничные дни, простоту записи к врачу и сдачи анализов и отсутствие больших очередей.

Говоря о развитии отечественного рынка медицинских услуг, многие авторы раскрывают механизм государственно-частного партнерства (ГЧП) [8, 11]. Государственно-частное партнерство является в настоящее время одной из самых удачных альтернатив приватизации жизненно важных, имеющих

стратегическое значение объектов государственной собственности.

Наиболее показательный опыт ГЧП разработан Канадой и Великобританией, где 15–20 % инвестиционных проектов реализуется именно на принципах ГЧП [8].

Единого определения и, соответственно, понимания ГЧП даже в тех странах, где оно зародилось и развивается успешно, до сих пор не сложилось.

Но ряд авторов под государственно-частным партнерством понимают взаимовыгодное средне- и долгосрочное сотрудничество между государством и бизнесом, реализуемое в различных формах и ставящее своей целью решение политических и общественно значимых задач на национальном и региональном уровнях [8].

В 2004 г. на международной конференции в Москве, проводившейся под эгидой Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), были выделены базовые признаки, характерные для ГЧП в плане экономического воздействия: стороны партнерства должны быть представлены как государственным, так и частным сектором экономики; взаимоотношения сторон должны быть зафиксированы в официальных документах (договорах, программах и др.) и носить партнерский, то есть равноправный характер. Стороны партнерства должны иметь общие цели и четко определенный государственный интерес; должны распределять между собой расходы и риски, а также участвовать в использовании полученных результатов.

Основными преимуществами государственно-частного партнерства являются:

- осуществление в наиболее короткие сроки общественно значимых проектов, малопривлекательных для традиционных форм частного финансирования;
- универсальность – возможность применения в большинстве секторов экономики;
- привлечение значительных объемов финансирования для инвестиций в объекты государственного значения;
- существенное сокращение государственных расходов на содержание и эксплуатацию объектов инфраструктуры;
- разделение рисков проекта между государством и частным инвестором;
- обеспечение экономически эффективного управления реализацией проекта путем передачи управленческой функции частному инвестору;
- привлечение современных высокоэффективных технологий в развитие инфраструктуры;

– улучшение инвестиционного климата страны или региона.

По мнению специалистов, концессия является наиболее развитой формой ГЧП. Концессия – это система отношений между государством (концедентом) и частным юридическим или физическим лицом (концессионером), возникающая в результате предоставления концедентом концессионеру прав пользования государственной собственностью по договору, за плату и на возвратной основе, а также прав на осуществление видов деятельности, которые составляют исключительную монополию государства.

Перспективность и комплексность данных взаимоотношений при реализации механизма ГЧП определяется следующими причинами:

- концессионные отношения, в отличие от контрактных или арендных, носят долгосрочный характер, что позволяет обеим сторонам осуществлять долгосрочное стратегическое планирование;

- в концессиях бизнес-структуры обладают наиболее полной свободой в принятии административно-хозяйственных и управленческих решений, что выгодно отличает их от совместных предприятий;

- в случае нарушения концессионером условий договора, а также при возникновении необходимости защиты общественных интересов у государства остается достаточно рычагов воздействия на частный бизнес и по концессионному соглашению, и в рамках законодательных норм;

- согласно концессионному договору государство передает концессионеру только права владения и пользования объектами своей собственности, оставляя право распоряжаться ими.

Для деловых кругов ГЧП дает следующие преимущества: возможность доступа к традиционно государственным сферам экономики; возможность получения и использования прямой государственной поддержки; возможность долговременного размещения инвестиций под устраивающие гарантии; возможность выбрать наиболее выгодный проект из большого перечня; использование передового зарубежного опыта.

Привлекательность ГЧП для государства определяют следующие факторы: возможность повышения эффективности проектов за счет участия в них частного бизнеса; возможность решения системных проблем развития экономики государства; снижение бюджетных затрат за счет привлечения негосударственных средств; увеличение поступлений от налогов и других выплат в бюджет; повышение инвести-

ционной и инновационной активности страны; повышение уровня конкуренции, снижение тарифов и как следствие – укрепление социальной стабильности регионов; возможность разделить риски по проекту, переложив часть из них на бизнес-партнеров.

Формы государственно-частного партнерства:

- взаимодействие на основе государственных контрактов; арендные отношения: финансовая аренда (лизинг); соглашения о разделе продукции; инвестиционный контракт; концессионное соглашение; акционирование;

- долевое участие частного капитала в государственных предприятиях (совместные предприятия).

13 июля 2015 г. в нашем государстве принят новый Федеральный закон Российской Федерации № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», который вступает в силу 1 января 2016 г. Новое законодательство внесло определенную ясность в вопросы реализации проектов государственно-частного партнерства. Законом достаточно подробно прописаны положения, касающиеся заключения, изменения, прекращения соглашения о ГЧП, перехода прав и обязанностей по соглашению, замены частного партнера. Необходимо отметить, что многие положения, связанные с нормативно-правовым регулированием ГЧП, должны быть урегулированы подзаконными актами как на уровне Российской Федерации, так и на уровне субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Так, на Правительство Российской Федерации возложено: установление форм предложения о реализации проекта; установление порядка оценки эффективности проекта и определения его сравнительного преимущества; определение срока и порядка размещения на официальном сайте Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет информации о проведении торгов и т.д. [7].

Наиболее показательный пример перспективности ГЧП демонстрирует Московская область. Несмотря на высокий рейтинг области, объем инвестиций в социальную сферу составляет менее 1 %. При этом из 2202 учреждений здравоохранения 83 % требуют ремонта, 13 % – реконструкции, а 4 % находятся в аварийном состоянии. Из существующих мировых моделей ГЧП область включила в свой закон четыре формы и выбрала наиболее привлекательные механизмы. Так, механизм концессии в одном случае представлен схемой возврата инвести-



ций путем участия в системе обязательного медицинского страхования при утвержденном тарифе и согласования его с министерством здравоохранения области в объеме оказанных услуг на период действия концессии. В другом случае схема возврата инвестиций предполагает участие в системе обязательного медицинского страхования при дополнительном финансировании инвестиционной составляющей из бюджета региона путем увеличения тарифа обязательного медицинского страхования – межбюджетный трансфер. Результатом разработанных мер стало появление инвестиционных проектов в социальной сфере. До 2019 г. общее количество инвестиционных проектов ГЧП составит 21, с общим объемом финансирования более 76 млрд рублей. Планируется открытие новых консультативно-диагностических центров, центров реабилитации, онкологического кластера и др.

Проведенный анализ [12] системы частного финансирования здравоохранения позволяет выделить следующие ключевые факторы, которые будут определять ее развитие в предстоящие 10–15 лет: темпы экономического роста, определяющие возможности государства, населения, работодателей расходовать средства на здравоохранение; приоритетность развития здравоохранения в политике государства, измеряемая долей государственных расходов на здравоохранение в ВВП; уровень конкретности государственных гарантий оказания медицинской помощи населению; изменения в способности государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения; изменения в отношении граждан к своему здоровью, определяющие готовность тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний; изменения в готовности работодателей инвестировать ресурсы в здоровье своих работников.

Предлагается рассмотреть три разных сценария изменения обозначенных выше условий и соответственно изменений в частной системе финансирования здравоохранения до 2020 г.: инерционный, либеральный и модернизационный.

#### 1. Инерционный сценарий

- Низкие темпы экономического роста, не выше 4 % в год; соответственно возможности государства, населения, работодателей расходовать средства на здравоохранение увеличиваются, но достаточно медленно.

- Реальная приоритетность развития здравоохранения в политике государства мало меняется со временем, и доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП сохраняется на уровне 3,3–3,7 %.

- Государственные гарантии оказания медицинской помощи остаются неконкретными.

- Способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения мало меняется со временем. Задачи модернизации общественной системы здравоохранения решаются постепенно, техническая оснащенность государственных медицинских учреждений улучшается, но результативность их работы и отзывчивость к нуждам пациентов меняются очень медленно.

- Отношение граждан к своему здоровью и готовность тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний мало меняются со временем.

- Конкуренция на рынке труда усиливается и стимулирует работодателей к расходованию средств на охрану здоровья работников.

#### 2. Либеральный сценарий

- Экономика растет достаточно высокими темпами: 5–6 % в год.

- Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП несколько увеличивается: с 3,6 до 4,0 %.

- Гарантии медицинской помощи конкретизируются и балансируются с государственным финансированием.

- Способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения мало меняется со временем.

- Государство проводит политику автономизации государственных медицинских учреждений, создания условий для конкуренции среди поставщиков медицинских услуг независимо от формы собственности в сфере заключения контрактов на оказание медицинской помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. Решение задач модернизации системы оказания медицинской помощи в значительной степени возлагается на действие конкурентных сил.

- Происходят существенные изменения в отношении граждан к своему здоровью, увеличивается их готовность, и прежде всего растущего среднего класса, тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний.

- Рынок труда характеризуется высокой конкуренцией среди работодателей и обуславливает необходимость расходовать значительные средства на охрану здоровья работников.

#### 3. Модернизационный сценарий

- Высокие темпы экономического роста: 6–7 % в год.

- Приоритетность развития здравоохранения в политике государства усиливается, доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП увеличивается с 3,6 до 5,3 %.

- Государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи конкретизируются и балансируются с размером государственного финансирования.

- Способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения значительно усиливается. Государство проводит масштабную реформу организации и финансирования здравоохранения. В результате модернизации ресурсного потенциала и организации здравоохранения, а также институтов его государственного финансирования эффективность общественного здравоохранения растет.

- Происходят существенные сдвиги в отношении граждан к своему здоровью, увеличивается их готовность, и прежде всего растущего среднего класса, тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний.

- Рынок труда характеризуется высокой конкуренцией среди работодателей и

обуславливает необходимость расходовать значительные средства на охрану здоровья работников.

Таким образом, современные рыночные условия хозяйствования в медицинской отрасли породили совокупность качественно новых проблем, среди которых выделяется проблема экономического развития коммерческих организаций сферы медицинских услуг в рамках региональной и федеральной системы оказания медицинских услуг населению. Конкуренция на рынке медицинских услуг, прежде всего между государственными и частными производителями медицинских услуг, диктует необходимость формирования и практического внедрения на перспективу адекватных сложившейся ситуации принципов, методов и инструментов обеспечения экономического развития каждой организации, предоставляющей медицинские услуги, независимо от формы собственности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аренков, И. А. Конкурентные преимущества предпринимательских структур в здравоохранении / И. А. Аренков, М. В. Олейник, О. А. Страхова. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2007. – 99 с.
2. Берлин, С. И. Анализ и перспективы развития коммерческих организаций медицинских услуг : моногр. / С. И. Берлин, С. Х. Берлина, Х. Ш. Хуако. – Краснодар, 2014. – 118 с.
3. Берри, А. Легендарная клиника Мэйо. Уроки лучшей в мире сервисной организации / А. Берри, К. Селтман ; пер. с англ. А. Козлова. – М.: Манн, Иванов и Фербер; Эксмо, 2013. – 384 с.
4. Бронштейн, А. С. Частная медицина. Т. 2. – М.: Медпрактика-М, 2006. – 172 с. – Из фондов ДВГНБ.
5. Галкин, В. В. Медицинский бизнес : учеб. пособие. – М.: КНОРУС, 2007. – 272 с.
6. Галстян, Г. С. Совершенствование механизма государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения : моногр. – СПб.: Астерион, 2014. – 172 с.
7. Кадыров, Ф. Н. Нормативно-правовое регулирование государственно-частного (муниципально-частного) партнерства // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 8. – С. 63–69.
8. Окольников, И. Ю. Государственно-частное партнерство как механизм развития отечественного рынка медицинских услуг : моногр. / И. Ю. Окольников, В. Г. Куватов. – Челябинск : Изд. центр ЮУрГУ, 2013. – 122 с.
9. Оптимизация научной деятельности медицинской организации на основе принципов менеджмента качества : моногр. / М. А. Садовой, Р. А. Казаков, И. Ю. Бедорева [и др.]. – Новосибирск : НГМУ, 2014. – 131 с.
10. Проектно-ориентированная подготовка управленческого персонала медицинских организаций в период модернизации российского здравоохранения / Т. И. Черняева, И. В. Островская, Л. В. Соколовская, М. А. Чесноков. – М.: Перо, 2014. – 101 с.
11. Разумовский, А. В. Развитие взаимодействия государственных и частных организаций в здравоохранении : моногр. / А. В. Разумовский, А. Н. Полина. – Н. Новгород : Кварц, 2008. – 80 с.
12. Шишкин, С. В. Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения / С. В. Шишкин, А. Попович. – М.: ИЭПП, 2009. – 112 с.; ил. – (Научные труды / Ин-т экономики переход. периода; № 125Р).
13. Шляпников, В. В. Негосударственное коммерческое медицинское учреждение в системе здравоохранения крупного города (мегаполиса). – М.: Цифровичок, 2009. – 177 с.

УДК 614.2:314.42

# Предотвратимая смертность как критерий оценки деятельности системы здравоохранения

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: rec@ipkszh.khv.ru

## Avoidable death cases as criteria for assessment of performance of the medical organizations

К.Р. 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

Дан анализ предотвратимой смертности населения Хабаровского края за 2000–2014 гг. Изучены показатели предотвратимой смертности (5–64 лет) и потерянные годы потенциальной жизни при шести классах заболеваний согласно МКБ 10 (инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания и пищеварения, травмы и отравления), которые дали 92–96 % общей смертности населения. Подчеркнута значимость методологии предотвратимой смертности для оценки анализа деятельности здравоохранения и качества оказания медицинской помощи населению.

**Ключевые слова:** демография, предотвратимая смертность, потерянные годы потенциальной жизни, прогнозирование смертности, оценка деятельности медицинских организаций.

In the article has got analysis of avoidable death cases of Khabarovsk region for 2000-2014 years. Has studied indicators of avoidable death cases (5-64 years old) and missing ages of potential life in 6 diseases classes according to International Classification of Diseases, 10th Edition (infectious and parasitic diseases, tumors, cardiovascular diseases, respiratory diseases and digestive system, injuries and poisoning), it gives 92-96 % of total mortality of population. It emphasizes the importance of the methodology for estimating avoidable death cases for analysis of healthcare services activities and medical care quality.

**Key words:** demography, avoidable death cases, missing ages of potential life, mortality prognostics, assessment of performance of the medical organizations.

В сегодняшних условиях имеет место изменение отношения к здоровью в мировом масштабе, появилось осознание роли здоровья как одного из важнейших факторов социально-экономического развития [11, 17]. Именно здоровье дает возможность для личного роста и обеспечивает экономическую стабильность семьям, в том числе отдельной личности, и обществу в целом (формирование человеческого капитала).

Важными показателями оценки здоровья населения являются коэффициенты смертности, в том числе в трудоспособном возрасте и возрасте 5–64 лет, а также годы жизни, потерянные в результате преждевременной смертности. Критическое положение с медико-демографической ситуацией в Хабаровском крае (сокращение численности населения, его старение, снижение качества населения) подчеркивает необходимость сохранения и укрепления здоровья каждой личности, качества населения. Оценка здо-

ровья населения и потерь от преждевременной смертности позволяет, с одной стороны, определить резервы снижения смертности населения на региональном уровне [3, 5, 19], с другой – использовать эту методологию в качестве обобщенного индикатора качества деятельности системы здравоохранения [8, 13, 19], в том числе качества медицинской помощи [12], а также рассчитать экономические потери [9].

### Цель исследования:

– провести анализ смертности в зависимости от возрастных структур: дети 0–14 лет, лица трудоспособного возраста: молодежь 15–29 лет, лица средних возрастов 30–44 лет, старших трудоспособных возрастов 45–59 лет, пожилые 60–74 лет и старшее поколение 75 лет и старше;

– изучить динамику смертности населения в возрасте 5–64 лет по шести основным классам болезней, составляющих более 4/5 всех смертей, в зависимости от пола и места проживания, в

том числе по периодам: 2000–2004, 2005–2009 и 2010–2014 гг.;

– дать оценку потерянных лет потенциальной жизни в динамике за 2000–2014 гг. в зависимости от гендерных различий и места проживания, а также по двум периодам: 2005–2009 и 2010–2014 гг.;

– выделить основные приоритеты для улучшения уровня здоровья человека, повышения качества населения.

#### **Материалы и методы**

Для анализа были взяты сводные отчеты Хабаровскстата, форма 51 «Распределение умерших по причине смерти, полу и возрастным группам» за 2000–2014 гг. Численность населения была использована по данным Государственного комитета по статистике по Хабаровскому краю. На 1 января 2015 г. в Хабаровском крае числилось 1 338 305 человек. Показатели смертности вычислялись на среднегодовое население. При стандартизации показателей смертности была использована европейская модель населения.

Изучение заболеваемости населения, в том числе конкретными классами болезней, проводилось на основе представленных годовых сводных отчетов формы 12 по краю «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организацией». Распространение социально значимых болез-

ней среди населения края изучалось на основе анализов годовых сводных отчетов форм 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)», 11 «Сведения о заболеваниях наркологических расстройствами» за 2000–2014 гг.

О характере деятельности медицинских организаций в области онкологической службы в крае судили по годовой сводной форме 35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» за 2000–2014 гг.

Были использованы российские статистические сборники «Медико-демографические показатели РФ» за 2011–2013 гг. и «Заболеваемость населения России» за 2000–2014 гг.

Для анализа статистических данных были применены вариационный и корреляционный анализы; динамические ряды анализировались методом наименьших квадратов.

Для изучения предотвратимых причин смерти в крае была использована европейская классификация, основанная на трех уровнях профилактики [10]. К первой группе были отнесены причины смерти, которые могли быть предупреждены первичной профилактикой, т.е. предупреждением заболеваний (табл. 1).

Таблица 1

#### **Предотвратимые причины смерти населения, которые могли быть предупреждены первичной профилактикой**

<b>Причины и классы причин</b>	<b>Код по МКБ 10</b>
Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	C00–C14
Злокачественные новообразования пищевода	C15
Злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков	C22
Злокачественные новообразования гортани	C32
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких	C33, C34
Злокачественные новообразования других и неточно обозначенных локализаций органов дыхания и грудной клетки	C30, C31, C37–C39
Злокачественные новообразования мочевого пузыря	C67
Злокачественные новообразования других и не уточненных мочевых органов	C65, C66, C68
Субарахноидальное кровоизлияние	I60
Внутричерепные и другие внутричерепные кровоизлияния	I61–I62
Инфаркт мозга	I63
Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	I64
Другие церебральные болезни	I67–I69
Алкогольная болезнь печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз)	K70
Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного генеза)	K74
Другие болезни печени	K71–K73, K75–K76
Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	S00–S09, T00–T98



В эту группу включены причины, определяемые наличием вредных привычек, профессиональными факторами риска, социально-экономическими и общественными факторами образа жизни населения, политикой государства в области охраны здоровья (правоохранительные меры, меры по снижению преступности, алкогольная и табачная политика, гарантия прав на здоровье и т.д.) [10].

Ко второй группе были отнесены причины смерти, которые зависят от вторичной профилактики, т.е. своевременного выявления и ранней диагностики болезней (табл. 2).

Таблица 2

**Предотвратимые причины смерти населения, которые могли быть предупреждены своевременным выявлением заболеваний**

Причины и классы причин	Код по МКБ 10
Злокачественная меланома кожи	C43
Другие злокачественные новообразования кожи	C44
Злокачественные новообразования грудной железы	C50
Злокачественные новообразования шейки матки	C53
Злокачественные новообразования других и неуточненных частей матки	C54, C55

В этой группе причин определяющим фактором явились: диагностика на ранних стадиях заболевания, своевременное адекватное лечение, предупреждение запущенных случаев, которые оказывают влияние на уровень летальных исходов. Летальность зависит от квалификации врачей первичного звена, материально-технической базы медицинских организаций, государственной политики в области здравоохранения.

Третий уровень профилактики был направлен на повышение качества медицинской помощи населению, предупреждение обострений, осложнений и формирования хронических форм заболеваний, снижение ограничений жизнедеятельности, повышение адаптационных способностей организма, уменьшение трудовых потерь, связанных с болезнью, инвалидностью, снижение преждевременной смертности (табл. 3).

Потерянные годы потенциальной жизни (ППЖ) рассчитывались как сумма произведений абсолютного числа умерших на среднее значение недожитых лет в каждой возрастной группе. Согласно отчету «Глобальное бремя болезней» точкой отсчета для потерянных лет потенциальной жизни явился показатель 86 лет [1, 16]. Показатель ППЖ вычислялся на 100 тыс. населения.

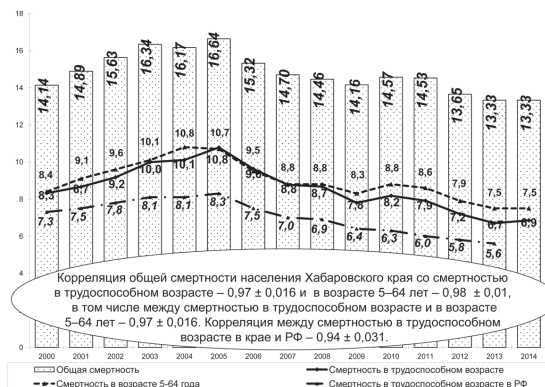
Таблица 3

**Предотвратимые причины смерти населения, которые могли быть предупреждены улучшением лечения и повышением качества медицинской помощи**

Причины и классы причин	Код по МКБ 10
Злокачественные новообразования предстательной железы	C61
Злокачественные новообразования других мужских половых органов	C60, C62, C63
Болезнь Ходжкина	C81
Неходжкинская лимфома	C82–C85
Лейкемия	C91–C95
Хронические ревматические болезни сердца	I05–I09
Гипертоническая болезнь	I10, I11–I13, I15
Язва желудка	K25
Язва двенадцатиперстной кишки	K26
Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	K35–K38
Грыжи	K40–K46
Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	K80
Холецистит	K81
Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00–A99, B00–B99
Класс X. Болезни органов дыхания	J00–J99
Класс XV. Осложнения беременности, родов и послеродового периода	O00–O99

**Обсуждение результатов**

За 15 лет (2000–2014) общая смертность населения в Хабаровском крае сократилась на 5,7 %, в том числе в трудоспособном возрасте и возрасте 5–64 лет на 13,0 и 16,9 % соответственно (рис. 1). Первые 6 лет (2000–2005) отмечался рост общей смертности населения на 17,7 %, в том числе в трудоспособном возрасте и возрасте 5–64 лет на 30,1 и 27,4 % соответственно. За этот период общая смертность населения РФ выросла на 13,7 %. С 2005 г.



**Рис. 1. Показатели общей смертности населения Хабаровского края, в том числе в трудоспособном возрасте и в возрасте 5–64 лет; смертность в трудоспособном возрасте в РФ (на 1000 соответствующего возраста)**

все показатели, характеризующие общую смертность, а также в соответствующих возрастах, снижались. Между показателями общей смертности, смертностью в трудоспособном возрасте и возрасте 5–64 лет существует высокой степени корреляционная связь ( $0,97 \pm 0,016$  и  $0,98 \pm 0,01$  соответственно), в том числе между смертностью в трудоспособном возрасте и смертностью в возрасте 5–64 лет –  $0,97 \pm 0,016$ .

Динамика показателей общей смертности населения Хабаровского края, в том числе в тру-

доспособном возрасте, за период 2000–2014 гг. вполне соответствовала динамике этих показателей в РФ ( $0,90 \pm 0,05$  и  $0,94 \pm 0,031$  соответственно), что свидетельствует об общей тенденции в показателях смертности населения края и страны.

Изучение возрастной структуры общей смертности населения Хабаровского края за 2000–2014 гг. свидетельствует о снижении общего показателя смертности населения практически во всех возрастных группах (табл. 4).

Таблица 4

#### Возрастная структура общей смертности населения Хабаровского края

Возрастные группы	2000–2004 гг.		2005–2009 гг.		2010–2014 гг.	
	Смертность	$\pm m$	Смертность	$\pm m$	Смертность	$\pm m$
0–14 лет	161,7	8,20	149,9	8,64	137,7	8,15
15–29	274,9	8,39	266,1	8,59	209,7	8,07
30–44	804,2	15,84	798,1	16,30	631,3	14,31
45–59	1925,4	25,66	1819,2	24,33	1515,7	23,30
60–74	4439,2	51,30	3899,4	49,28	3361,0	42,84
75 и старше	12108,0	158,47	10957,9	141,33	10125,1	128,23
Итого	1542,5	10,28	1506,4	10,43	1388,2	10,10

Следует отметить, что среди детского населения 0–14 лет в последние годы (2005–2014) показатели смертности имеют тенденцию к снижению, однако эти различия не существенны; индекс Стьюдента ниже двух ( $149,9 \pm 8,64$  и  $137,7 \pm 8,15$  соответственно). По сравнению

с 2000–2004 гг. показатели детской смертности снизились за последние пять лет ( $t = 2,07$ ).

Основные показатели смертности населения Хабаровского края в 2011–2013 гг. оказались выше российских значений, несмотря на общую тенденцию к их снижению (табл. 5).

Таблица 5

#### Основные показатели смертности населения Хабаровского края и Российской Федерации в 2011–2013 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатели	Российская Федерация			Хабаровский край		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Смертность населения	1347,0	1331,2	1304,3	1453,0	1361,4	1333,3
в том числе: мужчины	1527,2	1474,8	1436,2	1716,7	1578,1	1529,3
женщины	1207,9	1207,6	1190,6	1204,9	1163,1	1154,8
Стандартизованные показатели смертности населения	1133,5	1099,7	1065,1	1420,3	1305,4	1272,8
в том числе: мужчины	1626,4	1570,8	1517,4	2052,8	1861,5	1827,9
женщины	797,2	777,6	754,1	970,1	917,0	893,3
Смертность в трудоспособном возрасте	597,9	573,1	558,9	791,3	718,9	669,9
в том числе: мужчины	922,5	882,7	858,9	1188,1	1062,6	983,9
женщины	253,1	342,5	236,4	342,5	328,4	311,9
Смертность в возрасте 5–64 лет	646,9	623,6	608,3	861,0	793,5	747,0
в том числе: мужчины	955,8	919,5	896,0	1240,5	1128,4	1057,9
женщины	359,3	347,7	339,8	490,8	465,7	442,0
Потерянные годы потенциальной жизни (ПГПЖ)	26701,1	25922,5	25096,7	34435,0	31923,7	30354,1
в том числе: мужчины	38465,9	36744,6	35591,1	48340,0	44399,9	42232,5
женщины	16978,6	16601,5	16046,8	21562,8	20506,8	19537,6

Обращает внимание, что смертность женского населения Хабаровского края ниже российского уровня. Стандартизованные показатели смертности населения на 25–20 % выше российских значений, в том числе для мужского и женского населения. В трудоспособном возрасте и возрасте 5–64 лет показатели смертности края выше российских значений на 32–20 %, в том числе среди мужчин и женщин (табл. 5). Потерянные годы потенциальной жизни в Хабаровском крае оказались выше российских значений на 29,0–21,0 %, в том числе среди мужчин и женщин – 25,7–18,7 и 27,0–21,85 % соответственно.

Несмотря на рост общей заболеваемости населения Хабаровского края за 15 лет (2000–2014) на 3,76 %, первичная заболеваемость за этот период снизилась на 7,75 %. Между показателями общей и первичной заболеваемости населения выявлена средней степени корреляционная связь ( $0,51 \pm 0,20$ ). Заболевания с впервые установленным диагнозом и распространенность их среди населения не оказывали влияния на уровень показателя общей смертности населения края. Существенное влияние на уровень общей смертности населения оказывали: распространенность активного туберкулеза ( $0,45 \pm 0,21$ ), первичная заболеваемость психическими расстройствами ( $0,85 \pm 0,07$ ), заболеваемость алкоголизмом в сочетании с острыми алкогольными психозами с впервые установленным диагнозом ( $0,94 \pm 0,03$ ), распространенность наркомании и токсикомании ( $0,83 \pm 0,08$ ). Между показателями первичной и общей заболеваемости злокачественными новообразованиями и общей смертностью населения края имелась обратная корреляционная связь ( $0,70 \pm 0,13$  и  $0,75 \pm 0,12$  соответственно). Остальные социально значимые болезни не оказывали существенного влияния на уровень смертности.

Анализ трех изучаемых периодов свидетельствует, что в 2000–2009 гг. общая смерт-

ность населения Хабаровского края достоверно ( $t = 2,5$ ) снизилась в основном за счет травм и отравлений ( $t = 7,0$ ) при росте смертности от болезней системы пищеварения ( $t = 3,9$ ). Остальные основные причины общей смертности практически были на одном уровне (табл. 6). В структуре основных причин смерти первое место занимают болезни системы кровообращения (удельный вес этой патологии вырос с 53,7 до 56,3 %). Травмы и отравления занимают второе место в структуре смертности населения в 2000–2004 и 2005–2009 гг. (удельный вес этих причин в общей структуре смертности составляет 19,7 и 17,0 % соответственно). В 2010–2014 гг. из-за снижения частоты смертности от этой патологии до 184,8 случая на 100 тыс. населения травмы и отравления заняли третье место, уступив свое место в общей структуре смертности новообразованиям. Удельный вес новообразований в общей структуре смертности в трех изучаемых периодах увеличился с 12,5 до 14,6 %, заняв второе место в 2010–2014 гг.

Смертность населения края в возрасте 5–64 лет в общей структуре смертности составляет 61,4, 61,2 и 58,0 % соответственно трем изучаемым периодам. Структура основных причин в этой возрастной группе во всех трех указанных периодах наблюдения меняется по мере снижения удельного веса заболеваний системы кровообращения, травм и отравлений, новообразований, болезней системы пищеварения, заболеваний органов дыхания, инфекционных и паразитарных болезней, на долю которых приходится соответственно 97,9, 97,7 и 95,8 %.

Представленная структура предотвратимой смертности населения края за 2000–2014 гг. имеет свои региональные особенности. В ряде регионов первое место в структуре предотвратимой смертности принадлежит травмам и отравлениям [20].

Таблица 6

**Основные причины смерти населения Хабаровского края, в том числе в возрасте 5–64 лет (на 100 тыс. соответствующего возраста)**

Структура смертности населения от основных причин смерти в трудоспособном возрасте						
Причины смерти	2000–2004 гг.		2005–2009 гг.		2010–2014 гг.	
	всего	$\pm m$	всего	$\pm m$	всего	$\pm m$
Класс VII: Болезни системы кровообращения	828,1	7,56	828,2	7,76	781,1	7,60
Класс II. Новообразования	192,8	3,66	198,2	3,81	202,0	3,88
Класс XX. Травмы и отравления	303,6	4,59	256,6	4,84	184,8	3,71
Класс IX. Болезни системы пищеварения	70,5	2,21	83,3	2,47	81,4	2,46
Класс VIII. Болезни органов дыхания	66,3	2,15	63,2	2,15	56,7	2,05
Класс I. Инфекционные и паразитарные болезни	36,1	1,58	34,4	1,59	30,2	1,50
Прочие причины	45,1	1,77	42,5	1,77	52,0	1,97
Все причины	1542,5	10,28	1506,4	10,43	1388,2	10,10

**Структура смертности населения от основных причин смерти в возрасте 5–64 лет**

Класс VII. Болезни системы кровообращения	364,6	5,40	360,9	5,61	334,1	5,47
Класс II. Новообразования	118,4	3,08	113,1	3,14	120,1	3,28
Класс XX. Травмы и отравления	298,0	4,89	268,6	4,84	191,1	4,14
Класс IX. Болезни системы пищеварения	59,1	2,18	70,9	2,49	66,4	2,44
Класс VIII. Болезни органов дыхания	51,2	2,03	51,0	2,11	42,0	1,94
Класс I. Инфекционные и паразитарные болезни	35,6	1,69	35,7	1,77	31,3	1,68
Прочие причины	19,8	1,26	21,5	1,37	20,4	1,35
Все причины	946,7	8,68	921,7	8,94	805,4	8,48

В 2010–2014 гг. средние показатели общей смертности населения края составили 1388,2 случая на 100 тыс. населения. По сравнению с 2005–2009 гг. отмечено достоверное снижение общей смертности населения края от болезней системы кровообращения ( $t = 4,3$ ), травм и отравлений ( $t = 11,8$ ), заболеваний органов дыхания ( $t = 2,2$ ). Наряду с этим наблюдался рост смертности от прочих причин ( $t = 3,6$ ). Смертность от новообразований, болезней системы пищеварения, инфекционных и паразитарных заболеваний была на одном уровне (табл. 6).

Смертность населения Хабаровского края в возрасте 5–64 лет за 2000–2009 гг. оставалась на одном уровне (964,1–929,3 и 939,6–903,8 случая на 100 тыс. населения соответственно за 2000–2004 и 2005–2009 гг.). За этот период наблюдения отмечено снижение смертности от травм и отравлений ( $t = 4,3$ ), рост смертности от болезней системы пищеварения ( $t = 3,6$ ). Остальные основные причины смерти в этом возрасте были на одном уровне.

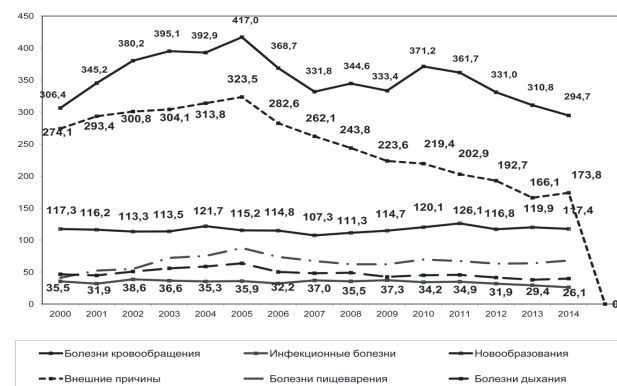
В 2010–2014 гг. при достоверном снижении смертности населения в возрасте 5–64 лет по сравнению с 2005–2009 гг. отмечено ее снижение от болезней системы кровообращения ( $t = 3,42$ ), травм и отравлений ( $t = 12,17$ ), заболеваний органов дыхания ( $t = 3,14$ ). В последние годы (2010–2014) снизилась смертность от болезней системы кровообращения ( $t = 4,0$ ), травм и отравлений ( $t = 16,7$ ), заболеваний органов дыхания ( $t = 3,3$ ) по сравнению с 2000–2004 гг. при одновременном росте смертности от заболеваний системы пищеварения ( $t = 2,2$ ).

В связи со значимостью смертности населения в возрасте 5–64 лет в общей структуре смертности (55,9–64,1 %) был сделан анализ смертности в этой возрастной категории от 6 основных причин смерти (табл. 5). В 2005 г. показатель общей смертности населения от всех причин вырос на 17,2 %, в том числе в возрасте 5–64 лет – на 26,5 % соответственно. В последующие годы общая смертность достоверно снижалась, в том числе от внешних причин, инфекционных и паразитарных болезней, заболеваний системы кровообращения (44,6, 27,6 и 23,1 % соответственно). Подобная зако-

номерность выявлена при анализе смертности населения в возрасте 5–64 лет (снижение – 46,3, 27,3 и 29,3 % соответственно).

Изучение динамического ряда показателей смертности в возрасте 5–64 лет от болезней системы кровообращения свидетельствует, что в 2005-м и 2010 гг. был пик роста смертности от этой причины с последующим снижением показателя. Уровень смертности населения от болезней системы кровообращения в 2014 г. практически не отличался от аналогичного значения в 2000 г. (305,1–284,3 и 316,2–296,6 случая смерти на 100 тыс. населения соответственно). Существенного снижения смертности населения края от заболеваний системы кровообращения в возрасте 5–64 лет на протяжении 15 лет не отмечено (рис. 2).

Подобное увеличение уровня предотвратимой смертности населения в 2000–2005 гг. отмечено от внешних причин, заболеваний органов дыхания и системы пищеварения (18,0, 36,8 и 113,4 % соответственно). Смертность населения края в возрасте 5–64 лет от новообразований, инфекционных и паразитарных заболеваний в этом периоде оставалась на одном уровне (рис. 2). После принятия национальной программы «Здоровье» (2005) в крае отмечено снижение смертности населения в возрасте 5–64 лет. В 2010 г. наблюдался пик роста смертности населения от болезней системы кровообращения (371,2 ± 5,73 случая на 100 тыс. населения



**Рис. 2. Смертность населения Хабаровского края в возрасте 5–64 лет от основных причин (на 100 тыс. населения)**



в возрасте 5–64 лет) и заболеваний системы пищеварения ( $60,7 \pm 2,49$  случая).

За 15 лет (2000–2014) отмечено достоверное снижение смертности населения края в возрасте 5–64 лет от внешних причин (181,8–165,8 и 283,3–264,9 случая соответственно в 2014-м и 2000 г.), инфекционных и паразитарных болезней (29,2–23,0 и 38,8–32,2 случая соответственно в 2014-м и 2000 г.).

Анализ предотвратимой смертности населения края по трем изучаемым периодам показал, что резервом для снижения смертности являются легкоустраняемые, не требующие высоких материальных и финансовых средств и определяемые усилиями социальных служб причины смерти от травм и отравлений, болезней органов дыхания, инфекционных и паразитарных болезней [18].

За 15 лет (2000–2014) отмечен рост первичной и общей заболеваемости болезнями системы кровообращения на 15,0 и 42,6 % соответственно. Между показателями первичной и общей заболеваемости этой патологией имеется средней степени корреляционная связь ( $0,41 \pm 0,22$ ). Между первичной и общей заболеваемостью болезнями системы кровообращения и смертностью населения от этой патологии выявлена слабой интенсивности обратная корреляционная связь ( $-0,35$  и  $-0,21$  соответственно).

За 2000–2014 гг. первичная и общая заболеваемость населения травмами и отравлениями (внешними причинами) увеличилась на 5,6 и 4,0 % соответственно. Между первичной и общей заболеваемостью этой патологией имеется высокой степени корреляционная связь ( $0,99 \pm 0,002$ ). Между первичной и общей заболеваемостью внешними причинами и смертностью от них установлена слабой степени корреляционная связь ( $0,28 \pm 0,25$  и  $0,33 \pm 0,24$  соответственно). Смертность населения в возрасте 5–64 лет от внешних причин в течение 2000–2005 гг. увеличилась на 18,0 %. В последующие годы (2005–2014) смертность от внешних причин достоверно ( $p < 0,001$ ) снизилась с  $323,5 \pm 5,24$  до  $173,8 \pm 3,98$  случая на 100 тыс. населения (рис. 2).

В течение 2000–2014 гг. первичная и общая заболеваемость злокачественными новообразованиями увеличилась на 4,6 и 19,9 % соответственно. Между этими показателями отмечена слабой степени корреляционная связь ( $0,23 \pm 0,25$ ). Существенного влияния первичная заболеваемость на уровень смертности населения от новообразований не оказывает. Между показателями общей заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертностью от новообразований отмечена

средней степени корреляционная связь ( $0,32 \pm 0,24$ ). Смертность населения в возрасте 5–64 лет от новообразований практически остается на одном уровне (рис. 2).

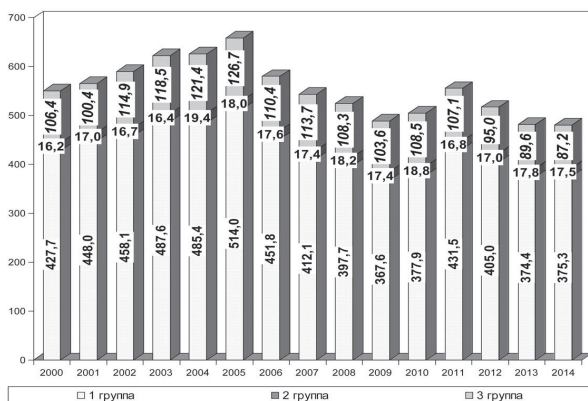
За 15 лет (2000–2014) первичная и общая заболеваемость населения края болезнями органов дыхания снизилась на 6,9 и 7,0 % соответственно. Между этими двумя показателями заболеваемости отмечена сильной степени корреляционная связь ( $0,96 \pm 0,019$ ). Между показателями первичной и общей заболеваемости населения болезнями органов дыхания и смертностью от них существует обратная корреляционная связь средней интенсивности ( $-0,57 \pm 0,18$  и  $-0,46 \pm 0,21$ ). В течение 2009–2014 гг. уровень смертности населения края от болезней органов дыхания остается на одном уровне (46,4–38,6 и 43,6–36,0 случая на 100 тыс. населения в 2009-м и 2014 г. соответственно).

