

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

ISSN 1728-1261



Кардиологическая помощь населению
Хабаровского края: состояние
и тенденции

с. 4



Обследование и лечение бесплодия
на территории Хабаровского края

с. 18



Исаак Соломонович Жоров
(К 120-летию создателя первой
советской анестезиологической школы)

с. 76

№ 3 (77) октябрь 2018 г.



1
сентября

*Поздравляю
слушателей,
преподавателей
и сотрудников
ИПКСЗ
с началом
нового учебного года!*



ISSN 1728-1261

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

Издаётся с 2002 года. Выходит 1 раз в три месяца

№ 3 (77), октябрь 2018 г.

Дата выхода в свет: 09.10.2018

Главный редактор:

Г.В. Чижова, *засл. врач РФ, д.м.н., профессор*

Редакционная коллегия:

В.Е. Воловик, *зам. глав. редактора, засл. работник здравоохранения РФ, д.м.н., профессор, академик РАЕ, чл.-корр. РАЕН*

В.В. Егоров, *засл. врач РФ, д.м.н., профессор, академик РАЕН*

С.М. Колесникова, *к.м.н., доцент*

О.В. Молчанова, *д.м.н., доцент*

В.М. Савкова, *к.ф.н., доцент*

Редакционный научно-общественный совет:

В.Н. Карпенко, *засл. врач РФ (г. Петропавловск-Камчатский)*

Г.А. Пальшин, *д.м.н., профессор (г. Якутск)*

В.С. Ступак, *д.м.н. (г. Москва)*

Д.А. Сычев, *д.м.н., профессор (г. Москва)*

Zhang Fengmin, *д.м.н., профессор (г. Харбин, КНР)*

Masanobu Kobayashi, *д.м.н., профессор (г. Саппоро, Япония)*

Marius M. Scarlat, *д.м.н., профессор (г. Тулон, Франция)*

Выпускающий редактор:

В.Н. Лебедев

Дизайн, верстка:

О.Ф. Вальченко

Фото на обложку:

Н.З. Шелепенко

Переводчики:

А.В. Козлов

А.В. Литвинов

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

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 87 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; <http://zdravdv.ucoz.ru>

© КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

ISSN 1728-1261

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

№ 3 (77), October 2018 г.

Chief Editor:

G.V. Chizhova, *Physician Emeritus of Russian Federation, MD, PhD, DM, Professor*

Editorial Board:

V.E. Volovik, *Deputy editor, Public Health Worker Emeritus
of Russian Federation, MD, PhD, DM, Professor*

V.V. Egorov, *Physician Emeritus of Russian Federation, MD, PhD, DM, Professor*

S.M. Kolesnikova, *MD, PhD, assistant professor*

O.V. Molchanova, *MD, PhD, Dr.Sc, assistant professor*

V.M. Savkova, *MD, PhD (Pharmacy), assistant professor*

Science and Advisory Board:

V.N. Karpenko, *Physician Emeritus of Russian Federation (Petropavlovsk-Kamchatskiy)*

G.A. Palshin, *MD, PhD, DM, Professor (Yakutsk)*

V.S. Stupak, *MD, PhD, Dr.Sc (Moscow)*

D.A. Sychev, *MD, PhD, DM, Professor (Moscow)*

Zhang Fengmin, *MD, PhD, Professor (Harbin, China)*

Masanobu Kobayashi, *MD, PhD, Professor (Sapporo, Japan)*

Marius M. Scarlat, *MD, PhD, Professor (Toulon, France)*

Executive Editor:

V.N. Lebedev

Designer:

O.F. Valchenko

Cover photo:

N.Z. Shelepenko

Interpreters:

A.V. Kozlov

A.V. Litvinov

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

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 87 copies. Free price

Registration certificate

ПИ № ТУ27-00546 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; <http://zdravdv.ucoz.ru>

© Postgraduate Institute for Public Health Workers

I. ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

К.П. Топалов, Т.В. Зайцева, Т.Г. Трембач
Кардиологическая помощь населению
Хабаровского края: состояние и тенденции 4

В.В. Егоров, Е.Л. Сорокин
Реорганизация научной деятельности
для выполнения целевых показателей
в Хабаровском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова»..... 13

II. ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.В. Новикова, Г.В. Чижова
Обследование и лечение бесплодия
на территории Хабаровского края..... 18

Е.Г. Гандурова, О.А. Димова, В.Н. Кораблев
Первый опыт реализации проекта
«Бережливое производство» в условиях
городской поликлиники 21

М.Г. Сверedyuk
Необходимость повышения правовых
знаний медицинских работников с учетом
пациент-ориентированного подхода
в законодательстве об охране здоровья.
Роль образовательного процесса в обеспечении
правовой подготовки врачей
и средних медицинских работников..... 25

**Т.Н. Каравянская, Н.В. Соболенко,
О.А. Бищук, Т.Е. Макарова, Е.А. Медведева**
Заболееваемость природно-очаговыми
и зооантропонозными инфекциями
в Хабаровском крае в 2017 году 29

С.В. Симонова, К.П. Топалов
Медицинские и социальные аспекты
качества населения Амурского района 32

III. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**В.В. Егоров, В.В. Ли, Г.П. Смолякова,
О.И. Кашура**
Клиническое обоснование нового тактического
подхода к проведению склероукрепляющих
операций у детей с прогрессирующей
миопией 38

А.В. Антонов, В.Е. Воловик, Е.В. Квитченко
Возможности артроскопии тазобедренного
сустава при асептическом некрозе головки
бедренной кости..... 41

I. EDITORIAL

K.P. Topalov, T.V. Zaitseva, T.G. Tryembach
Cardiological health care for the population of the
Khabarovsk Krai: current status and trends 4

V.V. Egorov, E.L. Sorokin
Reorganization of scientific activity for realization
target indicators in the Khabarovsk branch
of the «S.N. Fedorov National Medical Research
Center «MNTK «Eye Microsurgery» 13

II. ECONOMICS AND HEALTHCARE MANAGEMENT

N.V. Novikova, G.V. Chizhova
Medical examination and treatment of infertility
at Khabarovsk Krai territory 18

E.G. Gandurova, O.A. Dimova, V.N. Korablev
First experience of the
«Economical production» project realization
in the city polyclinic 21

M.G. Sveredyuk
The need to improve the legal knowledge
of health professionals, taking into account
the patient-centered approach in health care
legislation. The role of the educational
process in providing legal training
for doctors and medical nurses 25