Первичная и общая заболеваемость населения края в 2000–2014 гг. болезнями системы пищеварения снизилась на 23,2 и 2,5 % соответственно. Между этими показателями отмечена высокой степени интенсивности корреляционная связь ( $0,77 \pm 0,11$ ). За этот период смертность от болезней системы пищеварения увеличилась на 62,3 %. Существенного влияния заболеваемость населения на уровень смертности от этой патологии не оказывает. За 2000–2014 гг. смертность населения в возрасте 5–64 лет от болезней системы пищеварения увеличилась на 65,9 % (рис. 2). Последние три года (2012–2014) смертность населения в возрасте 5–64 лет от болезней системы пищеварения сохраняется на уровне 63,0–73,0 случая на 100 тыс.

Первичная и общая заболеваемость населения Хабаровского края инфекционными и паразитарными болезнями в 2000–2014 гг. снизилась на 33,5 и 33,1 % соответственно. Между показателями первичной и общей заболеваемости указанной патологии имеется средней интенсивности корреляционная связь ( $52,8 \pm 0,19$ ;  $t = 2,75$ ). Первичная и общая заболеваемость населения края в определенной степени оказывает влияние на смертность от данной патологии ( $41,8 \pm 0,22$  и  $0,50 \pm 0,20$  соответственно), однако на показатели общей смертности это влияние менее существенное ( $0,34 \pm 0,24$  и  $0,20 \pm 0,26$  соответственно).

Анализ динамики европейской модели предотвратимой смертности за 15 лет (2000–2014) свидетельствует о росте за 2000–2005 гг. на 19,7 %, в том числе для мужчин и женщин – 17,0 и 32,6 % соответственно (рис. 3). В последующие годы до 2009 г. смертность в возрасте 5–64 лет снизилась на 25,8 %, в том

числе для мужчин и женщин – 26,1 и 24,6 % соответственно. Затем был подъем предотвратимой смертности до 2011 г., затем ее снижение до 508,1 случая на 100 тыс. населения, в том числе для мужчин и женщин – 730,1 и 290,7 случая соответственно (рис. 3).

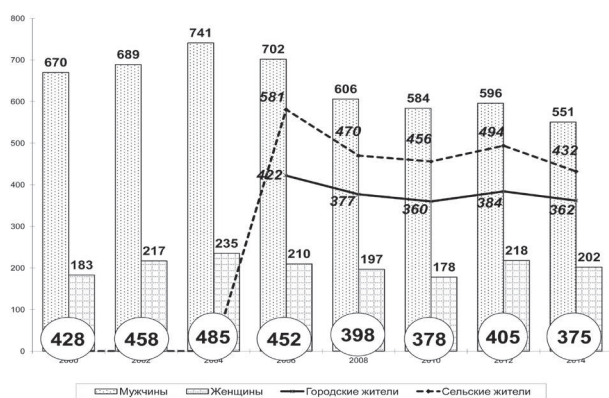


**Рис. 3. Динамика предотвратимой смертности населения Хабаровского края в зависимости от уровня профилактики (на 100 тыс. населения в возрасте 5–64 лет)**

Изучение причинно-следственных связей заболеваний и смертности населения свидетельствует о наличии двух составляющих в снижении предотвратимой смертности населения – это профилактический метод, или превентивный, и лечебный (исправление, коррекция возникших нарушений в организме вследствие заболевания) [4].

Снижение предотвратимой смертности населения края в возрасте 5–64 лет требует решения двух основных задач: нормализация нравственно-эмоционального состояния общества путем создания населению нормальных условий жизни и формирование у человека устойчивых адаптивных механизмов, нейтрализующих негативные воздействия внешней среды [2].

Наибольший вклад в смертность населения соответствующего возраста вносит 1-й класс причин смерти, управление которыми зависело



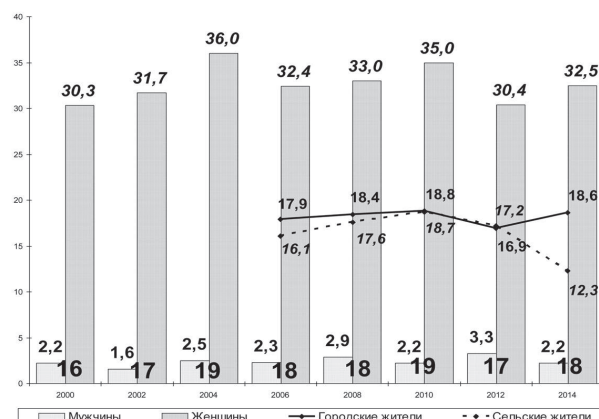
**Рис. 4. Динамика предотвратимой смертности населения Хабаровского края, обусловленная первичной профилактикой (на 100 тыс. населения в возрасте 5–64 лет)**

от региональной политики в области охраны здоровья населения (на их долю приходится 76–78 %). Изучение трех периодов наблюдения показало увеличение доли мужчин и женщин в этом классе причин до 70,4 и 69,8 % соответственно. Смертность мужчин в этом классе причин превышает аналогичную смертность среди женского населения в 3,0–3,5 раза. В последние годы эта разница уменьшилась до 2,5 раза. Смертность сельского населения в возрасте 5–64 лет превышает смертность в этом возрасте городских жителей (рис. 4).

Различная обусловленность предотвратимой смертности мужчин и женщин, в том числе городского и сельского населения, подтверждается социально-экономическими условиями жизни и региональной политикой в области охраны здоровья населения края.

Смертность населения от причин 2-го класса, которая зависит от эффективности межсекторальных усилий в охране здоровья населения и качества оказания медицинской помощи, существенно на протяжении 15 лет наблюдения (2000–2014) не изменялась; она оставалась практически на одном уровне. Особенностью 2-й группы является женская сверхсмертность, установлена большая разница в предотвратимой смертности среди женщин над мужчинами (до 14–15 раз). Это обусловлено характером заболеваний, входящих в эту группу причин смерти (меланома и злокачественные новообразования кожи, грудной железы, шейки матки и другие злокачественные новообразования матки).

Рак кожи, и меланома в том числе, не относится к распространенным заболеваниям, рак грудной железы у мужчин встречается редко, а последние две причины в принципе могут быть только у женщин [6]. Смертность городских жителей 2-й группы предотвратимых причин смерти превышает уровень смертности сельских жителей (рис. 5).

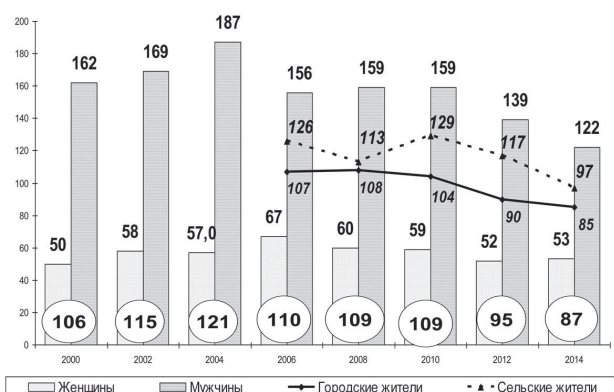


**Рис. 5. Динамика предотвратимой смертности населения Хабаровского края, обусловленная вторичной профилактикой (на 100 тыс. населения в возрасте 5–64 лет)**

Смертность населения от предотвратимых причин смерти 3-го класса ниже в 4,0–3,5 раза, чем от причин 1-го класса. Смертность мужчин в этом классе в 2–3 раза выше, чем среди женщин. Смертность сельских жителей в возрасте 5–64 лет от 3-го класса причин смерти выше, чем среди городских жителей.

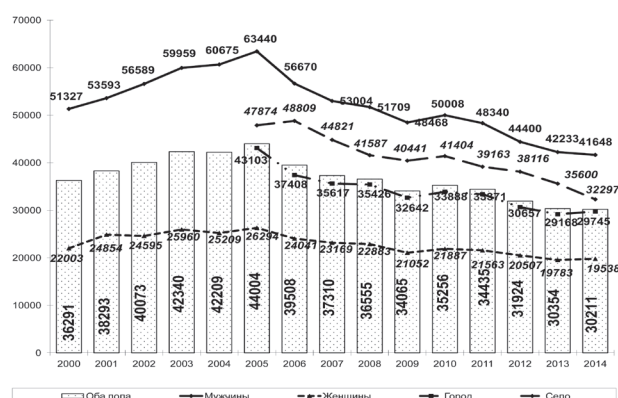
За 15-летний период (2000–2014) смертность от предотвратимых причин этого класса снизилась на 17,9 %, в том числе среди мужского населения на 24,7 % (рис. 6). Среди женского населения отмечена тенденция к росту смертности в этом классе предотвратимых причин (рост 4 %).

Для снижения смертности этого класса причин необходимо улучшить лечение и медицинскую помощь, особенно среди сельского населения и женщин. Для женщин смертность от причин 3-й группы превышает смертность от причин 2-й группы; разрыв этот практически остается на одном уровне.



**Рис. 6. Динамика предотвратимой смертности населения Хабаровского края, обусловленная качеством оказания медицинской помощи (на 100 тыс. населения в возрасте 5–64 лет)**

Потерянные годы потенциальной жизни в крае в 2000–2005 гг. увеличились на 21,3 %, в том числе среди мужского и женского населения – 23,5 и 19,5 % соответственно (рис. 7).



**Рис. 7. Структура потерянных лет потенциальной жизни в зависимости от пола и места проживания (на 100 тыс. соответствующего возраста)**

Потери мужского населения превышают женские потери в 2,0–2,4 раза. С 2005 г. показатель ППЖ среди мужчин снизился на 34,4 %, среди женского населения это снижение составило 25,7 %.

Изучение потерь населения в зависимости от территории проживания свидетельствует, что в сельской местности эти потери оказались более существенными, чем среди городского населения (рис. 7). За 10 лет (2005–2014) потерянные годы потенциальной жизни снизились для сельского и городского населения на 32,5 и 31,0 % соответственно, что подчеркивает равноправную тенденцию в деятельности системы здравоохранения в селе и городе, хотя качество оказания медицинской помощи на селе в значительной степени отстает от города.

Таблица 7

**Показатели потерянных лет потенциальной жизни на 100 тыс. соответствующего населения, в том числе от основных причин смерти в 2005–2009 и 2010–2014 гг.**

Причины смерти	2005–2009 гг.									
	всего	± m	муж.	± m	жен.	± m	город	± m	село	± m
Класс VII. Болезни системы кровообращения	15225,3	30,8	20583,6	50,3	10360,8	36,0	14748,1	33,6	17274,0	75,3
Класс II. Новообразования	4436,2	17,6	5288,8	27,8	3665,2	22,2	4464,0	19,6	4316,8	40,5
Класс XX. Травмы и отравления	10908,4	26,7	18301,0	48,1	4223,5	23,8	10091,9	28,6	14506,5	70,1
Класс IX. Болезни системы пищеварения	2578,1	13,6	3381,8	22,5	1851,4	15,9	2601,5	15,1	2475,3	30,9
Класс VIII. Болезни органов дыхания	1933,7	11,8	2924,3	20,9	1038,0	12,0	1939,8	13,1	1907,1	27,2
Класс I. Инфекционные и паразитарные болезни	1718,6	11,1	2150,6	18,0	736,6	10,1	1627,5	12,0	1719,5	25,9
Все причины	38324,3	41,6	54716,3	61,9	23501,3	50,1	36862,7	45,8	44767,3	99,0



Причины смерти	2010–2014 гг.									
	всего	± m	муж.	± m	жен.	± m	город	± m	село	± m
Класс VII. Болезни системы кровообращения	13392,9	29,4	17925,8	47,9	9282,5	34,6	13071,8	32,2	14956,7	71,8
Класс II. Новообразования	4351,9	17,6	5236,1	27,8	3552,7	22,1	4390,0	19,6	4226,6	40,5
Класс XX. Травмы и отравления	7573,4	22,8	12809,6	41,8	2812,8	19,7	6963,9	24,3	10360,3	61,4
Класс IX. Болезни органов пищеварения	2353,5	13,1	2968,5	21,2	1796,6	15,8	2367,2	14,5	2316,4	30,3
Класс VIII. Болезни органов дыхания	1575,8	10,7	2396,7	19,1	830,0	10,8	1577,9	11,9	1582,0	25,1
Класс I. Инфекционные и паразитарные болезни	1202,3	9,4	1812,8	16,7	647,7	9,6	1109,9	10,0	1625,0	25,5
Все причины	32395,6	40,4	45329,9	62,2	20657,6	48,3	31370,0	44,3	37320,3	97,4

Рассматриваемый коэффициент смертности (ППЖ) позволяет оценить число умерших граждан и возраст наступления смерти. Сравнивая показатели ППЖ за два периода наблюдения, можно отметить снижение числа потерянных лет потенциальной жизни при всех рассматриваемых основных причинах смерти, при этом потерянные годы потенциальной жизни среди мужчин выше почти в 2 раза, чем среди женского населения (табл. 7). Имеются определенные региональные особенности потерь среди городского и сельского населения. В сельской местности выше потери в показателях ППЖ при болезнях системы кровообращения, травмах и отравлениях, инфекционных и паразитарных заболеваниях. По новообразованиям, заболеваниям системы пищеварения, болезням органов дыхания показатель ППЖ оказался выше у городских жителей, чем у сельского населения.

#### Выводы

Полученные результаты изучения предотвратимой смертности населения в возрасте 5–64 лет свидетельствуют, что основные потери связаны с неадекватной региональной политикой в области охраны здоровья населения. Это обусловлено тем, что здоровье до настоящего времени не рассматривается как основной экономический ресурс развития региона, страны в целом [14].

Сопоставление данных предотвратимой смертности населения по трем классам за-

болеваемости населения, в том числе социально значимыми болезнями, позволяет сделать вывод о необходимости стабилизации социально-экономических условий человеческой жизни, повышения законности в обществе, уменьшения амплитуды социально-экономического расслоения, уменьшения доли лиц, живущих ниже черты бедности [15, 7].

В последние годы (2005–2014) опережающими темпами росли потери от болезней системы пищеварения, как среди мужчин, так и среди женского населения.

Для формирования мероприятий в области улучшения здоровья населения, снижения смертности в трудоспособном возрасте и возрасте 5–64 лет необходимо:

- улучшить социально-экономические условия жизни человека;
- сосредоточить усилия по организации оказания медицинской помощи на всех уровнях, особенно в сельской местности;
- мобилизовать систему здравоохранения на внедрение новых технологий в оказании медицинской помощи в медицинских организациях края;
- разработать механизмы, стимулирующие у населения мотивацию к здоровому образу жизни, рациональному питанию и т.д.;
- разработать рациональную политику в сохранении кадрового потенциала медицинских работников.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойцов, С. А. Половозрастные показатели смертности и годы жизни, потерянные в результате преждевременной смертности в РФ в 2012 г. / С. А. Бойцов, И. В. Самородская // *Менеджер здравоохранения*. – 2014. – № 5. – С. 26–34.
2. Вялков, А. И. Новые подходы к организации системы профилактики преждевременной смертности / А. И. Вялков, И. А. Гундаров // *Экономика здравоохранения*. – 2007. – № 11. – С. 63–67.
3. Герасименко, Н. Н. Сверхсмертность – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н. Н. Герасименко // *Здравоохранение РФ*. – 2009. – № 3. – С. 10–13.
4. Димов, А. С. Сверхсмертность в России как медико-философская проблема / А. С. Димов, Н. И. Максимов // *Рос. кардиол. журнал*. – 2011. – № 1. – С. 90–97.
5. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / под ред.



В. И. Стародубова, Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. – М.: Медицина, 2003. – 288 с.

6. Иванова, А. Е. Потери продолжительности и качества жизни населения России / А. Е. Иванова, А. Ю. Михайлов, В. Г. Семенова // *Народонаселение*. – 2009. – № 3. – С. 40–49.

7. Комаров, Ю. М. Почему растет смертность в РФ (аналит. записка о причинах повышенной смертности рос. населения и первоочередных мерах ее снижения) / Ю. М. Комаров, С. П. Ермаков // *Главврач*. – 2015. – № 8. – С. 68–78.

8. Орлов, В. И. Метод оценки экономических потерь, вызванных преждевременной смертностью населения / В. И. Орлов, Т. П. Сабгайда // *Экономика здравоохранения*. – 2009. – № 4. – С. 31–35.

9. Особенности смертности населения России в 1990-е годы и резервы ее снижения: динамика и прогноз / А. Е. Иванова, В. Г. Семенова, Н. С. Гаврилова и др. // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 2002. – № 3. – С. 9–19.

10. Развитие человеческого потенциала России сквозь призму здоровья населения / под ред. В. И. Стародубова, А. Е. Ивановой. – М.: Литтерра, 2012. – 360 с.

11. Римашевская, Н. М. Качество человеческого потенциала в условиях инновационной экономики / Н. М. Римашевская // *Народонаселение*. – 2009. – № 3. – С. 16–29.

12. Роговина, А. Г. Динамика преждевременной и предотвратимой смертности в Российской Федерации / А. Г. Роговина // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2006. – № 6. – С. 10–14.

13. Сабгайда, Т. П. Методология смертности для анализа региональных особенностей / Т. П. Сабгайда. – Режим доступа: [www.URL: http://vestnik.mednet.ru/index2.php?option=com\\_content&task=view&id=247&pop](http://vestnik.mednet.ru/index2.php?option=com_content&task=view&id=247&pop)

14. Сабгайда, Т. П. Новые подходы к оценке предотвратимой смертности в России / Т. П. Сабгайда, А. Ю. Михайлов // *Народонаселение*. – 2009. – № 3. – С. 115–122.

15. Сабгайда, Т. П. Подходы к оценке экономической эффективности мероприятий, направленных на снижение смертности от управляемых причин / Т. П. Сабгайда, Э. В. Кондракова, А. Н. Редько // *Здравоохранение РФ*. – 2009. – № 2. – С. 23–28.

16. Самородская, И. В. Методические вопросы и результаты оценки глобального бремени болезней (обзор литературы) / И. В. Самородская, М. А. Ватолина, С. А. Бойцов // *Профилактик. медицина*. – 2015. – № 1. – С. 40–45.

17. Тищук, Е. А. Преждевременная смертность и ее предотвратимость / Е. А. Тищук, В. О. Щепин // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2001. – № 3. – С. 14–18.

18. Топалов, К. П. Проблема здоровья на Дальнем Востоке / К. П. Топалов, Е. Н. Телушкина // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2008. – № 1. – С. 2–5.

19. Улумбекова, Г. Э. Система здравоохранения Российской Федерации : итоги, проблемы, вызовы и пути решения / Г. Э. Улумбекова // *Вестн. Росздравнадзора*. – 2012. – № 2. – С. 33–38.

20. Шабунова, А. А. Преждевременная смертность как причина экономических потерь региона / А. А. Шабунова, М. Д. Дуганов, К. Н. Калашников // *Здравоохранение РФ*. – 2012. – № 3. – С. 26–30.

УДК 616.31:614.25(571.620)

## Претензионная работа в области стоматологии

Л.Ф. Лучшева<sup>1</sup>, Л.В. Бондаренко<sup>1</sup>, Н.М. Потемкина<sup>2</sup>, О.Г. Рыбак<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 19» МЗ ХК, 680011, г. Хабаровск, пер. Забайкальский, 4; +7 (4212) 57-32-70; e-mail: 19stom@inbox.ru

## The claim settlement in dentistry

L.F. Luchsheva<sup>1</sup>, L.V. Bondarenko<sup>1</sup>, N.M. Potemkina<sup>2</sup>, O.G. Rybak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Dental polyclinic № 19 of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 4, Zabaikalskaya str., Khabarovsk, 600011, Russia; +7 (4212) 57-32-70; e-mail: 19stom@inbox.ru

В данной статье рассмотрена проблема экспертной работы в области стоматологии на основе соблюдения специалистами клинических рекомендаций. Экспертная работа по досудебному урегулированию требует профессиональной компетенции, знаний и достаточно большого времени для анализа ситуации, в связи с чем необходимо повышать квалификацию руководителей, главных врачей, заместителей по экспертной работе преимущественно частных стоматологических организаций в сфере претензионной работы с пациентами, расширять познания нормативно-правовой базы, принципов приоритета интересов пациента и этико-деонтологических аспектов.

**Ключевые слова:** стоматология, право, экспертная работа, качество медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты лечения.

On basis of compliance the clinical guidelines the article has considered the expert work problem in dentistry. Expert work on plea settlement requires professional competence, knowledge and a sufficiently long time to analyze the situation, and therefore, it is necessary to increase managers' skills, leading hospital-based physicians, deputy for expert work mostly private dental organizations skills claim work with the patients, knowledge of the regulatory framework the principles of priority interests of the patients and the ethical and deontological aspects.

**Key words:** dentistry, law, expert work, quality of medical care, clinical guidelines, standards of care.

### Введение

Инвестиции в здоровье рассматриваются как долгосрочные вложения. В связи с этим главной задачей становится повышение качества оказываемых медицинских услуг [1, 2, 7–10, 12]. Качество медицинской помощи – категория оценочная. Работу оценивает потребитель, а объективную правовую оценку деятельности врача дает досудебная или судебная экспертиза. Каждое обращение (жалоба, заявление) пациента подлежит обязательной правовой оценке. Конфликт желательно урегулировать во внесудебном порядке, добровольно удовлетворив требования пациента, в случае, если они обоснованы. Предпочтительность внесудебного разрешения спора в медицине способствует достижению положительного результата в конфликте и не требует особых финансовых затрат для стоматологической организации. Любой конфликт имеет большое социальное значение, т.к. несет как эконо-

мический ущерб ЛПУ, так и репутационный. В ряде публикаций доказано, что репутационные риски имеют значительно большие негативные последствия для организации [3–6, 10, 11].

В докладе «О перспективах реформирования стоматологической помощи жителям города Хабаровска» авторы отмечают, что в структуре стоматологических организаций Хабаровска большую долю составляют частные стоматологии: так, в семи государственных клиниках имеется 178 кресел, а на 159 частных стоматологических клиник приходится 471 кресло. При таком насыщенном рынке производства стоматологических услуг конкуренция среди организаций и врачей будет расти, а следовательно, борьба за пациента и «пациентский экстремизм» будет возрастать. Анализ ошибок является важной составляющей медицинской практики. Главную методологическую роль обсуждения врачебных ошибок для развития медицинского сообщества определил Н.И. Пи-

рогов: «Я считаю священной обязанностью... немедленно обнародовать свои ошибки и их последствия для предостережения и назидания других, еще менее опытных, от подобных заблуждений».

**С целью** анализа экспертной практики в Хабаровском крае, обобщения проблем в системе оказания стоматологической помощи населению и мотивации к совершенствованию качества стоматологических услуг выполнено это исследование.

#### **Материалы и методы**

Всего анализу подверглась 31 претензия пациентов, с 2013 г. по настоящее время поступившая на рассмотрение к экспертам, аккредитованным по стоматологии Росздравнадзора или входящим в список экспертов МЗ ХК.

Анализ проведен по типу лечебно-профилактического учреждения (государственное или частное), а также по принципу оказания стоматологической помощи (по программам ОМС или платные услуги). Учитывался возраст и социальный статус пациента, стаж работы стоматолога, к которому имеются претензии. Во внимание принимались специальность стоматологии, по которой оказывались услуги, основные дефекты, выявленные экспертами, обоснованность жалобы, размер финансовых требований пациента, исход досудебной экспертизы (досудебное разбирательство или передано в суд).

Выполнен анализ современной правовой базы и контент-анализ публикаций по данному вопросу.

#### **Результаты и обсуждение**

Экспертная работа по досудебному урегулированию требует профессиональной компетенции, знаний и достаточно большого времени для анализа ситуации [2, 5, 8, 10]. При рассмотрении претензий экспертам определяют перечень вопросов, требующих ответа, основные из которых: соответствует ли качество медицинской стоматологической помощи федеральным стандартам (правилам, протоколам) оказания стоматологической помощи; имеется ли причинно-следственная связь между действиями врача в стоматологической организации и наступившими последствиями; причинен ли вред здоровью действиями в стоматологической организации.

Для принятия решений и ответов экспертам на поставленные вопросы необходимы знания в области права. В экспертной практике по стоматологии мы руководствуемся следующими нормативно-правовыми документами:

- Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г.;

- ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» // Российская газета, № 263, 23.11.2011;

- ФЗ от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;

- ФЗ от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- Гражданский кодекс РФ, ст. 782;

- Кодекс РФ об административных правонарушениях //Собрание законодательства РФ от 07.01.2002 № 1 (ч. 1), ст. 1;

- Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» //Собрание законодательства РФ 15.01.96 № 3, ст. 140;

- Постановление Пленума Верховного суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Бюллетень Верховного суда РФ № 9, сентябрь 2012 г.;

- Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- Приказ от 07.12.2011 № 146н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»;

- Приказ от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями»;

- Клинические рекомендации. Утверждены Постановлением № 18 совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» от 30 сентября 2014 г.

В результате анализа полученных данных нами установлено, что в 68 % (21) случаев претензии приходились на стоматологические организации частной формы собственности и 32 % (10) на государственные. Согласно принципам оказания стоматологической помощи (по программам ОМС или платные услуги) 81 % (6) услуг оказывался за счет граждан и в 6 случаях – (19 %) за счет бюджетных средств по программам государственных гарантий. Из числа обратившихся пациентов 7 человек имели пенсионный статус, 2 имели инвалидность, 24 пациента трудоспособного возраста.

Таким образом, чаще обращаются на экспертизу качества пациенты трудоспособного возраста (77,4 %) и меньше пенсионного (22,5 %). Специалисты, оказывающие стоматологическую помощь, в 9,7 % имели опыт работы до 3 лет (3 человека), остальные врачи-стоматологи (90 %) квалифицированы как опытные специалисты – их стаж работы был 15 лет и более.

Специализация врачей-стоматологов, имеющих претензии пациентов на качество оказания услуг, представлена в таблице 1.

Таблица 1

№ п/п	Специальность	Количество жалоб
1	Стоматология терапевтическая	17 (41 %)
2	Стоматология ортопедическая	15 (36,6 %)
3	Стоматология общей практики	5 (2,4 %)
4	Стоматология хирургическая	8 (19,5 %)
5	Челюстно-лицевая хирургия	1 (0,5 %)

Как видим, в зоне риска чаще бывают стоматологи-терапевты (41 %) и стоматологи-ортопеды (36,6 %). Однако чаще всего пациенты проявляют недовольство качеством оказания помощи сразу несколькими специалистами: 22 % в структуре обращений. Анализируя вид услуг, которые являются предметом спора, можно установить следующий рейтинг: на первом месте – комплексное лечение, включающее терапевтическую, хирургическую санацию и протезирование, на втором месте – процесс имплантации. Таким образом, появление нового вида услуг, например протезирование на имплантатах, сопровождается ростом жалоб пациентов. Массовость оказания помощи является риском развития конфликтной ситуации.

Однако наряду с жалобами пациентов имеют место быть и дефекты, выявленные экспертами. Основными из них являются: плохое заполнение медицинской документации, отсутствие информированных согласий на медицинские вмешательства, качество протезирования, необоснованность депульпирования зубов, отсутствие дополнительных методов обследования (рентгенография), несоблюдение клинических рекомендаций по основным стоматологическим болезням, а также деонтологических принципов работы с пациентом (грубость, невнимание) и принципа приоритета интересов пациента.

Из числа заявленных жалоб на сегодняшний день обоснованными эксперты посчитали три – 9,7 %, остальные 22 (90,3 %) признаны необоснованными.

Стоимость стоматологических работ, которые являлись предметом экспертизы, составляла от 2356 до 300 тыс. рублей. Размер

компенсационных исков, предъявленных пациентами в части компенсации морального вреда, – от 500 тыс. до 2 млн рублей. В случае рассмотрения дел в суде размер штрафных санкций составил до 680 тыс. рублей.

Необходимо отметить, что чаще заключение экспертизы способствует решению вопроса на досудебном уровне. Однако из 31 претензии до суда дошли три, что составляет 9,7 % от числа всех жалоб за рассматриваемый период.

### Вывод

Опираясь на современную нормативно-правовую базу в области стоматологии, экспертная работа осуществляется по проверке соблюдения специалистами алгоритма выполнения клинических рекомендаций. При их отсутствии или отсутствии модели пациента в имеющихся клинических рекомендациях анализ правильности выполненных диагностических и лечебных процедур выполняется на основании его личного опыта, по экспертному мнению, что, к сожалению, в данном случае имеет очень низкий уровень доказательности. Как показывает анализ претензионной работы, положительный или отрицательный ответ даст эксперт качества, все равно при этом кто-то будет не удовлетворен, а значит, рассмотрение дел в суде продолжится.

Приблизительный портрет заявителя следующий: работающий человек, получающий услугу за личные средства в ООО стоматологического профиля по поводу отсутствия зубов и необходимости восстановления целостности зубного ряда или путем протезирования, или путем имплантации у врача-стоматолога терапевтического, ортопедического, хирургического профиля.

Необходимо учесть руководителей, главных врачей, заместителей по экспертной работе преимущественно частных стоматологических организаций навыкам претензионной работы с пациентами, давать знания нормативно-правовой базы, принципов приоритета интересов пациента и этико-деонтологических аспектов. Рыночные отношения, усиление конкурентности среди стоматологических клиник будут увеличивать количество жалоб пациентов по причине дефектов оказания стоматологических услуг.

Систематизация обращений пациентов и предупреждение их являются важной задачей общественных организаций, ассоциаций стоматологов, научных и образовательных организаций.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов, С.Д. Оценка неблагоприятных исходов оказания стоматологической помощи по вине пациента / С.Д. Арутюнов, П.О. Ромодановский, Т.А. Тангиева // Судеб.-мед. экспертиза. – 2005. – № 6. – С. 13–16.



2. Анализ причин развития конфликтных ситуаций в стоматологической практике / Н.Б. Асташина, А.В. Старкова, Р.А. Рогожникова, Д.В. Бородулин // Ур. мед. журн. – 2014. – № 5. – С. 31–33.

3. Афанасьева, О.Ю. Третьейское разбирательство и медиация как альтернативные способы разрешения конфликтов в стоматологии / О.Ю. Афанасьева, А.В. Малюков, А.Н. Морозов // Мед. право. – 2012. – № 6. – С. 31–35.

4. Бойко, В.В. Десять способов разочаровать и потерять пациента / В.В. Бойко // Клин. стоматология. – 2012. – № 3. – С. 54–63.

5. Особенности межличностных отношений и использование стратегий поведения в конфликтной ситуации у врачей-стоматологов с синдромом эмоционального выгорания / Л.И. Ларенцова, Н.В. Терёхина, Е.А. Сосулникова, И.Ю. Волкова // Рос. стоматол. журн. – 2010. – № 4. – С. 33–35.

6. Мурзова, Т.В. Опыт применения процедуры медиации в рамках зарубежного законодательства / Т.В. Мурзова // Стоматология. – 2013. – № 6. – С. 62–65.

7. Нечаева, Н.К. Правовая оценка факторов, влияющих на возникновение конфликтных ситуаций в дентальной

имплантологии / Н.К. Нечаева, С.В. Тарасенко // Мед. право. – 2015. – № 1. – С. 28–31.

8. Николаев, К.В. Как оформить отказ пациента от претензии в случае урегулирования конфликтной ситуации (практические рекомендации) / К.В. Николаев // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 75–76.

9. Попова, Т.Г. Экспертиза профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в стоматологии / Т.Г. Попова // Судеб.-мед. экспертиза. – 2008. – № 3. – С. 35–37.

10. Попова, Т.Г. О необходимости разработки стандартов для экспертной оценки неблагоприятных последствий при оказании стоматологической помощи / Т.Г. Попова, Г.А. Пашиян, Ю.Е. Кураева // Мед. право. – 2007. – № 4. – С. 14–15.

11. Филимонов, А.А. Этические и юридические способы разрешения конфликтов в стоматологической практике / А.А. Филимонов, Н.Н. Седова, П.В. Прошин // Мед. право. – 2009. – № 2. – С. 3–6.

12. Черкасов, С.М. Взаимоотношения производителей и потребителей стоматологических услуг / С.М. Черкасов, С.А. Галёса, В.Г. Дьяченко // Дальневост. мед. журн. – 2013. – № 1. – С. 137–141.

УДК 617.753.2-089:615.849.19

## Новые возможности формирования роговичного клапана при выполнении рефракционных операций по поводу миопии методом «Femto-Lasik» и их клиническое значение в профилактике риска индуцированной постоперационной кератэктазии

В.В. Егоров<sup>1,2</sup>, Е.Л. Сорокин<sup>1,3</sup>, И.В. Дутчин<sup>1</sup>, И.В. Васильева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Хабаровский 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

<sup>2</sup>КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-24-92; e-mail: medikal89@mail.ru

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35; тел. +7 (4212) 30-53-11; e-mail: rec@mail.fesmu.ru

## The new features of corneal valve formation in performing refractive surgery for myopia by Femto-Lasik method and clinical relevance in prevention of the induced postsurgical keratectasia risks

V.V. Egorov<sup>1,2</sup>, E.L. Sorokin<sup>1,3</sup>, I.V. Dutchin<sup>1</sup>, I.V. Vasil'yeva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Khabarovsk branch of the State Institution Eye Microsurgery Complex named after S.N. Fedorov of Public Health Ministry of Khabarovsk region 211, Tikhookeanskaya str., Khabarovsk, 680033, Russia. Tel.: +7 (4212) 72-27-92, e-mail: naukakhvmtk@mail.ru

<sup>2</sup>Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680000, Russia tel.: +7 (4212) 27-24-92, e-mail: medikal89@mail.ru<sup>1</sup>

<sup>3</sup>Far Eastern State Medical University 35, Muraviev-Amursky str., Khabarovsk, 680000 Tel.: +7 (4212) 30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru

Нами впервые в рефракционной хирургии фемтосекундный лазер был применен для формирования поверхностного клапана роговицы – методика «Femto-Lasik». Проведен анализ толщины поверхностного клапана роговицы в раннем послеоперационном периоде у двух групп пациентов: первую группу составили 20 пациентов (40 глаз), которым операция проводилась методом «Femto-Lasik», вторая группа – методика «Lasik», вошли 20 пациентов (40 глаз). Применение фемтосекундных технологий в коррекции миопии является безопасным методом, дающим стабильный и предсказуемый результат, минимизирует риск постоперационной кератэктазии у пациентов с исходной тонкой роговицей.

**Ключевые слова:** фемтосекундный лазер, Femto-Lasik, Lasik.

The femtosecond laser was used in refractive surgery for corneal valve formation for the first time. The method was named Femto-Lasik. Corneal valve thickness in the early postoperative period analyzed for two groups of patients. The first group consisted of 20 patients (40 eyes) and operation was made with «Femto-Lasik» method. The second group consisted of 20 patients (40 eyes) too and operation was made with the «Lasik» method. The use of femtosecond technology in the correction of myopia is the safe method gives stable and predictable results, minimizes the risk of postoperative ectasia in patients with initial thin corneas.

**Key words:** femtosecond laser, Femto-Lasik, Lasik.

**Актуальность.** В последнее время в офтальмохирургии приобретает всё большую популярность применение фемтосекундного лазера. Его преимущество заключается в возможности точного дозирования глубины разреза и равномерности выкраивания тканевой структуры. Так, он используется для выпол-

нения переднего капсулорексиса, дробления ядра при выполнении факоэмульсификации катаракты.

К настоящему времени основной методикой рефракционной хирургии при вмешательствах на роговице как во всем мире, так и в нашей клинике является технология «Lasik» [4–7]. Она

предусматривает формирование поверхностного роговичного лоскута и фотоабляцию строго заданного объема роговичной стромы. Традиционно выкраивание роговичного клапана хирург осуществляет с помощью микрокератома.

Толщина и равномерность клапана являются определяющими для достаточно большого количества пациентов, идущих на рефракционные операции. Хирург, производя расчет операции, всегда оперирует тремя основными понятиями: 1) толщина клапана, 2) величина удаляемой стромы роговицы, 3) остаточная толщина роговицы. Остаточная толщина роговицы не должна оставаться менее 250 мкм (это предельное значение), а желательнее несколько больше, дабы не получить в послеоперационном периоде ятрогенную эктазию роговицы. Величина удаляемой стромы всегда прямо пропорциональна степени миопии. Таким образом, нам крайне важно сформировать равномерный по толщине поверхностный клапан.

Кроме этого, равномерность толщины формируемого роговичного клапана играет очень важную роль для обеспечения стабильных рефракционных результатов, напрямую влияет на исключение возможности возникновения операционных осложнений в такой высокопрогнозируемой отрасли офтальмохирургии, как рефракционная хирургия.

Несмотря на постоянное совершенствование моделей механических микрокератомов, равномерное выкраивание клапана технически сложно выполнить на микроскопическом уровне.

Поэтому возможности фемтосекундного лазера в создании точно дозированного по глубине разреза и выкраивании роговичного клапана, равномерного по всей своей площади, нашли применение в рефракционной хирургии. Методика «Femto-Lasik» заключается в том, что на первом этапе с помощью фемтолазерного воздействия формируется поверхностный клапан роговицы. Затем проводится последующее перепрофилирование роговицы с помощью эксимерного лазера.

В нашей клинике накоплен огромный опыт рефракционной хирургии различных аномалий рефракции. За последних 3 года прооперировано свыше 1500 пациентов.

Фемтолазерные технологии в рефракционной хирургии стали применяться нами с 2013 г. За это время накоплен определенный опыт. Поэтому нам показалось целесообразным провести сравнение эффективности двух технологий рефракционной хирургии.

#### **Цель работы**

Провести сравнительный анализ морфометрических параметров роговичного клапана

после проведения рефракционных операций по поводу стабилизированной миопии методом «Femto-Lasik» и методом «Lasik».

#### **Материалы и методы**

В исследовании участвовали 40 пациентов со стабилизированной миопией различных степеней: от  $-2,0$  до  $-8,0$  Дптр (80 глаз), планируемых на рефракционную хирургию. Средняя степень миопии составила  $5,24 \pm 1,24$ . Возраст пациентов варьировал от 20 до 40 лет, в среднем  $27,9 \pm 6,5$  года. Мужчин было 18, женщин – 22. Всем пациентам выполнялись рефракционные операции на роговице по технологии «Lasik».

По способу выкраивания клапана роговицы на первом этапе операции было сформировано две группы, сопоставимых по возрасту, полу и степени миопии.

Первую группу составили 20 пациентов (40 глаз, средняя исходная острота зрения без коррекции – 0,04). Фемтодиссекция роговичного клапана у них проводилась с помощью фемтосекундного лазера VisuMax (Carl Zeiss, Германия). Основные характеристики лазера: размер лазерного пятна 1 мкм, длина волны 1040 нм, продолжительность импульса 220–580 фс, частота повторения импульсов 500, энергия импульса 50–420 нДж. При планировании операции в параметры толщины клапана, независимо от степени миопии, закладывалось значение 120 мкм; диаметр клапана во всех случаях составлял 8,0 мм.

Во вторую группу вошли 20 пациентов (40 глаз, средняя исходная острота зрения без коррекции – 0,05). В этой группе при выкраивании клапана использовался механический микрокератом Moria (Франция), применялись одноразовые головки на 90 мкм, предназначенные для формирования толщины клапана в 130 мкм.

У всех пациентов исходно и на следующий день после операции исследовались морфометрические параметры роговичного клапана (толщина в различных зонах лоскута, оценка степени ее однородности/неоднородности на всем протяжении лоскута). Рассчитывался градиент перепада показателей толщины в различных анатомо-топографических зонах лоскута. Для этого использовался метод оптической когерентной томографии (ОКТ) роговицы (Cirrus, Carl Zeiss, Германия), степень разрешения составляла до 5 мкм.

Критерием сравнения являлось соответствие запланированной и фактической толщины выкраиваемого клапана. Оценивались также функциональные результаты и степень удовлетворенности пациентов результатами хирургии.

### Результаты и обсуждение

Все операции в обеих группах прошли запланированно, без осложнений. Спустя 1 час после операции все глаза выглядели спокойными, роговичные клапаны находились в своем ложе.

В первой группе во всех глазах толщина клапана на 1-е сутки после операции (по данным ОКТ) была строго однородной по всей его поверхности. Она составила в среднем  $122,4 \pm 0,14$  мкм. Следует отметить, что перепады толщины практически отсутствовали, максимальный градиент перепада был в пределах лишь 8 мкм.

Во всех глазах второй группы роговичный клапан на 1-е сутки характеризовался неоднородной толщиной на всем своем протяжении. Как правило, наименьшая его толщина определялась в центре и по краю клапана. Вариации толщины клапана: от  $156 \pm 7,4$  мкм на периферии до  $128 \pm 4,8$  мкм в центре. За счет этого градиент перепада толщины клапана в различных точках его поверхности составлял до 28 мкм, или 17,9 %.

Несмотря на подобное различие топометрических показателей клапана у пациентов обеих групп, острота зрения без коррекции у них была относительно высокой и составляла 0,89 и 0,88 соответственно. Все пациенты были полностью удовлетворены результатами операции.

Таким образом, результаты сравнительного анализа выявили, что при обеих методиках выполнения рефракционной хирургии достигаются сопоставимо высокие функциональные результаты.

Но наиболее точные и однородные параметры толщины роговичного клапана по всей его протяженности, строго соответствующие расчетным, достигались при использовании

фемтосекундной лазерной технологии (градиент перепада не превышал 8 мкм). При механическом выкраивании лоскута микрокератомом перепады толщины роговичного лоскута по его поверхности оказались весьма значительными. Градиент перепада достигал 28 мкм.

Данную особенность необходимо учитывать хирургам при планировании рефракционной операции пациентам с исходно тонкой роговицей при высокой степени миопии, поскольку применение у них обычной методики «Lasik» чревато истончением роговицы сверх допустимых пределов. Но использование технологии «Femto-Lasik» позволяет достичь в подобных случаях строго расчетных параметров клапана роговицы, не выходя за рамки допустимых пределов. Технология «Femto-Lasik» минимизирует риск послеоперационных кератэктазий, обусловленных неравномерным резом, и существенно повышает прогнозируемый рефракционный эффект [1, 2, 3].

Использование фемтосекундного лазера при формировании роговичного клапана создает новую степень надежности и предсказуемости функциональных результатов рефракционной хирургии при коррекции миопии.

### Выводы

1. Проведение рефракционной коррекции миопии методом «Femto-Lasik» гарантирует стандартно заданные предоперационные параметры клапана на всем его протяжении.

2. Высокая точность выкраивания всей поверхности роговичного клапана по толщине методом «Femto-Lasik» создает более высокую степень надежности и прогнозируемости высокого функционального результата, минимизирует риск постоперационной кератэктазии у пациентов с исходной тонкой роговицей (до 500 мкм) [3].

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балашевич, А.И. Развитие кератэктазии после эксимерных лазерных рефракционных операций / А.И. Балашевич, А.Б. Качанов, С.П. Головатенко // *Офтальмохирургия*. – 2009. – № 6. – С. 4–9.
2. Васильева, И.В. Эффективность применения кератотомографа «Pentacam» в диагностике субклинической стадии кератоконуса / И.В. Васильева, И.В. Дутчин // *Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии: материалы XIII науч.-практ. конф. с междунар. участием, г. Москва, 25–27 окт. 2012 г.* – М., 2012. – С. 197–199.
3. Дутчин, И.В. Отдаленные результаты коррекции миопии методом ФРК у пациентов с исходно тонкой роговицей / И.В. Дутчин, И.В. Васильева // *Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе: сб. науч. работ межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 85-летию со дня рождения акад. С.Н. Фёдорова, г. Хабаровск, 27 сент. 2012 г.* – Хабаровск, 2012. – С. 134–136.
4. Клиническая оценка частоты и структуры субэпителиальных фиброплазий роговицы после фоторефракционной кератэктомики у пациентов с аномалиями рефракции / В.В. Егоров, И.В. Дутчин, Е.А. Сорокин, О.Ю. Татанова // *Офтальмология*. – 2013. – № 1. – С. 18–20.
5. Куренков, В.В. Руководство по эксимерлазерной хирургии роговицы / В.В. Куренков. – М.: Изд-во РАМН, 2002. – 400 с.
6. Першин, К.Б. Осложнения LASIK: анализ 12 500 операций / К.Б. Першин, Н.Ф. Пашинова // *Рефракция хирургия и офтальмология*. – 2000. – № 4. – С. 96–101.
7. Структура качества зрения и причины его снижения после эксимерлазерных рефракционных операций / В.В. Егоров, И.В. Дутчин, Г.П. Смолякова, Е.А. Сорокин // *Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии: материалы VI науч.-практ. конф. с междунар. участием, г. Москва, 4–5 нояб. 2005 г.* – М., 2005. – С. 360–364.



УДК 616.1 + 616.36-003.826]-085.2-052:656.2

## Клинический опыт использования розувастатина, лизиноприла и урсодезоксихолиевой кислоты у железнодорожников с высоким сердечно-сосудистым риском и неалкогольной жировой болезнью печени

С.Г. Мелешко, Г.Ю. Дударева, Н.И. Сайфутдинова, Е.В. Горбунова

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск I ОАО РЖД», 680022, г. Хабаровск, ул. Воронежская, 49; тел. +7 (4212) 98-00-15; e-mail: mail@dcb-dv.ru

## Clinical using experience of rosuvastatin, lisinopril and ursodeoxycholic acid in railway employee patients with high cardiovascular risk and nonalcoholic fatty liver disease

S.G. Meleshko, G.Y. Dudareva, N.I. Saifutdinova, E.V. Gorbunova

Road clinical hospital on the st.Khabarovsk-1, LLC «Russian Railway Roads», 49, Voronezhskaya str., Khabarovsk, 680000; mel. +7 (4212) 98-00-15; e-mail: mail@dcb-dv.ru

Цель исследования – оценить влияние статинов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и их сочетания с урсодезоксихолиевой кислотой (УДХК) на течение неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у работающих железнодорожников с высоким сердечно-сосудистым риском. В течение года наблюдалось 37 пациентов с диагнозом НАЖБП, так же страдающих гипертонической болезнью (ГБ), ожирением (или избыточной массой тела) и дислипидемией. Через год лечения в обеих группах отмечено достоверное снижение уровня общего холестерина (ОХС) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Статистически значимого повышения уровня трансаминазы не выявлено. Несмотря на отсутствие снижения массы тела и динамики размеров печени, в группе применения статинов в сочетании с УДХК выявлено снижение показателя фиброза печени по данным эластографии.

**Ключевые слова:** неалкогольная жировая болезнь печени, дислипидемия, статины, урсодезоксихолиевая кислота, эластография.

Purposes of this research estimates influence statins, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors and their combination with ursodeoxycholic acid (UDCA), on the disease course nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) in railway employee patients with high cardiovascular risk. The 37 patients with the diagnosis NAFLD who also have the hypertensive illness (HI), obesity (or excess body weight) and a dislipidemia were observed throughout the year. In a year of treatment in both of the groups reliable decrease in levels of the total cholesterol and Low Density Lipids (LDL) was noted. Statistically significant increase of transaminase levels was not revealed. In spite of the lack of weight loss and dynamics of liver sizes in group of application of statin in combination with UDCA decrease in an indicator of fibrosis of a liver according to an elastography was revealed.

**Key words:** nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD), dislipidemy, statins, ursodeoxycholic acid (UDCA), elastography.

### Введение

НАЖБП в настоящее время привлекает внимание широкого круга специалистов. Интерес к данному заболеванию обусловлен высокой распространенностью, наличием форм с активным воспалительным процессом в печени, развитием цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы, а также тесной патогенетической связью с атерогенезом.

НАЖБП в странах Западной Европы встречается у 20–30 % населения, в странах Азии – у 15 % [13]. В 2007 г. было проведено открытое многоцентровое рандомизированное проспек-

тивное исследование – наблюдение DIREG-1, позволившее получить данные о распространенности НАЖБП в России. Всего обследовано 30 417 человек в возрасте от 18 до 80 лет, средний возраст которых составил 47,8 года. НАЖБП диагностировалась с помощью критериев, примененных в итальянском исследовании Dionysos [12]. В результате проведенного исследования НАЖБП была выявлена у 26,1 % пациентов, среди них цирроз печени обнаружен у 3 %, стеатоз – у 79,9 %, стеатогепатит – у 17,1 %. В возрастной группе до 48 лет НАЖБП отмечалась в 15,0 % случаев, от 48 лет – в 37,4 %.

Результаты исследования показали, что у пациентов с НАЖБП чаще, чем в популяции, выявлялись артериальная гипертензия, дислипидемия, абдоминальный тип ожирения. По данным многочисленных исследований, у 20–37 % больных стеатогепатитом развивается фиброз [11], а в 2–26 % происходит прогрессирование до стадии цирроза [14].

Известно, что прогноз у пациентов, страдающих НАЖБП, определяется, как правило, не прогрессированием поражения печени, а повышенным риском развития сердечно-сосудистых катастроф. В исследовании W. Dunn проводилось наблюдение в течение 8,7 года за 980 пациентами с НАЖБП и 6594 лицами из контрольной группы. Было показано, что у пациентов с НАЖБП отмечалась более высокая общая и сердечно-сосудистая смертность, особенно в возрасте 45–54 лет [15]. НАЖБП признана одним из компонентов метаболического синдрома, ключевую роль в развитии НАЖБП имеет инсулинорезистентность (ИР). При НАЖБП активируются процессы атерогенеза, связанные с нарушением метаболизма липидов. Из висцеральной жировой ткани свободные жирные кислоты (СЖК) секретируются непосредственно в воротную вену. При их избытке блокируется связывание инсулина гепатоцитами, что приводит к развитию ИР на уровне печени [6]. Кроме того, высокие концентрации СЖК стимулируют повышение синтеза триглицеридов (ТГ) и синтез липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) в клетках печени. В результате формируется атерогенная дислипидемия с повышением уровня ТГ, мелких плотных ЛПНП и снижением антиатерогенных липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) [9]. Таким образом, печень в данных условиях сама активно участвует в генезе атерогенной дислипидемии, одновременно являясь органом-мишенью с формированием НАЖБП [3]. В условиях повышенного поступления СЖК в печень возрастает роль пероксисомального и микросомального окисления, вследствие чего возникает дефицит аденозинтрифосфата (АТФ) в клетке и накопление активных форм кислорода. Формируется системный воспалительный процесс, способствующий развитию и прогрессированию эндотелиальной дисфункции, атеросклероза, стеатогепатита и фиброза печени.

В процессе трудовой деятельности работники железнодорожного транспорта испытывают неблагоприятное воздействие производственных факторов, таких как: высокое психоэмоциональное напряжение, гиподинамия (машинисты, диспетчеры, дежурные по станции), сменный характер труда с работой в ночное время, нерегулярное и высококалорийное пи-

тание, что способствует развитию ожирения, артериальной гипертензии [10].

Перечень противопоказаний к работам, непосредственно связанным с движением поездов и маневровой работой, регламентирован приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 2005 г. № 796. Учитывая интенсификацию перевозочного процесса на ДВЖД, чрезвычайно актуальной является кадровая проблема, требующая сохранения в профессии работников, обеспечивающих безопасность движения поездов. Основной причиной профнепригодности работников, направленных на региональную врачебно-экспертную комиссию (РЕГВЭК) Дальневосточной железной дороги за период 2012–2014 гг., являются заболевания сердечно-сосудистой системы (74 % случаев), прежде всего – нарушение ритма высоких градаций. У большинства работников нарушение регистрируется на фоне гипертонической болезни, ожирения, дислипидемии.

Учитывая высокую значимость проблемы атеросклероза и ассоциированного с ним риска сердечно-сосудистых катастроф, особое внимание при наблюдении работников железнодорожного транспорта, непосредственно связанных с обеспечением безопасности движения поездов, уделяется профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Большое значение имеет коррекция модифицируемых факторов риска: своевременное эффективное лечение артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, нормализация веса, борьба с гиподинамией, отказ от курения. К препаратам первой линии в лечении АГ относятся ИАПФ, у лиц с патологией печени преимущество имеют ИАПФ с гидрофильными свойствами, которые не подвергаются метаболизму в печени. Имеются данные об антифибротическом эффекте данной группы препаратов [5]. Статины значимо снижают уровни ОХС и ХС ЛПНП и являются препаратами выбора в коррекции гиперхолестеринемии как в случае первичной, так и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений [1]. Долго считалось, что статинам свойственна гепатотоксичность, что до сих пор ограничивает их использование у пациентов с патологией печени. Однако в настоящее время эти опасения признаются беспочвенными большинством экспертов [4]. Препараты УДХК обладают гепатопротективным, антифибротическим, антиоксидантным эффектом [9], что делает обоснованным их назначение у больных, страдающих НАЖБП.

Цель работы – сравнить эффективность и безопасность использования двухкомпонентной схемы лечения розувастатином и лизиноприлом и трехкомпонентной схемы лечения

с добавлением УДХК у железнодорожников с высоким сердечно-сосудистым риском, страдающих НАЖБП.

### Материалы и методы

Под наблюдением в течение года находились 37 мужчин с диагнозом НАЖБП в сочетании с АГ и дислипидемией, в возрасте от 38 лет до 61 года (средний возраст  $50,3 \pm 0,8$  года) с высоким сердечно-сосудистым риском по шкале Фраменгейм [2]. Это категория профессионально подготовленных работников ДВЖД, наиболее ценных опытных специалистов, подавляющее большинство из которых не достигли пенсионного возраста. Диагноз НАЖБП устанавливался на основании повышения индекса массы тела (ИМТ), ультразвуковых признаков НАЖБП, отсутствия употребления алкоголя в гепатотоксичных дозах (все работники осматривались наркологом), отсутствия другой патологии печени. Исходно и через год определялись уровни аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АЛТ и АСТ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), показатели липидного обмена: общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой

плотности (ЛПНП), триглицеридов. Для уточнения степени фиброза проводилась эластография печени.

Работники I группы ( $n = 16$ ) получали статины (розувастатин в дозе 10 мг) и ИАПФ (лизиноприл в средней дозе 15 мг), работники II группы ( $n = 21$ ) – сочетание розувастатина в дозе 10 мг, лизиноприла в средней дозе 15 мг и УДХК в дозе 750 мг в сутки. Пациентам обеих групп были рекомендованы мероприятия по соблюдению диеты и увеличению физической активности.

Для расчета средних ошибок показателей и средних величин, а также средних квадратичных отклонений использовались стандартные статистические методы. Повторные измерения анализировали с помощью парного критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при значении  $p \leq 0,05$ . Количественные переменные представлены в работе в виде среднего значения  $\pm$  стандартная ошибка среднего ( $X \pm m_x$ ).

### Результаты и обсуждение

Основные показатели представлены в таблицах.

Таблица 1

**Показатели ИМТ, УЗИ и эластографии печени в группах двух- и трехкомпонентной терапии исходно и через год лечения**

Показатели Группы пациентов	Количество пациентов	ИМТ		УЗИ		Эластография	
		исходно	через год	исходно	через год	исходно	через год
Группа I	16	$32,1 \pm 0,9$	$30,7 \pm 0,9$	$16,7 \pm 0,3$	$16,4 \pm 0,3$	$4,9 \pm 0,3$	$4,65 \pm 0,2$
Группа II	21	$34,2 \pm 0,7$	$34,0 \pm 0,8$	$17,4 \pm 0,2$	$17,2 \pm 0,2$	$6,8 \pm 0,7$	$4,9 \pm 0,3^*$

\* -  $p \leq 0,05$ .

Ожирение или избыток массы тела, гепатомегалия с ультразвуковыми признаками стеатоза зарегистрированы исходно у пациентов обеих групп (табл. 1). По окончании наблюдения выяснилось, что большинству работников не удалось изменить показатели

массы тела, также в динамике не изменились показатели размеров печени (табл. 1). Через год лечения у пациентов второй группы наблюдалось достоверное снижение показателя фиброза печени по данным эластографии.

Таблица 2

**Показатели липидного обмена, печеночных проб в группах двух- и трехкомпонентной терапии исходно и через год лечения**

Показатели Группы пациентов	Кол-во пациентов	Холестерин		ЛПНП		Триглицериды		АЛТ		АСТ		ГГТП	
		исходно	через год	исходно	через год	исходно	через год	исходно	через год	исходно	через год	исходно	через год
Группа I	16	$6,2 \pm 0,2$	$4,5 \pm 0,2^*$	$3,6 \pm 0,1$	$2,5 \pm 0,2^*$	$1,6 \pm 0,1$	$1,4 \pm 0,2$	$30,4 \pm 2,8$	$36,3 \pm 4,8$	$26,6 \pm 1,8$	$30,5 \pm 2,4$	$54,5 \pm 6,9$	$48,7 \pm 9,3$
Группа II	21	$6,2 \pm 0,2$	$4,5 \pm 0,2^*$	$3,7 \pm 0,2$	$2,5 \pm 0,1^*$	$2,1 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,2$	$41,3 \pm 5,7$	$31,4 \pm 3,6$	$32,3 \pm 3,9$	$25,0 \pm 2,0$	$68,8 \pm 13,4$	$59,1 \pm 11,8$

\* -  $p \leq 0,05$ .

Как видно из показателей (табл. 2), у пациентов обеих групп исходно зарегистрированы нарушения липидного обмена. У 11 человек (19,2 %) НАЖБП выявлена на стадии стеатогепатита, что подтверждалось повышенными уровнями трансаминаз. В обеих группах на фоне терапии достоверно улучшились показатели липидного обмена: достигнуто снижение ОХС и ЛПНП. У пациентов как первой, так и второй группы на фоне лечения в течение года статистически значимой динамики показателей трансаминаз и ГГТП не выявлено. Побочные эффекты терапии не зарегистрированы. Случаев повышения АЛТ и АСТ более трех верхних границ нормы, являющихся противопоказанием к продолжению лечения статинами, не отмечено.

Чрезвычайно важным является своевременное назначение эффективного лечения артериальной гипертензии и дислипидемии, что способствует длительному сохранению профессиональной пригодности работающих железнодорожников с высоким сердечно-сосудистым риском, страдающих НАЖБП. Для предотвращения естественного прогрессирования НАЖБП и развития цирроза печени, с целью снижения риска развития гепатотоксических

эффектов при лечении ИАПФ и статинами [6] предложено дополнительно использовать препараты УДХК.

Таким образом, выявлено положительное влияние как двух-, так и трехкомпонентной комбинации на показатели липидного обмена и отсутствие побочных эффектов при применении у пациентов с НАЖБП. Полученные нами данные подтверждают антифибротический эффект УДХК и целесообразность ее назначения в составе комбинированной терапии с ИАПФ и статинами пациентам высокого сердечно-сосудистого риска, страдающим НАЖБП.

### **Выводы**

1. Применение лизиноприла и розувастатина и их сочетания с УДХК показало высокую эффективность в снижении уровней ОХС и ХС ЛПНП у работающих железнодорожников с высоким сердечно-сосудистым риском, страдающих НАЖБП.

2. Применение как двухкомпонентной, так и трехкомпонентной схемы лечения характеризовалось хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов.

3. Лечение в течение года комбинацией лизиноприла и розувастатина с УДХК достоверно снизило показатель степени фиброза печени.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза: рос. рекомендации. 5-й пересмотр.* – М., 2012.
2. *Диагностика и лечение артериальной гипертензии: рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и ВНОК // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика.* – 2008. – № 7. – С. 3–32.
3. Драпкина, О. М. Атерогенная дислипидемия и печень / О. М. Драпкина, Е. А. Буверова, В. Т. Ивашкин // *Атеросклероз и дислипидемия.* – 2010. – № 1. – С. 20–26.
4. Ивашкин, В. Т. Рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) / В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина; *Науч. совет по терапии Рос. Федерации.* – М., 2012.
5. *Клиническое исследование эффективности и безопасности лизиноприла у больных артериальной гипертензией и сопутствующей патологией печени / О. М. Драпкина, М. В. Маевская, О. Н. Корнеева и др. // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика.* – 2004. – № 5. – С. 18–22.
6. Корнеева, О. Н. Возможности применения урсодезоксихолевой кислоты и статинов для уменьшения сердечно-сосудистого риска у больных с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени / О. Н. Корнеева, О. М. Драпкина // *Рос. мед. вести.* – 2011. – № 3.
7. Корнеева, О. Н. Как избежать гепатотоксичности при назначении статинов у пациентов с ожирением и сопутствующей патологией печени? Фокус на УДХК и аторвастатин / О. Н. Корнеева, О. М. Драпкина // *Кардиоваскуляр. терапия и профилактика.* – 2012. – № 6. – С. 81–84.
8. Полунина, Т. Е. Неалкогольный стеатоз печени в практике интерниста / Т. Е. Полунина, И. В. Маев // *Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии.* – 2009. – № 1. – С. 14–19.
9. *Современные представления о фиброзе печени и методах его коррекции / С. Н. Мехтиев, В. В. Степаненко, Е. Н. Зиновьева, О. А. Мехтиева // Фарматека.* – 2014. – № 6.
10. Цфасман, А. З. *Профессия и гипертензия.* – М.: Эксмо, 2012.
11. Angulo, P. *Independed predictors of liver fibrosis in patiens wish nonalcoholic steatogepatitis / P. Angulo, J. C. Keach, K. P. Batts // Hepatology.* – 1999. – № 30. – P. 1356–1362.
12. Bellentani, S. *Clinical course and risk factors of hepatitis C virus related disease in general population: report from the Dyonyosos study / S. Bellentani, G. Pozzato // Gut.* – 1999. – Vol. 44, № 3. – P. 874–880.
13. *Epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease / S. Bellentani, F. Scaglioli, M. Marino, G. Bedogni // Dig Dis.* – 2010. – Vol. 28. – P. 155–161.
14. *Practice guidelines for the diagnosis and management of nonalcoholic fatty disease / P. Loria, L. E. Adinolfi, S. Bellentani et al. // Dig. Liver Dis.* – 2010. – № 42. – P. 272–282.
15. *Suspected nonalcoholic fatty liver disease and mortality risk in a population-based cohort study / W. Dunn, R. Xu, D. L. Wingard et al. // Am. J. Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 103. – P. 2263–2271.



УДК 617.753.2-053.2/.6(571.620-25)

## Особенности течения миопии у школьников учебных заведений Кировского района г. Хабаровска

А.А. Заворотнева, С.Р. Нагорная, Я.С. Андриенко

КГБУЗ «Детская городская клиническая больница» имени В.М. Истомина, 680000, г. Хабаровск, ул. Тургенева, 45; тел./факс (4212) 46-55-19; e-mail: muz\_sdistomin@mail.ru

## Special aspects of myopia through pupils of the schools in Kirovskiy district of Khabarovsk

A.A. Zavorotneva, S.R. Nagornaya, Ya.S. Andrienko

Children's clinical hospital named after Istomin V.M., 45, Turgeneva str., Khabarovsk, 680000, Russia; tel./fax: +7 (4212) 46-55-19, e-mail: muz\_sdistomin@mail.ru

«Школьная миопия» – на первом месте среди детской и подростковой заболеваемости. Наличие средней и высокой степени миопии у школьников чаще ведет к прогрессированию заболевания. Наличие сопутствующей патологии усугубляет течение миопии.

**Ключевые слова:** профилактические медицинские осмотры, миопия, дети, школьники.

Myopia through pupils takes the first place among children and adolescent morbidity. The presence of medium and high degree of myopia through pupils often leads to the progression of the disease. The presence of concomitant disease exacerbates the myopia.

**Key words:** medical inspection, myopia, children, pupils

### Актуальность

Состояние здоровья школьников является основой благополучия общества, государства в ближайшем будущем. Однако на протяжении последних десятилетий в нашей стране продолжают сохраняться тенденции роста заболеваемости детского населения, особенно значительного среди детей школьного возраста [1, 3]. Приоритетное направление отечественного здравоохранения – разработка мер по сохранению и укреплению здоровья школьников, профилактика «школьных» болезней, в том числе миопии. Борьбу с миопией Всемирная организация здравоохранения объявила приоритетным направлением в рамках программы «Зрение 2020: право на зрение, глобальные инициативы» [2].

В течение последних лет вопрос о распространенности «школьной миопии», выходящей сегодня на первое место среди детской и подростковой заболеваемости, волнует отечественных и зарубежных исследователей. Однако накопленные в литературе данные не столь многочисленны, как того требует проблема. Большинство из них были получены в прошедшие десятилетия и отражали ситуацию того времени. В последние годы во всех сферах жизни нашего общества произошли колос-

сальные изменения. В значительной мере они коснулись и отечественного образования. Повысилась учебная нагрузка в средних школах, появились образовательные учреждения нового типа (гимназии, лицеи, колледжи). Поэтому приблизиться к решению данной проблемы смогут организованные офтальмологические осмотры.

### Цель

Изучить клинические и возрастные особенности миопии у школьников общеобразовательных школ и учреждений нового типа (гимназия), установить медико-биологические факторы риска развития заболевания.

### Материалы и методы

В 2013–2014 гг. в рамках медицинских осмотров школьников 1, 5, 7, 9, 10, 11 классов было осмотрено 833 учащихся (421 человек из общеобразовательных школ № 43 и 51, 412 человек из гимназии восточных языков № 4). Возраст осмотренных составил от 7 до 18 лет. Из них 433 девочки и 406 мальчиков.

При офтальмологическом исследовании определяли остроту зрения без коррекции и с полной коррекцией по таблице Головина–Сивцева; клиническую рефракцию устанавливали путем скиаскопии в условиях циклоплегии; состояние переднего отрезка глазного яблока,

хрусталика и стекловидного тела путем биомикроскопии; состояние глазного дна путем прямой и обратной офтальмоскопии. Совместно с офтальмологом осмотр проводили следующие специалисты: невролог, хирург, ортопед, оториноларинголог, эндокринолог.

### **Результаты и обсуждение**

Из общего количества осмотренных снижение зрения выявлено у 32,5 % учащихся, при этом на аномалии рефракции пришлось 32 %.

Миопическая рефракция составила 27 % от числа всех исследуемых. Если доля гиперметропической рефракции, астигматизма обычно является величиной относительно стабильной по мере взросления детей, то доля миопии увеличивается из года в год. Ежегодный прирост миопии составил до 5 % в общеобразовательных школах и до 7 % в гимназии. При этом пик заболеваемости в гимназии смещается в более ранний возраст (10–11 лет) по сравнению с общеобразовательными школами (13–14 лет), что связано с повышенными нагрузками. Так, 50 % гимназистов заканчивают учебный день с признаками сильного и выраженного переутомления, тогда как в общеобразовательной школе эти цифры составляют 20–30 % [4].

Миопия в общеобразовательной школе составила 17 % против 34 % в гимназии. Если в миопии слабой степени достоверного различия в показателях не было выявлено (22 и 16%), то показатели миопии средней и высокой степени превышали у гимназистов в 3 и 4 раза соответственно.

При изучении гендерного различия была установлена следующая особенность: соотношение мальчиков и девочек, страдающих миопией, одинаково в первых классах всех учебных заведений. Однако уже в пятых классах гимназии и седьмых классах общеобразовательной школы соотношение изменяется в сторону увеличения заболевших девочек до 68 % и 80 % соответственно. Это напрямую связано с началом более раннего активного пубертатного развития, ускорением роста у девочек с проявлением соединительнотканной недостаточности (к которой, в частности, и относится миопия).

При изучении сопутствующей патологии у школьников-миопов гимназии № 4 самой частой (43 %) явилась группа заболеваний опорно-двигательного аппарата (сколиоз и

нарушение осанки – 34 %, плоскостопие – 5 %, высокорослость – 4 %). Второй по частоте стала группа аллергических заболеваний (20 %): аллергический ринит 13 % и бронхиальная астма 7 %. Еще реже встречались эндокринные нарушения (диффузный нетоксический зоб 1–2 ст. – 8 %) и хроническая патология ЛОР-органов (хронический тонзиллит, аденоиды 1–2 ст. – 4,5 %).

В общеобразовательной школе структура патологии имеет ряд отличий. Ведущими являются заболевания опорно-двигательного аппарата (32 %), вторыми по частоте становятся хронические заболевания ЛОР-органов (16 %), а эндокринная и аллергическая патологии составили 8 % и 5 % соответственно. Все эти заболевания отрицательно влияют на возникновение и течение миопии, поэтому должны подвергаться незамедлительному лечению при выявлении.

Чаще всего предшественником миопии является спазм аккомодации, который при нашем исследовании занял второе место по частоте офтальмологической заболеваемости. При этом у учащихся общеобразовательных школ его частота по мере взросления увеличивается (с 5 до 20 %), а у гимназистов – уменьшается (с 21 до 11 %). Это связано с тем, что у учащихся гимназий с повышением зрительных нагрузок спазм аккомодации всё чаще переходит в близорукость. Поэтому наблюдение и лечение этих детей также является мерой профилактики миопизации населения.

### **Выводы**

1. Частота близорукости у школьников Кировского района г. Хабаровска составляет 27 %, при этом в учреждениях нового типа она в 2 раза выше, чем в общеобразовательных.

2. Доля средней и высокой степени миопии у гимназистов выше в 3 и 4 раза соответственно, что говорит о большей степени прогрессирования заболевания.

3. Среди девочек миопия встречается в 2 раза чаще, что объясняется более тщательным наблюдением за их здоровьем.

4. Спазм аккомодации как предшественник миопии является вторым по частоте офтальмологическим заболеванием у школьников, что неблагоприятно сказывается на прогнозе в плане выявления новых случаев заболеваемости близорукостью.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Кузнецова, М. В. Причины развития близорукости и ее лечение. – Казань : МЕДпресс-информ, 2004. – 176 с.  
2. Мингазова, Э. Н. Роль медико-социальных факторов в развитии миопии / Э. Н. Мингазова, А. Н. Самойлов, С. И. Шиллер // Казан. мед. журнал. – 2012. – Т. 93, № 6. – С. 958–961.  
3. Онищенко, Г. Г. Санитарно-эпидемиологическое благо-

получие детей и подростков: состояние и пути решения проблем // Гигиена и санитария. – 2007. – № 4. – С. 53–59.

4. Филиппов, В. М. Здоровье школьников: актуальные проблемы и пути их решения : материалы круглого стола на тему «Современная школа и здоровье детей». – М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2002.

УДК 618.172-039.11-053.3

## Преждевременное телархе у детей в раннем возрасте

Г.А. Лузьянина, О.В. Ушакова

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

## Immature thelarche in children at an early age

G.A. Luz'yanina, O.V. Ushakova

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: rec@ipkszh.khv.ru

Молочные железы относятся к органам-мишеням для действия различных пептидных и стероидных гормонов, поэтому чутко реагируют на любое нарушение гормональных соотношений изменением объема и структуры. Преждевременное телархе – изолированное увеличение молочных желез у девочек – является наиболее часто встречаемым доброкачественным вариантом преждевременного полового развития у девочек. Вопрос патогенеза и динамического наблюдения за девочками с преждевременным телархе остается дискуссионным. В статье приводятся обобщенные данные литературы и собственных наблюдений.

**Ключевые слова:** преждевременное телархе, фолликулостимулирующий гормон, кортизол.

Mammary glands are the organs - targets for the various peptide and steroid hormones actions, and sensitive to any violation of the hormonal relations change in volume and structure. Immature thelarche is the isolated breast enlargement in girls and the most common benign variant of immature sexual development in girls. Pathogenesis and dynamic issue of girls with immature thelarche remains relevant for the discussion. In the article have given summarizes dates of the literature and own observations.

**Key words:** immature thelarche, follicle-stimulating hormone (FSH), cortisol.

Доля девочек с отклонениями или заболеваниями молочных желез составляет 5–12 %, при этом частота преждевременного телархе (ПТ) в 2–3 раза превышает частоту истинных форм преждевременного полового развития и встречается у 1 % девочек в возрасте до 3 лет [2, 3, 5].

Вопрос патогенеза ПТ остается дискуссионным. Причиной развития ПТ считают транзиторное повышение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), обусловленное незрелостью системы гонадостата. Транзиторная активация секреции ФСГ может приводить к созреванию овариального фолликула и кратковременной эстрогенной стимуляции. В то же время фактор, оказывающий стимулирующее влияние на ФСГ, в литературе не описан.

В клинической картине при ПТ отмечается увеличение объема молочных желез, как правило, не превышающее 2 стадии развития (Ma2) по Tanner. Обычно молочные железы уменьшаются до нормальных размеров в течение года, но в некоторых случаях остаются увеличенными до пубертатного периода. Для развития молочных желез у девочек с преждевременным телархе характерно более быстрое увеличение объема левой молочной железы. Молочная железа на этой стадии развития представлена в основном клетками жировой

ткани, пронизанной тонкой сетью стромальных элементов и большим количеством микрососудов и окружающих их нейронов. Именно поэтому усиление васкуляризации и отека, сопровождающее пролиферацию протоков, стромального и жирового комплекса, вызывает у девочек чувство распирания и боли (масталгия или мастодиния) в молочных железах. При ПТ у девочек, как правило, отсутствует развитие сосков, не появляется половое оволосение и признаки эстрогенизации наружных и внутренних половых органов [4, 8].

Тщательный анализ данных клинико-анамнестического и лабораторных методов исследования девочек с изолированным преждевременным телархе выявляет ряд особенностей, которые позволяют отличить эту патологию от телархе, являющегося начальной стадией развития преждевременного полового синдрома.

При изолированном ПТ не обнаруживают грубой органической патологии центральной нервной системы, не выявляется отклонений от возрастных нормативов в росте и других показателей физического развития.

Опережение костного возраста у этого контингента девочек может иметь место, однако оно является непостоянным признаком и бывает очень незначительным (не более чем

на 2 года при отсутствии его дальнейшего прогрессирования) [2, 3].

Признаки эстрогенизации наружных гениталий имеют место у 1/3 всех девочек, у остальных развитие наружных половых органов соответствует возрастной норме; размеры и степень зрелости матки при УЗИ соответствуют возрастной допубертатной норме, что резко отличает их от девочек с преждевременным половым синдромом [2, 3, 5].

Прогноз при изолированном ПТ благоприятный, лечение не требуется. У 90 % детей наблюдается регресс железистой ткани после трех лет. В дальнейшем пубертат наступает в нормальные сроки. Однако у части детей процесс может прогрессировать, трансформируясь в истинное преждевременное половое развитие, и поскольку телархе может оказаться первым симптомом истинного или ложного преждевременного полового развития, всех девочек с телархе рекомендовано повторно обследовать раз в год (Zajac J.D., Warne G.L., 1995).

Под наблюдением в краевых государственных бюджетных учреждениях здравоохранения «Детская городская клиническая больница им. В.М. Истомина» и «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края находились 54 девочки в возрасте от 3 месяцев до 2,5 года. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации женщин с изучением течения беременности, родов. У девочек, находившихся под наблюдением, проводили оценку их развития, исследование уровня гормонов ЛГ, ФСГ, эстрадиола, пролактина, 17-гидроксипрогестерона (17 ОПГ), определение костного возраста, ультразвуковое исследование матки, яичников.

Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что у 48 женщин (90 %) имелся отягощенный акушерский анамнез, 22 женщины (41 %) принимали во время беременности (от 3 месяцев до родов) дюфастон, 6 женщинам была проведена операция кесарево сечение.

Результаты обследования девочек с преждевременным телархе показали следующее.

У 51 девочки (94,5 %) показатели ФСГ, ЛГ, ПРА, эстрадиола, 17 ОПГ находились в пределах

нормы, костный возраст соответствовал хронологическому. Данные УЗИ матки и яичников также соответствовали возрасту. В процессе роста и развития у этих девочек в последующем отмечалось обратное развитие телархе.

У 3 девочек (5,5 %) в возрасте от 1 года до 3 лет диагностированы признаки ускоренного физического развития, увеличение степени телархе, эстрогенизация вульвы, умеренное повышение ФСГ, ЛГ. При дальнейшем углубленном дообследовании диагноз преждевременного полового развития гонадотропинзависимого варианта подтвержден.

Полученные результаты требуют дальнейшего проведения исследования по выявлению зависимости отягощенного акушерского анамнеза, приема дюфастона на развитие ПТ у девочек.

Девочки с ПТ не требуют гормональной терапии. В современных международных рекомендациях отсутствуют доказательные данные, подтверждающие целесообразность медикаментозного лечения при идиопатическом ПТ. В данном случае предлагается ежедневное наблюдение и временное воздержание от прививок у девочек с ПТ, учитывая возможность увеличения молочных желез после их выполнения [6, 7].

Девочки с ПТ, даже с регрессом увеличения молочных желез, должны находиться на диспансерном наблюдении до возраста физиологического полового созревания. Диспансерные мероприятия при ПТ должны включать регистрацию фактических показателей физического развития (рост, масса, окружность грудной клетки), определение уровня ФСГ, ЛГ, эстрадиола, кортизола, проведение рентгенографии левой кисти и запястья для определения костного возраста. Это необходимо для своевременного выявления возможного перехода изолированной формы нарушения полового развития в полную форму преждевременного полового развития. По данным литературы, при ПТ выявлены эпизодические всплески секреции ФСГ и эстрадиола на фоне допубертатного уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ), что может привести к прогрессированию полового развития у 10 % пациенток [1, 8].

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева, Е. А. Пролактин и молочные железы: норма и патология / Е. А. Андреева и др. // *Гинекол. эндокринология*. – 2012. – Т. 1. – С. 12–16.
2. Баранов, А. А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) / под ред. А. А. Баранова, Л. А. Щеплягиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 234 с.
3. Дедов, И. И. Половое развитие детей: норма и патология / И. И. Дедов, Т. В. Семичева, В. А. Петеркова. – М.: Колор Ит Студио, 2002. – С. 1–232.
4. Коколина, В. Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков: рук. для врачей / В. Ф. Коколина. – 2-е изд. – М.: МИА, 2001. – 287 с.
5. Макина, О. В. Диагностика преждевременного полового развития на современном этапе / О. В. Макина, В. В. Гуз и др. // *Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: тез. Всерос. конгр.* – М., 2009. – С. 236–237.
6. Уварова, Е. В. Детская и подростковая гинекология: практ. рук. / Е. В. Уварова. – М.: Литтерра, 2009. – 392 с.
7. Уварова, Е. В. Преждевременное развитие молочных желез у девочек. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения / Е. В. Уварова // *Рус. мед. журнал. Педиатрия*. – 2008. – № 19. – С. 245–284.
8. Юровская, В. П. Возрастные особенности половых органов девочек: метод. рекомендации для ординаторов и студентов / В. П. Юровская. – Ростов н/Д.: Изд-во РГМУ, 2002. – 16 с.



УДК 616.839-053.2-083.98

## Неотложные состояния при вегетососудистой дисфункции в практике врача-педиатра скорой медицинской помощи

Г.А. Лузянина, С.М. Колесникова

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

## Emergency conditions of the vegetovascular dysfunction in pediatric's emergency practice

G.A. Luz'yanina, S.M. Kolesnikova

Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680000, Russia; tel.: +7 (4212) 27-24-92; e-mail: rec@ipkszh.khv.ru

В статье изложены алгоритмы оказания неотложной помощи при расстройствах функции вегетативной нервной системы у детей и подростков, протекающих в виде кризов, приступов пароксизмальной боли, освещены лечебно-тактические действия.

**Ключевые слова:** вегетососудистая дисфункция, дети, подростки, неотложная помощь, алгоритмы.

The article describes the algorithms emergency in vegetative nervous system disorders function in children and adolescents, occurring in the crises form, paroxysmal pain, covered medical and tactical actions.

**Key words:** vegetovascular dysfunction, children, adolescent, emergency, algorithms.

Синдром вегетативной дисфункции – это нарушение функции вегетативной нервной системы на разных уровнях (надсегментарном, сегментарном и периферическом). У детей и подростков синдром вегетативной дисфункции встречается часто – от 32 до 82 % по данным различных авторов, но очень редко выступает в роли самостоятельного заболевания. Первые клинические описания вегетативных синдромов можно найти в трудах Гиппократ, Авиценны, Галена и др. Дальнейшее развитие науки привело к пониманию значения нарушений вегетативной нервной системы (ВНС) в формировании многих соматических заболеваний [4, 5].

Вегетативная нервная система представлена симпатическим и парасимпатическим отделами, для каждого из них свойственна определенная функция и характерная клиническая картина (симпатотония и ваготония). СВД объединяет симпатические, парасимпатические и смешанные симптомокомплексы, имеющие генерализованный, системный или локальный характер, проявляющиеся перманентно или в виде пароксизмов (вегетососудистых кризов), с неинфекционным субфебрилитетом, склонностью к температурной нестабильности.

К причинам нарушения функций (СВД) относят следующие факторы:

- наследственно-конституциональные;
- психофизиологические сдвиги в здоровье детей;
- гормональные перестройки;
- стрессы, психические заболевания;
- соматические заболевания;
- перинатальные поражения гипоталамических структур мозга, межполушарная асимметрия, внутричерепная гипертензия;
- травмы;
- хронические очаги инфекции и т. д.