**T.N. Karavyanskaya, N.V. Sobolyenko,
O.A. Bishchuk, T.Ye. Makarova,
Ye.A. Myedvyedeva**
Morbidity of natural focal and zoonanthropous
infections in Khabarovsk Krai in 2017 29

S.V. Simonova, K.P. Topalov
Medical and social aspects of population quality
of Amursky District of Khabarovsk Krai 32

III. ORIGINAL RESEARCH

**V.V. Egorov, V.V. Li, G.P. Smoliakova,
O.I. Kashura**
Clinical substantiation of new tactical
approach scleral reinforcement surgery
in children with progressive
myopia 38

A.V. Antonov, V.Ye. Volovik, Ye.V. Kvitchyenko
The possibilities hip arthroscopy in case
of aseptic necrosis of femoral head..... 41

IV. ОБМЕН ОПЫТОМ

- В.Д. Потопяк, О.А. Серпова, И.А. Коренева, И.В. Торшина, В.Г. Беседина, А.В. Шушаков**
Гиперестезия зубов. Причины. Симптомы.
Рекомендации пациентам 45

V. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Э.В. Смирнова, Д.С. Долока, С.А. Серегин**
Отдаленные результаты лечения лейомиомы
матки методом фокусированной ультразвуковой
абляции под контролем магнитно-резонансной
томографии 50

В.Ю. Тарасевич

- Результаты внедрения в практику
здравоохранения г. Хабаровска новых
технологий диагностики и терапии
аллергических заболеваний у детей 55

VI. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

- Г.В. Чижова, М.В. Ступак, Ю.Н. Бердаков, М.А. Губченко, Ю.Н. Колесников, О.А. Муравьева**
Клинический опыт лечения пациентки
с сочетанием маточной и шейной
беременности с сохранением репродуктивной
функции 59

- З.В. Сиротина, В.В. Филиппова**
Фенилкетонурия (клинический случай)..... 61

- Н.М. Климкович, Н.М. Александрова, Е.Г. Переславцева, Е.В. Звонарева**
Диагностика гипертиреоза по результатам
лабораторного скрининга в г. Хабаровске.
Случай болезни Грейвса 65

- Т.А. Щербаносова, А.В. Литвинов, Л.Г. Трофимчук**
Психосоматические и соматоформные
расстройства 69

- Е.А. Масько, Н.А. Шац, Л.В. Бондаренко, В.А. Кравченко**
Клинический случай вульгарной пузырчатки
с поражением тканей полости рта 72

VII. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

- Е.С. Ким, В.В. Унжаков**
Исаак Соломонович Жоров
(К 120-летию создателя первой советской
анестезиологической школы) 76

IV. SHARING EXPERIENCES

- V.D. Potopyak, O.A. Syerpova, I.A. Koryenyeva, I.V. Torshina, V.G. Besyedina A.V. Shushakov**
Dental hyperesthesia. Causes. Symptoms.
Recommendations for patients 45

V. AS ASSISTANCE FOR PRACTITIONER

- E.V. Smirnova, D.S. Doloka, S.A. Seryogin**
Remote results of the uterus leiomyoma
treatment by the ultrasonic focused ablation
method under MRI control 50

V.Yu. Tarasevich

- Results of introduction of new technologies
of diagnostics and therapy of allergic diseases in
children into the practice of public health
of Khabarovsk 55

VI. CLINICAL IMPRESSIONS

- G.V. Chizhova, M.V. Stupak, Yu.N. Berdakov, M.A. Gubchenko, Yu.N. Kolesnikov, O.A. Muravyova**
Clinical experience of treatment of the patient
with a combination of uterine and cervical
pregnancy with preservation of reproductive
function 59

- Z.V. Sirotina, V.V. Filippova**
Phenylketonuria (clinical case)..... 61

- N.M. Klimkovich, N.M. Aleksandrova, E.G. Pereslavitseva, E.V. Zvonareva**
Hyperthyroidism diagnosis based upon laboratory
screening results in Khabarovsk city. Clinical case
of Graves disease..... 65

- T.A. Scherbonosova, A.V. Litvinov, L.G. Trofimchuk**
Psychosomatic and somatoform disorders 69

- Ye.A. Masko, N.A. Shats, L.V. Bondaryenko, V.A. Kravchyenko**
A clinical case of a pemphigus vulgaris
with a lesion of oral cavity tissues 72

VII. HISTORY OF MEDICINE

- E.S. Kim, V.V. Unzhakov**
Isaac Solomonovich Zhorov (on the occasion
of 120th anniversary of the birth of the founder
of the first Soviet Anesthesiological School) 76

УДК 616.12-082(571.620)

Кардиологическая помощь населению Хабаровского края: состояние и тенденции

К.П. Топалов¹, Т.В. Зайцева², Т.Г. Трембач³

¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. профессора С.И. Сергеева МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 39-04-05; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³КГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» МЗ ХК, 680000, г. Хабаровск, ул. Истомина, 51; тел. +7 (4212) 91-01-90; e-mail: mail@miac.medkhv.ru

Cardiological health care for the population of the Khabarovsk Krai: current status and trends

K.P. Topalov¹, T.V. Zaitseva², T.G. Tryembach³

¹Postgraduate Institute for Public Health Workers under Ministry of Health of Khabarovsk Krai, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

²Regional Clinical Hospital No. 1 named after professor S.I. Sergeyev under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 39-04-05; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³Medical Information-Analytical Center under Ministry of Health of Khabarovsk Krai, 680000, Khabarovsk, ul. Istomina, 51; tel. +7 (4212) 91-01-90; e-mail: mail@miac.medkhv.ru

Изучены показатели заболеваемости населения Хабаровского края болезнями системы кровообращения и смертность от них в 2006–2017 годах. Установлено, что болезни системы кровообращения и смертность от них являются основной составляющей проблемы в региональной системе здравоохранения.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, смертность населения от болезней системы кровообращения, качество населения.

The incidence rates of the population of the Khabarovsk Krai with diseases of the circulatory system and mortality related to the abovementioned diseases in 2006–2017 have been studied. Studies have shown that the diseases of the circulatory system and mortality related to these diseases are the main component in the regional health care system.

Key words: diseases of the circulatory system, mortality of the population related to the diseases of the circulatory system, population quality.

Болезни системы кровообращения (БСК) остаются до настоящего времени актуальной проблемой регионального здравоохранения, несмотря на определенные успехи в области диагностики и лечения больных с данной патологией. Высокий уровень заболеваемости населения Хабаровского края и смертности от этого класса болезней обусловлен следующими факторами: старением населения; нарастающей индустриализацией общества, усилением информационной нагрузки на человека, что способствует снижению физической активности населения, росту эмоционального напряжения; нерациональным питанием; снижением уровня жизни; ростом воздействия экологических причин на человеческий организм.

Из шести основных показателей, характеризующих положение основных классов заболеваний в системе здравоохранения, БСК занимают первое место [8]. Отечественные и зарубежные исследователи подчеркивают, что внедрение высокотехнологических видов терапевтической помощи, огромное число баллонных ангиопластик и операций аортокоронарного шунтирования как средства первой линии для борьбы с БСК не оправдались [2, 8].

Цель исследования

Оценить роль БСК в формировании качества населения, проживающего на территории Хабаровского края, определить тенденции в состоянии здоровья части населения, которая страдает заболеваниями системы кровообращения.

Материал и методы

Предметом исследования послужили сводные годовые отчеты о деятельности медицинских организаций Хабаровского края, подготовленные КГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ) за 2006–2017 годы. Анализу были подвергнуты статистические сборники, выпускаемые Росстатом по РФ, за 2006–2017 годы. Из приведенных источников брались абсолютные значения изучаемых явлений, которые подвергались обработке методами медицинской статистики. Результаты исследования были обработаны методами вариационного, корреляционного анализа, динамические ряды – методом наименьших квадратов с использованием численности населения по данным Росстата.

На основе Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» была разработана Федеральная целевая программа «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации». В Хабаровском крае распоряжением министерства здравоохранения Хабаровского края от 30.07.2012 года № 782 утверждена Программа совершенствования медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями на территории Хабаровского края на 2012–2015 годы. Согласно этому документу организованы региональный сосудистый центр (РСЦ) на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», два первичных сосудистых центра (ПСЦ) на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева и КГБУЗ «Городская клиническая больница № 7» в Комсомольске-на-Амуре [3]. Была разработана схема маршрутизации пациентов (рис. 1).

Основной задачей названных сосудистых центров в Хабаровском крае явилась организация специализированной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST или без подъема сегмента ST.

В структуру ОКС вошли такие заболевания, как нестабильная стенокардия (I20.0), острый инфаркт миокарда (I21), повторный инфаркт миокарда (I22), другие формы острых ишемических болезней (I24). Помимо этого специалисты сосудистых центров оказывают специализированную помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК), которые представлены переходящими транзиторными церебральными ишемическими приступами (атаками) и род-

ственными синдромами (G45), субарахноидальным кровоизлиянием (I60), внутримозговым и другими внутричерепными кровоизлияниями (I61, I62), инфарктом мозга (I63), инсультом, не уточненным как кровоизлияние или инфаркт (I64).

Изучаемый период развития кардиологической помощи населению края был поделен на две части: первая охватывает 2006–2011 годы – период действия национального проекта «Здоровье», модернизации системы здравоохранения. Вторая часть охватывает 2012–2017 годы – период действия майских указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года.

Результаты исследования

На 1 января 2018 года численность населения Хабаровского края составила 1 328 302 человека. За 2004–2018 годы она сократилась на 3,48 %, при этом ежегодный темп убыли составил 0,28 %. За этот период население в Дальневосточном округе (ДФО) уменьшилось на 4,57 %, ежегодный темп убыли составил 0,45 %.

В 2018 году численность населения РФ превысила уровень 2006 года на 3 643 850 человек (2,54 %). Снижение численности населения РФ наблюдалось до 2009 года (0,35 %), при этом ежегодные темпы убыли составили 0,11 %. С 2009 года отмечен рост численности населения на 2,9 % за счет улучшения демографической ситуации, присоединения Крыма со средними темпами роста в 0,52 %.

Одной из важных характеристик качества населения является индекс старения – отношение числа лиц старше 60 лет к детскому населению в возрасте 0–14 лет. За 12 лет (2006–2017) на территории Хабаровского края

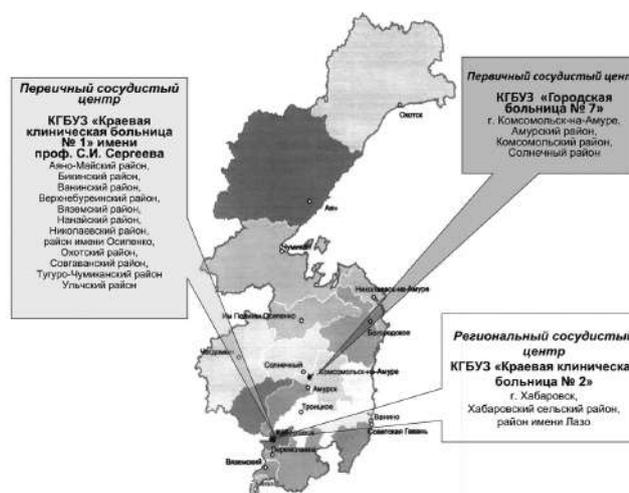


Рис. 1. Схема маршрутизации пациентов в сосудистые центры края

отмечен рост индекса старения на 14,26 % с ежегодными темпами роста в 1,05 %. В РФ и ДФО за это время – 4,38 % и 25,37 % соответственно со средними темпами роста в 0,32 и 9,82 %. На 1 января 2017 года индекс старения населения в крае составил 108,75 %, что на 8,8 % ниже федерального значения (119,29 %), но выше окружного на 11,1 % (97,91 %). В перспективе при нынешней ситуации региональные показатели старения населения превысят федеральные значения через 5–6 лет.

Показатели общей заболеваемости населения края всеми болезнями (по данным обрабатываемости в медицинские организации) имеют устойчивую тенденцию к росту (3,57 % по сравнению с 2006 годом). Однако за этот период общая заболеваемость населения от всех причин снижалась ежегодно на 0,30 %. Средние темпы роста общей заболеваемости населения края болезнями системы кровообращения составили 2,02 %, что значительно превышает ежегодные изменения показателей общей заболеваемости краевого населения от всех причин. За 2006–2017 годы показатели общей заболеваемости населения БСК выросли на 39,30 %. За этот период в РФ и ДФО заболеваемость БСК выросла на 15,91 % и 18,07 % соответственно. Средние темпы роста общей заболеваемости населения БСК в крае (2,02 %) оказались выше российских (1,10 %) и окружных (1,28 %) значений на 83,6 % и 57,8 % соответственно.