К клиническим проявлениям СВД относятся тревожность, замкнутость, неуверенность в себе. Кроме этого, часто отмечаются дыхательные расстройства, абдоминальная боль, кардиальная боль или нарушения сердечного ритма, расстройства терморегуляции, нарушение сна. Всё это приводит к снижению работоспособности, внимания, трудностям при обучении в школе. *Ведущие стойкие синдромы вегетативной дистонии шифруются по МКБ10-F 45.3 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы* [2, 3, 6].

Многообразие жалоб на различные органы у детей с СВД часто приводит к вопросу: кто должен лечить и наблюдать таких пациентов – педиатр, невролог, кардиолог или врач другой специальности? Это часто приводит к тому, что дети получают лечение не в полном объеме, качественно не наблюдаются и результатом является декомпенсация в виде вегетосудистых кризов (ВСК) у детей и подростков.

ВСК – это острые вегетативные синдромы, возникающие в результате функционального или морфологического повреждения лямбико-ретикулярного комплекса и проявляющиеся разнообразными симптомами. Эти состояния, требующие неотложной помощи, и являются поводом для обращения за помощью к врачу скорой неотложной помощи. Врач, оказывающий первичную медицинскую помощь, должен решить три основные задачи:

- представляет ли угрозу для жизни данное ухудшение здоровья ребенка;
- какие первые лечебные мероприятия необходимо провести для улучшения самочувствия и состояния ребенка;
- принять тактическое решение о необходимости госпитализации или, если помощь оказана, ребенок может быть оставлен дома.

Решить эти задачи можно при высокой профессиональной квалификации, при наличии навыков, опыта и знаний с использованием дифференциально-диагностических алгоритмов, при правильном выборе необходимых лечебных мероприятий. Это наиболее ответственная сторона работы врача скорой медицинской помощи.

Классификация основных вегетосудистых кризов представлена следующим образом:

- симпатoadрeналовый;
- вагоинсулярный;
- мигреноподобный (цефалгический);
- псевдоаддисонический (абдоминальный);
- смешанный.

#### ***Симпатoadрeналовый криз у детей и подростков***

Возникновение кризов связано с активацией симпатической нервной системы с выбросом адреналина, норадреналина, кортизола и других гормонов с бурной вегетативной симптоматикой. Причины:

- психологические особенности личности ребенка;
- умственное и физическое переутомление;
- драматические ситуации в семье – наиболее важный фактор, провоцирующий криз;
- стресс, тревога, ожидание угрозы среди подростков;

- злоупотребление подростками энергетическими напитками, стимулирующими лекарствами (кофеин, наркотики).

Больные жалуются на головную боль, перебои и боль в сердце, чувство тревоги, страха, похолодание рук и ног, шум в ушах, онемение губ, нехватку воздуха. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, гипергидроз ладоней, тремор, тахикардия, повышение АД, встречаются нарушение зрения, головокружение. В последующем может отмечаться обильный диурез [1, 2, 3, 6].

#### ***Неотложная помощь при симпатoadрeналовом кризе:***

- создать спокойную обстановку;
- ребенка уложить, обеспечить доступ свежего воздуха;
- дать через рот настойку валерианы – 1 капля/год жизни;
- раствор седуксена 0,5 %, 0,1 мл/год ввести в/м, но не более 2 мл; детям младшего возраста 0,5–0,6 мл, не более 1,5 мл;
- ввести в/м раствор пипольфена 2,5 % 0,01 мл/кг;
- ввести п/к  $\beta$ -адреноблокатор – обзидан 0,1 % р-р 0,7–0,8 мг/кг веса;
- если нет тахикардии (криз неосложненный – минимальные жалобы), можно назначить нифедипин (БМКК) 10–20 мг (таблетка) под язык – мягкое снижение АД начинается через 10–15 минут. Помнить, что быстрая избыточная гипотензивная терапия может спровоцировать медикаментозные коллапсы, снижение мозгового кровообращения, развитие ишемии головного мозга;
- при длительном возбуждении и признаках судорожной готовности – внутримышечно ввести 0,5 % раствор диазепамы из расчета 0,05 мг/кг (0,1 мл/кг), но не более 10 мг однократно;
- показаны внутрь препараты калия (панангин, аспаркам).

#### ***Вагоинсулярный криз***

К вагоинсулярным кризам склонны дети младшего возраста с первичной артериальной гипотензией (АГ), удельный вес в последние годы возрос до 25–30 % и у детей школьного возраста.

Причины:

- семейный морфофункциональный тип конституции (оценить конституцию ребенка, дермографизм);
- дисфункция передних отделов гипоталамуса на фоне перенесенной перинатальной энцефалопатии, особенно с внутриутробной черепной гипертензией;
- период реконвалесценции после тяжелых инфекционных заболеваний с истощением

адреналовой и кортизоловой функции надпочечников (функциональный гипокортицизм, фаза гипотонии).

У детей и подростков с ваготонией конституционального характера ваготонические кризы могут протекать по-разному: латентно – приступы общей слабости, потливость, сонливость, переходя в перманентный, нарастающий по клинике, но без нарушения сознания. Провоцирующие факторы: погодные условия, эмоциональные, физические нагрузки, страх, боль, поездки в транспорте, запахи – одновременно захватывают многие системы организма с ведущим синдромом.

**Обморок** (синкопе) – острое нарушение мозгового кровообращения с внезапной потерей сознания; **субъективные** жалобы в предсинкопальном периоде на общую слабость, головокружение, шум в ушах, неприятные ощущения в животе, резкая слабость; **объективно** – ребенок без сознания, зрачки расширены, бледен, выраженная потливость, мышечный тонус снижен, пульс слабого наполнения, АД снижено, тоны сердца приглушены, при глубоком обмороке могут быть тонические судороги. Восстановление сознания происходит быстро при положении ребенка в горизонтальном положении. Обморок вагоинсулярного генеза отличается от обмороков, протекающих с потерей сознания и судорогами, другой природы (эпилептические абсансы, отдельные виды отравления, мозговые сосудистые катастрофы) своей кратковременностью, обратимостью, быстрым восстановлением сознания, отсутствием амнезии, отсутствием непроизвольного отхождения кала и мочи [1, 3, 6].

#### **Неотложная помощь:**

- ребенка уложить с приподнятыми ногами для увеличения притока крови к голове, снять стягивающую одежду (пояс, пуговицы расстегнуть);
  - в помещении открыть окна, двери;
  - обрызгать лицо холодной водой, дать вдохнуть пары нашатырного спирта;
  - растереть тело, согреть грелками;
  - при улучшении состояния дать выпить горячий сладкий чай;
  - при затянувшемся обмороке ввести п/к 10 % раствор кофеина-бензоата натрия 0,1 мл/год жизни или кардиамин 0,1 мл/год жизни;
  - при резком снижении АД ввести раствор мезатона 0,1 мл/год жизни в/в струйно;
  - при гипогликемии ввести в/в струйно 20 % (40 %) раствор глюкозы 2 мл/кг веса;
  - при выраженной брадикардии, нарушении ритма (кардиальный тип синкопе) проводится непрямой массаж сердца, ввести в/в струйно 0,1 % раствор атропина 0,01 мл/кг веса.

#### **Мигреноподобный (цефалгический) синдром**

Головная боль (ГБ) – одна из наиболее частых жалоб при обращении к врачу станции скорой медицинской помощи детей пубертатного возраста.

Диагностика:

- анамнез – *динамика головной боли в возрастном аспекте* (с раннего детства, нарастающая к периоду пубертата, семейный мигренозный анамнез, чаще по линии матери); перинатальный анамнез (родовые травмы гипоксическо-травматические с развитием краниоцеребральной артериовенозной дистонии); черепно-мозговые травмы в дошкольном, школьном возрасте;

- характер головной боли *по локализации* (гемикrania в лобно-височной области; затылочная боль, без определенной локализации); *по интенсивности*, характеру, по временному аспекту (пульсирующая, распирающая, тупая, ломящая; с утра, к вечеру, в течение дня; жгучая в области лица).

**Мигрень** – это приступ пароксизмальной головной боли с возросшей активностью тройничного нерва в связи с расширением артериальных сосудов, снабжающих мозговые оболочки. Выделяют мигрень с аурой (офтальмологическая аура), мигрень без ауры.

#### **Диагностические критерии:**

- провоцирующие факторы – физическое, эмоциональное перенапряжение, езда в транспорте, падение барометрического давления, резкие запахи, прием в пищу неограниченного количества шоколада, какао, кофе, орехов, цитрусовых, монотонная работа;
- интенсивная головная боль с гиперестезией к звуковым и зрительным раздражителям, пульсирующего характера; тошнота, рвота;
- гемикrania – односторонняя локализация в лобно-височной области, длится без лечения от 4 до 72 часов, часто возникает ночью;
- при сочетании 2–3 характеристик головной боли исключают другие формы головной боли.

Мигрень с аурой в зависимости от того, в зоне какого сосудистого бассейна разворачивается патологический процесс. Различают офтальмическую, ретинальную, офтальмоплегическую с различными зрительными расстройствами. Кроме того, мигрень может сопровождаться гемипарезом рук, афатическими симптомами – преходящие речевые расстройства, вестибулярные нарушения (головокружение) [3, 4, 6].

#### **Неотложная помощь:**

- анальгин 50 % 0,01 мл/кг в/м в сочетании с 2 % раствором хлоропирамина (супрастина) 0,1–0,15 мл/год, но не более 1 мл, и раствор папаверина (0,1 мл/год жизни);

- при проявлениях гипертензионного синдрома ввести лазикс 1 % – 0,1–0,2 мл/кг в/м или в/в;
- в случае неоднократной рвоты церукал 0,5 % – 0,01 мл/кг в/м;
- при выраженном бронхоспазме эуфиллин 2,4 % – 0,1 мл/кг, в/в медленно.

**Кроме того, ребенку старше 12 лет можно назначить** ацетилсалициловую кислоту, препараты, ее содержащие (базовые препараты), в комбинации с кофеином (аскофен, седалгин, фенацетин);

- ригетамин 0,1 % р-р, 10 капель младшим, подросткам 20 капель *per os*; в таблетках – ½ или 1 таблетка под язык;
- эрготамина ½ таблетки под язык младшим, старшим – 1 таблетка, не более 2–3 таблеток в сутки;
- современные препараты из группы триптанов (сосудосуживающий эффект) – имигран, сумамигрен и другие (под язык ½ – 1 таблетка).

#### **Мигренозный криз у подростков:**

- срочная госпитализация;
- ввести в/в медленно седуксен 0,5 % р-р 2 мл в 20 мл 20 % глюкозы;
- ввести лазикс 1 % р-р 2 мл в/м;
- показан антигистаминный препарат в/м;
- ввести преднизолон в/в 1 мг/кг веса капельно;
- дать через рот при повышенном АД, тахикардии β-блокаторы (анаприлин, пропранолол) в разовой дозе 1 мг/кг массы.

#### **Псевдоаддисонический (абдоминальный) криз**

Представляет собой один из клинических вариантов вагоинсулярного криза [4, 5, 7].

##### **Критерии диагностики:**

- наличие связи со стрессовыми событиями в жизни (появление или усиление общего болевого длительного синдрома);
- пароксизмальность, перманентность (нарастание) течения абдоминальной боли, рецидивы болей в течение длительного периода – от 3 месяцев и более;
- абдоминальная боль сочетается с вегетовисцеральными симптомами (возбуждение, гипервентиляция, страх, общее беспокойство, потливость, бледность, тахикардия);
- диссоциация между выраженностью боли и поведением ребенка (конфликтность, агрессия, многословность), часто метеозависимость болей в животе;
- спазмалгии желудка, кишечника (тошнота, рвота, диарея).

#### **Неотложная помощь**

В настоящее время выделяют несколько групп препаратов, влияющих на моторику ЖКТ

и действующих на верхние, или на нижние отделы, или на всем протяжении ЖКТ.

Многие из перечисляемых препаратов не входят в перечень оснащения укладки врачей-педиатров станций скорой медицинской помощи и могут быть рекомендованы для лечения на амбулаторном этапе.

Показаны неселективные миотонические спазмолитики, блокирующие действие ацетилхолина на М-холинорецепторах ЖКТ:

- ввести в/м *атропин* 0,1 % р-р однократно подросткам 0,5 мл (при отсутствии брадикардии и нарушениях ритма);
- ввести в/м, п/к *платифиллин* – периферический миотропный спазмолитик, 1 % р-р по 0,3–0,5 мл; таблетки по 0,005 – ½ или 1 таблетка старшим детям;
- ввести *но-шпу* в/м (дротаверин гидрохлорид) 2 % р-р 0,5–1,0 мл медленно; селективный спазмолитик ингибирует фосфодиэстеразу, повышает концентрацию цАМФ, снимает спастическое состояние кишечника; противопоказан детям до 6 лет; или в таблетке 0,04 (40 мг), детям от 6 до 12 лет – 2 таблетки в сутки; детям старше 12 лет – 120–160 мг (от 3 до 4 таблеток в сутки).

**Примечание.** На амбулаторном этапе могут быть рекомендованы: тропсия хлорид – спазмекс – М-холинолитик; пинаверия бромид – дицетел; *дюспаталин* – устраняет спазмы, метеоризм, диарею; *тримебутин* – *тримедат*, обладающий болеутоляющим эффектом; *прифиниум бромид* – *риабал*, антихолинергический препарат, снимает спазмы.

**Кроме того, при необходимости** показаны прокинетики, оказывающие стимулирующее действие на моторику ЖКТ:

- домпиридон (мотилак, мотилиум) – мотилак – таблетки по 10 мг (0,01), по 1 таблетке 3–4 раза в день за 20–30 минут до еды;
- мотилиум – 10 мг в таблетке (0,01) для рассасывания × 3 раза детям старше 12 лет (суммарная доза не более 80 мг; с 5 до 12 лет – 2,4 мг/кг – суточная доза (детям до 5 лет, весом менее 25 кг противопоказаны). Применение их в педиатрии сейчас пересматривается;
- тримебутин (тримедат) при выраженном болевом синдроме; таблетка 200 мг; по ½–1 таблетке 3 раза в сутки, кроме этого, он стимулирует моторику ЖКТ.

#### **Смешанный криз**

В зависимости от выраженности симптомов раздражения симпатической либо парасимпатической нервной системы используются препараты, применяемые при вышеописанных кризах.

Необходимо помнить: несмотря на то что ВСК тяжело переносится клинически, вызыва-



ет переживания как у самого пациента, так и у родственников, реальной угрозы для жизни не представляет. Однако угроза может быть в ошибочном диагнозе, когда не установлено ургентное состояние другого генеза. Подводя итог, хочется обратить внимание врача ско-

рой помощи, что необходимо всегда проводить дифференциальную диагностику и исключать имитируемый ургентный синдром (приступ бронхиальной астмы, диабетическую кому, судорожный синдром, гипертонический криз, острый абдоминальный синдром и др.).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозеров, Ю. М. Кардиология детского возраста. – М., 1995. – 597 с.
2. Белоконь, Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей / Н. А. Белоконь, М. Б. Кубергер. – М., 1987. – Т. 1. – 447 с.
3. Вегетативная дистония у детей и подростков : рук. для врачей / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, Л. П. Гаврюшова и др. – М. : Москва, 2009. – 60 с.
4. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение : рук. для врачей / А. М. Вейн и др.; под ред. В. А. Голубева. – М. : МИА, 2010. – 640 с.
5. Галактионова, М. Ю. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков, вопросы диагностики, лечения, диспансеризации : метод. рекомендации. – Красноярск, 2010. – 40 с.
6. Детская гастроэнтерология : рук. для врачей / под ред. Н. П. Шабалова. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 736 с.
7. Казначеева, Л. Ф. Неотложные состояния у детей : учеб. пособие. – Новосибирск, 2009. – 78 с.

УДК 616.379-008.64-085.252.349.7

## Современная стратегия терапии при сахарном диабете 2-го типа: обзор основных исследований с акцентом на кардиобезопасность

Л.Г. Витько, О.В. Ушакова

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](mailto:rec@ipkszh.khv.ru)

## Modern strategy of treatment for 2<sup>nd</sup> type of diabetes. The review of main studies with emphasis on safety for patients with cardiovascular diseases

L.G. Vit'ko, O.V. Ushakova

Postgraduate Institute for Public Health Workers of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 9, Krasnodarskaya str., Khabarovsk, 680000, Russia, tel.: +7 (4212) 27-24-92; e-mail: [rec@ipkszh.khv.ru](mailto:rec@ipkszh.khv.ru)

Сахарный диабет 2-го типа представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание, носящее масштаб эпидемии. В обзоре конспективно описаны результаты основных проспективных рандомизированных исследований, в которых оценивали влияние сахароснижающих препаратов различных групп на сердечно-сосудистые риски при сахарном диабете 2-го типа.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания.

The 2nd type of diabetes is a chronic progressive disease with epidemic proportions. In the review have been shortly described the results of the main prospective randomized researches, in which has evaluated the different groups antidiabetic drugs effects on the cardiovascular risks during the 2nd type of diabetes.

**Key words:** diabetes, cardiovascular diseases.

Сахарный диабет (СД) представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание, носящее масштаб эпидемии. В мире насчитывается приблизительно 350 млн больных СД, причем более 90 % всех случаев составляет СД 2-го типа [2]. По прогнозам из-за роста распространенности ожирения и тенденции к старению населения к 2030 году людей, страдающих этим заболеванием, будет приблизительно 550 млн [2, 3]. Больные СД 2-го типа входят в группу высокого и очень высокого риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний: риск сердечно-сосудистой патологии у них в 2–5 раз превышает популяционный, она же является причиной 80 % смертельных исходов.

Высокий сердечно-сосудистый риск при СД обусловлен несколькими обстоятельствами. Во-первых, многие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия, микроальбуминурия) у многих пациентов уже есть на стадии, предшествующей диабету. Во-вторых, для самого диабета характерны специфические факторы риска сердечно-сосудистой патологии, такие как гипергликемия, патологическая ва-

риабельность тощаковой и постпрандиальной гликемии, гликозилирование белков, приводящие к дисфункции эндотелия и прогрессированию атеросклероза. По причине высокого сердечно-сосудистого риска приоритетом при выборе противодиабетических препаратов становится не только их сахароснижающий потенциал, но и возможное влияние на снижение частоты сердечно-сосудистых событий.

Одним из первых исследований, показавших значение интенсивного контроля гликемии в предотвращении поздних, в том числе макрососудистых, осложнений СД, стало британское двадцатилетнее проспективное исследование UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetic Study) [4, 5]. Результаты этого исследования впервые были доложены около 20 лет назад, но продолжают активно цитироваться в мировой научной литературе и по сей день. В исследовании UKPDS пациенты с впервые выявленным СД 2-го типа были рандомизированы в группы интенсивного контроля гликемии, основанного на производных сульфонилмочевины (ПСМ) или инсулине, и стандартного контроля, основанного на соблюдении только диетических

рекомендаций. Небольшая группа пациентов с избыточной массой тела была распределена в подгруппу с интенсивным контролем гликемии, основанным на метформине. Именно в этой группе было выявлено достоверное снижение частоты макрососудистых событий: частота инфарктов миокарда снизилась на 39 %, инсультов – на 41 %. В группе пациентов с интенсивным лечением на основе ПСМ и инсулина было выявлено снижение риска микрососудистых (ретинопатии и нефропатии), но не макрососудистых осложнений.

Результаты исследования UKPDS, а также более поздние работы позволили обосновать необходимость использования метформина не только с позиции контроля гликемии, но и с целью снижения риска развития сердечно-сосудистых событий. По мнению многих авторов, кардиопротективный эффект метформина у больных СД 2-го типа не зависит от его дозы, поэтому пациенты, даже переносящие лишь малые дозы препарата, в определенной степени защищены от развития сердечно-сосудистых осложнений. Если говорить о механизме снижения гликемии, то терапия метформином патогенетически обоснована, так как влияет на инсулинорезистентность (ИР), которая является одним из основных звеньев патогенеза СД. В современной трактовке под инсулинорезистентностью понимают первичное селективное и специфическое нарушение биологического действия инсулина, сопровождающееся снижением потребления глюкозы тканями и приводящее к хронической компенсаторной гиперинсулинемии. ИР генетически обусловлена, хотя и усугубляется такими внешними факторами, как переизбыток, снижение физической нагрузки, курение, хронические стрессы. ИР на протяжении многих лет предшествует развитию СД, так как компенсируется гиперинсулинемией, что поддерживает нормальную толерантность к углеводам. Нарушение толерантности к углеводам наблюдается при возрастании ИР, либо при снижении компенсаторных возможностей инсулиновой секреции, либо при прогрессировании обоих дефектов. В связи с этим метформин показан не только на самых ранних стадиях нарушения углеводного обмена, но и без таковых, если есть состояния, ассоциированные с ИР (центральный тип ожирения, дислипидемия). В настоящее время метформин является препаратом первого выбора для лечения пациентов с СД 2-го типа и преддиабетом [1]. Согласно рекомендациям Американской диабетической ассоциации (ADA), для профилактики СД 2-го типа метформин может быть полезен в следующих случаях: при нарушенной толерантности

к углеводам (класс рекомендаций А), особенно пациентам моложе 60 лет с индексом массы тела более 35 кг/м<sup>2</sup>, а также женщинам с гестационным СД в анамнезе.

После завершения исследования UKPDS больные продолжали находиться под наблюдением в среднем еще на протяжении 8,5 года. Оказалось, что благоприятные эффекты интенсивной коррекции уровней глюкозы у пациентов с СД 2-го типа сохранялись до 10 лет после прекращения рандомизированных вмешательств; в большей степени положительный эффект выявляли в отношении микрососудистых событий, хотя отмечали снижение частоты и некоторых макрососудистых событий, в частности инфаркта миокарда (табл. 1). Интересно отметить, что благоприятные эффекты сохранялись даже при исчезновении между группами разницы в уровне гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>), что позволило авторам назвать этот феномен *legase effect* (эффект наследования). Другой урок, вынесенный из продленного периода наблюдения исследования UKPDS, заключается в том, что может пройти много лет, прежде чем проявятся благоприятные эффекты интенсивного контроля гликемии, в отличие от исследований с коррекцией уровней липидов или артериального давления, в которых эффект на снижение кардиоваскулярных событий обычно наблюдается в пределах 3–5 лет.

Таблица 1

**Исследование UKPDS:  
отдаленный эффект предшествующего  
интенсивного контроля гликемии**

Совокупная конечная точка		1997	2007
Любая конечная точка, связанная с диабетом	↓ ОР Значение p	12 % 0,029	9 % 0,040
Микрососудистое заболевание	↓ ОР Значение p	25 % 0,0099	24 % 0,001
Инфаркт миокарда	↓ ОР Значение p	16 % 0,052	15 % 0,014
Смерть от любой причины	↓ ОР Значение p	6 % 0,44	13 % 0,007

В 2008 году завершились три крупнейших многоцентровых исследования, целью которых было определить влияние различных терапевтических стратегий на развитие сердечно-сосудистых осложнений и смертности у больных СД 2-го типа с большой длительностью заболевания. Это исследования ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes), ADVANCE (Action in Diabetes and

Vascular disease) и VADT (the Veteran Affairs Diabetes Trial). Целевым параметром этих исследований, определяющим интенсивную тактику лечения, был уровень гликированного гемоглобина ( $HbA_{1C}$ ) от 6,0 и до 6,5 %. Сравнивали разные вмешательства в отношении гликемии: интенсивное лечение и стандартное с достижением  $HbA_{1C}$  7,0–7,9 %. В исследовании ACCORD были получены неожиданные и на первый взгляд противоречащие исследованию UKPDS результаты, заключающиеся в повышении частоты макрососудистых событий в группе пациентов интенсивного контроля (ОР: 1,22; 95 % ДИ: 1,01–1,46;  $p = 0,04$ ) [6, 7]. В связи с этим через 3,5 года наблюдения гипогликемизирующая часть исследования была досрочно завершена, и все больные переведены в группу стандартного контроля по гликемии. В отличие от UKPDS, в исследовании ACCORD участвовали пациенты с длительным стажем диабета (на исходном этапе медиана длительности СД составила 10 лет, а средний возраст участников исследования – 62,0 года). Кроме этого, у трети участников уже имелись сердечно-сосудистые события в анамнезе. Таким образом, исследование ACCORD впервые показало опасность слишком жесткого контроля гликемии у возрастных пациентов с длительным стажем диабета и высоким риском бессимптомных гипогликемий. Впрочем, до сих пор причина повышения смертности в исследовании ACCORD остается не совсем ясной, поскольку дальнейший анализ показал отсутствие четкой связи с частотой гипогликемии, уровнем  $HbA_{1C}$  и применением тиазолидиндионов. Сейчас с интересом ожидают данных длительного наблюдения ACCORD (ACCORD-ON), которые пока не опубликованы [8].

Результаты, полученные в исследовании ACCORD, явились предпосылкой для оптимизации алгоритмов сахароснижающей терапии и определения целевых уровней контроля гликемии с использованием  $HbA_{1C}$ . Согласно российским алгоритмам у большинства людей с диабетом  $HbA_{1C}$  должен быть менее 7 %, и лишь у молодых пациентов, не «обремененных» поздними осложнениями диабета, целевые показатели  $HbA_{1C}$  могут быть более жесткими.

Выявление отрицательного влияния сверхинтенсивного контроля гликемии послужило поводом для ужесточения требований FDA к сахароснижающим препаратам с обязательным проведением исследований, оценивающих их влияние на сердечно-сосудистые риски. Особенно «подозрительным» в этом отношении был глибенкламид – препарат, относящийся к производным сульфонилмочевины (ПСМ), по силе уступающий только инсулину и к тому же

необратимо и неселективно связывающийся не только с SUR1 рецепторами  $\beta$ -клеток, но и SUR2A рецепторами кардиомиоцитов, что в условиях ишемии может оказывать неблагоприятное влияние на сердце. Впрочем, мета-анализ исследований опроверг негативное влияние глибенкламида на сердечно-сосудистые риски в сравнении с другими ПСМ. Однако из-за повышенного риска гипогликемий глибенкламид не рекомендуется для старта сахароснижающей терапии [1].

В свете предыдущих опасений тем интереснее были результаты исследования ADVANCE [9]. В нем участвовали 11 140 пациентов с СД 2-го типа. На исходном этапе средний возраст участников исследования составил 66 лет, средний уровень  $HbA_{1C}$  – 7,5 %, а давность СД – 8 лет, то есть, как и в исследовании ACCORD, это были пациенты с достаточно длительным диабетом. Приблизительно у 32 % из них в анамнезе имелось макрососудистое заболевание и у 10 % – микрососудистое. Оценивали 2 стратегии гликемического контроля: стандартное снижение гликемии (целевой уровень  $HbA_{1C}$  определяли на основании местных рекомендаций) и интенсивное снижение гликемии с достижением целевого уровня 6,5 % и ниже, причем терапия была основана на конкретном ПСМ, а именно на гликлазиде МВ. Исследование ADVANCE показало более низкую частоту первичного исхода в группе интенсивного контроля (18,1 % по сравнению с группой стандартного лечения (20 %), при этом ОР составил 0,90 (95 % ДИ: 0,82–0,98;  $p = 0,01$ ). Необходимо сказать, что это различие было обусловлено в большей степени уменьшением риска микрососудистых событий (ОР 0,86; 95 % ДИ: 0,77–0,97;  $p = 0,01$ ), а не частоты основных макрососудистых событий (инфарктов миокарда и инсультов), которая снизилась на 6 %, но не достигла достоверных различий (ОР 0,94; 95 % ДИ: 0,85–1,06;  $p = 0,32$ ). Учитывая повышенную смертность в исследовании ACCORD, важно отметить, что в группе интенсивного лечения ADVANCE смертность не возросла, а даже несколько снизилась (на 12 %;  $p = 0,12$ ). Интересно, что последующие анализы свидетельствовали о снижении ОР сердечно-сосудистой смерти на 25 % и ОР смерти от любой причины на 22 % при уменьшении уровня  $HbA_{1C}$  на каждый 1 % у пациентов, получающих гликлазид МВ. Полагают, что снижение сердечно-сосудистых событий на фоне лечения гликлазидом МВ связано с антиоксидантными свойствами этого препарата, что обеспечивает прямую сосудистую защиту и оказывает нефропротективный эффект.

Таким образом, данные исследования ADVANCE, в котором пациенты из группы



интенсивного контроля лечились гликлазидом MB, конфликтуют с избыточной сердечно-сосудистой смертностью исследования ACCORD, в котором пациенты чаще получали глимепирид и репаглинид. Это позволило сделать вывод, что стратегия сахароснижающей терапии, основанная на гликлазиде MB, является более безопасной.

В завершение обсуждения ПСМ необходимо отметить, что мета-анализ крупных исследований (UKPDS, ACCORD, VADT, ADVANCE), в которых использовались эти препараты, показал, что интенсивное лечение вновь выявленного СД 2-го типа явно оправданно, особенно в отношении снижения риска инфаркта миокарда. Интенсивное лечение пациентов с длительным стажем СД 2-го типа по-прежнему является благоприятным вариантом (только в исследовании ACCORD было отмечено повышение частоты сердечно-сосудистых событий).

Таблица 2

**Сравнение стратегий «раннего» и «позднего» вмешательства у больных СД 2-го типа**

	UKPDS	ADVANCE	ACCORD	VADT
Продолжительность заболевания (лет)	0	8	10	11,5
Средний исходный HbA <sub>1c</sub> (%)	7,1	7,5	8,3	9,4
Средняя исходная гликемия (ммоль/л)	8,0	8,5	9,7	11,4
Средний возраст	53	66	62	60
Микроваскулярные осложнения	↓	↓	↔	↔
Макроваскулярные осложнения	↓	↔	↑	↔

В первом десятилетии XXI в. в арсенале врачей появились принципиально новые сахароснижающие препараты – началась инкретиновая эра. Если парадигмой патогенеза СД 2-го типа XX в. являлись ИР и гиперинсулинемия, то на сегодняшний день произошло переосмысление патогенеза этого заболевания и выявлена роль нарушений на уровне энтероинсулярной оси регуляции углеводного обмена. Инкретины секретируются в тонком кишечнике во время приема пищи и стимулируют секрецию инсулина. Основными инкретинами энтероинсулярной оси являются глюкагоноподобный пептид-1 (ГПП-1) и глюкозозависимый инсулиноотропный полипептид (ГИП). Нативный ГПП-1 очень быстро инактивируется ферментом дипептидил-пептидазой-4 (ДПП-4). Ингиби-

вание этого фермента позволяет пролонгировать время полураспада ГПП-1 от нескольких минут до нескольких часов. Назначение препаратов инкретинового ряда (агонистов ГПП-1 и ингибиторов ДПП-4) оказывает одновременное позитивное воздействие на два патогенетических звена СД 2-го типа: увеличивает прандиальную глюкозозависимую секрецию инсулина β-клетками поджелудочной железы и снижает синтез α-клетками контринсулярного гормона глюкагона и, следовательно, интенсивность процесса печеночного глюконеогенеза (ни метформин, ни ПСМ на α-клетки не действуют). Инкретины снижают вариабельность гликемии и устраняют пики постпрандиальной гипергликемии, а само снижение уровня гликемии происходит на основе максимально физиологичного воздействия, не вызывающего истощения функциональной активности β-клеток поджелудочной железы, и без повышения частоты гипогликемических эпизодов. Кроме этого, ингибиторы ДПП-4 нейтральны в отношении массы тела, а агонисты ГПП-1 даже способствуют ее снижению; и те и другие несколько снижают артериальное давление. Согласно российским рекомендациям препараты инкретинового ряда включены в терапию первого ряда наравне с метформином.

Совсем недавно были завершены исследования по кардиобезопасности некоторых ингибиторов ДПП-4: в 2013 г. закончились исследования по саксаглиптину (SAVOR-TIMI) и по алоглиптину (EXAMINE), в 2015 г. – исследование TECOS по ситаглиптину [10, 11, 12, 13]. Это были рандомизированные двойные слепые плацебо-контролируемые исследования с похожим протоколом. Сравнивались 2 группы пациентов: 1-я группа – пациенты, получающие стандартную сахароснижающую терапию и исследуемый препарат; 2-я – получающие стандартную сахароснижающую терапию и плацебо. Различий в уровне HbA<sub>1c</sub> между группами не было, так как оценивался не сахароснижающий эффект препаратов, а их кардиоваскулярная безопасность. Во всех исследованиях участвовали пациенты, имевшие сердечно-сосудистые заболевания, однако нельзя сказать, что это были «однородные» больные: в исследовании SAVOR-TIMI были преимущественно пациенты с острым коронарным синдромом в анамнезе; EXAMINE – с тромбозами после аортокоронарного шунтирования; TECOS – с хронической сердечной недостаточностью. Первичными конечными точками в этих исследованиях были: смерть в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт; госпитализации по причине нестабиль-

ной стенокардии или по причине сердечной недостаточности. В исследовании SAVOR-TIMI было выявлено неожиданное повышение числа госпитализаций по поводу сердечной недостаточности, по остальным параметрам ни в одном из исследований неприятных сюрпризов не было и выводы оказались одинаковыми: исследуемые препараты не повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний, но и не снижают их.

После окончания конгресса Американской диабетической ассоциации (АДА) в Бостоне летом 2015 г., на котором были доложены результаты исследования TECOS, до начала работы Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета (EASD) достаточно бурно обсуждался вопрос: стоит ли фармацевтическим компаниям тратить миллионы долларов или евро, если лучший результат в отношении сердечно-сосудистых рисков, на который мы можем рассчитывать, это нейтральный эффект? Были даже обращения к FDA о пересмотре требований в отношении обязательного проведения подобных исследований, ибо их результаты не расширяют наши возможности в плане снижения кардиоваскулярного риска, поскольку показывают только нейтральный эффект.

Однако конец этой дискуссии положил один из докладов на 51-м конгрессе EASD, который проходил в сентябре этого года в Стокгольме. Доклад был посвящен результатам исследования EMPA-REG, в котором изучали влияние на сердечно-сосудистые риски одного из представителей сахароснижающих препаратов нового класса – эмпаглифлозина [14]. Препараты этого класса ингибируют натрий-зависимый переносчик глюкозы 2-го типа. Они действуют на уровне проксимального канальца почек, уменьшая реабсорбцию глюкозы, увеличивая глюкозурию и таким образом снижая уровень гликемии. Исследования, подобные EMPA-REG, проводятся по всем препаратам этой группы. В России зарегистрирован препарат дапаглифлозин (Форсига), исследование DECLARE-TIMI по кардиобезопасности этого препарата закончится в апреле 2019 г.

В исследовании EMPA-REG более 7 тыс. больных СД 2-го типа были рандомизированы в 3 группы: 1-я группа – получающие стандартную сахароснижающую терапию и плацебо; 2-я – получающие стандартную терапию и эмпаглифлозин 10 мг и 3-я группа – стандартную терапию и эмпаглифлозин 25 мг. Все пациенты были очень высокого сердечно-сосудистого риска с длительностью диабета более 10 лет. Они еще до исследования активно получали ингибиторы АПФ,  $\beta$ -блокаторы, статины. Отмечу,

что на терапии статинами находились 80 % всех больных. Это важно, так как полученные результаты нельзя списать на то, что пациенты до рандомизации не лечились. В группах пациентов, получающих эмпаглифлозин, было выявлено снижение систолического и диастолического артериального давления, повышение уровня ЛПВП, причем дозировка препарата 10 и 25 мг оказывала одинаковый эффект на эти точки. Но самое главное: буквально сразу же было зафиксировано снижение кардиоваскулярной смертности, и уже в течение первого года применения этого препарата получены статистические различия между пациентами, получающими эмпаглифлозин и плацебо (ОР 0,62; 95 % ДИ: 0,49–0,77;  $p < 0,001$ ). Результаты были настолько впечатляющими, что во время доклада эти данные были встречены аплодисментами. Кроме этого, снизилась частота госпитализаций по причине сердечной безопасности (ОР 0,65; 95 % ДИ: 0,50–0,85;  $p = 0,0017$ ) и общая смертность (ОР 0,68; 95 % ДИ: 0,57–0,82;  $p < 0,001$ ). При анализе воздействия препарата в подгруппах оказалось, что он лучше действует на людей с ИМТ менее 30 кг/м<sup>2</sup> и в азиатской популяции. Интересно отметить, что на фоне снижения сердечно-сосудистой смертности была обнаружена тенденция к увеличению случаев нефатальных инсультов (ОР 1,24; 95 % ДИ: 0,92–1,67;  $p = 0,1638$ ), то есть результаты положительного влияния эмпаглифлозина нельзя было объяснить его гипотензивным эффектом. После конгресса на официальном сайте EASD доклад по исследованию EMPA-REG продолжал бурно обсуждаться. Оптимисты говорили, что исходя из полученных данных, эмпаглифлозин может выйти из группы сахароснижающих и перейти в группу кардиопротекторов. Пессимисты считали, что результаты слишком хороши, чтобы быть правдой. На сегодняшний день эмпаглифлозин является единственным препаратом для лечения СД 2-го типа, который убедительно продемонстрировал снижение риска сердечно-сосудистых событий, в том числе смертности у больных диабетом, не в результате длительного контроля гликемии, а практически в первые несколько месяцев после его назначения. Впрочем, остается много вопросов: почему эффект проявился в столь ранние сроки? Можно ли объяснить полученные результаты воздействием на гликемию, артериальное давление, массу тела? Есть ли классовый эффект? Есть ли плеiotропные эффекты?

Таким образом, влияние контроля гликемии на сердечно-сосудистую систему до сих пор окончательно не определено. Вероятно, эффект

положительный, и большинство исследований показало, что он является результатом долговременной гликемии. К 2020 г. мы ожидаем результатов мета-анализа, проводимого в США,

по оценке эффективности различных классов сахароснижающих препаратов на сердечно-сосудистую систему при их длительном применении.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Вып. 7 / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. – М., 2015.
2. Сердечная недостаточность и уровень смертности у пациентов с сахарным диабетом типа 2, получающих алоглиптин, в сравнении с получавшими плацебо в исследовании Examine: многоцентровое рандомизированное двойное слепое исследование / F. Zannad, C. P. Cannon, W. C.ushman et al. // *Lancet*. – 2015. – Vol. 385, № 9982. – P. 2067–2076.
3. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group: Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes / H. C. Gerstein, M. E. Miller, R. P. Byington et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2008. – № 358. – P. 2545–2559.
4. Cardiovascular diabetology. – Режим доступа: [www. URL:http://www.cardiab.com/content/13/1/102](http://www.cardiab.com/content/13/1/102)
5. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // *Lancet*. – 1998. – Vol. 352, № 9131. – P. 854–865.
6. Hayward, R. A. Follow-up of Glycemic Control and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes / R. A. Hayward and al. // *N Engl J Med.* – 2015. – № 372. – P. 2197–2206.
7. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes / A. Patel, S. MacMahon, J. Chalmers et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2008. – № 358. – P. 2560–2572.
8. Intensive Glycemic Control and the Prevention of Cardiovascular Events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials / S. Skyler, R. Bergenstal, R. Bonow et al. // *Diabetes Care.* – 2009. – № 32(1). – P. 187–192.
9. International Diabetes Federation // *IDF Diabetes Atlas*. – 5th ed. – Brussels, Belgium : International Diabetes Federation, 2011.
10. Rationale, design, and organization of a randomized, controlled Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes with Sitagliptin (TECOS) in patients with type 2 diabetes and established cardiovascular disease / J. B. Green, M. A. Bethel, S. K. Paul et al. // *Am. Heart. J.* – 2013. – № 166(6). – P. 983–989.
11. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus / B. M. Scirica, D. L. Bhatt, E. Braunwald et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2013. – № 369(14). – P. 1317–1326.
12. The design and rationale of the saxagliptin assessment of vascular outcomes recorded in patients with diabetes mellitus-thrombolysis in myocardial infarction (SAVOR-TIMI) 53 study / B. M. Scirica, D. L. Bhatt, E. Braunwald et al. // *Am. Heart. J.* – 2011. – № 162(5). – P. 818–825.e6.
13. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. UKPDS 38. // *Br. Med. J.* – 1998. – № 317. – P. 705–713.
14. Wild, S. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030 / S. Wild, G. Roglic, A. Green et al. // *Diabetes Care.* – 2004. – № 27(5). – P. 1047–1053.