Изучение возрастных показателей общей заболеваемости БСК показало, что среди детей в возрасте 0–14 лет наблюдается снижение этих показателей по сравнению с 2006 годом на уровне краевых, окружных и федеральных значений (30,42 %, 8,96 % и 13,33 % соответственно). Среди подростков в возрасте 15–17 лет и взрослого населения старше 18 лет Хабаровского края показатели общей заболеваемости БСК выросли на 36,25 % и 42,15 % соответственно. Аналогичная ситуация наблюдается в РФ и ДФО – рост среди подростков на 21,77 % и 23,71 % соответственно; среди взрослого населения старше 18 лет на 17,48 % и 19,21 % соответственно.

При изучении общей заболеваемости населения БСК в зависимости от двух рассматриваемых периодов и территории проживания установлено, что средние показатели заболеваемости населения БСК в 2012–2017 годах оказались выше средних аналогичных значений за 2006–2011 годы (рис. 2).

Общая заболеваемость населения Хабаровского края БСК оказалась самой низкой по сравнению с аналогичными показателями заболеваемости по РФ и ДФО, за исключением

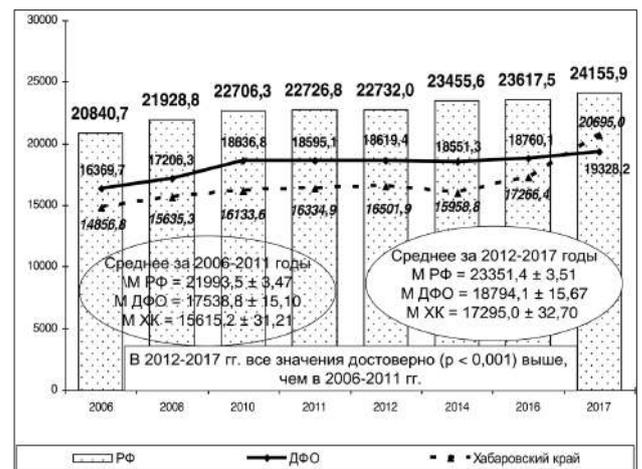


Рис. 2. Общая заболеваемость населения РФ, ДФО и Хабаровского края болезнями системы кровообращения на 100 000 человек по данным Росстата

2017 года, когда краевой показатель заболеваемости населения БСК (20695,0 ± 35,1 случая на 100 000 населения) превысил окружное значение (19328,2 ± 15,9 случая) на 7,1 % ($p < 0,001$; $t = 35,5$).

Общая заболеваемость подростков и взрослых старше 18 лет БСК в течение 2006–2017 годов выросла на 36,25 % и 42,15 % соответственно. Показатели общей заболеваемости БСК среди детей в возрасте 0–14 лет снизились на 30,42 %.

Аналогичная ситуация с общей заболеваемостью БСК отмечена на федеральном и окружном уровнях – снижение показателей среди детей в возрасте 0–14 лет на 13,33 % и 8,96 % соответственно и рост общей заболеваемости БСК среди подростков и взрослых старше 18 лет на 21,77 %, 23,71 %, 17,48 % и 19,21 % соответственно.

Обращаемость населения края по поводу общей заболеваемости в медицинские организации (МО) увеличилась за 12 лет на 2,68 %, в том числе по поводу болезней системы кровообращения – на 2,48 % (сводная годовая форма 30 «Сведения о медицинской организации»).

С учетом представленных нами разных периодов изучения общей заболеваемости населения БСК в зависимости от территории проживания мы провели анализ данной заболеваемости за 2006–2017 годы. Оказалось, что тенденция более низких показателей общей заболеваемости населения края сохраняется по сравнению с РФ и ДФО. Корреляционной связи между краевыми показателями общей заболеваемости населения БСК и федеральными значениями не имеется. С окружными показателями краевые показатели общей заболеваемости населения БСК имеют средней степени корреляционную связь ($0,31 \pm 0,079$).

Сохраняется высокой степени корреляционная связь между федеральными и окружными значениями общей заболеваемости населения БСК ($0,86 \pm 0,042$).

С учетом организации сосудистых центров и районов их обслуживания (так называемая маршрутизация пациентов с сердечной патологией) увеличилась на протяжении 2010–2017 годов общая заболеваемость населения в районе обслуживания РСЦ на 21,4 %, с $17\,868,5 \pm 45,6$ до $21\,700,7 \pm 47,6$ случая на 100 000 населения. В ПСЦ на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева общая заболеваемость прикрепленного населения БСК увеличилась за этот период на 27,7 %, с $14\,392,8 \pm 70,7$ до $18\,382,5 \pm 83,3$ случая на 100 000 прикрепленного населения. Общая заболеваемость населения БСК в районе ПСЦ Комсомольска-на-Амуре выросла на 36,4 %, с $15\,475,6 \pm 57,5$ до $21\,105,7 \pm 67,2$ случая на 100 000 прикрепленного населения. Наше исследование свидетельствует о более высоком уровне общей заболеваемости населения БСК в городах и близлежащих районах.

Первичная заболеваемость населения Хабаровского края от всех причин снизилась на 2,86 % в течение 2006–2017 годов. Ежегодные показатели первичной заболеваемости населения края от всех причин уменьшались на 0,85 %. Имеется высокой степени интенсивности корреляционная связь между первичной и общей заболеваемостью населения ($0,88 \pm 0,047$).

В РФ первичная заболеваемость населения по сравнению с 2006 годом выросла на 2,40 %, при этом средние темпы роста заболеваемости от всех причин составили 0,21 %. В ДФО за этот период данная заболеваемость выросла на 2,35 %, однако на протяжении наблюдаемого времени отмечено снижение средних темпов роста до 0,11 %.

С первичной заболеваемостью населения края БСК ситуация оказалась противоположной. В течение 2010–2017 годов значительно выросла первичная заболеваемость населения БСК, которое обслуживается ПСЦ Комсомольска-на-Амуре (на 89,4 %) и ПСЦ на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева (74,6 %). В районе РСЦ первичная заболеваемость прикрепленного населения БСК повысилась на 58,2 %.

Ежегодные темпы роста первичной заболеваемости населения края всеми болезнями за 2006–2017 годы оказались отрицательными ($-0,85$ %); за этот период ежегодные темпы роста болезней системы кровообращения с впервые установленным диагнозом среди населения края составили 4,15 % (рост пер-

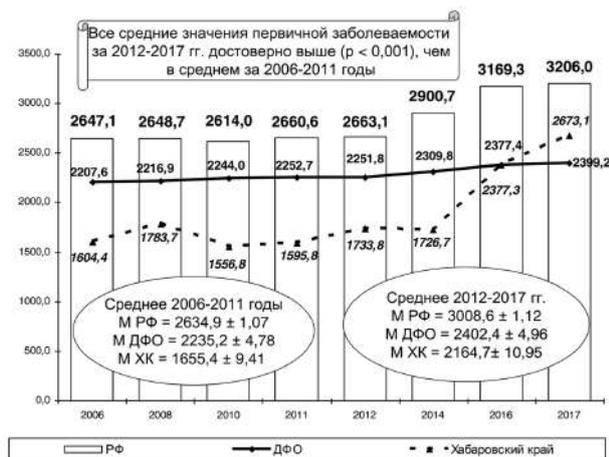


Рис. 3. Первичная заболеваемость населения РФ, ДФО и Хабаровского края болезнями системы кровообращения на 100 000 человек по данным Росстата

вичной заболеваемости БСК – почти в 5 раз). Темпы роста первичной заболеваемости населения БСК в крае (рис. 3) оказались выше российских (2,10 %) и окружных (0,92 %) значений на 97,6 % и в 4,5 раза соответственно.

При анализе показателей первичной заболеваемости населения БСК за 2006–2017 годы оказалось, что средние показатели первичной заболеваемости населения БСК в крае достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в 2006–2011 годах (рис. 3). Первичная заболеваемость населения Хабаровского края в среднем за 2012–2017 годы ($2164,7 \pm 10,95$ случая на 100 000 населения) оказалась ниже российских (на 28,0 %, $3008,6 \pm 1,12$ случая) и окружных (на 9,9 %, $2402,4 \pm 4,96$ случая) значений. Имеется низкой степени корреляционная связь между краевыми показателями первичной заболеваемости населения БСК и федеральными значениями ($0,17 \pm 0,082$). С окружными значениями краевые показатели первичной заболеваемости населения БСК имеют корреляционную связь высокой интенсивности ($0,74 \pm 0,056$) при условии сохранения высокой степени корреляционной связи между федеральными и окружными значениями ($0,75 \pm 0,066$).

Проведенный корреляционный анализ показал, что общая заболеваемость населения БСК имеет устойчивую связь с возрастным составом лиц, проживающих на территории Хабаровского края, особенно с лицами старше 60 лет ($0,76 \pm 0,065$). Подобная ситуация наблюдается на федеральном и окружном уровнях – $0,97 \pm 0,026$ и $0,94 \pm 0,035$ соответственно.

Аналогичная ситуация отмечена в отношении первичной заболеваемости населения БСК как в Хабаровском крае, так в РФ и ДФО. Корреляционная связь первичной краевой заболеваемости населения БСК с лицами старше

60 лет составила $0,73 \pm 0,069$. На уровне РФ и ДФО эта связь оказалась равной $0,93 \pm 0,036$ и $0,57 \pm 0,082$ соответственно.

Изучение заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет болезнями системы кровообращения показало, что на протяжении последних 8 лет (2010–2017) наблюдается снижение общей и первичной заболеваемости БСК (рис. 4).

Имеется корреляционная связь сильной степени между общей и первичной заболеваемостью детей ($0,90 \pm 0,043$). Сохраняется средней степени корреляционная связь между частотой диспансеризации и общей заболеваемостью, первичной заболеваемостью и частотой диспансеризации ($0,52 \pm 0,086$ и $0,37 \pm 0,093$), при этом корреляция была менее выраженной с первичной заболеваемостью.

На протяжении 2010–2017 годов средние темпы снижения общей и первичной заболеваемости детей 0–14 лет и частоты диспансерного наблюдения составили 5,73 %, 5,79 % и 5,36 % соответственно.

Учитывая значительный разброс интенсивных показателей, мы выделили два периода: 2010–2013 и 2014–2017 годы. Оказалось, что средние показатели общей, первичной заболеваемости и частоты диспансеризации детей с кардиологической патологией оказались ниже, чем в 2010–2013 годы.

Общая заболеваемость подростков 15–17 лет на протяжении последних восьми лет (2010–2017) уменьшилась на 3,3 % и составила в 2017 году $4186,4 \pm 108,5$ случая на 100 000 соответствующего возраста (рис. 5).

Этот краевой показатель общей заболеваемости подростков БСК в 2017 году оказался ниже федерального значения ($5448,8 \pm 11,31$ случая) на 23,2 % и выше окружного показате-

ля ($3946,7 \pm 45,99$ случая на 100 000 соответствующего возраста) на 6,1 %. Учитывая разброс интенсивных показателей первичной заболеваемости подростков БСК, решено сравнить средние значения изучаемых показателей за два периода: 2010–2013 и 2014–2017 годы. Оказалось, что уровень общей заболеваемости подростков БСК и частоты диспансерного наблюдения за данной патологией в 2014–2017 годах достоверно ($p < 0,05$) снизился с $4413,2 \pm 101,19$ до $4040,9 \pm 106,74$ случая на 100 000 соответствующего возраста и с $2232,9 \pm 76,16$ до $1986,2 \pm 30,8$ случая на 100 000 подростков соответственно. Показатели первичной заболеваемости подростков БСК в эти сроки наблюдения остаются практически на одном уровне: $1268,0 \pm 56,76$ и $1172,4 \pm 58,35$ случая на 100 000 соответствующего возраста.

Особый интерес вызывает изучение заболеваемости взрослого населения БСК. Так, за 2006–2017 годы общая и первичная заболеваемость населения Хабаровского края выросла на 42,15 % и 76,76 % соответственно. В РФ и ДФО этот рост был менее значимым; так, для общей заболеваемости населения БСК он составил 17,48 % и 19,21 %, для первичной – 25,55 % и 11,49 % соответственно. Средний темп роста общей заболеваемости населения края за этот период изучения составил 2,27 %, что на 77,3 % выше федерального показателя (1,28 %) и на 58,7 % выше окружного (1,43 %). Средние темпы роста первичной заболеваемости населения БСК были более высокими, чем при общей заболеваемости. В Хабаровском крае ежегодно первичная заболеваемость населения БСК увеличивалась на 4,75 %, в то время как в РФ и ДФО этот рост составил 2,55 % и 1,25 % соответственно.