УДК 616.12-008.46.08(042.3/.4)

## Лечение хронической сердечной недостаточности (Лекция для средних медицинских работников. Часть 2)<sup>1</sup>

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 treatment (lecture for paramedical worker. Part 2)

E.V. Nevryicheva

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

Во второй части лекции представлены принципы медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН), приведены классификация и представители основных лекарственных препаратов, имеющих доказанную способность к снижению смертности и заболеваемости. Материал составлен на основании действующих Национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр Российского кардиологического общества, 2013) и содержит необходимые сведения для специалистов со средним медицинским образованием по работе с больными ХСН, по контролю за симптомами для достижения компенсации заболевания. С позиций доказательной медицины представлено место каждой группы фармакопрепаратов для лечения пациентов с ХСН. Освещены современные методы электрофизиологической, хирургической и механической коррекции нарушений функции левого желудочка при ХСН, показаны перспективы применения современных аппаратов вспомогательного кровообращения и трансплантации сердца. Даны ссылки на рекомендуемую специальную литературу.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, медикаментозная терапия, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, диуретики,  $\beta$ -адреноблокаторы, сердечные гликозиды, электрофизиологические, хирургические и механические методы лечения.

In the second part of lecture have been presented the principles of medication of patients with chronic cardiac insufficiency, has been given classification and representatives of the main pharmaceuticals which have proven ability to decline in mortality and incidence. The lecture was made on the basis of the existing National recommendations about diagnostics and treatment of CCI (the fourth revision of the Russian cardiological society, 2013) and contains necessary dates for paramedical workers who have worked with CCI patients and for control of disease symptoms for disease compensation achievement. From the perspectives of evidentiary medicine the place of each group of CCI pharmaceuticals have been described. Have been presented a modern methods of electrophysiological, interventional and mechanical methods of correction of the left ventricle parafunction due to CCI, have been shown the perspectives of using modern circulatory assist device and transplantation. Have been given the reference to the recommend special literature.

**Key words:** chronic cardiac insufficiency, medication, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, diuretic,  $\beta$ -adrenoceptor blocking agent, cardiac glycoside, electrophysiological, interventional and mechanical methods of treatment.

Все **лекарственные средства** для лечения хронической сердечной недостаточности, имеющие доказанную способность к снижению смертности и заболеваемости, разделяют на две основные подгруппы: препараты, применяемые всеми больными, и препараты, применяемые в особых клинических ситуациях.

К средствам, доказавшим способность к снижению смертности и заболеваемости при ХСН и применяемым всеми больными, относят **ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ)**. Следует отметить, что эффективность иАПФ может быть несколько ниже при ишемической этиологии ХСН и у женщин, а также при одновременном применении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и (в меньшей степени) малых доз

аспирина. При наличии клинических признаков ХСН иАПФ достоверно снижают риск смерти и госпитализаций у женщин, но в меньшей степени, чем у мужчин.

Побочные эффекты (требующие остановки лечения) при применении иАПФ достаточно редки. Повышение уровня креатинина возможно у 5–15 % больных ХСН. Типичный побочный эффект всех иАПФ – сухой кашель (2–3 % леченных иАПФ больных). При развитии упорного кашля иАПФ должны быть заменены на **селективные антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА)**, которым не свойственно развитие этого осложнения. Симптомная гипотония объясняется основными механизмами действия иАПФ, однако может затруднить начало терапии иАПФ. В небольшом количестве случаев

<sup>1</sup> Окончание. Начало в журнале «Здравоохранение Дальнего Востока». – 2015. – № 3. – С. 61–66.



(3–4 %) это может требовать прекращения терапии иАПФ. Абсолютными противопоказаниями к назначению иАПФ являются непереносимость (ангионевротический отек), двусторонний стеноз почечных артерий, беременность.

При развитии серьезных нежелательных явлений и/или отсутствии эффекта от применения иАПФ можно попробовать терапию **АРА** – валсартан, кандесартан.

Рациональным обоснованием применения  $\beta$ -адреноблокаторов ( **$\beta$ -АБ**) в лечении ХСН является блокада симпатико-адреналовой системы (САС), которая находится в состоянии хронической гиперактивации у больных с декомпенсацией и определяет плохой прогноз (высокую смертность пациентов). В связи с этим применение  $\beta$ -АБ становится наиболее целесообразным и эффективным у пациентов с клинически выраженной ХСН II–IV ФК. Противопоказания к назначению  $\beta$ -АБ при ХСН: бронхиальная астма и тяжелая степень ХОБЛ, симптомная брадикардия (< 50 уд/мин), симптомная гипотония (< 85 мм рт. ст.), атриовентрикулярная блокада II–III степени, тяжелый облитерирующий эндартериит и атеросклероз нижних конечностей. Наличие хронического obstructивного бронхита, осложняющего течение ХСН, не является абсолютным противопоказанием к назначению  $\beta$ -АБ. Лишь при обострении симптомов бронхообструкции на фоне лечения  $\beta$ -АБ от их применения придется отказаться.

При сочетании ХСН и сахарного диабета (СД) 2-го типа назначение  $\beta$ -АБ абсолютно показано. Все положительные свойства препаратов этого класса полностью сохраняются. Препаратом выбора в таких ситуациях является карведилол, который в отличие от всех других  $\beta$ -АБ даже улучшает чувствительность периферических тканей к инсулину.

Показанием к использованию **антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР)** является наличие декомпенсированной ХСН, гипергидратации и необходимости лечения активными диуретиками, которые могут провоцировать избыточную потерю калия. Именно в качестве надежного партнера тиазидных и петлевых диуретиков следует рассматривать назначение **спиронолактона** в период достижения компенсации (особенно у пациентов с ХСН III–IV ФК). Важным свойством АМКР является способность уменьшать выраженность фиброза миокарда, что сопровождается блокадой ремоделирования сердца (уменьшение объемов сердца и уровня **мозгового натрийуретического пептида**) и ростом фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Подобные эффекты позволяют проявляться антиаритмическим свойствам АМКР.

Задержка жидкости в организме и формирование отечного синдрома являются ти-

пичным и наиболее известным проявлением ХСН, начиная со II ФК. Поэтому **дегидратационная терапия** представляет собой одну из важнейших составляющих успешного лечения больных ХСН.

Диуретики разделяются на группы соответственно локализации действия в нефроне. На проксимальные каналы действуют слабейшие из мочегонных – ингибиторы карбоангидразы (ацетозоламид). На кортикальную часть восходящего колена петли Генле и начальную часть дистальных канальцев – тиазидные и тиазидоподобные диуретики (гипотиазид, индапамид, хлорталидон). На все восходящее колено петли Генле – самые мощные петлевые диуретики (фуросемид, этакриновая кислота, буметанид, торасемид). На дистальные каналы – конкурентные (спиронолактон) и неконкурентные (триамтерен) антагонисты альдостерона, относящиеся к группе калийсберегающих мочегонных. Основную роль в лечении отечного синдрома у больных ХСН играют петлевые и тиазидные диуретики. Петлевые диуретики (фуросемид, этакриновая кислота, буметанид, торасемид) – самые эффективные мочегонные, блокирующие реабсорбцию натрия на всем протяжении восходящей части петли Генле и сохраняющие активность даже при ХПН. На сегодня именно петлевые диуретики – основа лечения отечного синдрома при ХСН.

Лидером в лечении отечного синдрома на протяжении свыше 50 лет является **фуросемид**. Наиболее серьезными побочными реакциями на лечение фуросемидом можно считать гипокалиемию и гипомagneмию, повышение активности РААС, гипергликемию и увеличение уровня ХС.

**Этакриновая кислота** по диуретическим свойствам мало отличается от фуросемида, хотя по химической структуре это единственный диуретик, не содержащий в молекуле остатков сульфомоильной кислоты. Поэтому при привыкании и снижении эффективности фуросемида (или торасемида) может быть обоснован временный перевод диуретикозависимых больных на прием этакриновой кислоты. Как и фуросемид, этакриновая кислота обладает коротким периодом полувыведения, что невыгодно и требует как минимум двукратного назначения препарата.

Аналогичными с фуросемидом и этакриновой кислотой диуретическими свойствами обладает **буметанид**, но он является самым короткодействующим петлевым диуретиком, что снижает обоснованность его использования в лечении ХСН.

**Торасемид** – самый эффективный и безопасный петлевой диуретик с оптимальным фармакокинетическим профилем, типичный петлевой диуретик, блокирующий реабсорб-

цию натрия и воды в восходящей части петли Генле. По фармакокинетическим свойствам он превосходит фуросемид (длительность эффекта до 18 час), имеет лучшую и предсказуемую всасываемость по сравнению с фуросемидом (90 % против 50 %), причем его биосовместимость не зависит от приема пищи и почти вдвое выше, чем у фуросемида.

Торасемид – первый диуретик, способный влиять не только на симптоматику больных ХСН, но и на прогрессирование болезни и течение патологических процессов в сердечной мышце. В недавних российских исследованиях была подтверждена способность торасемида влиять на ремоделирование ЛЖ и нормализовать соотношение маркеров синтеза/распада коллагена. Кроме того, применение торасемида позволяет преодолевать основные недостатки активной диуретической терапии: усиливается собственно мочегонное действие и блокируются побочные эффекты (электролитные нарушения и активация РААС).

**Тиазидные диуретики** (гипотиазид) нарушают реабсорбцию натрия в кортикальном сегменте восходящей части петли Генле и в начальной части дистальных канальцев. **Гидрохлортиазид** (гипотиазид) – основной представитель класса тиазидных диуретиков, применяется, как правило, у больных умеренной ХСН (II ФК). Следует помнить, что гипотиазид при всех своих положительных эффектах – препарат, требующий аккуратного и правильного применения во избежание серьезных нежелательных явлений, и для достижения оптимального эффекта на протяжении суток требует двукратного применения.

**Индапамид** по профилю безопасности существенно превосходит гипотиазид, однако данных по его применению в лечении ХСН в настоящее время недостаточно. Еще один представитель этого класса диуретиков – **хлорталидон** обычно используется в лечении больных АГ. Но, как и индапамид, может применяться у пациентов с начальными стадиями ХСН, при сохранной фильтрационной функции почек.

**Ингибиторы карбоангидразы (ИКАГ)**, как следует из их названия, блокируют фермент карбоангидразу в области проксимальных почечных канальцев, что сопровождается незначительным диурезом (прирост до 10–15 %). Как самостоятельные диуретики, ингибиторы карбоангидразы в лечении ХСН почти не применяются из-за недостаточного диуретического действия, однако усиливают «загрузку» натрием нижележащих отделов канальцев, что повышает эффективность более сильных диуретиков.

В ряде случаев может развиваться **толерантность** к дегидратационному лечению, в частности к использованию диуретиков. Рефрактерность бывает ранняя (так называемое

торможение эффекта) и поздняя. Ранняя рефрактерность развивается в первые часы или дни после начала активного назначения мочегонных средств, зависит от гиперактивации нейрогормонов и тем сильнее, чем активнее дегидратация (тот самый не рекомендуемый обильный диурез). Преодолевается адекватным (не чрезмерным) диурезом (особенно редко это осложнение развивается при назначении торасемида) плюс обязательным совместным применением иАПФ и/или спиронолактона.

Поздняя рефрактерность развивается спустя недели и месяцы постоянной диуретической терапии и связана с гипертрофией апикальных клеток почечных канальцев, где как раз и действуют диуретики. Борьба с этим видом рефрактерности сложнее. Требуется периодическая (один раз в 3–4 недели) смена активных диуретиков и их комбинация с иАПФ. В этих случаях предпочтительно применение торасемида.

**Сердечные гликозиды** остаются в числе основных средств лечения ХСН в течение более 200 лет. Гликозиды имеют три основных механизма действия – положительный инотропный, отрицательный хронотропный (имеющий разную физиологическую основу при фибрилляции предсердий (ФП) и синусовом ритме) и нейромодуляторный эффекты. В настоящее время в клинической практике в подавляющем большинстве случаев используется **дигоксин**, обладающий оптимальными фармакодинамическими свойствами и доказанной клинической эффективностью. Применение других гликозидов для длительного лечения больных ХСН не имеет оснований.

**Ивабрадин** – селективный блокатор  $I_f$ -токов в клетках синусового узла, обладает выраженным антиангинальным эффектом, не уступающим  $\beta$ -АБ и блокаторам медленных кальциевых каналов (**БМКК**). В современных рекомендациях показанием к применению ивабрадина у больных ИБС является наличие стенокардии при синусовом ритме с ЧСС более 60 уд/мин.

Одним из наиболее дискутируемых вопросов в лечении ССЗ является применение **полиненасыщенных жирных кислот**. Назначение  $\omega$ -3ПНЖК в дозе 1 г/сут **должно** быть рассмотрено у больных ХСН II–IV ФК с ФВ ЛЖ менее 35 % для снижения риска смерти (в том числе внезапной) и повторных госпитализаций в дополнение к основному средствам лечения ХСН.

Учитывая, что ХСН – это состояние, при котором возрастает риск тромбоэмболий и инсультов, важную роль в терапии этого синдрома играют **антикоагулянты**. Доказано, что для предотвращения тромбозов и эмболий у пациентов с ХСН, находящихся на постельном режиме, эффективным может быть применение

низкомолекулярных гепаринов (эноксипарина). При этом риск тромбозов и эмболий снижается на 60 % в течение четырех месяцев наблюдения. Аналогичные сведения имеются и для дальтепарина, хотя процент снижения осложнений значительно ниже. В настоящее время могут быть использованы три типа **оральных антикоагулянтов (ОАКГ)**: классические антагонисты витамина К (варфарин), прямой ингибитор тромбина дабигатран, селективные блокаторы Ха ривароксабан и апиксабан.

Применение антагонистов витамина К (варфарина) на протяжении 60 лет было наиболее эффективным и единственным методом борьбы с тромбозами и инсультом. Применение варфарина при ФП снижает риск тромбозов на 64 % при 2 % риске развития кровотечений, в то время как применение антиагрегантов (аспирина) уменьшает риск тромбозов на 21 % при 1,2 % риске кровотечений, причем преимущество варфарина над аспирином (36 %) больше, чем аспирин и плацебо. Поэтому в Европейских рекомендациях по лечению ФП аспирин не рекомендуется для профилактики тромботических осложнений. Варфарин не может быть адекватно заменен и комбинацией двух антитромботических препаратов (аспирин + клопидогрел), поскольку эффективность лечения достоверно снижается, а по риску осложнений (кровотечений) комбинация аспирина с клопидогрелом не отличается от варфарина. В то же время двойная антитромботическая терапия лучше, чем один аспирин, предотвращает риск тромбозов. Поэтому при невозможности лечения ОАКГ или отказа больных от приема этого класса лекарств единственной альтернативой (правда, менее эффективной) является назначение двойной антитромботической терапии.

Эффективность и безопасность лечения варфарином зависит от достигнутой степени антикоагуляции, причем показатель международного нормализованного отношения (МНО) в ходе лечения должен быть больше 2,0. Для уменьшения риска геморрагических осложнений антикоагулянты должны применяться при тщательном контроле (раз в месяц) МНО. Известно, что риск тромбозов и выживаемость больных ХСН и ФП напрямую зависят от длительности и правильности (поддержание МНО в пределах 2,0–3,0) лечения антикоагулянтами. При достижении времени контроля МНО в пределах 2,0–3,0 более 75 % времени и использовании домашнего контроля МНО (аппарат Соагусчек) можно вдвое снизить риск кровотечений. При подборе дозы варфарина измерение МНО производится один раз в 3–5 дней, после получения двух стабильных показателей в терапевтическом диапазоне наиболее безопасно измерять МНО ежемесячно (минимум 1 раз в три месяца).

Применение новых антикоагулянтов – **дабигатрана** (прадаксы) не требует контроля МНО, что принято считать их главным преимуществом над варфарином. При этом новые АКГ по крайней мере не уступают варфарину по эффективности (снижение риска тромбозов) и что очень важно – достоверно снижают риск фатальных (внутричерепных) кровотечений.

Интерес вызывают перспективы применения **коэнзима Q10** в комплексном лечении ХСН. Убихинон (или коэнзим Q10) может способствовать улучшению переноса электронов в митохондриальной дыхательной цепи, увеличивать синтез АТФ в миокарде и одновременно обладает антиоксидантными свойствами, позволяющими нормализовать функцию эндотелия. Низкая концентрация коэнзима Q10 в крови больных ХСН является предиктором плохого прогноза. Исследования по применению убихинона в лечении больных ХСН показали и клиническую эффективность, и способность увеличивать ФВ ЛЖ, и нормализовать функцию эндотелия.

Лечение **острой декомпенсации ХСН** (ОДСН) зависит от преобладающих клинических симптомов. Оксигенотерапия должна проводиться всем пациентам с ОДСН до достижения сатурации кислорода  $\geq 95$  или  $\geq 90$  % у пациентов с ХОБЛ. Диуретики показаны при наличии отека.

У пациентов с синусовым ритмом дигоксин может быть использован для контроля ЧСС, однако требуется тщательный мониторинг состояния пациента, так как в условиях ОДСН высок риск развития гликозидной интоксикации. При сопутствующей ФП, ФВ менее 40 % дигоксин должен назначаться в сочетании с  $\beta$ -АБ. Вазодилататоры показаны при лечении ОДСН, поскольку снижают давление в малом круге кровообращения (МКК). Применение диуретиков и вазодилататоров при ОДСН может быть затруднено двумя факторами – чрезмерным снижением АД и ухудшением функции почек (нередко преходящим). Поэтому чрезмерно мощный диурез в ответ на применение диуретиков и падение АД в ответ на применение вазодилататоров можно рассматривать как предикторы нового обострения ХСН, повышающие риск регоспитализаций.

Препараты с положительным инотропным действием (добутамин, допамин) показаны пациентам с низким сердечным выбросом, сохраняющимися явлениями застоя, гипоперфузии, несмотря на применение вазодилататоров и/или диуретиков.

Левосимендан, кальциевый сенситизатор, применение которого у пациентов с ОДСН увеличивает сердечный выброс и ударный объем, а также снижает давление в легочной артерии, системное и легочное сосудистое сопротивление. Эффект левосимендана сохраняется в течение



месяца. Препарат является альтернативой для пациентов, находящихся на терапии  $\beta$ -АБ, так как не конкурирует за связь с  $\beta$ -рецепторами.

Назначение блокаторов  $I_f$ -каналов при ОДСН показано пациентам с ЧСС выше 100 уд/мин с целью контроля ЧСС (в том числе при параллельном назначении положительных инотропных препаратов). Назначение блокаторов  $I_f$ -каналов при ОДСН ассоциировано с улучшением прогноза, снижением сроков госпитализации.

**Электрофизиологические методы** лечения ХСН сводятся на сегодняшний день к трем процедурам: имплантации обычных (правожелудочковых) ЭКС; имплантации бивентрикулярных электрокардиостимуляторов (БВЭКС) для проведения сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ); имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов (ИКД).

Следует отметить, что применение всех электрофизиологических методов лечения ХСН должно начинаться только на фоне оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) при ее недостаточной эффективности. Это не альтернатива, а дополнение к максимально активной терапии больных. Имплантация устройств СРТ и ИКД рекомендуется больным, которые не только находятся на оптимальной медикаментозной терапии по поводу СН, но и могут иметь достаточно высокий уровень качества жизни и ее продолжительность не менее одного года после имплантации устройства.

Постановка (имплантация) обычных ЭКС актуальна для пациентов с синдромом слабости синусового узла и атриовентрикулярными блокадами. Кроме коррекции ритма сердца, это позволяет более эффективно и безопасно проводить медикаментозную терапию ХСН. При этом оптимальным является использование ЭКС не с фиксированной, а с адаптируемой частотой стимуляции, и прежде всего двухкамерных или однокammerных с предсердным электродом (при слабости синусового узла и нормальной функции АВ узла). Однако длительная стимуляция ПЖ сама по себе является причиной асинхронии сокращения желудочков и чревата усугублением течения ХСН. Поэтому предпочтительнее имплантировать желудочковый электрод с активной фиксацией в средние отделы межжелудочковой перегородки справа.

Доказательства несинхронной работы желудочков сердца при ХСН и дисфункции ЛЖ, особенно при наличии блокад ножек пучка Гиса и широкого комплекса QRS, а также недостаточная эффективность изолированной правожелудочковой стимуляции обусловили разработку и внедрение метода так называемой **сердечной ресинхронизирующей терапии – бивентрикулярная электрокардиостимуляция**. При этой методике используется схема трехкамерной стимуляции сердца: один электрод

в правом предсердии, второй в ПЖ и третий (через коронарный синус, реже эпикардially) в ЛЖ. Такая система позволяет установить оптимальную для каждого больного атриовентрикулярную задержку (паузу между навязанным сокращением предсердий и желудочков) и устранить асинхронию в работе желудочков (путем их одновременной стимуляции).

СРТ – метод лечения пациентов с выраженной систолической дисфункцией и расширенным комплексом QRS. Показания к проведению СРТ основаны на результатах ряда проведенных МРКИ. Для отбора пациентов на СРТ используется комбинация из четырех параметров: длительности QRS, ФК ХСН, ФВ ЛЖ и основного ритма сердца (синусовый или ФП). Во всех случаях БВЭКС должна выполняться пациентам, находящимся не менее 3 месяцев на подобранной оптимальной медикаментозной терапии ХСН. СРТ проводится при помощи бивентрикулярного ЭКС без функции дефибрилляции (СРТ) или с функцией дефибрилляции (СРТ Д).

Постановка **имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД)** больным ХСН предполагает срабатывания устройства (электрическая кардиоверсия или частая желудочковая стимуляция) при появлении фибрилляции желудочков или устойчивой желудочковой тахикардии для предотвращения внезапной смерти. В то же время нет доказательств положительного влияния ИКД на прогрессирование ХСН и сердечно-сосудистую (не внезапную) смертность. Кроме того, постановка ИКД с одним правожелудочковым электродом (используемым и для ЭКС) при достаточном времени изолированной правожелудочковой стимуляции приводит к диссинхронии и ухудшению прогноза больных ХСН.

При неэффективности терапевтического лечения ХСН и критическом обострении ситуации приходится прибегать к **хирургическим и механическим методам лечения**. В первую очередь необходимо выделить как наиболее популярное вмешательство – **операцию по реваскуляризации миокарда** (аорто-коронарное или маммарно-коронарное шунтирование).

Наличие митральной регургитации увеличивает риск смерти пациентов с сердечной недостаточностью. Для лечения тяжелой степени митральной регургитации используются открытая операция на сердце, замена МК или пластика МК. Решение о возможности и сроках проведения пластики и замены МК необходимо принимать совместно кардиологу и кардиохирургу. Операция по коррекции митральной регургитации (вмешательства на клапане) позволяет улучшать симптомы ХСН у тщательно отобранной подгруппы больных.

**Пластика левого желудочка** у больных ХСН ишемической этиологии с низкой ФВ ЛЖ,



несмотря на уменьшение объемов сердца, не влияла на прогноз больных и также не может считаться рекомендованной.

**Операция трансплантации сердца** традиционно считается средством выбора в лечении финальной стадии ХСН, не поддающейся эффективному терапевтическому воздействию. Однако какие-либо контролируемые исследования по оценке эффективности трансплантации сердца отсутствуют. Главной альтернативой трансплантации может быть использование **аппаратов вспомогательного кровообращения**, получивших название искусственных желудочков сердца.

Вначале эти устройства использовались у больных ХСН с критическим нарушением гемодинамики, ожидающих операции по пересадке сердца (мост к трансплантации). Однако затем выяснилось, что через несколько месяцев работы вспомогательного аппарата у некоторых пациентов происходило частичное восстановление функций собственного сердца.

На сегодняшний день **механические искусственные желудочки сердца** стали весьма миниатюрными и достаточно надежными в техническом отношении. Они полностью имплантируются в полость тела пациента и через поверхность кожных покровов к ним подходит только провод, подающий электроэнергию от портативной аккумуляторной батареи, которую пациент носит на поясе.

Создан и успешно применяется в клинической практике особо миниатюрный искусственный желудочек, представляющий собой микротурбину, приводимую в движение маленьким электродвигателем, делающим до 50 тыс. оборотов в минуту. Микротурбина и электромотор находятся на конце катетера, который путем пункции бедренной артерии проводится в аорту и устанавливается в полости ЛЖ. Подобная система способна перекачивать из полости ЛЖ в аорту до 5 л крови в минуту, что обеспечивает полную гемодинамическую разгрузку желудочка и способствует восстановлению его сократительной способности. Она особенно эффективна для лечения кардиогенного шока, развившегося на фоне острого ИМ, а также для подстраховки рентгенэндоваскулярных вмеша-

тельств на коронарных артериях у пациентов повышенного риска.

На сегодня в специальных исследованиях доказано, что постановка искусственного ЛЖ улучшает прогноз больных с критической ХСН. По своей эффективности (влиянию на выживаемость) метод постановки искусственного ЛЖ превосходит все терапевтические методы лечения.

В настоящее время применяются два типа ИЛЖ: пульсового (синхронизированного с ЭКГ) и постоянного тока. Причем последние устройства роторного типа имеют меньшую массу, меньше двигающихся деталей, меньше влияют на элементы крови, менее тромбогенны и более долговечны. В МРКИ было доказано достоверное улучшение прогноза при применении ИЛЖ постоянного тока по сравнению с пульсовым. Основным ограничением к использованию в России ИЛЖ может оказаться высокая стоимость. Другими ограничениями являются осложнения, главными из которых остаются вторичная инфекция, а также тромбоз аппарата и тромбоэмболические осложнения.

Для предотвращения прогрессирования ремоделирования желудочков применяется **операция окутывания сердца эластичным сетчатым каркасом**. Предварительные результаты использования этой методики показывают, что она предотвращает прогрессирование СН, нарастание дилатации сердца, развитие регургитации на клапанах, улучшает функциональное состояние больных и повышает действенность медикаментозной терапии. В случае использования на начальных стадиях дилатационной кардиомиопатии имплантация сетчатого каркаса во многих случаях обеспечивает обратное развитие процесса патологического ремоделирования желудочков. Вместе с тем данная методика пока находится на этапе своего становления и для подтверждения ее эффективности необходимы результаты клинических исследований.

Следует помнить, что на всех этапах развития болезни необходимо сохранять преемственность госпитального и амбулаторного лечения больных ХСН и пропагандировать здоровый образ жизни.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жмеренецкий, К. В. Атеросклероз : современные представления, принципы диагностики, подходы к лечению дислипидемий : (клин. лекция) / К. В. Жмеренецкий, М. А. Ловрикова // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2015. – № 2 (64). – С. 90–97.
2. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) [Электронный ресурс] // *Сердечная недостаточность*. – 2013. Т. 14, № 7 (81). – С. 379–472. – Режим доступа : [www.URL:http://www.scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii\\_rko/SSHF-Guidelines-rev.4.0.1.pdf](http://www.scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko/SSHF-Guidelines-rev.4.0.1.pdf)
3. Неврычева, Е. В. Артериальная гипертония: основные понятия, клиника, диагностика, лечение : (лекция для сред. мед. работников) // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2014. – № 4 (62). – С. 84–89.
4. Неврычева, Е. В. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза : (лекция) // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2015. – № 1 (63). – С. 77–81.
5. Неврычева, Е. В. Ишемическая болезнь сердца: классификация, патогенез, клиника, диагностика : (клин. лекция) // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2015. – № 2 (64). – С. 54–59.

УДК 618.1-089.844-082.4

## Применение сетчатых эндопротезов в реконструктивной хирургии тазового дна в условиях районной больницы

В.А. Юдин, О.Г. Нервичев, Т.П. Криволапова

КГБУЗ «Вяземская районная больница» МЗ ХК, 682950, Хабаровский край, г. Вяземский, ул. Коммунистическая, 64; тел./факс: +7 (42153) 3-14-30; e-mail: vsmc27@vzm.khv.ru

## The using of mesh implants in reconstructive surgery of the pelvic floor in a district hospital territory

V.A. Yudin, O.G. Nervichev, T.P. Krivolapova

Vyazemskiy district hospital of Public Health Ministry of Khabarovsk region, 64, Kommunisticheskaya str., Vyazemskiy city, Khabarovsk region, Russia, 682950, mel./fax: + 7 (42153) 3 14-30; e-mail: vsmc27@vzm.khv.ru

В данном материале представлен 3-летний опыт применения сетчатых эндопротезов в реконструктивной хирургии тазового дна у 30 пациентов гинекологического отделения КГБУЗ «Вяземская районная больница». По нашим наблюдениям, положительный эффект достигнут у 22 пациентов с пролапсом тазовых органов, у 8 пациентов – с недержанием мочи при напряжении (НМПН). В течение срока наблюдения пациенток не выявлено рецидивов ни у одной из оперированных.

**Ключевые слова:** сетчатый эндопротез, пролапс тазовых органов.

In this article has been described a three year period of using mesh implants experience in reconstructive surgery of the pelvic floor in 30 patients of the Vyazemskiy district hospital gynecological department. According to our observations, the positive effect was achieved in 22 patients with pelvic prolapse, in 8 patients with uroclepsia. During the observation period patients revealed no recurrence of none of the operated patients.

**Key words:** mesh implant, pelvic prolapse.

### Введение

Опущение (пролапс) органов малого таза (мочевого пузыря, прямой кишки, матки) – один из наиболее часто выставляемых диагнозов в женских консультациях и гинекологических стационарах. В России опущение и выпадение внутренних половых органов наблюдается у 15–30 % женщин, а в возрасте старше 50 лет частота пролапса возрастает до 40 %. Среди женщин пожилого и старческого возраста частота пролапса гениталий достигает 50–60 % [2]. В структуре плановых показаний к оперативному лечению выпадение матки и опущение стенок влагалища занимает третье место после доброкачественных опухолей (миома матки) и эндометриоза.

В структуре операций, выполняемых на тазовом дне в нашей стране, ведущее место занимают пластические операции с использованием собственных тканей. По данным литературы, рецидивы после таких операций составляют до 30 %.

В настоящее время ученые сосредоточили свои усилия на малоинвазивных оперативных вмешательствах, среди которых наиболее перспективным в реконструктивной хирургии тазового дна является применение сетчатых эндопротезов [1].

### Актуальность проблемы

Опущение и выпадение тазовых органов у женщин в возрасте до 50 лет достигает 15–30 %, старше 60 лет частота патологии возрастает до 50–60 %.

Доступность высокотехнологичных реконструктивных гинекологических операций для населения муниципальных районов.

Оценка возможности применения реконструктивных операций на тазовом дне в условиях районных больниц.

### Материал и методы

За период с 2013-го по 2015 г. в гинекологическом отделении КГБУЗ «Вяземская районная больница» применены методы использования сетчатых имплантатов в лечении

пролапса тазовых органов у женщин. Оперированы 30 пациентов, из них: цистоцеле 3–4-й стадии в сочетании с апикальным пролапсом – 18, недержание мочи при напряжении – 8, ректоцеле 3–4-й стадии – 2, полное выпадение тазовых органов – 2. Для идентификации пролапса тазовых органов у женщин использована система POP-Q (Pelvic organ prolapse quantification) [3].

Возраст пациентов составил 50–75 лет. Основными методами, определяющими тактику лечения, являлись жалобы, осмотр пациентов, функциональные пробы (кашлевая, проба Вальсальвы). Наиболее часто предъявляемые жалобы на заметный анатомический дефект, а также ноющие боли/чувство тяжести внизу живота, чувство инородного тела во влагалище, нарушения мочеиспускания (недержание мочи, трудности с опорожнением мочевого пузыря) и дефекации (запоры, недержание газов), нарушение сексуальной функции, выделения из влагалища. При осмотре выявлялись пролапсы передней, задней стенок влагалища и шейки матки за пределами гимена.

Во всех случаях применены отечественные сетчатые эндопротезы фирмы «Линтекс» РФ в модификациях «Пелвикс передний» при цистоцеле, «Урослинг» при стрессовом недержании мочи, «Урослинг 1» при апикальных пролапсах и полном выпадении или их сочетании [4]. Эндопротезы фирмы «Линтекс» применялись в данных операциях исходя из оптимального соотношения цена–качество в сравнении с зарубежными аналогами.

Все операции выполнены в условиях операционной под спинальной или внутривенной анестезией. Для фиксации эндопротезов в тканях использованы троакарные и бестроакарные (гарпунные фиксации) методы.

### Результаты и обсуждение

Продолжительность оперативного вмешательства в зависимости от методики составила от 20 до 50 минут соответственно. Корректное проведение данных методик операций исключает повреждение близкорасположенных органов.

При проведении данного рода операций отмечена минимальная интраоперационная кровопотеря, отсутствие послеоперационного болевого синдрома, требующего применения сильнодействующих анальгетиков, отсутствие

инфекционных осложнений в послеоперационном периоде, требующих антибактериальной терапии, и значительное улучшение качества жизни пациенток.

В результате оперативного лечения у данных пациенток купированы такие симптомы, как чувство неопорожденного мочевого пузыря, частые позывы к мочеиспусканию, стрессовое недержание мочи, чувство инородного тела во влагалище, диспареуния и тянущие боли внизу живота купированы в 100 % случаев. У 2 пациенток сохранились жалобы на запоры ввиду видимого отсутствия связи данного симптома с патологией тазового дна.

При контрольном осмотре в послеоперационном периоде в 100 % случаев отмечено правильное анатомическое расположение органов, которое не изменялось при проведении функциональных проб (Вальсальвы, кашлевой).

### Выводы

В сравнении с операциями, проводимыми за счет собственных тканей и комбинированными с лапаротомией (вентрофиксация), данные методики характеризуются малой инвазивностью, малым сроком стационарного лечения, минимальным сроком реабилитации и восстановления физической и половой активности пациенток.

Методики операций с применением сетчатых эндопротезов являются, по нашему мнению, эффективным методом в лечении выраженных пролапсов тазовых органов, позволяющим сократить сроки пребывания пациенток в стационаре и снизить риск рецидивов в отдаленном периоде.

Корректный отбор больных и использование сетчатых эндопротезов позволяют снизить экономические затраты ЛПУ на лечение данной категории больных в части обследования, пребывания в стационаре, анестезиологического пособия, применения набора лекарственных препаратов в послеоперационном периоде. Единственным аспектом, ограничивающим доступность применения данных методик, является стоимость эндопротезов.

В результате применения вышеперечисленных методик данные операции позволяют повысить доступность высокотехнологичной медицинской помощи женскому населению в муниципальных районах и их проведение в условиях районных ЛПУ.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краснопольский, В. И. Оперативная гинекология. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – С. 167–177.  
2. Куликовский, В. Ф. Тазовый пролапс у женщин / В. Ф. Куликовский, Н. В. Олейник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 4.

3. Baggish, M. S. Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery / M. S. Baggish, M. M. Karram. – London : Elsevier Ltd., 2009. – P. 595–600.  
4. Petros, P. E. The Female Pelvic Floor. Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – С. 166–173.

УДК 616-08-039.75-053.2(042.3/.4)

## Паллиативная помощь детям в России: состояние и перспективы развития

И.В. Ткаченко

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](mailto:rec@ipkszh.khv.ru)

## Palliative care for children in Russia: condition and future development

I.V. Tkachenko

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: [rec@ipkszh.khv.ru](mailto:rec@ipkszh.khv.ru)

Основой концепции современной паллиативной медицины является качество жизни как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, социальных, правовых и духовных программ помощи больному и его семье. Все аспекты качества жизни взаимосвязаны в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким.

Круг задач паллиативной медицины весьма широк и разнообразен. Но все они, в конечном счете, направлены на решение основной комплексной задачи – максимально возможное обеспечение качества жизни incurable пациентов. Качественная паллиативная помощь является единственной на современном этапе развития общества реальной медицинской, социальной, психологической и духовной поддержкой тяжелобольных людей и их близких.

Медицинские специалисты педиатрической службы должны стать самыми активными участниками оказания паллиативной помощи неизлечимо больным детям.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь детям, угрожающие жизни заболевания, качество жизни.

The basis of the palliative care modern concept is the quality of life as a final cause of realization of medical, psychological, social, legal and spiritual assistance programs to the patient and his family. All aspects of quality of life are interconnected into a one whole system and have in mind when providing care to the patients and their relatives.

The palliative medicine responsibilities are very broad and diverse. But they all focused on the main complex task are the greatest possible supporting of quality of life incurable patients. High-quality palliative care is the only one at the present stage of development of society the real medical, social, psychological and spiritual support for seriously ill patients and their relatives.

Medical specialists of the pediatric healthcare should be the most active participants of palliative care team for children.

**Key words:** palliative care, life-threatening disorders diseases, quality of life.

*Я не имею права останавливаться  
в борьбе за жизнь больного ни при  
каких условиях и обстоятельствах.*

В. Войно-Ясенецкий

### Введение

Начало XXI в. ознаменовалось возросшим вниманием государства и общества к проблемам здоровья населения. Наметилась набирающая темп тенденция восстановления профилактических основ охраны здоровья населения, совершенствования первичной и специализированной помощи, формирования фундаментальной базы высокотехнологичной медицинской помощи на уровне мировых стандартов.

Принятый в России в 2005 г. Национальный проект в сфере здравоохранения подтвердил и развил основные направления государственной политики развития отечественной системы

медицинской помощи населению, которые призвана реализовать новая отечественная Концепция развития здравоохранения до 2020 г.

Продолжает развиваться система оказания паллиативной помощи incurable больным как в многопрофильных стационарах, так и в амбулаторно-поликлинических условиях.

Кроме многочисленной группы пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, в последние годы стали обсуждать проблемы больных, имеющих различные нозологические формы хронических прогрессирующих заболеваний (в т.ч. – в терминальной стадии их развития).

Чрезвычайно важными являются не только медицинские, но и социальные, духовные и психологические аспекты оказания паллиативной помощи incurable больным.



Паллиативная медицина, позволяющая оптимизировать качество жизни инкурабельных пациентов и их родственников, должна получить свое дальнейшее развитие в структуре отечественного здравоохранения.

Основными направлениями при оказании паллиативной помощи инкурабельным больным должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющее подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

К сожалению, вопросам общения с родственниками тяжелого больного, аспектам профилактики «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь инкурабельным больным, в практическом здравоохранении уделяется недостаточное внимание.

На фоне демографического старения населения в Российской Федерации с каждым годом отмечается увеличение количества больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, и только совместными усилиями медицинских работников различных структур власти нашего общества, Русской православной церкви, волонтеров представляется возможным цивилизованно оказывать медико-социальную и психологическую помощь инкурабельным больным, обеспечивая им, насколько это возможно, адекватное диагнозу качество жизни.

Согласно определению, сформулированному экспертами ВОЗ (2002), паллиативная помощь – это подход, который, благодаря предупреждению и облегчению страданий, ранней диагностике, безупречной оценке и лечению боли и других физических, психологических и духовных проблем, улучшает качество жизни пациентов, столкнувшихся с угрожающим жизни заболеванием [8].

На современном этапе развития российского здравоохранения существуют различные организационные формы оказания паллиативной помощи инкурабельным, и в первую очередь – онкологическим больным (кабинеты противоболевой терапии, больницы и отделения сестринского ухода, отделения паллиативной помощи в структуре многопрофильных стационаров, хосписы, центры паллиативной помощи). При этом выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит как от региональных особенностей территориального построения и специфики структуры сети городских и сельских лечебно-профилактических учреждений территорий, кадровых ресурсов, так и от уровня финансирования и материально-технической базы учреждений здравоохранения.

Основой концепции современной паллиативной медицины является качество жизни как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, социальных, правовых и духовных программ помощи больному и его семье. Все аспекты качества жизни взаимосвязаны в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким.

В целом круг задач паллиативной медицины весьма широк и разнообразен. Но все они, в конечном счете, направлены на решение основной комплексной задачи – максимально возможное обеспечение качества жизни инкурабельных пациентов. Качественная паллиативная помощь является единственной на современном этапе развития общества реальной медицинской, социальной, психологической и духовной поддержкой тяжелобольных людей и их близких.

#### ***Паллиативная помощь в педиатрии – проблема XXI в.***

В настоящее время паллиативная помощь детям развивается наряду с паллиативной помощью взрослым пациентам. В ряде развитых стран наметилась тенденция к формированию самостоятельной медицинской специальности и самостоятельного направления медико-социальной помощи детям [11]. В конце 1970-х гг. первая служба по уходу на дому за детьми с диагнозом «рак» была создана в США – Edmarc Hospice for Children – детский хоспис в Вирджинии, 1978 г. [5]. Затем появился детский хоспис Helen & Douglas House в Оксфорде (Англия) в 1982 г., и в 1985 г. – детская больница St. Mary's Hospital в Нью-Йорке (США) [2, 8].

Несмотря на общепризнанный факт, что паллиативная помощь детям и паллиативная помощь взрослым имеют много общего, очень важно подчеркнуть их основные различия.