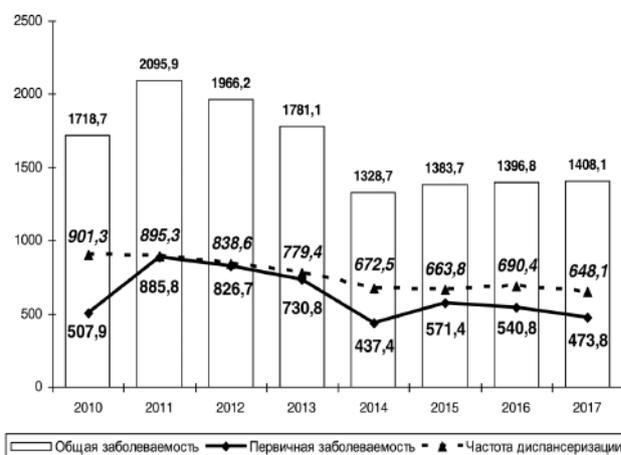


Рис. 4. Общая и первичная заболеваемость детей Хабаровского края в возрасте 0–14 лет БСК на 100 000 соответствующего населения по данным МИАЦ (сводная форма 12)

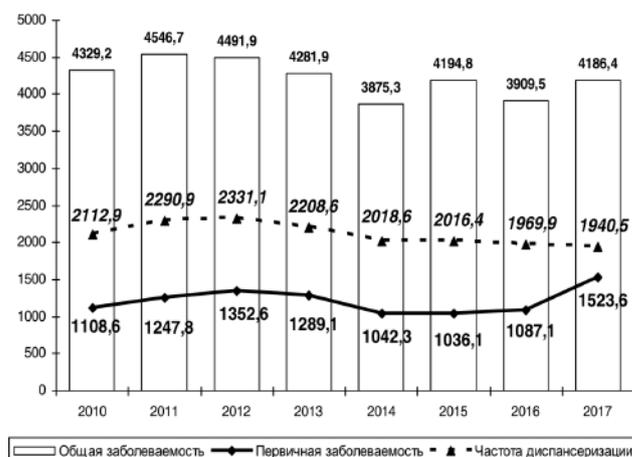


Рис. 5. Общая и первичная заболеваемость подростков Хабаровского края в возрасте 15–17 лет БСК на 100 000 соответствующего населения по данным МИАЦ (сводная форма 12)

Имеется высокой интенсивности корреляционная связь между показателями общей и первичной заболеваемости населения края БСК ($0,83 \pm 0,055$). Аналогичная ситуация в РФ и ДФО, где корреляционная связь равнялась $0,85 \pm 0,052$ и $0,56 \pm 0,052$ соответственно. Отмеченные изменения в краевых показателях общей и первичной заболеваемости населения БСК соответствуют тем процессам, которые наблюдаются в РФ и ДФО. Корреляционные связи между краевыми показателями и федеральными и окружными значениями достигают высокой интенсивности как в отношении общей заболеваемости, так и первичной заболеваемости населения БСК ($0,84 \pm 0,055$ и $0,91 \pm 0,042$ соответственно по отношению к РФ и $0,77 \pm 0,064$ и $0,75 \pm 0,066$ соответственно по отношению к ДФО).

В связи с разбросом интенсивных показателей по заболеваемости взрослого населения БСК было решено выделить два периода наблюдения: 2010–2013 и 2014–2017 годы с вычислением среднего значения и сравнить наблюдаемую тенденцию в общей и первичной заболеваемости населения края БСК. Оказалось, что в 2014–2017 годах с учетом проводимых мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, рационального питания среди населения края отмечен достоверный рост как общей, так и первичной заболеваемости населения БСК [4]. Так, показатели общей заболеваемости населения БСК увеличились с $19\,537,6 \pm 37,80$ до $21\,552,1 \pm 39,67$ случая на 100 000 соответствующего возраста; показатели первичной заболеваемости с $2045,4 \pm 13,66$ до $2607,9 \pm 15,37$ случая на 100 000 взрослого населения соответственно. Уровень диспансеризации взрослого населения края в 2010–2017

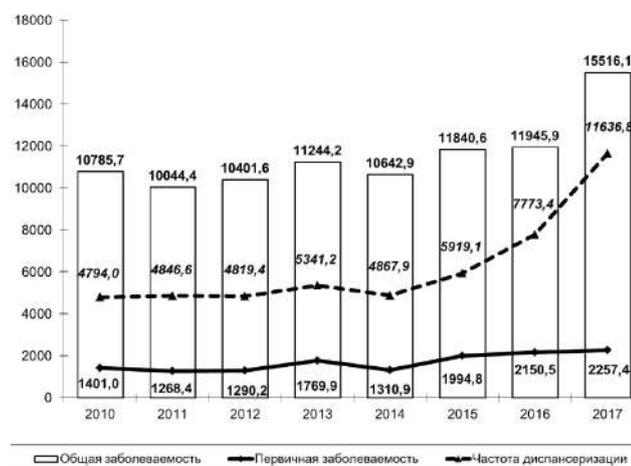


Рис. 6. Общая и первичная заболеваемость лиц трудоспособного возраста БСК в Хабаровском крае на 100 000 соответствующего населения по данным МИАЦ (сводная форма 12)

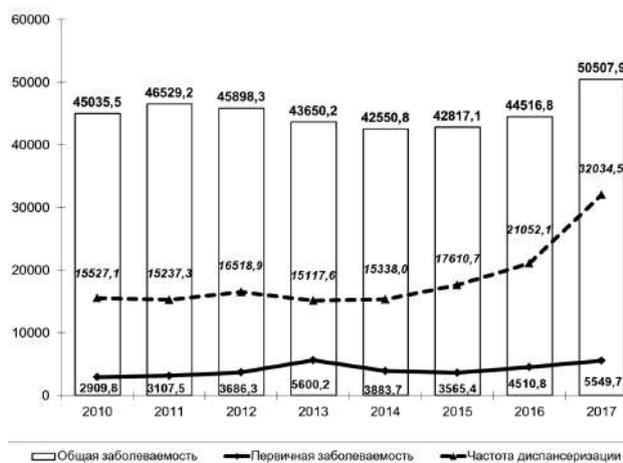


Рис. 7. Общая и первичная заболеваемость лиц старше трудоспособного возраста БСК в Хабаровском крае на 100 000 соответствующего населения по данным МИАЦ (сводная форма 12)

годах увеличился на 48,42 %, с $7718,3 \pm 25,78$ до $11455,6 \pm 30,77$ случая на 100 000 соответствующего возраста. Охват диспансерным наблюдением взрослого населения в 2016 году (54,7 %) оказался в Хабаровском крае выше на 11,4 %, чем в РФ (49,1 %).