Уникальные особенности паллиативной помощи детям диктуют необходимость создания учреждений для детей отдельно от взрослых, что и должно приниматься во внимание при планировании службы педиатрической паллиативной помощи.

Абсолютно различаются структуры причин детской смертности и смертности взрослого населения, что делает принципы паллиативной помощи взрослому населению неуместными для паллиативной помощи детям. Разработка стандартов педиатрической паллиативной помощи в настоящее время становится приоритетной во всем мире.

Многие детские заболевания являются редкими, продолжительность болезни может значительно варьировать от нескольких дней до нескольких лет. Ребенок может дожить до ран-

него взрослого возраста, что потребует оказания ему паллиативной помощи в течение многих лет. Детям с заболеваниями, приводящими к преждевременной смерти, необходимы услуги многопрофильных и мультидисциплинарных служб в течение длительного периода времени.

Дети постоянно развиваются физически, эмоционально и умственно, поэтому удовлетворение их медицинских и социальных потребностей, так же как и психологическая поддержка в вопросе понимания болезни и смерти, – крайне сложная проблема. Предоставление образования больным детям является очень важной задачей и их юридическим правом.

Среди задач паллиативной помощи – оказание поддержки родителям, братьям и сестрам больного ребенка, бабушкам и дедушкам. Службы более разумно создавать на дому. В семье может быть несколько больных детей, поэтому необходимо генетическое консультирование родителей. В процессе лечения детей и ухода за ними принимают активное участие педиатры.

Доказано, что дети получают более агрессивное лечение в конце жизни по сравнению с больными взрослыми, это может потребовать подбора специфического подхода к купированию боли и других симптомов на протяжении всего периода лечения. Дети воспринимают смерть совсем не так, как взрослые, и это важно для разговора с детьми о смерти и умирании в зависимости от их способности воспринимать эту информацию. Важной отличительной особенностью их симптоматического лечения является сложность оценки выраженности симптомов, в частности боли, ведь дети часто не могут выразить свои ощущения и переживания.

Крайне велико психологическое напряжение персонала и эмоциональное выгорание, обусловленное преждевременной смертью детей, за которыми осуществляется уход.

Все эти особенности определяют тот факт, что *паллиативная помощь детям развивается самостоятельно и формируется в самостоятельную медицинскую специальность*, требует специальной подготовки врачей, медицинских сестер и психологов, специалистов по социальной работе и педагогов для работы с этой особой группой больных. В некоторых странах существуют сертификационные курсы по паллиативной медицине, например в Великобритании, США и Австралии, а в программу обучения студентов-медиков входит раздел паллиативной помощи [2, 7].

В России положено начало развития данного направления медико-социальной помощи детям. Для создания эффективной системы паллиативной помощи детям в нашей стране необходимы понимание ее сути, отличий от

паллиативной помощи взрослым, изучение опыта других стран и пионеров отечественной паллиативной помощи детям.

Паллиативная помощь детям – это не только медицинская помощь и уход за детьми в терминальной стадии онкологических заболеваний. Речь идет о детях/подростках с различными нозологическими формами заболеваний/состояний, угрожающих жизни (рак, травмы головного мозга), а также с заболеваниями, как правило, приводящими к преждевременной смерти ребенка, его тяжелой инвалидизации, при которых необходимо оказание квалифицированной медицинской, психосоциальной помощи ребенку, а также психологической и духовной поддержки членам его семьи.

Паллиативная помощь детям – активная всеобъемлющая помощь детям/подросткам с онкологическими и другими угрожающими жизни и приводящими к преждевременной смерти хроническими заболеваниями, цель которой – выявление и удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей больного ребенка и членов его семьи, улучшение качества их жизни с момента выявления заболевания, на всем протяжении болезни до смерти и в период тяжелой утраты.

Для понимания определения необходимо сформулировать, что такое «состояния, приводящие к преждевременной смерти» и «угрожающие жизни состояния».

Состояния, приводящие к преждевременной смерти (Life-limiting Conditions), – состояния, при которых нет обоснованной надежды на излечение и от которых ребенок/подросток погибнет или в возрасте до 40 лет, или до смерти его родителей (в соответствии с определением Ассоциации поддержки детей с угрожающими жизни и терминальными состояниями и их семей, Королевский колледж педиатрии и детского здоровья) [4]. При ряде таких заболеваний наступает прогрессивное ухудшение состояния ребенка, приводящее его к полной зависимости от родителей или опекунов.

Угрожающие жизни состояния (Life-threatening Conditions) – состояния, при которых существует высокий риск летального исхода; радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов. В эту группу не входят дети, находящиеся в длительной ремиссии или после удачно проведенного радикального лечения. Ниже приводится классификация таких состояний.

Классификация непростая, и приводимыми примерами не ограничиваются все состояния, при которых крайне необходима ребенку пал-

паллиативная помощь. Постановка диагноза – это только часть процесса; необходимо принимать во внимание различия в течении заболевания, его тяжесть, вызываемые им осложнения и необходимость принятия мер, а также характер их воздействия на ребенка и его семью.

**Классификация угрожающих жизни и приводящих к преждевременной смерти состояний, при которых осуществляется паллиативная помощь детям [4]**

**Категория 1.** Угрожающие жизни заболевания, при которых радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов. При неудаче радикального лечения ребенок получает паллиативную помощь. В эту группу не входят дети, находящиеся в длительной ремиссии или после удачно проведенного радикального лечения (терминальные стадии инкурабельных заболеваний) (например: злокачественные новообразования, необратимая/злокачественная сердечная, печеночная и почечная недостаточность).

**Категория 2.** Состояния, при которых преждевременная смерть неизбежна, но длительное интенсивное лечение может увеличить продолжительность жизни ребенка и позволит сохранить его активность (например: кистозная гипоплазия легких/поликистоз легких).

**Категория 3.** Прогрессирующие инкурабельные состояния, обычно длящиеся многие годы, когда возможно проведение лишь паллиативной терапии (например: болезнь Баттена/нейронный восковидный липофусциноз; мукополисахаридоз; мышечная дистрофия).

**Категория 4.** Необратимые/неизлечимые, но не прогрессирующие состояния/заболевания, обуславливающие тяжелую инвалидизацию ребенка, предрасположенность к частым осложнениям и возможность преждевременной смерти (например: тяжелый церебральный паралич; множественные тяжелые инвалидирующие последствия заболеваний и травм, к примеру последствия травмы головного или спинного мозга).

Указанные четыре категории описывают четыре типа течения болезни, при которых потребуются предоставление паллиативной помощи.

Данная классификация важна с точки зрения планирования и оценки потребностей в паллиативной помощи. Поэтому очень важно в сотрудничестве с органами здравоохранения создать всеобъемлющую базу данных детей с заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни. Однако это не значит, что все дети и молодые люди в этих четырех группах нуждаются в активной паллиативной помощи в течение всего заболевания. Некоторые из

них, например дети из второй группы, могут иметь длительные периоды относительно хорошего состояния и, даже будучи в значительной степени инвалидизированы, могут обходиться без активной паллиативной помощи. Другие в той же группе могут нуждаться в активной паллиативной помощи уже на ранней стадии заболевания. Поэтому необходимость предоставления паллиативной помощи всегда должна определяться индивидуально [4].

Несмотря на общепризнанный факт, что паллиативная помощь детям и паллиативная помощь взрослым имеют много общего, очень важно подчеркнуть их основные различия (табл. 1).

Таблица 1

**Основные симптомы у детей, обуславливающие потребность в паллиативной помощи, и заболевания, при которых они встречаются (проект Pediatric Advanced Team ПАКТ) [12]**

Симптомы	Заболевания, для которых они характерны
Боль	Злокачественные новообразования Ожоги Кардиологические Травмы Остеопороз
Слабость	Практически все
Нарушение дыхания: • Функциональные нарушения • Плеврит • Сдавление легких, бронхов, трахеи	Астма Онкологические Все лежащие больные Муковисцидоз Кардиологические Травмы Инфекция
Симптомы, связанные с желудочно-кишечным трактом и другими органами брюшной полости: • Сухость во рту • Стоматит • Нарушение глотания и проходимости пищи • Потеря аппетита • Тошнота и рвота • Нарастающая желтуха • Асцит • Запоры и поносы • Недержание кала	Онкологические Внутричерепная гипертензия как следствие тяжелых травм Муковисцидоз Кардиологические Травмы Миодистрофии
Более высокая подверженность инфекционным заболеваниям и инфекционным осложнениям	Злокачественные новообразования СПИД Аутоиммунные заболевания Муковисцидоз Лизосомные болезни накопления Травмы



Симптомы	Заболевания, для которых они характерны
Нейропатии	Злокачественные новообразования (осложнения химио- и лучевой терапии) Лейкозы Лизосомные болезни накопления Травмы
Патология кожи и мягких тканей: • Пролежни • Трофические язвы • Отеки • Кожная аллергия • Зуд • Сухость кожи	Злокачественные новообразования Гематологические Травмы Кардиологические Муковисцидоз СПИД Все лежащие больные Почечная недостаточность
Дегидратация	Осложнения химио- и комбинированной терапии
Кровотечения, угрожающие жизни	Злокачественные новообразования Лейкозы Осложнения химио- и комбинированной терапии Гематологические (гемофилия, тромбоцитопения) Кардиологические (осложнения приема антикоагулянтов)
Анурия	Злокачественные новообразования Последствия травм Почечная недостаточность
Недержание мочи	Злокачественные новообразования Травмы Миодистрофии
Состояния, требующие паллиативных операций	Злокачественные новообразования (опухоль мочевого пузыря, малого таза, кишечника) Последствия химических ожогов пищевода, желудка Последствия тяжелых травм живота и малого таза

Уникальные особенности паллиативной помощи детям диктуют необходимость создания учреждений для детей отдельно от взрослых, что и должно приниматься во внимание при планировании службы педиатрической паллиативной помощи.

Абсолютно различаются структуры причин детской смертности и смертности взрослого населения. Разработка стандартов педиатрической паллиативной помощи в настоящее время становится приоритетной во всем мире.

Паллиативная помощь – это профессиональная деятельность, при большинстве заболеваний – это специализированная педиатрическая помощь. Поэтому специалисты, оказывающие паллиативную помощь, должны быть специ-

ально обучены. В Великобритании, например, чтобы стать специалистом паллиативной помощи в педиатрии, врач должен учиться 2 года. В нашем отечестве принципы и философия, лежащие в основе паллиативной помощи, еще не приняты.

К сожалению, люди, приходящие работать в отделения паллиативной помощи для детей, не отдают себе отчета в том, что они не подготовлены к работе в учреждении такого типа – они не знают, как правильно купировать симптомы, как разговаривать с родителями и родственниками, как определиться со своими эмоциями и своим миропониманием, приступая к медицинской деятельности «между жизнью и смертью». Опыт организации отделений паллиативной помощи детям уже наработан, надо открыть ум и сердце для того, чтобы впитать в себя данный опыт. Этому необходимо учиться.

В России представление о паллиативной помощи детям появилось в 1993 г. с организацией в Москве детским онкологом, профессором Е.И. Моисеенко хосписа на дому для детей с онкологическими заболеваниями. Позднее на этой основе возникла автономная некоммерческая организация «Первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями», который работает в сотрудничестве с Институтом детской онкологии Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН. Эта организация была пионером в становлении паллиативной помощи детям в России.

С 2003 г. в Санкт-Петербурге было организовано негосударственное медицинское учреждение «Детский хоспис» под руководством протоиерея Александра Ткаченко. Деятельность хосписа как благотворительной организации заключалась в оказании не только социально-психологической, но и специализированной медицинской помощи детям на дому. В 2010 г. открылся первый детский хоспис-стационар в России в Санкт-Петербурге. В хосписе 18 стационарных коек, 20 коек дневного пребывания, выездная бригада. Детский хоспис получил лицензии на все необходимые виды деятельности, в том числе на использование наркотических обезболивающих препаратов. Пациенты хосписа – дети с тяжелыми пороками развития и злокачественными новообразованиями.

В том же году открылось и детское отделение паллиативной помощи при Научно-практическом центре медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы в Москве (ранее функционировало как выездная служба). Стационарные хосписы



для детей существуют сегодня в Ижевске – детский хоспис на 10 коек (с 1997 г.), это отделение сестринского ухода в структуре дома ребенка, и 20 детских коек в хосписе в Волгограде.

В России, по оценке Минздрава, в паллиативной помощи нуждается 6 тыс. детей. В 2010 г. представители Министерства заявили, что намерены создавать систему паллиативной помощи детям в России.

В Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые в истории отечественного здравоохранения дается определение паллиативной медицинской помощи (статья 36). Паллиативная медицинская помощь в соответствии с законом впервые признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой

населению (статья 32). В законе говорится о том, что паллиативная помощь «оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (статья 36), а также отмечается, что «паллиативная помощь в медицинских учреждениях оказывается в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (статья 80). В статье 83 отдельно говорится о финансовом обеспечении оказания гражданам паллиативной медицинской помощи [4, 11]. С принятием закона открываются новые возможности для развития паллиативной помощи как взрослым, так и детям.

Таким образом, медицинские специалисты педиатрической службы должны стать самыми активными участниками оказания паллиативной помощи неизлечимо больным детям.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федер. закон Рос. Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. – Режим доступа: [www.URL:http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104](http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104).
2. Притыко, А. Г. Паллиативная и хосписная помощь детям в Москве: состояние и перспективы развития / А. Г. Притыко, А. А. Корсунский, А. А. Сонькина // *Вестн. Росздрава*. – 2011. – № 3.
3. Создание системы паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями / М. А. Бялик, А. Ф. Бухны, С. А. Волох, Г. Я. Цейтлин // *Вопр. гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии*. – 2004. – № 3(3). – С. 61–69.
4. ACT. A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services / ACT (Association for Children's Palliative Care). – Bristol, 2009.
5. Edmarc Hospice for Children. – Режим доступа: [www.URL:http://www.edmarc.org/](http://www.edmarc.org/)
6. Education and Training Curriculum for Pediatric Palliative Care / D. Papadatou, C. Corr, G. Frager, M. A. Bouri. – Alexandria, Virginia: National Hospice and Palliative Care Organization, 2003.
7. Ferson, L. M. Education and Training / L. M. Ferson, S. Fowlger-Kerry, R. Hain // *Oxford Textbook of Palliative Care for Children* / ed. A. Goldman, R. Hain, S. Liben. – London : Oxford University Press, 2006. – № 4 (39). – С. 594–612.
8. Helen & Douglas House: hospice care for children and young adults. – Режим доступа: [www.URL:http://www.helenanddouglas.org.uk/](http://www.helenanddouglas.org.uk/)
9. Himelstein, B. P. Palliative care for infants, children, adolescents, and their families // *J Palliative Med.* – 2006. – № 9. – P. 163–181.
10. Michelson, K. N. Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care / K. N. Michelson, D. M. Steinhorn. // *Clin Pediatr Emerg Med.* – 2007. – № 8 (3): Sep. – P. 212–219.
11. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective / C. Seplveda, A. Marlin, T. Yoshida, A. Ullrich // *J Pain Symptom Manage.* – 2002. – № 24 (2): Aug. – P. 91–96.
12. Pediatric palliative care / B. P. Himelstein, J. M. Hilden, A. M. Boldt, D. Weissman // *N Engl J Med.* – 2004. – № 350. – P. 1752–1762. *Textbook for Children's Palliative Care in Africa: The comprehensive new textbook.* – Режим доступа: [www.URL:http://www.icpcn.org.uk/survey\\_page.asp?section=000100010021](http://www.icpcn.org.uk/survey_page.asp?section=000100010021).
13. *When Children Die* / M. F. Field, R. Behrman, eds. – Washington, D. C. : National Academies Press, 2003. – 690 pp.
14. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children.* – Geneva : World Health Organization, 1998.

УДК 615.272.4

## Розувастатин – лидер среди статинов по клинической эффективности и безопасности

А.Б. Островский

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

## The rosuvastatin is the clinical drug effectiveness and safety leader between statins

A.B. Ostrovskiy

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: rec@ipkszh.khv.ru

В статье рассматриваются вопросы клинической эффективности и безопасности розувастатина – наиболее мощного представителя группы статинов. Приводятся результаты проведенных клинических исследований розувастатина, демонстрирующие его высокую гиполипидемическую эффективность, влияние на суррогатные и твердые конечные точки в исследованиях по первичной и вторичной профилактике. Обсуждаются также вопросы безопасности лечения этим препаратом, возможные побочные эффекты. Представлены данные о сравнительной эффективности и переносимости Мертенила (генерика розувастатина), полученные российскими и зарубежными исследователями, свидетельствующие о сопоставимости терапевтической эффективности и безопасности оригиналу.

**Ключевые слова:** атеросклероз, Мертенил, розувастатин, статины.

In the article reviews a subject of the rosuvastatin clinical effectiveness and safety as the most powerful representative statins. Come up with results clinical trials of the rosuvastatin, which demonstrate high hypolipidemic efficiency, influence over surrogate and solid endpoints in the primary and secondary prevention researches. In the article discusses the safety of treatment with this drug, possible side effects. The data on the comparative efficacy and tolerability of Mertenil (of generic rosuvastatin) obtained by Russian and foreign researchers, evidence of comparable therapeutic efficacy and safety opposite of original one.

**Key words:** atherosclerosis, Mertenil, rosuvastatin, statins.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), а именно: ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания, т.е. болезни, обусловленные атеросклерозом, остаются основной причиной инвалидизации и смертности населения Российской Федерации, и эти показатели значительно выше, чем в странах Западной Европы и Северной Америки. ССЗ часто развиваются в возрасте выше 55 лет у мужчин и выше 65 лет у женщин, т.е. среди лиц трудоспособного возраста, и представляют большую финансовую нагрузку для здравоохранения и общества. Точная причина возникновения атеросклероза до сих пор неизвестна, однако известны факторы, наличие которых значительно увеличивает вероятность развития этого заболевания, – так называемые факторы риска (ФР). К основным ФР атеросклероза относятся возраст более 55 лет, дислипидемия, артериальная гипертензия (АГ), курение и сахарный диабет (СД).

Большинство мер по первичной и вторичной профилактике атеросклероза представляют

собой коррекцию имеющихся у данного больного ФР немедикаментозными и медикаментозными способами. Среди средств лекарственного воздействия на атеросклероз особое место занимают ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины). Эти препараты, применяющиеся в клинической практике уже свыше 20 лет, в настоящее время являются базисными как при лечении, так и в профилактике атеросклеротических ССЗ, что закреплено в международных и национальных рекомендациях.

Одним из наиболее мощных и широко используемых статинов является розувастатин – статин IV поколения. Как и другие статины, розувастатин снижает концентрацию холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в плазме благодаря подавлению биосинтеза ХС внутри гепатоцитов с последующим увеличением экспрессии рецепторов к ЛПНП на поверхности клетки. Крупномасштабные клинические исследования показали, что по степени снижения ХС ЛПНП розувастатин превосходит все другие статины, тем самым

увеличивая число больных, достигающих так называемых целевых уровней липидов крови.

Розувастатин – это полностью синтетический конкурентный ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы, блокирующий фермент селективно и обратимо. Сродство розувастатина к участку связывания фермента в четыре раза выше, чем сродство ГМГ-КоА к ферменту и наиболее высокое среди всех статинов. Розувастатин является гидрофильной формой и поэтому его транспорт зависит от транспортера органических анионов OATP-1B1, который в значительной степени экспрессируется на мембране гепатоцита. Биодоступность розувастатина при приеме внутрь составляет 20 %, что сравнимо с другими статинами, однако пиковая концентрация препарата в плазме достигается к пятому часу, что существенно дольше, чем у других ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы, у которых время достижения максимальной концентрации в плазме менее трех часов. Прием пищи снижает скорость всасывания розувастатина на 20 %, но не его количество, поэтому препарат можно принимать независимо от приема пищи и времени суток.

Розувастатин является менее липофильным по сравнению с другими статинами, кроме правастатина. Проникновение статинов в другие ткани (помимо печени) происходит благодаря пассивной диффузии и зависит от их липофильности, что имеет значение для развития мышечных эффектов, поскольку учащение случаев рабдомиолиза отмечалось у пациентов, принимавших липофильные формы препаратов (церивастатин, ловастатин). Он лишь в незначительной степени метаболизируется системой цитохрома P450, без какого-либо существенного участия фермента 3A4, что определяет отсутствие у него клинически значимого лекарственного взаимодействия с препаратами, ингибирующими ферменты цитохрома P450.

Период полужизни розувастатина составляет 19 часов, что значительно больше, чем у остальных статинов, включая аторвастатин (15 часов). Приблизительно 72 % абсорбированного розувастатина удаляется с желчью, а 28 % выводится почками [22]. Розувастатин появился в клинической практике позднее других статинов, и наиболее важной его сравнительной оценкой (по отношению к ингибиторам ГМГ-КоА-редуктазы) явилось сопоставление с аторвастатином – наиболее мощным статином к моменту появления розувастатина. Высокая липидкорректирующая эффективность розувастатина, не уступающая или превосходящая действие аторвастатина, была подтверждена в целом ряде сравнительных исследований.

Наиболее важной характеристикой всех статинов является способность снижать содержание ЛПНП плазмы, и по этому эффекту розувастатин превосходит другие ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы. Так, в двойном слепом рандомизированном исследовании у больных с гиперхолестеринемией (ГХС) розувастатин в дозах 10 и 80 мг/сут снижал уровень ХС ЛПНП в большей степени (47 и 35 %), чем аторвастатин (60 и 52 %). По влиянию на триглицериды (ТГ) отличий между препаратами выявлено не было [18].

Влияние розувастатина на липопротеины (ЛП), содержащие аполипопротеин (апо) В, оценено в исследовании STELLAR, где розувастатин был эффективнее других ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы, включая аторвастатин по снижению уровней ХС не-ЛПВП и апо В. В зависимости от дозы прием розувастатина сопровождался снижением ХС не-ЛПВП на 42–51 %, апо В – на 37–45 % [17]. Хорошо известно, что пациенты с наследственной (семейной) ГХС обычно хуже реагируют на терапию статинами. Для достижения адекватного гиполлипидемического эффекта, т.е. снижения ХС ЛПНП > 50 % от исходного уровня, у этих больных обычно требуется использование максимальных доз наиболее мощных статинов, нередко в комбинации с гиполлипидемическими препаратами других классов (ингибиторами абсорбции ХС, секвестрантами желчных кислот и т.д.).

Так, в работе Stein et al. сравнивали розувастатин с аторвастатином у 623 пациентов с гетерозиготной формой семейной ГХС. Розувастатин в эквивалентных дозах приводил к существенно большему снижению ХС ЛПНП (57,9 % против 50,4 %) и повышению ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) (12,4 % против 2,9 %), что сопровождалось достижением целевого уровня ХС ЛПНП (< 2,6 ммоль/л) у большего количества пациентов как на дозе 40, так и 80 мг/сут [9].

Высокая гиполлипидемическая эффективность розувастатина также была подтверждена у пациентов с метаболическим синдромом (МС), характерной особенностью которого является наличие атерогенной дислипидемии, проявляющейся триадой липидных отклонений: повышением ТГ, мелких плотных ЛПНП-частиц и снижением ХС ЛПВП. Установлено, что атерогенная дислипидемия часто связана с развитием ранней ИБС, а ее коррекция приводит к снижению риска. Среди популяции пациентов исследования STELLAR почти треть (n = 811) удовлетворяла критериям МС. Из оцениваемых статинов розувастатин оказывал наиболее благоприятные воздействия на липидный профиль: снижение ХС ЛПНП

(до 55 %), ТГ (до 34 %), повышение ХС ЛПВП (до 11 %) [16]. Механизм, посредством которого розувастатин повышает ХС ЛПВП, до настоящего времени не ясен. В небольшом плацебо-контролируемом исследовании, посвященном этому вопросу, в частности, было показано, что у больных с МС повышение содержания в плазме ХС ЛПВП и апо- $A_1$ -содержащих ЛП под влиянием розувастатина носило дозозависимый характер. Авторы полагают, что этот эффект препарата мог быть связан со снижением ТГ плазмы с ремоделированием ЛПВП-частиц и снижением катаболизма апо- $A_1$ -содержащих ЛП [10]. Другим компонентом атерогенной дислипидемии, как уже указывалось выше, являются мелкие плотные ЛПНП-частицы, представляющие собой высокоатерогенную подфракцию ЛПНП, которая часто повышается при увеличении ТГ. Ai et al. при проведении субанализа открытого сравнительного исследования эффектов суточных доз 40 мг розувастатина и 80 мг аторвастатина показали, что розувастатин был более эффективен, чем аторвастатин, не только в снижении ХС ЛПНП, но и ХС мелких плотных ЛПНП (53 % против 46 %) [15].

Таким образом, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что розувастатин является одним из наиболее эффективных статинов, доступных клинической практике для снижения ХС ЛПНП. Препарат оказывает благоприятное воздействие на липидный спектр в целом и позволяет достичь рекомендованных липидных уровней большему числу пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

Проведены также контролируемые исследования розувастатина с оценкой влияния на сосудистую систему. С помощью современных инструментальных методов исследования сосудистой стенки, включая внутрисосудистое ультразвуковое исследование, изучено влияние препарата как на течение коронарного атеросклероза, так и на атеросклеротическое поражение других локализаций. Так, в плацебо-контролируемом исследовании МЕТЕОР оценивали динамику толщины интима-медиа сонных артерий при приеме 40 мг розувастатина в сутки на протяжении 2 лет. Было установлено, что по сравнению с плацебо лечение розувастатином лиц с низким показателем сердечно-сосудистого риска по Фрамингемской шкале и наличием субклинического каротидного атеросклероза сопровождалось статистически значимым замедлением прогрессирования процесса по показателю ТИМ, однако регрессии атеросклероза получено не было [12].

Оценка возможности регрессии коронарного атеросклероза под действием розувастатина

была проведена в исследовании ASTEROID с использованием методики ВСУЗИ и количественного анализа коронарограмм. После 2-летнего лечения розувастатином в анализ были включены 349 пациентов. Терапия позволила достичь очень низкого уровня ХС ЛПНП (1,57 ммоль/л), повысила уровень ХС ЛПВП на 14,7 % и сопровождалась регрессией объема бляшки по данным ВСУЗИ [14], а также уменьшением степени стенозирования по диаметру сосуда и увеличением минимального диаметра просвета по данным количественного анализа коронарограмм [13]. Таким образом, было показано, что терапия высокими дозами розувастатина (40 мг/сут) не только замедляет, но и способна вызывать регрессию атеросклеротических поражений.

В настоящее время при оценке клинической значимости нового препарата в кардиоваскулярной медицине особое внимание уделяется его влиянию на частоту сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смертность. Применительно к розувастатину такие данные были получены в крупнейшем рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании JUPITER. Объектом вмешательства послужили лица повышенного сердечно-сосудистого риска вследствие повышенного содержания в плазме маркера воспаления – высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ). В исследование было включено 17 802 пациента с уровнем ХС ЛПНП < 3,4 ммоль/л и вч-СРБ > 2 мг/л с рандомизацией в группу розувастатина (доза 20 мг/сут) или плацебо. Исследование было остановлено в ранние сроки, с медианой наблюдения 2 года, в связи с тем, что терапия розувастатином показала высокозначимое уменьшение ССО по сравнению с группой плацебо. Окончательные результаты были следующими: розувастатин снизил уровни ХС ЛПНП на 50 %, вч-СРБ – на 37 %, а показатель первичной комбинированной конечной точки, включавшей инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, реваскуляризацию, госпитализацию по поводу нестабильной стенокардии, смерть от сердечно-сосудистых причин, – на 44 % [26].

Тем не менее, в исследованиях по вторичной профилактике позитивных результатов по влиянию розувастатина на конечные точки выявлено не было, правда, эти данные были получены в специфических группах больных – с сердечной и почечной недостаточностью.

Так, в плацебо-контролируемых исследованиях CORONA [25] и GISSI HF [11] терапия розувастатином в дозе 10 мг/сут не влияла на клинические исходы у больных с сердечной недостаточностью. В исследовании AURORA также не было выявлено значимого эффек-



та приема розувастатина в дозе 10 мг/сут, которая не влияла на клинические исходы у больных с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, и на комбинированную первичную конечную точку (сердечно-сосудистая смерть, нефатальный ИМ, нефатальный инсульт) [24].

Интересные данные получены по применению высокой нагрузочной дозы розувастатина перед коронарным вмешательством у больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Показано, что такой подход позволяет снизить частоту осложнений, связанных как с заболеванием, так и с процедурой. Так, в рандомизированном исследовании у 445 пациентов с ОКС без подъема ST прием 40 мг розувастатина за 16 часов до чрескожного коронарного вмешательства приводил к снижению риска ИМ, ассоциированного с вмешательством, на 53 % и к снижению риска основных ССО к 30-му дню на 63 % [29].

При последующем наблюдении за этими пациентами оказалось, что разница в числе осложнений между пациентами контрольной группы и группы с розувастатином сохранялась на протяжении года [30]. Полагают, что этот благоприятный эффект розувастатина мог быть связан с подавлением воспалительной реакции, ассоциированной с вмешательством. Мировой клинический опыт по использованию розувастатина у большого количества пациентов различных этнических групп свидетельствует о безопасности препарата в дозах, не превышающих 40 мг/сут. В целом отмечена хорошая переносимость розувастатина, аналогичная другим статинам. Риск мышечной токсичности розувастатина сопоставим или даже несколько меньше риска у других статинов.

Так, в плацебо-контролируемых исследованиях миопатия, возможно, связанная с проводимым лечением, наблюдалась не более чем у 0,1 % пациентов, принимавших розувастатин в дозах до 40 мг/сут [27]. Хорошо известно, что все статины могут вызывать повышение ферментов печени, особенно аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) трансаминаз; при применении розувастатина частота гиперферментемии не превышает 0,4 % [19]. Таким образом, серьезные побочные эффекты при терапии розувастатином, как и другими статинами, являются редкими, а риск их развития увеличивается при повышении дозы препарата и совместном назначении с некоторыми лекарствами, разделяющими одинаковый метаболический путь. В последние годы особый интерес проявляется к возможной связи терапии статинами, в частности розувастатином, с развитием СД. Так, небольшое увеличение риска развития

СД при лечении розувастатином отмечено в исследовании JUPITER [21]. В мета-анализе 13 основных плацебо-контролируемых исследований со статинами, в том числе в исследовании JUPITER, было выявлено увеличение риска развития СД на 9 % за 4 года наблюдения [28]. Необходимо отметить, что риск развития диабета в исследовании JUPITER отмечался лишь у тех пациентов, у которых уже присутствовали признаки нарушения углеводного обмена, а также у лиц с МС [8]. В другом мета-анализе было показано, что у пациентов, получавших высокие дозы статинов, наблюдалось повышение риска новых случаев диабета при снижении риска ССО по сравнению с терапией средними дозами за средний период наблюдения 5 лет с отношением шансов 1,12 и 0,84 соответственно [23].

Известно, что показания для использования статинов в настоящее время намного шире, чем несколько лет назад, в связи с чем весьма актуальной становится проблема доступности лечения статинами, особенно лиц пожилого возраста. Решить эту задачу помогает более широкое внедрение генериков – воспроизведенных копий оригинального препарата, стоимость которых значительно ниже, чем оригинала. Тем не менее, по клиническому эффекту и профилю безопасности генерические продукты должны соответствовать или во всяком случае не сильно отличаться от оригинала. Проведение клинических исследований с использованием генериков весьма существенно для внедрения этих лекарственных препаратов в клиническую практику, поскольку позволяет оценить их реальную переносимость и эффективность. Первым биоэквивалентным розувастатином, появившимся на российском фармацевтическом рынке 3 года назад, стал препарат Мертенил. Ниже будут представлены результаты исследований этого препарата, полученные российскими и венгерскими исследователями.

Наиболее крупное исследование по изучению гиполипидемической эффективности и переносимости Мертенила провели в Венгрии (торговое название в Венгрии Xeter). В этом исследовании (под аббревиатурой TIGER) участвовало 2565 пациентов обоего пола в возрасте от 30 до 75 лет с дислипидемией (уровнем общего холестерина (ОХС)  $\leq 5$ , ХС ЛПНП  $\leq 3$ , ТГ  $\geq 1/7$  ммоль/л). Кроме гиперлипидемии, у части пациентов были АГ, СД 2-го типа, МС, т.е. это были лица с высоким сердечно-сосудистым риском. Через 6 месяцев терапии на фоне приема розувастатина в дозах 10–40 мг/сут достоверно снизились ОХС, ХС ЛПНП, ТГ (на 29 %, 35 % и 27 % соответственно) и повысился уровень ХС ЛПВП плазмы

(на 16 %). Уровень вч-СРБ уменьшился в среднем на 40,5 %. Целевые уровни липидов (ОХС  $\leq$  4,5, ХС ЛПНП  $\leq$  2,5 и ТГ  $\leq$  1,7 ммоль/л) достигнуты у 52–54 % больных. Положительный эффект продемонстрирован и в группе пациентов с СД. Среди лиц с повышенным уровнем вч-СРБ изменения липидов более выражены. Частота развития побочных эффектов была очень низкой, препарат отменили у 15 больных из-за развития побочных эффектов (появление жалоб на боли в мышцах или незначительное повышение ферментов) [20].

В российском исследовании «40х40» проводилась оценка гиполипидемической эффективности, безопасности и переносимости Мертенила в высшей дозе 40 мг/сут у 40 больных очень высокого сердечно-сосудистого риска (у 92,5 % пациентов была диагностирована ИБС), которые не достигали целевых уровней ХС ЛПНП на фоне текущей терапии статинами в повседневной клинической практике. Дополнительное воздействие монотерапии розувастатином в течение 12 недель привело к достоверному снижению уровней ОХС и ХС ЛПНП на 15,8 % и 22,4% соответственно. Показатели активности АЛТ и АСТ не отличались от исходных и не превышали верхних пределов нормы (ВПН). Активность креатинкиназы (КК) была повышена в двух случаях, но не превышала двух ВПН [7]. В исследовании О.М. Драпкиной и соавторов было исследовано влияние терапии аторвастатином (в дозе 10–20 мг/сут) и розувастатином (Мертенилом в дозе 5–10 мг/сут) на протяжении 5 недель на эластические свойства артерий у пациентов с АГ и дислипидемией (39 – в группе аторвастатина, 43 – в группе розувастатина). Уровень липидов на фоне статиновой терапии был ниже у принимавших розувастатин. Отмечено достоверное снижение индекса жесткости, более выраженное в группе розувастатина. При оценке эндотелиальной функции выявлен прирост амплитуды пульсовой волны, также более выраженный у пациентов на розувастатине [3].

Мертенил исследовали и у больных с ОКС. Так, в работе В.С. Задионченко и соавторов была проведена оценка лабораторно-инструментальных показателей эффективности и безопасности Мертенила в дозе 40 мг/сут, а также неблагоприятных исходов у больных с ОКС на протяжении одного месяца наблюдения. На фоне терапии розувастатином все пациенты (N = 31) достигли целевых значений ОХС и ХС ЛПНП. Выявлено достоверное снижение уровней ОХС на 43,5 %, ХС ЛПНП – на 59,1 %, ТГ – на 32 %.

По сравнению с группой контроля, не получавшей статинов, у больных на розуваста-

тине, по данным суточного мониторирования ЭКГ, уменьшились: частота выявления наджелудочковых нарушений ритма, общая частота ишемических событий, продолжительность болевой и безболевой ишемии и максимальное смещение сегмента ST. Через 1 месяц терапии розувастатином больные имели лучшую динамику структурно-функциональных параметров сердца. Лечение розувастатином привело к более выраженной положительной динамике показателей микроциркуляции. Отмечено улучшение самочувствия больных и уменьшение функционального класса стенокардии. Суммарная частота случаев смерти, рецидивов ИМ и ранней постинфарктной стенокардии была ниже на 8,3 % в группе вмешательства. Больные хорошо переносили терапию, клинически значимых побочных явлений отмечено не было [1]. В другой работе С.Р. Гиляревский и соавторы при назначении больным с ОКС (N = 21) Мертенила в дозе 20 мг/сут на протяжении 2 недель отмечали снижение концентрации ХС ЛПНП на 46,3 %, или на 1,84 ммоль/л, в среднем по группе. В ходе наблюдения за больными не отмечено увеличения уровней АЛТ и АСТ более чем в 3 раза, а КК – более чем в 10 раз от ВПН. Не отмечено также случаев развития миопатии [2].

Исследования прямого сравнения генерика с оригиналом представляют особую ценность для клинической практики, т.к. демонстрируют степень соответствия копии оригиналу. Рандомизированное открытое сравнительное исследование оригинальной и генерической форм розувастатина (Мертенил) было проведено научной группой из Беларуси. В исследование, продолжавшееся 12 недель, было включено в общей сложности 60 пациентов с первичной гиперлипидемией. Было показано, что прием препаратов в одинаковой суточной дозе (10 мг) приводил к одинаковому снижению ХС ЛПНП плазмы (на 42,6 % и 46,7 % соответственно) и сопровождался достижением целевых уровней ХС ЛПНП у одинакового числа больных (71 % и 82 % соответственно). Не было выявлено также отличий по профилю безопасности и переносимости терапии. Авторы делают вывод о сопоставимости Мертенила по клинико-лабораторной эффективности с оригинальным розувастатином [6]. Плейотропные эффекты статинов, напрямую не связанные с собственно гиполипидемическим действием препарата, а именно: противовоспалительным, иммуномодулирующим, антиоксидантным и др., оказывают влияние не только на состояние сосудистой стенки, но и способны влиять на течение других заболеваний, в частности, связанных с воспалением. Так, имеются дан-

ные о положительном влиянии статинов на течение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). В работе Е.И. Саморуковой и соавторов применение Мертенила в дозе 5–10 мг/сут на протяжении 6 месяцев показало высокую эффективность и безопасность препарата у больных ХОБЛ (N = 40). Уровни ОХС, ХС ЛПНП и ТГ на фоне терапии розувастатином достоверно снизились на 33 %, 45 % и 32 % соответственно. Были отмечены противовоспалительный и эндотелий-корректирующий эффекты препарата, а также способность розувастатина оказывать модулирующие эффекты на течение ХОБЛ – уменьшение количества обострений заболевания, улучшение легочной функции и оксигенации [5].

Известно, что болезнь коронарных артерий пересаженного сердца, или васкулопатия трансплантата, является наиболее тяжелым отдаленным осложнением после трансплантации сердца. Благодаря комплексному действию статинов, включая противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты, применение этих препаратов у реципиентов сердца может оптимизировать посттрансплантационную терапию, предотвращая развитие васкулопатии трансплантата и увеличивая выживаемость больных. В исследовании О.П. Шевченко и соавторов были изучены нелипидные эффекты Мертенила у пациентов после трансплантации сердца, оцениваемые по динамике уровней СРБ и биомаркеров

риска развития васкулопатии трансплантата. Препарат в суточной дозе 10 мг/сут получали 15 реципиентов с 3–4-й недели после трансплантации сердца. Было показано, что у реципиентов сердца Мертенил оказывал, помимо гиполипидемического, противовоспалительное действие (снижение уровня СРБ); его прием также способствовал снижению уровня биомаркеров риска васкулопатии сердечного трансплантата (PAPP-A и sCD4OL). Авторы заключают, что полученные положительные результаты позволяют надеяться на углубление исследований Мертенила у больных после трансплантации сердца с привлечением большего числа пациентов [4].