Общая и первичная заболеваемость населения БСК в трудоспособном возрасте в течение 2010–2017 годов выросла на 17,40 % и 34,41 % соответственно (рис. 6). Средние значения общей и первичной заболеваемости в 2010–2013 и 2014–2017 годах выросли с $10\,616,4 \pm 34,08$ до $12\,464,0 \pm 37,51$ случая и с $1430,8 \pm 13,14$ до $1923,1 \pm 15,60$ случая на 100 000 населения соответственно. Значительно выросла частота диспансеризации лиц трудоспособного возраста: с $4948,0 \pm 24,06$ до $7522,7$ случая на 100 000 населения соответствующего возраста. Подчеркнута важность пропаганды здорового образа жизни [4, 5], приверженности пациентов на амбулаторном этапе к кардиотропной терапии [6].

Рост общей и первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста была менее значимым, чем в трудоспособном возрасте. Так, общая заболеваемость населения БСК выросла только на 1,38 %, первичная заболеваемость БСК в этом возрасте – на 16,78 % (рис. 7).

Охват лиц старше трудоспособного возраста диспансерным наблюдением повысился в 2014–2017 годах по сравнению с 2010–2013 годами до 38,15 %.

Уровень диспансеризации лиц этого возраста увеличился на 38,15 %, с $15\,600,6 \pm 67,90$ до $21\,552,5 \pm 75,0$ случая на 100 000 соответствующего возраста (рис. 7).

Согласно рекомендациям [5] были изучены корреляционные связи БСК с другой соматической патологией. Общая заболеваемость

взрослого населения края БСК имеет корреляционную связь высокой степени интенсивности с патологией эндокринной системы ($0,95 \pm 0,031$), особенно с сахарным диабетом и ожирением ($0,80 \pm 0,060$ и $0,84 \pm 0,055$ соответственно). Первичная заболеваемость взрослого населения БСК имеет корреляционную связь средней интенсивности с болезнями эндокринной системы, в том числе с ожирением ($0,37 \pm 0,093$ и $0,48 \pm 0,088$ соответственно). Следует обратить внимание, что корреляционной связи с сахарным диабетом в нашем материале не имеется.

Для изучения структуры заболеваний системы кровообращения были выбраны такие болезни, как патология, сопровождающаяся повышением кровяного давления, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, которые составляют до 65,9 % (2006–2011) и 81,9 % (2012–2017). За 12 лет (2006–2017) общая заболеваемость населения БСК выросла на 42,15 %, в том числе болезнями, сопровождающимися повышением кровяного давления, – на 45,29 %, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными заболеваниями – на 56,67 % и 36,29 % соответственно. Особенно перечисленная патология выросла в 2012–2017 годах – 29,69 %, 34,09 %, 56,38 % и 16,76 % соответственно. Более заметные сдвиги отмечены при анализе первичной заболеваемости населения БСК. В целом болезни системы кровообращения с впервые установленным диагнозом выросли за 2006–2017 годы на 76,76 %. Особые сдвиги отмечены при болезнях, сопровождающихся повышением кровяного давления, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваниях: их рост составил 118,28 %, 195,45 % и 78,97 % соответственно. Более значимый рост указанной патологии отмечен в 2012–2017 годах – соответственно 66,89 %, 160,39 %, 159,59 % и 25,02 %.

Для полноты оценки оказания кардиологической помощи в Хабаровском крае была изучена госпитальная заболеваемость БСК, особенно взрослого населения. Оказалось, что между общей заболеваемостью взрослого населения и госпитальной заболеваемостью взрослого населения БСК имеется средняя интенсивности корреляционная связь ($0,36 \pm 0,093$). Это обусловлено разными значениями роста кардиологической патологии на амбулаторном и госпитальном этапе. Общая заболеваемость взрослого населения края БСК за 2006–2017 годы увеличилась на 42,15 % со средними темпами роста в 2,27 %. Госпитальная заболеваемость взрослого населения БСК за этот период выросла на 2,72 % с ежегодными темпами роста в 0,49 %.

Госпитальная летальность от БСК за 2010–2017 годы практически остается на одном уровне, в пределах 5,0–6,3 %. Летальность на амбулаторном этапе оказания кардиологической помощи снижается за счет роста общей заболеваемости взрослого населения и снижения смертности от БСК (рис. 8).

Учитывая большие колебания показателей, характеризующих оказание медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС), было решено свести их в два периода по четыре года (2010–2013 и 2014–2017). В динамике отмечается снижение числа госпитализаций пациентов с ОКС с $703,8 \pm 7,97$ до $632,8 \pm 7,65$ случая на 100 000 госпитализаций ($p < 0,001$). Показатели госпитальной заболеваемости ОКС гораздо выше общей и первичной обращаемости населения по данной патологии ($396,4 \pm 5,99$ и $315,2 \pm 5,41$ случая на 100 000 населения соответственно). Разница в этих показателях свидетельствует о неудовлетворительном учете заболевших.

За 8 лет сроки лечения больных ОКС сократились (11,82 и 10,13 дня соответственно). Летальность от ОКС в стационарах края практически остается на одном уровне ($5,71 \pm 0,26$ % и $5,39 \pm 0,27$ % соответственно при $t = 0,85$). Отмечены существенные сдвиги в госпитализации больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в первые 24 часа от момента заболевания – с $71,22 \pm 0,95$ до $88,64 \pm 0,71$ (коэффициент Стьюдента–Фишера равен 14,69). Удельный вес умерших пациентов от ОИМ в первые 24 часа от момента их госпитализации остается на одном уровне (9,44 % и 9,48 %).