Таким образом, исследования, проведенные в России и Венгрии, показали, что Мертенил достоверно снижает уровни ОХС, ХС ЛПНП, ТГ, повышает уровень ХС ЛПВП плазмы, эффективно снижает биомаркеры воспаления (СРБ). Благодаря более высокой гиполипидемической эффективности по сравнению с аторвастатином, препарат увеличивает число пациентов, достигших целевых уровней липидов. Мертенил безопасен и характеризуется минимальной частотой побочных эффектов. Доказана сопоставимость терапевтической эффективности Мертенила с оригинальным розувастатином, что позволяет надеяться на сопоставимый клинический эффект, выражающийся в уменьшении частоты ССО при лечении данным препаратом.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Влияние розувастатина на липидный обмен, микроциркуляцию и показатели центральной гемодинамики у больных с острым коронарным синдромом / В. С. Задионченко, Г. Г. Шехян, Н. Б. Шахрай и др. // *Consilium Medicum*. – 2011. – № 13 (5). – С. 85–89.
2. Гиполипидемические эффекты применения интенсивных режимов приема статинов при лечении больных с острым коронарным синдромом: подходы к выбору препарата и его дозы / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов, И. М. Кузьмина, О. В. Батурина // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2012. – № 5 (4). – С. 36–41.
3. Драпкина, О. Плейотропные эффекты статинов. Влияние на жесткость сосудов / О. Драпкина, А. Палаткина, Е. Зятенкова // *Врач*. – 2012. – № 9. – С. 5–8.
4. Нелипидные и противовоспалительные эффекты розувастатина у реципиентов сердца / О. Шевченко, Т. Халилулин, А. Шевченко и др. // *Врач*. – 2013. – № 5. – С. 76–79.
5. Плейотропные эффекты розувастатина у больных хронической обструктивной болезнью легких / У. И. Саморукова, В. В. Ли, В. С. Задионченко и др. // *Лечащий врач*. – 2013. – № 7. – С. 103–107.
6. Сравнительная эффективность и безопасность Мертенила (розувастатина) у пациентов с гиперлипидемией / А. М. Пристром, С. В. Самоходкина, М. А. Крейтер, А. Г. Гуменюк // *Медицинские новости*. – 2013. – № 3. – С. 51–56.
7. Эффективность, безопасность и переносимость терапии розувастатином у больных очень высокого сердечно-сосудистого риска с первичной гиперхолестеринемией (предварительные результаты исследования «40x40») / М. Ю. Зубарева, Т. А. Рожкова, Н. Б. Горнякова и др. // *Врач*. – 2012. – № 12. – С. 61–65.
8. Cardiovascular benefits and diabetes risk of statin therapy in primary prevention: an analysis from the JUPITER trial / P. M. Ridker, A. Pradhan, J. G. MacFadyen et al. // *Lancet*. – 2012. – № 380. – P. 565–571.
9. Comparison of rosuvastatin versus atorvastatin in patients with heterozygous familial hypercholesterolemia / E. A. Stein, K. Strutt, H. Southworth et al. // *Am J Cardiol*. – 2003. – № 92. – P. 1287–1293.
10. Dosedependent regulation of high-density lipoprotein metabolism with rosuvastatin in the metabolic syndrome / E. M. Ooi, G. F. Watts, P. J. Nestel et al. // *J Clin Endocrinol Metab*. – 2008. – № 93. – P. 430–437.
11. Effect of rosuvastatin in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / L. Tavazzi, R. Maggioli, R. Marchioli et al. // *Lancet*. – 2008. – № 372. – P. 1231–1239.
12. Effect of rosuvastatin on progression of carotid intima-media thickness in low-risk individuals with subclinical atherosclerosis: the METEOR Trial / J. R. Crouse, J. S. Raichlen 3rd, W. A. Riley et al. // *JAMA*. – 2007. – № 297. – P. 1344–1353.
13. Effect of rosuvastatin therapy on coronary artery stenoses assessed by quantitative coronary angiography: a study to evaluate the effect of rosuvastatin on intravascular ultrasound-derived coronary atheroma burden / C. M. Ballantyne, J. S. Raichlen, S. J. Nicholls et al. // *Circulation*. – 2008. – № 117. – P. 2458–2466.

14. *Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial* / S. T. Nissen, S. J. Nicholls, I. Sipahi et al. // *JAMA*. – 2006. – № 295. – P. 1556–1565.
15. *Effects of maximal doses of atorvastatin versus on small dense low-density lipoprotein cholesterol levels* / M. Ai, S. Otokazawa, B. F. Asztalos et al. // *Am J Cardiol*. – 2008. – № 95 (3). – P. 315–318.
16. *Effects of rosuvastatin, atorvastatin, simvastatin and pravastatin on atherogenic dyslipidemia in patients with characteristics of the metabolic syndrome* / P. C. Deedwania, D. B. Hunnigake, H. E. Bays et al. // *Am J Cardiol*. – 2005. – № 95 (3). – P. 360–366.
17. *Effects of rosuvastatin-versus atorvastatin simvastatin, and pravastatin on non-high-density lipoprotein cholesterol, apolipoproteins, and lipid ratios in patients with hypercholesterolemia: additional results from the STELLAR trial* // P. H. Jones, D. B. Hunnigake, K. C. Ferdinand et al. // *Clin Ther*. – 2004. – № 26(9). – P. 1388–1399.
18. *Efficacy and safety of rosuvastatin and atorvastatin in patients with hypercholesterolemia and a high risk of coronary heart disease: a randomized, controlled trial* / G. G. Schwartz, M. A. Bolognese, B. P. Tremblay et al. // *Am Heart J*. – 2004. – № 148 (1). – e4.3.
19. *Hu, M. Current perspectives on rosuvastatin* / M. Hu, B. Tomlison // *Integr Blood Press Control*. – 2013. – № 6. – P. 15–25.
20. *Kekes, E. Testing the anti-lipid properties of rosuvastatin- a non-interventional. observational clinical study (TIGER)* / E. Kekes, A. Csaszar // *Cardiologia Hungarica*. – 2012. – № 42. – P. 61–67.
21. *Meta-analysis of impact of different types and doses of statins on new-onset diabetes mellitus* / E. B. Navarese, A. Buffon, F. Andreotti et al. // *Am J Cardiol*. – 2013. – № 111(8). – P. 1123–1130.
22. *Metabolism, excretion, and pharmacokinetics of rosuvastatin in healthy adult male volunteers* / P. D. Martin, M. J. Warwick, A. L. Dane et al. // *Clin Ther*. – 2003. – № 25. – P. 2822–2835.
23. *Risk of incident diabetes with intensive-dose compared with moderate-dose statin therapy: a meta-analysis* / D. Preiss, S. R. Seshasai, P. Welsh et al. // *JAMA*. – 2011. – № 305. – P. 2556–2564.
24. *Rosuvastatin and cardiovascular events in patients undergoing hemodialysis* / B. C. Fellsroin, A. G. Jardine, R. E. Schmaider et al. // *N Engl J Med*. – 2009. – № 360. – P. 1395–1407.
25. *Rosuvastatin in older patients with systolic heart failure* / J. Kjekshus, E. Apetrei, V. Barrios et al. // *N Engl J Med*. – 2007. – № 357. – P. 2248–2261.
26. *Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein* / P. V. Ridker, E. Danielson, F. A. Fonseca et al. // *N Engl J Med*. – 2008. – № 359(2). – P. 2195–2207.
27. *Safety of rosuvastatin: update on 16,876 rosuvastatin-treated patients in a multinational clinical trial program* / J. Shepherd, D. G. Vidt, E. Miller et al. // *Cardiology*. – 2007. – № 107(4). – P. 433–443.
28. *Statins and risk of incident diabetes: collaborative metaanalysis of randomised statin trials* / N. Sattar, D. Preiss, H. M. Murrey et al. // *Lancet*. – 2010. – № 375. – P. 735–742.
29. *The beneficial effect of high loading dose of rosuvastatin before percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndrome* / K. H. Yun, M. N. Jeong, S. K. Oh et al. // *J Cardiol*. – 2009. – 137. – P. 246–251.
30. *12-month follow-up results of high dose rosuvastatin loading before percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndrome* / K. H. Yun, S. K. Oh, S. J. Rhee et al. // *J Cardiol*. – 2011. – № 146. – № 68–72.



УДК 614.283:615.212.7

# Правовые основы доступности наркотических анальгетиков. Часть II: Обзор российского законодательства

Н.В. Абросимова, И.В. Крюкова

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

## Legal basis for the narcotic analgesics availability. Part II: review of the Russian Legislation

N.V. Abrosimova, I.V. Kryukova

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: rec@ipkszh.khv.ru

Представлен обзор российского законодательства, регламентирующего доступность наркотических анальгетиков для медицинских целей на различных исторических этапах развития здравоохранения. Приведен анализ современной нормативно-правовой базы по увеличению доступности наркотических средств, в том числе для паллиативной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** наркотический анальгетик, паллиативная медицинская помощь, доступность лекарственных средств.

A review of the Russian Legislation regulating the narcotic analgesics availability for medical purposes in different historical stages of health care development has been presented in the article. Has been made analysis of the legal framework due to increase the narcotic drugs availability including for the palliative care purposes.

**Key words:** narcotic analgesics, palliative medicine, availability of drugs.

Россия в течение нескольких десятилетий является полноправным участником международных конвенций по наркотическим средствам и психотропным веществам. Необходимо отметить, что в России никогда не было запрета на легальный оборот наркотических анальгетиков. Однако проблема недостаточности снабжения больных наркотическими анальгетиками начала более активно подниматься медицинской общественностью с введением паллиативной медицинской помощи в связи с изменением федерального законодательства.

Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г. не содержит каких-либо прямых норм, касающихся доступа к опиоидам в паллиативной помощи, за исключением некоторых общих, содержащихся в преамбуле и вытекающих из других положений Конвенции. Так, в преамбуле Конвенции указывается, что «применение наркотических средств в медицине продолжает быть необходимым для облегчения боли и страданий и должны быть приняты надлежащие меры для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для таких целей». С другой стороны, указывается, что наркомания «является серьезным злом для отдельных лиц и чревата

социальной и экономической опасностью для человечества», что стороны должны «сознавать свою обязанность предотвратить это зло и бороться с ним». Согласно статье 39 Конвенции для национальных законодательств определена возможность применения более строгих мер контроля за наркотическими средствами, чем меры, предусмотренные Конвенцией [1].

### Формирование государственной политики РФ в отношении наркотических средств и психотропных веществ

С первых лет существования СССР нашим государством создавалась система правовых мер, устанавливающих контроль за наркотическими веществами. Постановлением ЦИК и СНК от 23.05.28 г. было запрещено свободное обращение кокаина, героина, гашиша. Приказом Наркомздрава СССР от 11.11.38 г. были установлены Правила приема, хранения, отпуска сильнодействующих лекарственных препаратов в лечебных учреждениях страны.

Позитивное влияние на состояние наркоситуации оказывала закрытость советских границ, позволявшая долгое время успешно противодействовать ввозу на территорию СССР наркотиков и распространению эпидемии

наркомании, охватившей многие государства Америки и Европы. В 1965 г. во всем СССР, по данным Министерства здравоохранения, насчитывалось 10 тыс. больных различными формами наркомании, что при численности населения почти в 250 млн человек не представляло значительной угрозы [5].

Сдерживанию наркомании в СССР способствовало и действовавшее законодательство, согласно которому все больные наркоманией были обязаны проходить лечение в государственных наркодиспансерах и больницах, а в случае уклонения от обязательного лечения принудительно направлялись в закрытые лечебно-трудовые профилактории. Жесткая законодательная политика в 1970–1980-е гг. способствовала борьбе с наркоманией в СССР. В 1974 г. Президиум Верховного Совета принял Указ «Об усилении борьбы с наркоманией», ужесточивший ответственность за незаконный оборот наркотиков и выращивание наркосодержащих культур.

Такие факторы, как распад СССР в 1991 г. и переход к демократии и рыночной экономике, способствовали увеличению злоупотребле-

ния наркотиками в России в 90-х гг. В 1991 г. депутаты Верховного Совета считали, что юридическая ответственность за незаконное потребление наркотиков без назначения врача (как уголовная, так и административная) в условиях действия новой демократической Конституции РФ может быть исключена. Были декриминализованы соответствующие законы, отменены нормы уголовного характера. Основным аргумент в пользу такого законодательного решения сводился к тому, что потребители смогут добровольно, без боязни уголовного преследования, обратиться за медицинской помощью и пройти необходимое лечение. Как показала судебная практика последующих лет, данная мера не способствовала резкому сокращению числа потребителей наркотиков и увеличению обратившихся за лечением [5, 7]. Вступивший в силу 16 апреля 1998 г. Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» был призван приостановить негативный процесс распространения наркомании и токсикомании.

Таблица 1

**Этапы формирования государственной политики РФ в отношении оборота наркотических средств и психотропных веществ, в том числе используемых для медицинских целей**

1915–1990 гг.	Период контроля: система правовых мер, устанавливающих жесткий контроль за оборотом наркотических средств. Медицинские и аптечные учреждения рассматривались как потенциальный источник утечки препаратов для незаконного оборота наркотиков
1990–1997 гг.	Период либерализации и декриминализации законодательства против наркотиков. Отсутствие изменений в законодательной базе об использовании наркотических анальгетиков в медицинских целях
1998 г.	Период возврата к контролю за незаконным потреблением наркотиков – Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах». Остаются нормативы потребления наркотических анальгетиков, минимальные запасы в днях и сроки действия рецепта
2010 г.	Стратегия государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г. – Указ Президента РФ от 09.07.2010 г. № 690. Обозначена необходимость создания новых лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства, трудно извлекаемые из лекарственных форм (масляные растворы, пластыри)
2012 г.	Изменение нормативно-правовой базы использования наркотических анальгетиков в связи со становлением паллиативной медицинской помощи в РФ – Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

**Контроль над использованием наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях**

После присоединения к международным конвенциям в СССР произошло ужесточение контроля за медицинским потреблением наркотических анальгетиков с целью ограничения источника утечки наркотиков из медицинских и фармацевтических организаций. Так, согласно приказу Минздрава СССР от 21.09.1976 г. № 928 «О дополнительных мерах по усилению борьбы с наркоманией» сокращалась номенклатура и потребление наркотических лекарственных средств (предельно допустимые нормы расхода морфина уменьшились в 3 раза,

омнопола – в 2,5 раза), уменьшалось количество аптек, осуществляющих отпуск данной группы препаратов. Вышеуказанный нормативный акт обязывал руководителей лечебных учреждений шире применять закись азота и акупунктуру для замены наркотических анальгетиков.

Принятый 30 декабря 1982 г. приказ Минздрава СССР № 1311 усилил требования в вопросах учета, хранения и повышения ответственности за назначение и выписывание наркотических лекарственных средств. Хранение стало возможным только в сейфе с сигнализацией, запасы контролируемых веществ снизились до трехсуточной потребности. Ответственность за обоснованность назначения

возлагалась не только на лечащего врача, но и на главного врача лечебного учреждения [4].

Изменения, внесенные в законодательство по вопросам оборота наркотических средств и психотропных веществ в 90-е гг., практически не изменили контрольные меры в отношении медицинского использования контролируемых веществ.

Позднее Российская Федерация, являясь правопреемницей Советского Союза, участвует в международных конвенциях и в силу международных обязательств создает свою правовую базу, регламентирующую оборот наркотических средств и психотропных веществ в рамках национального законодательства. Основу ее составляет принятый 8 января 1998 г. Федеральный закон № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». В соответствии со статьей 15 Конституции Российской Федерации общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Данное конституционное положение предопределяет необходимость подробного анализа принятых международных конвенций в сфере контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ [7]. Однако в российском законодательстве на тот момент не учитывались положения Конвенции, что должны быть приняты надлежащие меры для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для целей здравоохранения.

Одним из первых документов, реализующих положения статей нового Федерального закона, стало Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации». Принимаются федеральные документы, определяющие общий порядок деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Но вместе с этим не утрачивают силы некоторые положения и до сегодняшнего дня из приказа Минздрава России от 12.11.1997 г. № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ». Таким образом, практически все меры контроля были перенесены из советской системы здравоохранения, что не позволило увеличить потребление наркотических лекарственных средств, прежде всего для обезболивающей терапии. Об этом свидетельствует статистика потребления наркотических анальгетиков по данным ВОЗ.

Доступ к болеутоляющим средствам увеличился за последние два десятилетия, но

только в отдельных странах: 79 % мирового потребления морфина приходится на шесть развитых стран, в число которых не входит Россия. В 2007–2009 гг. уровень медицинского потребления наркотических анальгетиков в Российской Федерации более чем в 60 раз ниже уровня такого потребления в странах Западной Европы и США [2].

Вышедшие Постановления Правительства РФ от 04.11.2006 г. № 644 «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» и от 31.12.2009 г. № 1148 «О порядке хранения наркотических средств и психотропных веществ» не изменили ситуацию по доступности этой группы препаратов.

ВОЗ определила все основные барьеры, влияющие на доступность контролируемых лекарственных средств: ограничение медицинских знаний, слишком жесткие правила оборота данной группы препаратов и отсутствие действенной национальной политики, проблемы снабжения наркотическими анальгетиками [2]. Особенно проблема доступности анальгетиков в РФ стала острой при введении паллиативной медицинской помощи согласно Федеральному закону от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». К основным проблемам по обезболиванию и доступности медицинской помощи паллиативным больным относятся: нежелание врача нести уголовную ответственность за назначение и выписку наркотических анальгетиков, большое количество процедур учета и отчетности по этой группе препаратов, недостаточный уровень специализированных знаний врачей по обезболивающей терапии и т.д. [3].

В настоящее время происходит оптимизация нормативно-правовой базы использования наркотических анальгетиков. Вступили в силу изменения, внесенные Федеральным законом от 31.12.2014 г. № 501-ФЗ в Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Обновлен ряд положений приказа Минздрава РФ от 20.12.2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

Прежде всего введен новый принцип государственной политики в сфере оборота наркотических средств и психотропных ве-

ществ: «Доступность наркотических средств и психотропных веществ гражданам, которым они необходимы в медицинских целях». Предоставлено право отпуска наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам в медицинских организациях или обособленных подразделениях медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации. Увеличен срок действия рецепта на наркотические средства и психотропные вещества списка II до 15 дней. Введена норма о запрете требования возврата использованных упаковок наркотических средств при выписке новых рецептов (пустых ампул, флаконов, блистеров). Врач имеет право единолично назначить наркотические и психотропные лекарственные препараты и самостоятельно выписать рецепт при первичном и повторном обращении пациента. Предоставлено право увеличивать нормы выписки наркотических средств не только паллиативным больным, но и другим пациентам, нуждающимся в данной группе препаратов. Упрощено требование по выписке трансдермальных терапевтических систем, содержащих наркотические анальгетики. Предоставлено право врачам стационаров при выписке пациентов выдавать наркотические, психотропные и сильнодействующие лекарственные препараты или выписывать на них рецепт для предъявления в аптечную организацию [6]. Увеличился запас лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, в сельских аптеках и в отделениях стационаров согласно изменениям, внесенным в Постановление Правительства РФ от 31.12.2009 г. № 1148.

С другой стороны, остались действующие нормативы потребления, согласно приказу Минздрава России № 330, перешедшие из советских времен, обязанность комиссионного

уничтожения пустых ампул из-под наркотических и психотропных лекарственных препаратов в стационарах. В связи с этим для специалистов учреждений здравоохранения остается невыясненным вопрос о списании ампул, выдаваемых пациенту при выписке на срок до 5 дней согласно приказу Минздрава РФ от 20.12.2012 г. № 1175н. До настоящего времени действующим остается положение приказа Минздрава СССР от 02.06.1987 г. № 747 об оформлении требований на получение наркотических лекарственных препаратов.

Таким образом, несмотря на многие современные разрешительные инициативы, сохраняются требования устаревших приказов, усложняющих повседневную практику использования контролируемых лекарственных средств для медицинских целей.

### **Заключение**

Согласно интерпретации ВОЗ понятие «доступность лекарственных средств» рассматривается в двух аспектах: физическая доступность (предложение лекарственных средств на всей территории страны, включая сельские районы) и экономическая доступность (любой человек должен иметь возможность приобрести основные лекарственные препараты, независимо от уровня дохода). Советский период характеризовался жестким контролем за назначением и отпуском наркотических анальгетиков. Современная нормативно-правовая база меняется в сторону увеличения доступности наркотических анальгетиков. Однако только разрешительные инициативы и контроль со стороны надзорных органов могут не привести к улучшению качества противоболевой терапии. Необходимо дальнейшее комплексное совершенствование нормативно-правовой базы на федеральном и региональном уровнях, проведение образовательных мероприятий, в том числе для преодоления «опиофобии» среди медицинских и фармацевтических работников.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Единая конвенция о наркотических средствах (г. Нью-Йорк, 30 марта 1961 г.) [Электронный ресурс] : [с изм. от 25 марта 1972 г.] / Орг. Объедин. Наций. – Режим доступа : WWW. URL: [http://www.narkotiki.ru/5\\_43.htm](http://www.narkotiki.ru/5_43.htm). – 03.12.2014.
2. Абросимова, Н.В. Правовые основы доступности наркотических анальгетиков. Часть 1: Обзор международного законодательства / Н.В. Абросимова, И.В. Крюкова // *Здравоохранение Дал. Востока*. – 2015. – № 1. – С. 108–111.
3. Власов, Я.В. Анализ основных проблем доступности оказания паллиативной медицинской помощи онкобольным / Я.В. Власов, Е.В. Синек, Н.П. Дронов // *Вестн. Росздравнадзора*. – 2015. – № 4. – С. 24–32.
4. Каминская, И.А. Историко-правовые особенности формирования среды доступности наркотических средств и психотропных веществ для медицинских целей / И. А. Каминская, Л. В. Мошкова // *Фармация*. – 2015. – № 5. – С. 20–24.
5. Каримова, Г. Г. Наркомания: исторические и социальные аспекты / Г. Г. Каримова, Ю. П. Черникова // *Наркоконтроль*. – 2007. – № 1. – С. 31–34.
6. Крупнова, И. В. Контроль за порядком назначения и выписывания наркотических средств в целях обезболивания: современное состояние / И. В. Крупнова, О.А. Константинова // *Вестн. Росздравнадзора*. – 2015. – № 4. – С. 5–8.
7. Михайлова, Ю. В. Международно-правовое регулирование оборота наркотических средств и психотропных веществ [Электронный ресурс] / Ю. В. Михайлова, А. Ю. Абрамов, Н. В. Косолапова // *Соц. аспекты здоровья населения*. – 2013. – № 1. – С. 11. – Режим доступа : WWW. URL: <http://www.vestnik.mednet.ru>. – 03.12.2015.



## Самый лучший курс в институте

**Первый выпуск (набор 1959 г.) Владивостокского медицинского института (теперь это ТГМУ) отметил свое пятидесятилетие. На юбилейной встрече в университете выпускников 1965 г. приветствовал ректор В.Б. Шуматов.**



Годы пролетели быстро – вот и 50 лет со дня окончания института. На встречу 27 августа 2015 г. собрались 30 выпускников. Седина почти всем посеребрила виски. За плечами опыт врача и жизненный путь. Но в глазах все равно горит студенческий задор. О каждом нашем сокурснике можно без преувеличения говорить в превосходной степени и со словом «первый»...

Наш курс был первым курсом студентов, набранных самим институтом (первые три – набор медицинского факультета Дальневосточного государственного университета). Мы первыми осваивали институт в полном смысле слова: въезжали с мебелью, расставляли, мыли, строили общежитие.

Заложил фундамент нашего института первый ректор Владимир Михайлович Живодерев. Он возглавлял институт с 1958-го по 1970 г. «Это был настоящий учитель», – написала о нем профессор Н.Д. Татаркина.

Примером для нас служили преподаватели, которые воспитали достойных учеников: Т.Б. Мухо (первый декан лечебного факультета); Н.С и П.А. Мотавкины (соответственно зав. кафедрами микробиологии и гистологии); В.С. Шапкин (зав. кафедрой факультетской хирургии) и Н.А. Пастухов (доцент этой же кафедры); С.И. Борисенко (организатор кафедры общей хирургии, Герой Социалистического Труда); И.А. Великоречин (зав. кафедрой нормальной анатомии); В.И. Баландина (зав. кафедрой госпитальной терапии); М.С. Сеит-Умеров (зав. кафедрой общей хирургии); В.М. Дугина (ассистент кафедры общей хирургии) и многие другие.

Трудное было время, однако институт выстоял и воспитал высокообразованные кадры для учреждений здравоохранения Дальневосточного региона страны. Ректор А.С. Тихомиров, который руководил институтом с 1970-го

по 1984 г., как-то сказал: «Это был самый лучший курс в институте».

Нельзя без волнения вспоминать студенческие годы. Везде успевали – и в учебе, и в спорте, и в организации досуга и отдыха. Уже на первом курсе в институте был создан эстрадный оркестр и сборная команда по баскетболу. В них входили: Владимир Коростин, Олег Туквачинский, Станислав Сухотин, Сергей Фомин, Борис Липовой, Юрий Горобинский, Владимир Линник, Анатолий Косилко, Александр Александров. Никого не оставляли равнодушными песни в исполнении Валерия Убранцева, Валерия Милова, Владимира Коростина. Заядлыми шахматистами прослыли Валерий Баранов и Юрий Кацман. Бессменным старостой курса был Александр Бахтыгореев.

...Прошли годы. Многие выпускники защитили кандидатские и докторские диссертации. Первыми были В.Ф. Баранов, Л.А. Олофинский, С.К. Сухотин, В.Г. Милов, Н.А. Игнатова, В.М. Нагорный, В.С. Тимохов, Э.С. Пирогова, А.Ф. Малышев, В.А. Негода, В.И. Негода, Л.С. Зозуля, В.А. Убранцев, С.Ф. Фомин, В.Н. Володина, С. Ли, Ю.В. Каминский, Г. Ан, А.В. Пархоменко, Г.А. Небогатиков, Ю.В. Григорьев.

Выпускники нашего курса пополнили ряды преподавателей и многие стали заведующими кафедрами родного института, среди них Л.А. Олофинский – зав. кафедрой урологии, В.Г. Милов – зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии, Ю.В. Каминский – зав. кафедрой патологической анатомии, А.Ф. Малышев – зав. кафедрой общей хирургии и морской медицины, В.М. Нагорный – зав. кафедрой урологии, Л.С. Зозуля – зав. кафедрой терапии, Н.А. Игнатова – зав. курсом пропедевтики детских болезней, С.К. Сухотин – вначале ассистент кафедры общей хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

(ВМИ), а затем зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии Хабаровского медуниверситета и Института повышения квалификации специалистов здравоохранения (г. Хабаровск).

Весомый вклад внесли выпускники в развитие медицинской науки института.

Так, В.А. Убранцев занимался проблемой хронической недостаточности кровообращения. Он участвовал в написании монографии по этой теме. Тема диссертации В.А. Негоды «Хирургическое лечение тяжелой близорукости». Л.С. Зозуля написала кандидатскую диссертацию на тему «Тромбоэмболические осложнения при ревматизме, гипертонической болезни, атеросклерозе», а Н.А. Игнатова – «Некоторые особенности клиники и диагностики пиелонефрита у детей».

С.К. Сухотин в апреле 1971 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Функция надпочечников в условиях операции и ганглионарной блокады без гипотонии», а затем в Москве – докторскую диссертацию «Анестезия и интенсивная терапия при хирургическом лечении больных вазоренальной гипертензией». Кроме того, С.К. Сухотиным написаны две монографии – «Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии» и «История развития анестезиологии и реаниматологии в Хабаровском крае. Проблемы и вопросы организации. Оперативное управление».

А.Ф. Мальшев (один из ведущих учеников профессора В.С. Шапкина) активно развивал в научном аспекте хирургическую гепатологию. Им разработаны и внедрены в клиническую практику современные новые, не имеющие аналогов в мире операции на печени с выключением ее из кровообращения с помощью сконструированных автором специальных устройств.

Выпускники нашего курса добросовестно и высокопрофессионально трудились в лечебных учреждениях в краевом центре Приморского края: Ю.И. Кацман – зав. отделением терапии ККБ № 1, В.М. Светенкова – зав. поликлиникой, Л.И. Логошина – зав. детской поликлиникой, Н.В. Галанина – начальник мед. службы поликлиники, В.М. Баскакова – главный врач детской поликлиники, Л.П. Рывкина – зав. 1-й поликлиникой, А.В. Щербинин – главный врач туберкулезного диспансера (г. Арсеньев), З.И. Костин – главный врач районной больницы с. Покровки, Н.М. Петрушенкова – зав. горздравом г. Уссурийска, В.И. Садкин – зав. отделением анестезиологии Дальнереченской районной больницы.

В.М. Нагорный, С.К. Сухотин, Ю.В. Каминский, А.Ф. Мальшев, В.А. Убранцев стали заслуженными врачами России, отличниками здравоохранения.

Многие продолжают трудиться и сейчас. Так, С.К. Сухотин – зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения (г. Хабаровск). Он почетный член президиума Федерации анестезиологов и реаниматологов России, главный внештатный анестезиолог и реаниматолог Хабаровского края и Федерального дальневосточного округа, президент Ассоциации врачей анестезиологов и реаниматологов Хабаровского края.

В.А. Коростин работает в Подмоскowie в перинатальном центре анестезиологом. Д.О. Декуша трудится в клинической больнице № 2 (бывшая больница рыбаков) г. Владивостока. А.В. Щербинин остается на посту главврача туберкулезного диспансера (г. Арсеньев).

*В.А. Убранцев*

*Использованы материалы и фото из семейного архива  
С.К. Сухотина*

## Андрей Григорьевич Росляков

**24 декабря 2015 г. ушел из жизни старейший сотрудник Дальневосточного государственного медицинского университета доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР (впоследствии РАМН), участник Великой Отечественной войны Андрей Григорьевич Росляков.**

Андрей Григорьевич родился 9 октября 1927 г. в селе Тамбовка Амурской области в крестьянской семье. В феврале 1945 г., обучаясь в 9 классе, добровольцем ушел на фронт. Принимал участие в боевых действиях против империалистической Японии. В 1947 г., проходя службу в армии, окончил 10-й класс вечерней школы рабочей молодежи.

После демобилизации из армии в 1948 г. поступил в Хабаровский государственный медицинский институт, который окончил с отличием в 1954 г. Будучи студентом, А.Г. Росляков активно занимался спортом. Был чемпионом Хабаровского края по конькобежному многоборью. Одновременно с мединститутом окончил Ленинградский институт физической культуры имени П.Ф. Лесгафта, в котором учился заочно с 1949 г.

После окончания клинической ординатуры в 1957 г. Андрей Григорьевич становится ассистентом кафедры факультетской хирургии. В 1963 г. защитил кандидатскую диссертацию. Затем занял должность доцента на вновь организованной кафедре факультетской и госпитальной хирургии педиатрического факультета. Он был организатором и первым деканом педиатрического факультета (с 1962-го по 1972 г.).

В марте 1972 г. А.Г. Росляков назначен ректором Хабаровского медицинского института. Около 22 лет он занимал этот ответственный пост, одновременно заведя кафедрой общей хирургии с курсом анестезиологии лечебного факультета.

В 1972 г. защитил докторскую диссертацию, в 1974 г. был утвержден в ученом звании профессора, в 1986 г. избран членом-корреспондентом АМН СССР.

Как ректор и клиницист профессор А.Г. Росляков уделял много внимания совместной ра-

боте кафедр и органов практического здравоохранения Хабаровского края, Магаданской, Камчатской и Сахалинской областей, осуществляя организационно-методическую и лечебно-консультативную работу, проводя ежегодно районные, краевые и межобластные научно-практические конференции и семинары.

На базе краевой клинической больницы был научным руководителем кардиохирургического, сосудистого и пульмонологического центров. Научная работа кафедры проводилась по актуальным проблемам медицины. Профессионально оперировал больных с заболеваниями органов брюшной полости и щитовидной железы.

В 1995 г. на вновь созданной кафедре хирургии факультета усовершенствования врачей занял должность профессора.

Ушел на заслуженный отдых в 2000 г., при этом, продолжая интересоваться достижениями медицины, активно посещал заседания хирургических научных обществ.

С его участием был создан НИИ охраны материнства и детства, реорганизована Центральная научно-исследовательская лаборатория с открытием электронно-микроскопической и радиоиммунологической лабораторий, открыто 14 новых кафедр, построено два новых общежития на 1100 мест. В 1977 г. с его участием был открыт музей истории института.

Только на кафедре, руководимой профессором А.Г. Росляковым, прошли специализацию около 400 врачей, подготовлено более 50 клинических ординаторов. За подготовку медицинских кадров и развитие медицинской науки на Дальнем Востоке ХГМИ в 1980 г. был награжден орденом Трудового Красного Знамени.

Научная работа кафедры, руководимой Андреем Григорьевичем, проводилась по нескольким направлениям: изучалось хирургическое лечение симптоматических гипертензий, пороков сердца и аритмий, нагноительных заболеваний легких и плевры, желудочно-кишечного тракта, а также вопросы анестезиологии и реаниматологии.

А.Г. Росляковым изданы три монографии, сотрудниками кафедры опубликовано более 350 научных статей (из них 120 опубликовал



сам Андрей Григорьевич). Под руководством профессора А.Г. Рослякова защищены четыре докторские и семь кандидатских диссертаций. Андрей Григорьевич многократно избирался депутатом краевого Совета народных депутатов, председателем комиссии краевого совета по здравоохранению и соцобеспечению, являлся членом правления Всесоюзного и Всероссийского общества хирургов, председателем краевой организации общества «Знание», председателем Совета ректоров Хабаровского края.

А.Г. Росляков был награжден орденами Трудового Красного Знамени, «Знак Почета»

и Отечественной войны II степени, многими медалями и знаками «Отличнику здравоохранения» и «Отличник высшей школы».

Андрей Григорьевич навсегда останется в наших сердцах как искренний человек, прекрасный врач и ученый. Светлая память о нем будет жить в сердцах коллег, учеников и благодарных пациентов.

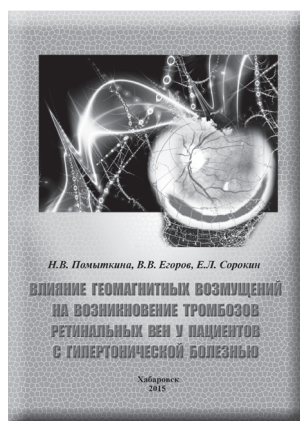
*Использованы материалы музея истории КГБУЗ  
«Краевая клиническая больница № 1»  
имени профессора С.И. Сергеева  
(заведующий музеем В.А. Белозуб)*



## Рецензия на монографию «Влияние геомагнитных возмущений на возникновение тромбозов ретинальных вен у пациентов с гипертонической болезнью»

**Монография посвящена изучению закономерностей формирования тромбозов ретинальных вен у пациентов с гипертонической болезнью при геомагнитных возмущениях. Показана достоверная прямая зависимость между частотой возникновения тромбозов ретинальных вен и геомагнитными возмущениями. Разработана оригинальная математическая формула определения уровня риска возникновения тромбозов ретинальных вен у пациентов с гипертонической болезнью при геомагнитных возмущениях<sup>1</sup>.**

Несмотря на появление новых фармакологических препаратов, современных методов лазерного и хирургического лечения, функциональные результаты терапии и хирургии тромбозов ретинальных вен часто остаются неудовлетворительными. В связи с поздними осложнениями – неоваскулярной глаукомой, пролиферативной посттромботической ретинопатией, персистирующим макулярным отеком, тромбозы ретинальных вен в 15 % случаев становятся причиной инвалидности по зрению. Поэтому поиск факторов риска и возможностей объективного прогнозирования возникновения этого тяжелого заболевания для проведения профилактических мероприятий является, несомненно, актуальным.



Изучению системных факторов риска тромбоза ретинальных вен посвящено большое количество научных работ. Однако факторы внешней среды также могут играть роль пускового механизма в развитии данного заболевания. Существует целый ряд исследований, указывающих на влияние возмущений магнитного поля Земли на увеличение частоты встречаемости острой сосудистой патологии – приступов стенокардии напряжения, острых инфарктов миокарда, нарушений мозгового кровообращения, внезапной сосудистой смерти.

Геомагнитные возмущения влияют на систему гемостаза, вызывая состояние гиперкоагуляции, являющейся одним из основных компонентов процесса тромбообразования. В то же время остаются не исследованными возможные микроциркуляторные и гемодинамические нарушения в системе глазничной артерии, возникающие при геомагнитных бурях, которые могут играть важную роль в патогенезе тромбоза ретинальных вен. В настоящее время отсутствуют четкие критерии, позволяющие выделить группу пациентов высокого риска по возникновению тромбоза ретинальных вен при геомагнитных возмущениях. Этим и некоторым другим нерешенным проблемам посвящена представленная авторами монография.

<sup>1</sup> Помыткина, Н. В. Влияние геомагнитных возмущений на возникновение тромбозов ретинальных вен у пациентов с гипертонической болезнью : [моногр. для врачей-офтальмологов] / Н. В. Помыткина, В. В. Егоров, Е. Л. Сорокин, М-во здравоохранения России, ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, Хабаровский филиал, М-во здравоохранения Хабар. края, КГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения», Каф. офтальмологии. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2015. – 107 [1] с. – ISBN 978-5-98247-065-2.

### Авторы:

Н. В. Помыткина – кандидат медицинских наук, врач-офтальмолог отделения лазерной хирургии Хабаровского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России

В. В. Егоров – доктор медицинских наук, профессор, директор Хабаровского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, заведующий кафедрой офтальмологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, заслуженный врач Российской Федерации

Е. Л. Сорокин – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Хабаровского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, заведующий кафедрой офтальмологии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации

### Рецензенты:

В. Я. Мельников – заведующий кафедрой офтальмологии и оториноларингологии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

А. Л. Штилерман – заведующий кафедрой глазных болезней ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Следует отметить, что несмотря на важность данной проблемы, монографий, посвященных этиологии и факторам риска тромбозов ЦВС, к сожалению, лишь единицы. Поэтому появление подобной монографии чрезвычайно своевременно.

В своем исследовании авторы изучают взаимосвязь между частотой возникновения тромбозов ретинальных вен и геомагнитными возмущениями на основании анализа статистических данных. Помимо этого, авторами изучены изменения параметров системной и регионарной гемодинамики и микроциркуляции глаза у пациентов с тромбозами ретинальных вен, с гипертонической болезнью и у здоровых людей при геомагнитных возмущениях. На основании полученных данных были определены прогностически неблагоприятные значения исследуемых показателей, а также выделены 30 значимых параметров, на основе которых был создан прогностический алгоритм. Данный прогностический алгоритм выявления риска формирования

тромбоза ретинальных вен у пациентов с гипертонической болезнью при геомагнитных возмущениях заключается в анализе параметров системной, регионарной гемодинамики и микроциркуляции глаза с последующим расчетом показателя уровня риска по предложенной оригинальной формуле.

Представленная монография имеет не только научное, но и высокое практическое значение. С помощью предложенных авторами подходов стало возможным формирование групп риска по развитию у пациентов тромбоза ретинальных вен при геомагнитных возмущениях, что крайне необходимо для проведения профилактических мероприятий.

Данная монография является полезной для офтальмологов, кардиологов и рекомендуется к изданию.

*В. Я. Мельников,*  
заведующий кафедрой офтальмологии  
и оториноларингологии  
ГБУ ВПО «Тихоокеанский государственный  
медицинский университет»  
Минздрава России, д. м. н., профессор

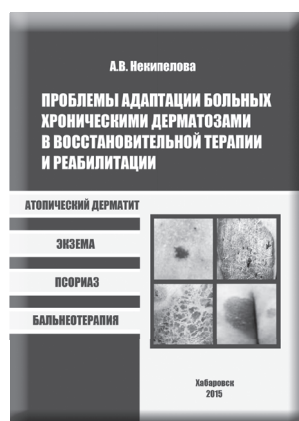
## Рецензия на монографию «Проблемы адаптации больных хроническими дерматозами в восстановительной терапии и реабилитации»

**На современном этапе осуществления реорганизации отечественного здравоохранения важная роль отводится, с одной стороны, развитию таких направлений медицинской деятельности, как изыскание возможности наиболее эффективного использования региональных природных источников, особенностей климатических условий, направленных на оздоровление населения. С другой стороны – развитию стационарзамещающих технологий, что взаимосвязано с отмеченными выше факторами. По совокупности решения таких задач, по нашему мнению, можно судить о своевременности подготовленной к изданию монографии и, соответственно, подтверждает ее актуальность.**

Монография<sup>1</sup> написана по классическим правилам и включает в себя введение, 11 глав,

список литературы (97 отечественных и 14 иностранных источников), глоссарий и приложение. Привлекает внимание удачное для чтения расположение автором по главам ха-

рактеристики различных природных факторов (климат, питьевая вода, минеральная вода различных источников азотно-кремнистых термальных вод, грязи, геобиоадаптогены), во взаимосвязи с полученными автором данными об эффективном использовании их в терапии и реабилитации дерматологических пациентов. Отдельно в главе X представлены материалы по использованию геля «Ламифарэн» в лечебно-реабилитационных мероприятиях и в терапии больных псориазом (получен патент на изобретение № 2412684 «Способ лечения больных экссудативным псориазом» в 2011 г.). Обращает на себя внимание, что гель «Ламифарэн» не имеет подобных по его свойствам аналогов



<sup>1</sup> Некипелова, А. В. Проблемы адаптации больных хроническими дерматозами в восстановительной терапии и реабилитации: [моногр.]

в России и за рубежом. О его эффективности свидетельствуют многоцентровые исследования (стр. 123–126). В главе XI представлен материал по использованию омега-3 ПНЖК, разработано два варианта салата «Амурский» (рац. предложение № 60/61 от 19.12.2012 г.), рекомендованного для приема в течение от 2 до 6 недель в период реконвалесценции и во время диспансерного наблюдения больных хроническими рецидивирующими дерматозами (ХРД). Научно-практическую значимость имеет предложенный автором и успешно апробированный адаптационно-реабилитационный комплекс (АРК), который направлен на проведение лечебно-восстановительных программ у пациентов ХРД в условиях муссонного климата Хабаровского края.

Автор по результатам своих исследований приходит к обоснованному выводу, что климатические условия Хабаровского края имеют важное значение в формировании региональных патогенетических особенностей

у пациентов ХРД. Использование АРК, по данным автора, позволило добиться эффективности терапии ХРД до 96,5–96,7 %. Материал, представленный в монографии, хорошо иллюстрирован рисунками, таблицами. Монография написана доступным для читателя слогом. Имеются некоторые замечания, которые носят скорее технический характер и не искажают суть представленных исследований.

Таким образом, ознакомившись с монографией А. В. Некипеловой «Проблемы адаптации больных хроническими дерматозами в восстановительной терапии и реабилитации», считаю, что она может быть издана типографским способом и будет полезна для интернов, ординаторов, врачей, обучающихся в системе профессионального образования по специальности «Дерматовенерология».

**А. Д. Юцковский,**  
консультант ГАУЗ «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер»  
(г. Владивосток), профессор, д.м.н.

## Патент «Способ лечения больных зимней формой обыкновенного псориаза при средней тяжести и легком течении»

**10 ноября 2015 г. опубликован Патент «Способ лечения больных зимней формой обыкновенного псориаза при средней тяжести и легком течении», авторы: к.м.н. А. В. Некипелова, д.м.н., профессор А. Д. Юцковский, патентообладатель: А. В. Некипелова<sup>1</sup>.**

Изобретение относится к медицине, а именно к дерматологии, и может быть использовано для лечения больных зимним типом обыкновенного псориаза при средней тяжести и легком течении, имеющих поражения желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Способ включает применение вовнутрь лекарственных препаратов: антигистаминного препарата II поколения и полиненасыщенных жирных кислот омега-3 с антиоксидантом –

витамином Е, отличающийся тем, что в качестве антигистаминного препарата II поколения назначают левоцетиризин – Ксизал, а в качестве полиненасыщенных жирных кислот омега-3 – Витрум кардио омега-3, причем Ксизал назначают один раз в день, в первые 10–20 дней назначают лечебную дозу Витрум кардио омега-3, которую принимают внутрь через 30 минут после еды, запивая водой, по 1 капсуле два раза в день, а затем по истечении этого периода назначают профилактическую дозу препарата – по 1 капсуле в день в течение одного-двух месяцев. Использование изобретения позволяет увеличить межрецидивный период у больных за счет восстановления баланса липопротеидов и уменьшения воспалительных явлений.



<sup>1</sup> Пат. 2567725 зарегистрирован в Госреестре изобретений Российской Федерации, МПК А61к31/00(2006.01). Способ лечения больных зимней формой обыкновенного псориаза при средней тяжести и легком течении / А. В. Некипелова, А. Д. Юцковский; патентообладатель: Некипелова А. В., № 2014106104/15; заявл. 18.02.2014, опубл. 10.11.2015. Бюл. № 31. – С. 90–91.



## Рецензия на практическое руководство «Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии»

**В практическом руководстве изложены некоторые вопросы общей и частной анестезиологии и реаниматологии. Подробно излагаются темы тотальной внутривенной анестезиологии и ингаляционного наркоза, а также описывается вегетативная нервная система, ее роль при операционном стрессе и методы защиты от него. Большое внимание уделяется вопросам частной реаниматологии. В руководстве излагается собственный опыт работы автора при различных критических состояниях. Научная работа посвящена 70-летию Победы советского народа в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.<sup>1</sup>**

Анестезиология и реаниматология в настоящее время является одной из наиболее динамично развивающихся специальностей медицины. Разделы монографии с современных позиций отображают этиологию, патогенез, вопросы анестезии и интенсивной терапии многих критических состояний. При этом приводится не только аналитический обзор данных, имеющихся в литературе, но и собственные многолетние исследования.

В частности, представлены материалы по профилактике избыточных вегетативных сдвигов при хирургических вмешательствах, анестезии и интенсивной терапии при хирургическом лечении больных вазоренальной гипертензией. Автором представлены собственные данные по артериальной гипертензии и гипертоническим кризам. Здесь же приведены основные методы защиты больных от хирургического стресса.

Автор описывает критические состояния, которые наблюдались в отделении анестезиологии и реаниматологии ККБ № 1 им. проф.

С.И. Сергеева (ботулизм, столбняк, синдром длительного сдавления, клещевой менингоэнцефалит). Он описывает собственный материал многолетней практической работы. Так, особый интерес представляет глава по интенсивной терапии и респираторной поддержке у беременных с тяжелой вирусно-бактериальной пневмонией А (Н1 N1), осложненной ОРДС. Автор представляет опыт работы отделения анестезиологии и реаниматологии ККБ № 1 в условиях массового поступления пострадавших после землетрясения в пос. Нефтегорске (о. Сахалин, 1995 г.). Одна из глав посвящена основам инфузионно-трансфузионной терапии в медицине критических состояний.

Наряду с собственным материалом по сердечно-легочной и мозговой реанимации изложены современные рекомендации Европейского совета 2010 года. Практические рекомендации строго аргументированы и опираются на литературные данные. Монография «Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии» восполняет пробел в учебной и методической литературе по анестезиологии и реаниматологии и может быть рекомендована для врачей-анестезиологов и реаниматологов, слушателей ФУВ.

Материалы монографии могут быть полезны и для других специалистов (хирургов, травматологов, пульмонологов, трансфузиологов), занимающихся вопросами интенсивной терапии в медицине критических состояний.

**К. Г. Шаповалов,**  
заведующий кафедрой анестезиологии,  
реанимации и интенсивной  
терапии ГБОУ ВПО «Читинская государственная  
медицинская академия»  
Минздрава России, д.м.н.

<sup>1</sup> Сухотин, С. К. Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии : [практ. рук.] / С. К. Сухотин; М-во здравоохранения Хабаров. края, ГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения». – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2015. – 284 с.

**Автор:**

С. К. Сухотин – заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИПКСЗ, главный внештатный анестезиолог и реаниматолог министерства здравоохранения Хабаровского края, д.м.н., профессор, заслуженный врач России

**Рецензенты:**

В. П. Шевченко – заведующий отделением анестезиологии и реаниматологии ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Минздрава России, д.м.н., профессор

К. Г. Шаповалов – заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, д.м.н.



## ПЛАН

научно-практических конференций, семинаров, съездов, симпозиумов,  
конгрессов министерства здравоохранения Хабаровского края на 2016 год(Утвержден распоряжением министерства здравоохранения  
Хабаровского края от 19 ноября 2015 года № 1370-р)

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	Ф.И.О., должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
1	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы трансфузиологии»	11–13 февраля	<b>Шихмирзаев Тахир Алхилович</b> – ассистент кафедры скорой медицинской помощи КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Кожемяко Оксана Валерьевна</b> – главный врач КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» министерства здравоохранения Хабаровского края
2	Школы-семинары по кардиологии совместно с Российским национальным обществом кардиологов	Ежеквартально	<b>Петричко Татьяна Алексеевна</b> – д.м.н., заведующая кафедрой общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
3	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики природно-очаговых инфекций»	Март	<b>Макарова Татьяна Евгеньевна</b> – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой инфекционных болезней и дерматовенерологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
4	Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка»	Март	<b>Чижова Галина Всеволодовна</b> – д.м.н., профессор, ректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
5	Научно-практическая конференция «Академия боли»	Апрель	<b>Щербаносова Татьяна Анатольевна</b> – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
6	Научно-практическая конференция «Прикладные вопросы профилактики, диагностики, клинико-лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваний»	Апрель	<b>Кузнецова Анна Валерьевна</b> – к.м.н., главный врач КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края
7	Региональная научно-практическая конференция «Иммунодефициты – междисциплинарная проблема» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Апрель	<b>Васильева Маргарита Михайловна</b> – к.м.н., заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
8	IV Конкурс молодых ученых с международным участием (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Апрель	<b>Жмеренецкий Константин Вячеславович</b> – д.м.н., доцент, проректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
9	Научно-практическая конференция «Малоинвазивная хирургия» с представлением мастер-класса (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Апрель	<b>Воронов Александр Викторович</b> – к.м.н., заведующий кафедрой хирургических болезней КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	Ф.И.О., должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
10	Краевой семинар «Организация медицинского обеспечения детей в летних оздоровительных лагерях»	Май	<b>Васильева Жанна Борисовна</b> – начальник отдела охраны материнства и детства министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Воловик Валерий Евгеньевич</b> – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
11	Научно-практическая конференция «Проблемы безопасности в анестезиологии и реаниматологии»	Май	<b>Сухотин Станислав Константинович</b> – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
12	Научно-практическая конференция с международным участием «Современные образовательные технологии и методики в дополнительном профессиональном образовании» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Май	<b>Кирпичникова Наталья Владимировна</b> – к.м.н., проректор по учебной работе КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Жмеренецкий Константин Вячеславович</b> – д.м.н., доцент, проректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
13	Семинар «Актуальные проблемы нефрологии» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения») Рабочее совещание главных внештатных нефрологов ДФО	Май	<b>Жмеренецкий Константин Вячеславович</b> – д.м.н., доцент, проректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Шилов Евгений Михайлович</b> – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет им. И.С. Сеченова», главный внештатный специалист-нефролог Минздрава РФ <b>Бевзенко Андрей Юрьевич</b> – главный врач Центра амбулаторного гемодиализа В. Braun, главный внештатный специалист-нефролог министерства здравоохранения Хабаровского края
14	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неврологии» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Май	<b>Щербаносова Татьяна Анатольевна</b> – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
15	Научно-практическая конференция, посвященная 150-летию больницы «Анненские воды»	Май	<b>Чижова Галина Всеволодовна</b> – д.м.н., профессор, ректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Жмеренецкий Константин Вячеславович</b> – д.м.н., доцент, проректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Завгорудько Валерий Николаевич</b> – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации и физиотерапии КГБОУ ДПО «Дальневосточный медицинский университет» Минздрава РФ, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации министерства здравоохранения Хабаровского края

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	Ф.И.О., должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
16	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы пульмонологии» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Май	<b>Молчанова Ольга Викторовна</b> – д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Жмеренецкий Константин Вячеславович</b> – д.м.н., доцент, проректор, профессор кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
17	Научно-практическая конференция «Бальнеология в медицинской реабилитации и санитивно-курортное лечение», приуроченная к 150-летию КГБУЗ «Специализированная больница восстановительного лечения» министерства здравоохранения Хабаровского края (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Май	<b>Сковычева Лариса Дмитриевна</b> – к.м.н., заведующая кафедрой медицинской реабилитации и спортивной медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
18	XVII научно-практическая конференция, посвященная Дню медицинской сестры (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	12 мая	<b>Топалов Климентин Петрович</b> – к.м.н., заведующий кафедрой организации сестринского дела КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Неврычева Елена Викторовна</b> – к.м.н., заведующая кафедрой сестринского дела КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Ткаченко Ирина Владимировна</b> – д.м.н., заведующая кафедрой сестринского дела в педиатрии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
19	Межрегиональная научно-практическая конференция «Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	20 мая	<b>Егоров Виктор Васильевич</b> – д.м.н., профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой офтальмологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, директор Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава РФ
20	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы педиатрии в неонатологии» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Май	<b>Колесникова Софья Михайловна</b> – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
21	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Май	<b>Чибисов Юрий Владимирович</b> – заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Некпелова Алла Владимировна</b> – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	Ф.И.О., должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
22	Научно-практическая конференция «Вирусные гепатиты и ревматическая патология» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	26 мая	<b>Оттева Эльвира Николаевна</b> – д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
23	Научно-практическая конференция «Новые технологии в акушерстве и гинекологии»	19–20 мая	<b>Пестрикова Татьяна Юрьевна</b> – д.м.н., главный внештатный акушер-гинеколог ДФО, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава РФ
24	Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы колопроктологии»	26–28 мая	<b>Лапшин Дмитрий Евгеньевич</b> – главный внештатный специалист-колопроктолог министерства здравоохранения Хабаровского края, заведующий колопроктологическим отделением КГБУЗ «Городская клиническая больница» министерства здравоохранения Хабаровского края
25	IV конференция дерматовенерологов и косметологов Дальневосточного федерального округа	Май	<b>Аршинский Марк Иванович</b> – главный врач КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» министерства здравоохранения Хабаровского края
26	Телеконференция «Актуальные вопросы детской стоматологии» Москва–Хабаровск–Владивосток–Новосибирск (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	30 мая	<b>Кравченко Василий Анатольевич</b> – к.м.н., заведующий кафедрой стоматологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
27	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы взаимодействия государственных и негосударственных коммерческих медицинских организаций в системе здравоохранения на региональном уровне» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	31 мая	<b>Ступак Валерий Семенович</b> – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
28	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы непрерывного образования в сестринском деле» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	31 мая	<b>Топалов Климентин Петрович</b> – к.м.н., заведующий кафедрой организации сестринского дела КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Неврычева Елена Викторовна</b> – к.м.н., заведующая кафедрой сестринского дела КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Ткаченко Ирина Владимировна</b> – д.м.н., заведующая кафедрой сестринского дела в педиатрии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края



№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	Ф.И.О., должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
29	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения онкологических заболеваний» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	1 июня	<b>Коваленко Виталий Леонидович</b> – д.м.н., заведующий кафедрой онкологии и патоморфологических дисциплин КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Волков Алексей Викторович</b> – заместитель главного врача по организационно-методической работе, заведующий центром медицинских технологий КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края
30	IV городская конференция по вопросам формирования здорового образа жизни «Здоровый город»	2 июня	<b>Скорик Татьяна Михайловна</b> – начальник управления здравоохранения администрации г. Хабаровска
31	Юбилейный XV Международный конгресс «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения» под эгидой Года образования в России и посвященный 15-летию КГБОУ ДПО ИПКСЗ Торжественное пленарное заседание	3 июня	<b>Чижова Галина Всеволодовна</b> – д.м.н., профессор, ректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Жмеренецкий Константин Вячеславович</b> – д.м.н., доцент, проректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
32	Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики» (в рамках XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»)	Июнь	<b>Глазун Людмила Олеговна</b> – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой лучевой и функциональной диагностики КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
33	X региональная научная сессия «Амбулаторный прием»	8 июня	<b>Верткин Аркадий Львович</b> – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» <b>Петричко Татьяна Алексеевна</b> – д.м.н., заведующая кафедрой общей врачебной практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
34	Научно-практическая школа «Диабет и беременность»	Июнь	<b>Ушакова Ольга Вячеславовна</b> – д.м.н., профессор кафедры общей практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, главный врач КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края
35	Межведомственная научно-практическая конференция «Медико-социальные аспекты психиатрии и наркологии»	Июнь	<b>Панюшкина Нина Павловна</b> – к.м.н., доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
36	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неврологической практики»	Сентябрь	<b>Щербоносова Татьяна Анатольевна</b> – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок проведения	Ф.И.О., должность, место работы ответственного за подготовку мероприятия
37	Телеконференция «Профилактика пост-трансфузионных осложнений»	20 сентября	<b>Кожемяко Оксана Валерьевна</b> – главный врач КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» Министерства здравоохранения Хабаровского края
38	Круглый стол «Медицина без границ», посвященный Международному дню врача	Октябрь	<b>Жмеренецкий Константин Вячеславович</b> – д.м.н., доцент, проректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края <b>Пошатаев Кирилл Евгеньевич</b> – к.м.н., главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края
39	Научно-практическая конференция «Кардиобезопасность сахароснижающей терапии (взгляд с точки зрения кардиолога)»	Октябрь	<b>Ушакова Ольга Вячеславовна</b> – д.м.н., профессор кафедры общей практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, главный врач КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края
40	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии»	Октябрь	<b>Воловик Валерий Евгеньевич</b> – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
41	Региональная научно-практическая конференция	Октябрь	<b>Васильева Маргарита Михайловна</b> – к.м.н., заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
42	IV съезд оториноларингологии	Октябрь	<b>Кокорина Виктория Эдуардовна</b> – д.м.н., заведующая кафедрой лор-болезней ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава РФ
43	Краевая научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения высокопатогенного гриппа»	4 квартал	<b>Макарова Татьяна Евгеньевна</b> – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой инфекционных болезней и дерматовенерологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
44	Научно-практическая конференция «Частные вопросы неврологии»	Ноябрь	<b>Щербоносова Татьяна Анатольевна</b> – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края
45	Научно-практическая конференция	9 декабря	<b>Ушакова Ольга Вячеславовна</b> – д.м.н., профессор кафедры общей практики и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, главный врач КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края

## Указатель статей, опубликованных в 2015 году

### Обзор новостей здравоохранения

Научная площадка здравоохранения и медицины. № 2 (64), с. 5–6.

Критерии определены. № 3 (65), с. 4.

Готовить кадры, востребованные временем. № 3 (65), с. 4–6.

На принципах равенства и партнерства. № 3 (65), с. 6–8.

Есть качество и доступность. № 3 (65), с. 8–10.

Формируется кластерная система. № 4 (66), с. 5–6.

### Передовые статьи

**Ступак В.С., Владимирова Н.Ю., Подворная Е.В., Олексенко О.В.** Актуальные проблемы обеспечения кадрами акушерско-гинекологической и неонатологической служб Хабаровского края. № 1 (63), с. 4–8.

**Рыбак О.Г., Лучшева Л.Ф., Киселев С.Н.** Пути совершенствования оказания стоматологической помощи лицам старших возрастных групп на территории Хабаровского края. № 1 (63), с. 9–11.

**Топалов К.П.** Стратегия снижения социально значимых инфекций в Хабаровском крае. № 1 (63), с. 12–18.

**Рыков А.Г., Белобратова Л.Н., Дьяков Д.Д., Каталкин Н.С., Воловик В.Е., Коршняк В.Ю., Кожевникова С.Ю., Макаревский С.Ю., Сапезников В.А., Шершнев М.В.** Эндопротезирование крупных суставов в Хабаровском крае. № 2 (64), с. 7–12.

**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. № 3 (65), с. 11–15.

**Топалов К.П.** Современные тенденции медико-демографической ситуации в Хабаровском крае: научно-практический срез. № 3 (65), с. 16–26.

**Витько А.В., Корсяков Б.М., Волков А.В., Зенюков А.С.** Об организации медицинской помощи населению Хабаровского края при онкологических заболеваниях в 2015–2018 гг. № 4 (66), с. 7–12.

**Кулумбегов О.И., Бондарь В.Ю., Кулумбегова Л.Г., Пчелина И.В., Шульмина Е.В., Шабанова Н.М., Ковляков В.А.** Реабилитация пациентов после операции коронарного шунтирования. № 4 (66), с. 13–17.

**Журавлева Ю.С., Скорик Т.М., Балабкин И.В., Аристова Г.А.** Опыт организации массовых профилактических акций, направленных на популяризацию физической активности на муниципальном уровне (на примере города Хабаровска). № 4 (66), с. 18–21.

### Экономика и организация здравоохранения

**Савкова В.М., Савков Д.С.** Правовые аспекты проблемы качества и безопасности медицинской деятельности. № 1 (63), с. 19–25.

**Пузакова Е.В., Ларионов С.В., Чумакова О.А.** Обязательное медицинское страхование в Хабаровском крае в условиях перехода на новые способы оплаты медицинской помощи (на основе клинико-статистических групп и подушевого финансирования). № 2 (64), с. 13–18.

**Витько А.В., Королев В.М., Пошатаев К.Е., Кораблев В.Н., Онуприенко А.Ю.** Эффективность травматологической помощи населению Хабаровского края. № 3 (65), с. 27–31.

**Чижова Г.В., Жмеренецкий К.В., Кирпичникова Н.В., Воловик В.Е., Баранов А.Л., 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). № 3 (65), с. 32–35.

**Ступак В.С.** Современные тенденции становления и сценарии развития негосударственного сектора здравоохранения. № 4 (66), с. 22–26.

**Топалов К.П.** Предотвратимая смертность как критерий оценки деятельности системы здравоохранения. № 4 (66), с. 27–37.

**Лучшева Л.Ф., Бондаренко Л.В., Потемкина Н.М., Рыбак О.Г.** Претензионная работа в области стоматологии. № 4 (66), с. 38–41.

### Оригинальные исследования

**Васильев А.В., Егоров В.В., Смолякова Г.П.** Возрастная динамика оптической системы артефактичных глаз после хирургии врожденной катаракты с имплантацией интраокулярных линз у детей грудного возраста. № 1 (63), с. 26–31.

**Мартынюк М.В., Молчанова О.В.** Выбор схемы эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* инфекции с позиций фармакоэкономического анализа. № 1 (63), с. 32–36.

**Дука А.М., Греховодов Н.С., Бондарь В.Ю., Нетбай Р.В., Алёкминская И.М.** Использование новых технологий для профилактики внутрибольничных инфекций на примере ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (г. Хабаровск). № 2 (64), с. 19–22.

**Молчанова О.В., Жмеренецкий К.В., Колодная С.Н., Имховик М.В.** Эффективность пневмококковой вакцины у взрослых пациентов с бронхолегочными заболеваниями в Хабаровском крае. № 3 (65), с. 36–40.

**Лысова Т.В., Пивнева О.В., Кондакова В.К., Ледяева 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 ФКУ «ГБ МСЭ по Хабаровскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации). № 3 (65), с. 41–44.

**Егоров В.В., Сорокин Е.А., Дутчин И.В., Васильева И.В.** Новые возможности формирования роговичного клапана при выполнении рефракционных операций по поводу миопии методом «Femto-Lasik» и их клиническое значение в профилактике риска индуцированной постоперационной кератэктазии. № 4 (66), с. 42–44.

**Мелешко С.Г., Дударева Г.Ю., Сайфутдинова Н.И., Горбунова Е.В.** Клинический опыт использования розувастатина, лизиноприла и урсодезоксихолиевой кислоты у железнодородников с высоким седечно-сосудистым риском и неалкогольной жировой болезнью печени. № 4 (66), с. 45–48.

**Заворотнева А.А., Нагорная С.Р., Андриенко Я.С.** Особенности течения миопии у школьников учебных заведений Кировского района г. Хабаровска. № 4 (66), с. 49–50.

#### **Обмен опытом**

**Свиридова Л.А.** Случай врожденной катаракты у членов одной семьи. № 1 (63), с. 37–38.

**Гордиенко Н.А.** Возможности ультразвукового метода исследования в диагностике рака молочной железы. № 1 (63), с. 39–43.

**Кузьмина О.В., Ноянова Ю.Г., Воловик В.Е.** Анализ детского травматизма в г. Хабаровске за 2010–2014 гг. (по данным детского травм-пункта КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» им А.К. Пиотровича). № 2 (64), с. 23–27.

**Буданцев О.Э.** Случай хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза, обусловленного гиперплазией паращитовидной железы. № 2 (64), с. 28–30.

**Карнеева Т.В.** Опыт лечения зубов, ранее леченных по осложненному кариесу. № 2 (64), с. 31–32.

**Чайка Г. А., Немерова З.Ф.** К вопросу дифференциальной диагностики округлых образований легких в противотуберкулезном диспансере. № 2 (64), с. 33–36.

**Дёрова И.А.** Сравнительный анализ эффективности и переносимости препаратов гексикон и тержидан при местном лечении неспецифического (аэробного) вагинита. № 2 (64), с. 37–39.

**Дубовская Н.П., Моисеева М.В., Коновалова Г.Е.** Применение препарата «Изопринозин» в общей практике врача педиатра. № 3 (65), с. 45–48.

**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. № 3 (65), с. 49–51.

**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 ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (г. Хабаровск). № 3 (65), с. 52–55.

**Лузьянина Г.А., Ушакова О.В.** Преждевременное телархе у детей в раннем возрасте. № 4 (66), с. 51–52.

#### **В помощь практическому врачу**

**Молчанова О.В.** Ведение больных со стабильным течением ХОБЛ. Бронхолитическая терапия. Современное состояние вопроса. № 1 (63), с. 44–54.

**Поступаева Е.Г., Молчанова О.В.** Клинико-экономическая эффективность различных схем терапии среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмы. № 1 (63), с. 55–59.

**Баранов А.А., Козлов А.В., Шихмирзаев Т.А.** Гипертонический криз (лекция). № 1 (63), с. 60–67.

**Витько Л.Г.** Особенности синдрома гиперпролактинемии у детей и подростков (клинический случай). № 1 (63), с. 68–70.

**Уткин С.И., Столяров М.В., Сорокин Е.А.** Судорожный синдром у детей. Тактика анестезиолога при выполнении офтальмохирургических вмешательств. № 2 (64), с. 40–44.

**Дьяченко О.А., Дрибенец Е.С.** Сравнительный анализ чувствительности теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным и пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л у детей г. Хабаровска из групп высокого риска по туберкулезу. № 2 (64), с. 45–47.

**Макаров Р.Б., Лашкова А.А., Ермолаева Н.А.** Оценка эффективности использования вальдоксана (агомелатина) при лечении сердечно-сосудистых заболеваний. № 2 (64), с. 48–51.

**Иванова И.П., Бакуменко М.Ю.** Дисколотрит зубов. Методы устранения. Отношение пациентов к этой проблеме. № 2 (64), с. 52–53.

**Хмелевская О.Г., Щегольская О.В., Михайлова Е.И.** Актуальные вопросы установления диагноза профессионального заболевания. № 3 (65), с. 56–58.

**Темникова О.Г.** Анализ анкетирования подростков по проблеме табакокурения. № 3 (65), с. 59–60.

**Лузьянина Г.А., Колесникова С.М.** Неотложные состояния при вегетососудистой дисфункции в практике врача-педиатра скорой медицинской помощи. № 4 (66), с. 53–57.



**Витько А.Г., Ушакова О.В.** Современная стратегия терапии при сахарном диабете 2-го типа: обзор основных исследований с акцентом на кардиобезопасность. № 4 (66), с. 58–63.

#### **Среднему медицинскому работнику**

**Скрипник С.С., Оттева Э.Н.** Формирование костного скелета у детей (лекция). № 1 (63), с. 71–76.

**Неврычева Е.В.** Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (лекция). № 1 (63), с. 77–81.

**Неврычева Е.В.** Ишемическая болезнь сердца: классификация, патогенез, клиника, диагностика (клиническая лекция). № 2 (64), с. 54–59.

**Неврычева Е.В.** Хроническая сердечная недостаточность: основные понятия, клиника, диагностика, немедикаментозная терапия, профилактика, реабилитация (лекция для средних медицинских работников. Часть 1). № 3 (65), с. 61–66.

**Неврычева Е.В.** Лечение хронической сердечной недостаточности (лекция для средних медицинских работников. Часть 2). № 4 (66), с. 64–69.

#### **Клинические наблюдения**

**Полякова И.В.** Клинический случай нейрофиброматоза 1-го типа с развитием рецидивирующей нейрофибромы левого предплечья. № 1 (63), с. 82–84.

**Боженков О.Ю., Боженкова Л.М., Попов В.В., Ахметов Д.Х., Черных А.В., Пайков В.А.** Случай успешного лечения астматического состояния с применением ИВЛ в условиях реанимационного отделения. № 2 (64), с. 60–62.

**Литвинов А.В., Сливко К.Ю., Панюшкина Н.П.** Клинический случай галлюцинаторного синдрома вследствие употребления флупиртина с немедицинскими целями. № 2 (64), с. 63–65.

**Панюшкина Н.П., Сливко К.Ю., Литвинов А.В.** Клинический случай синдрома деперсонализации у больного шизофренией. № 2 (64), с. 66–68.

**Сливко К.Ю., Литвинов А.В., Панюшкина Н.П.** Случай «классического» delirium tremens у больного шизофренией. № 2 (64), с. 69–71.

**Макарова Т. Е., Кравченко О.В., Нам М.И.** Случай герпетической инфекции, вызванной вирусом герпеса 1 типа с необычным характером экзантемы. № 2 (64), с. 72–74.

**Четвергова Е.П., Беник А.А., Бондаренко Л.В.** Нехирургический метод лечения хронического апикального периодонтита с применением препарата «Ледермикс». № 2 (64), с. 75–77.

**Буряндина М.М.** Сложности диагностики дилатационной кардиомиопатии в практике врача. № 3 (65), с. 67–70.

**Кучеренко В.С., Хиврич В.Ю.** Резаная рана шеи с повреждением гортаноглотки. № 3 (65), с. 71–74.

**Юдин В.А., Нервичев О.Г., Криволапова Т.П.** Применение сетчатых эндопротезов в реконструктивной хирургии тазового дна в условиях районной больницы. № 4 (66), с. 70–71.

#### **Клиническая лекция**

**Плющенко В.Н.** Здоровье населения: методические подходы к изучению; расчёт, оценка и прогнозирование основных параметров (Продолжение. Начало в № 3, 2014 г.). № 1 (63), с. 85–100.

**Макарова Т.Е., Медведева Е.А.** Легионеллез: клиника, диагностика, лечение. № 1 (63), с. 101–104.

**Плющенко В.Н.** Здоровье населения: методические подходы к изучению; расчёт, оценка и прогнозирование основных параметров (Продолжение. Начало в № 3, 2014 г., № 1, 2015 г.). № 2 (64), с. 78–89.

**Жмеренецкий К.В., Ловрикова М.А.** Атеросклероз: современные представления, принципы диагностики, подходы к лечению дислипидемий. № 2 (64), с. 90–97.

**Сиротина З.В.** Внутритрубная пневмония. № 3 (65), с. 75–80.

**Ткаченко И.В.** Паллиативная помощь детям в России: состояние и перспективы развития. № 4 (66), с. 72–77.

#### **Обзор литературы**

**Воронов В.А.** Аппендэктомия у женщин: поиски оптимального доступа. № 1 (63), с. 105–107.

**Коршняк В.Ю., Рыков А.Г., Воловик В.Е.** Причины расшатывания компонентов эндопротеза тазобедренного сустава в зависимости от способа их фиксации. № 2 (64), с. 98–102.

**Коленко О.В., Сорокин Е.Л.** Тактика офтальмолога при определении способа родоразрешения у беременных женщин с миопией. № 3 (65), с. 81–87.

**Островский А.Б.** Розувастатин – лидер среди статинов по клинической эффективности и безопасности. № 4 (66), с. 78–84.

#### **Фармация**

**Абросимова Н.В., Крюкова И.В.** Правовые основы доступности наркотических анальгетиков. Часть 1: Обзор международного законодательства. № 1 (63), с. 108–111.

**Абросимова Н.В., Крюкова И.В.** Правовые основы доступности наркотических анальгетиков. Часть II: Обзор российского законодательства. № 4 (66), с. 85–88.

**История медицины**

**Крюков И.В.** Подготовка младших и средних медицинских кадров среди гражданского населения на Дальнем Востоке СССР в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. № 1 (63), с. 112–115.

**Убранцев В.А.** Самый лучший курс в институте. № 4 (66), с. 89–90.

**Юбилей**

Расширяя рамки профессии (75 лет К.П. Топалову). № 3 (65), с. 88–89.

**Отзывы, рецензии**

С позиций науки и практики. № 3 (65), с. 90–93.

Патент «Способ дифференциальной диагностики гиперплазии паразитовидных желез у больных с гиперпаратиреозом». № 3 (65), с. 94.

Рецензия на монографию «Поздние эффекты антинеопластической терапии у детей с онкогематологическими заболеваниями». № 3 (65), с. 95–96.

Рецензия на монографию «Влияние геомагнитных возмущений на возникновение тромбозов ретинальных вен у пациентов с гипертонической болезнью». № 4 (66), с. 93–94.

Рецензия на монографию «Проблемы адаптации больных хроническими дерматозами в восстановительной терапии и реабилитации». № 4 (66), с. 94–95.

Патент «Способ лечения больных зимней формой обыкновенного псориаза при средней тяжести и легком течении». № 4 (66), с. 95.

Рецензия на практическое руководство «Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии». № 4 (66), с. 96.

**Приложение**

**Пьянкова Е.Ю., Ушакова О.В.** Актуальные вопросы эндокринологии в Хабаровском крае. № 1 (63), с. 116–119.

**Пьянков И.А., Пьянкова Е.Ю.** Современный подход к комплексному лечению избыточной массы тела, контролю тощей массы в профилактике процессов старения. № 1 (63), с. 120–123.

**Волохова А.М., Ушакова О.В.** Использование заместительной гормональной терапии у женщин в перименопаузе, менопаузе. № 1 (63), с. 124–125.

**Еманова Л.П., Данилова Л.П., Смолякова Г.П.** Современная кортикостероидная пульс-терапия эндокринной офтальмопатии. № 1 (63), с. 126.

**Кравченко И.З., Сорокин Е.Л.** Отдаленная клиническая эффективность собственной

методики органосохранного лечения меланомы хориоидеи. № 1 (63), с. 127.

**Кожемяко О.В., Зейлер Е.И., Голованов Е.Б., Шихмирзаев Т.А., Баранов А.Л.** Актуальные вопросы трансфузиологии Дальневосточного федерального округа. № 2 (64), с. 103–106.

**Бакулина А.Ю.** Анализ организации иммуногематологических исследований крови реципиентов в учреждениях здравоохранения Хабаровского края. Проблемы. Пути решения. № 2 (64), с. 107–108.

**Давидович М.А., Кривоносова Н.В.** NAT-технологии в скрининге донорской крови. Опыт работы ПЦР-лаборатории КГБУЗ «КСПК». № 2 (64), с. 109–110.

**Трусова В.И., Зейлер Е.И., Голованова Л.В.** Исследование качества криоконсервированных при умеренно низких температурах (-25...-38 °С) эритроцитов со сниженной концентрацией глицерина. № 2 (64), с. 111–113.

**Понасенко М.А., Лахова Е.А., Могильникова С.Г.** Методы получения концентрата тромбоцитов. № 2 (64), с. 114–115.

**Чеховский В.М., Буданцева Е.В.** Особенности иммуногематологического обследования больных и реципиентов в ФГУ «301 ВКГ» МО РФ. № 2 (64), с. 116–117.

**Молчанова О.В.** Оптимизация ведения больных с хронической обструктивной болезнью легких в амбулаторных условиях (методическое пособие для специалистов здравоохранения). № 2 (64), с. 118–124.

**Молчанова О.В., Гороховский В.С.** Оптимизация ведения больных с внебольничной пневмонией в условиях стационара (методическое пособие для специалистов здравоохранения). № 2 (64), с. 125–135.

**Молчанова О.В., Поступаева Е.Г.** Оптимизация ведения больных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях (методическое пособие для специалистов здравоохранения). № 3 (65), с. 97–104.

**Молчанова О.В.** Оптимизация ведения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях (информационно-методическое письмо для специалистов здравоохранения). № 3 (65), с. 105–109.

**Информация**

План научно-практических конференций, семинаров, съездов, симпозиумов, конгрессов министерства здравоохранения Хабаровского края на 2016 год. № 4 (66), с. 97–102.

Указатель статей, опубликованных в 2015 году. № 4 (66), с. 103–106.

## 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. Наши рубрики: «Колонка главного редактора»; «Обзор новостей здравоохранения»; «Передовые статьи»; «Экономика и организация здравоохранения»; «Оригинальные исследования»; «Обмен опытом»; «В помощь практическому врачу»; «Среднему медицинскому работнику»; «Клинические наблюдения»; «Клиническая лекция»; «Обзор литературы»; «Фармация»; «История медицины»; «Вопросы образования и повышения квалификации»; «Юбилеи»; «Отзывы, рецензии»; «Информация»; «Приложения».

При изложении методики исследования необходимо сообщать о соблюдении правил проведения работ с использованием экспериментальных животных.

2. Материалы для публикации принимаются и направляются по адресу: КГБОУ ДПО ИПКЗ, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, а также по e-mail: zdravdv@ipks.khv.ru, кроме того, принимаются в каб. 120, первый этаж КГБОУ ДПО ИПКЗ (редакция журнала), с направлением от руководителя организации или научного руководителя на имя главного редактора научно-практического журнала «Здравоохранение Дальнего Востока», ректора ИПКЗ, д.м.н., профессора Чижовой Галины Всеволодовны. На изобретение или рационализаторское предложение представляется один экземпляр копии авторского свидетельства или удостоверения. По всем возникающим вопросам можно обращаться в редакцию по тел. +7 (4212) 27-25-10.

3. В редакцию направляют:

а) отпечатанные первый и второй экземпляры текста статьи на листах формата А4 (210 x 297 мм, поля текста – по 2,5 см с каждой стороны) через один-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 и переносов в середине слова; Enter следует нажимать только в конце абзаца;

б) резюме на русском языке, объемом не более 1/3 страницы, с указанием 3–5 ключевых слов;

в) один экземпляр сопроводительного направления;

г) электронный вариант на CD или DVD-диске, flash-накопителе с текстом и таблицами в формате Word (DOC или RTF), рисунками в форматах TIFF, PSD, JPG (разрешение не ниже 300 dpi) для растровой графики, CDR, AI – для векторной графики. Допустимы таблицы и диаграммы в формате Excel (XLS). Внедренные в Word диаграммы, фотографии, сканированные изображения принимаются только при наличии исходных файлов в указанных форматах.

4. На первой странице статьи должны быть: УДК, ее название, фамилии и инициалы авторов, полное, без сокращений, наименование учреждения. Второй экземпляр статьи подписывается всеми авторами с указанием фамилии, имени, отчества и почтового адреса автора для переписки, а также номеров контактных телефонов. Материал статьи должен быть тщательно выверен, без обширных исторических и литературных сведений, без орфографических ошибок и опечаток. Цитаты, формулы, дозы лекарственных средств визируются на полях. В формулах необходимо пояснять:

а) строчные и прописные буквы (прописные обозначают двумя черточками снизу, строчные – сверху);

б) латинские (подчеркивают синим карандашом) и греческие (красным) буквы;

в) подстрочные и надстрочные индексы, диакритические знаки, дополнительные символы.

5. Иллюстрации (фотографии, графики, схемы, карты и др.) представляют в черно-белом варианте в двух экземплярах. Фотографии должны иметь контрастное изображение на плотной гладкой бумаге, без изгибов и повреждений. Рисунки, схемы и карты исполняются 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 должны быть компактными, иметь название, а головка (шапка) таблицы – точно соответствовать содержанию граф. Цифровой материал необходимо представить статистически обработанным. Фототаблицы не принимаются.

7. Сокращения терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Названия фирм, предприятий – изготовителей медикаментов, реактивов и аппаратуры следует давать в оригинальной транскрипции с указанием страны-производителя. Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ).

8. Пристатейный библиографический список печатают на отдельном листе. Представляют только относящиеся к обсуждаемому вопросу работы на русском и других языках. Список должен быть оформлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическое описание документа» с учетом новейших изменений и дополнений. 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 (исключение составляют материалы, направляемые в рубрику «Обзор литературы»). Не следует включать в список источники, на которые нет ссылок в тексте.

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; изменения согласовываются с автором. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу. Ответственным секретарем редакции на основе рецензии автору/ам сообщается оценка: статья принимается в порядке очереди к публикации; статья может быть опубликована после доработки (с учетом замечаний – даются рекомендации по доработке); статья не принимается к опубликованию (указываются причины такого решения). Статьи, не принятые к опубликованию, авторам не возвращаются. В этом случае редакция направляет автору мотивированный отказ.

11. Работы аспирантов и соискателей публикуются бесплатно, при этом необходимо направление от научного руководителя. Статьи, имеющие характер «заказных», целью которых является информирование о конкретном препарате (приборе, услуге), его продвижение с целью получения выгоды производителем, публикуются на платной основе с пометкой «На правах рекламы».

12. Авторы с редакцией заключают договор на авторское право. Редакция оставляет за собой право размещать фрагменты статей, резюме и библиографические списки в массовых электронных базах данных и на web-страницах. Номера журнала размещаются в электронной библиотеке e:Library <http://elibrary.ru>. Полные тексты номеров журнала размещаются на сайте ИПКЗ <http://www.ipks.ru/> в закладке «Редакционно-издательская деятельность» или по ссылке ИПКЗ

При невыполнении указанных правил статьи к публикации не принимаются..

**Редакция**

ДЛЯ ЗАМЕТОК

---

---

---