Рис. 8. Общая и госпитальная заболеваемость лиц взрослого населения Хабаровского края БСК на 100 000 соответствующего населения по данным МИАЦ (сводные формы 12 и 14). В кружочках указана госпитальная летальность в процентах, в прямоугольниках – общая летальность (отношение числа умерших к общему числу больных с данной патологией)

В 2014–2017 годах в крае увеличилось число операций на сердце на 38,3 %, с $296,89 \pm 4,69$ до $410,58 \pm 5,53$ на 100 000 населения, что на 81,6 % выше российского показателя в 2014–2017 годах ($226,05 \pm 0,39$).

По сравнению с 2010–2013 годами уменьшилась достоверно ($p < 0,001$) смертность населения от ОКС, со $108,45 \pm 2,84$ до $87,28 \pm 2,56$ случая на 100 000 населения.

В 2014–2017 годах отмечался рост числа госпитализаций по поводу острых нарушений мозгового кровообращения, с $563,0 \pm 7,13$ до $681,7 \pm 7,94$ случая на 100 000 населения. Процент экстренных госпитализаций и доставленных скорой медицинской помощью остается на одном уровне – 79,8 %, 63,0 %, 79,6 % и 64,1 % соответственно. Уменьшились сроки лечения больных с данной патологией. Больничная летальность в этой группе пациентов остается на одном уровне – 6,04 % (2010–2013) и 5,90 % (2014–2017) соответственно.

Отмечен рост числа госпитализаций по поводу острых нарушений мозгового кровообращения среди лиц старше трудоспособного возраста на 18,9 %, с $1500,6 \pm 22,85$ до $1784,68 \pm 24,21$ случая на 100 000 соответствующего возраста.

За 12 лет изучаемого периода (2006–2017) в Хабаровском крае снизилась смертность населения от заболеваний системы кровообращения на 26,5 %. Подобная ситуация отмечена в РФ и ДФО (рис. 9). Имеется корреляционная связь высокой интенсивности между краевыми, федеральными и окружными показателями смертности населения от БСК ($0,93 \pm 0,036$ и $0,98 \pm 0,021$ соответственно).

За 2006–2017 годы удельный вес умерших пациентов от БСК в общей структуре смертности уменьшился с 54,3 до 49,5 %. Такое положение в структуре смертности обусловлено изменением подходов к кодированию причин смерти. Традиционные шесть причин смерти (болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления, болезни органов пищеварения, заболевания органов дыхания и некоторые инфекционные и паразитарные болезни) давали до 95–96 % всех умерших. С 2014 года добавились еще три класса болезней согласно МКБ-10 (симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицируемых в других рубриках; болезни нервной системы; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ), которые существенно изменили картину смертности населения (таблица).

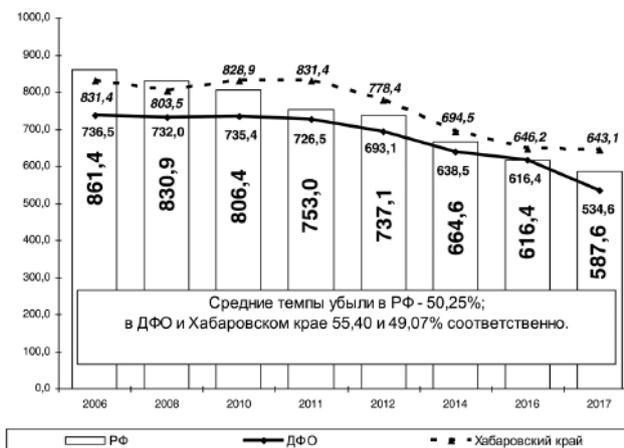


Рис. 9. Смертность населения ХК, РФ и ДФО от болезней системы кровообращения на 100 000 населения по данным Росстата

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицируемые в других рубриках как причина смерти, вышли на пятое место. По сравнению с 2000 годом этот класс болезней как причина смерти вырос в 2017 году более чем в 10 раз и составил 70,63 случая на 100 000 населения. В структуре заболеваний по обращаемости этот класс болезней занимает последнее место. На наш взгляд, рост смертности населения от этого класса заболеваний свидетельствует о низкой квалификации врачебного персонала.

Болезни нервной системы как причина смерти в 2017 году в общей структуре смертности занимают шестое место, опережая болезни органов дыхания (таблица).

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ как причина смерти в структуре смертности населения Хабаровского края заняли в 2017 году восьмое место, опередив как причину смерти инфекционные и паразитарные заболевания.

В последние годы отмечен рост числа вскрытий умерших больных от заболеваний системы кровообращения со $172,0 \pm 3,6$ (2010–2013) до $186,9 \pm 3,7$ случая на 100 000 населения (2014–2017). Проблема патологоанатомических исследований остается достаточно острой. Так, за последние годы (2014–2017) процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов в структуре умерших от заболеваний системы кровообращения имеет тенденцию к снижению: с $5,36 \pm 0,73$ (2010–2013) до $4,68 \pm 0,52$ % (коэффициент Стьюдента = 0,77).

Таблица

**Основные причины смертности населения Хабаровского края
(на 100 000 населения по данным Управления Росстата
по Хабаровскому краю, Магаданской области, ЕАО и Чукотскому АО)**

Причины смерти		2000	2005	2010	2014	2015	2016	2017
Болезни системы кровообращения	M	741,77	902,25	828,94	694,49	661,69	646,21	643,07
	±m	7,08	8,03	7,81	7,18	7,01	6,94	6,93
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	M	284,00	308,76	210,47	171,23	162,82	146,94	136,31
	±m	4,39	4,71	3,95	3,57	3,49	3,32	3,20
Новообразования	M	185,63	205,04	205,56	181,32	203,45	187,12	191,54
	±m	3,55	3,84	3,90	3,78	3,90	3,74	3,79
Болезни органов дыхания	M	64,01	75,30	57,50	61,23	54,17	48,88	46,81
	±m	2,09	2,33	2,07	2,14	2,01	1,91	1,88
Болезни органов пищеварения	M	54,40	93,33	80,53	88,34	84,33	81,71	77,77
	±m	1,93	2,59	2,44	2,57	2,51	2,47	2,42
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	M	37,02	34,76	32,84	25,24	25,22	24,66	22,02
	±m	1,59	1,58	1,56	1,37	1,37	1,36	1,29
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицируемые в других рубриках	M	6,95	3,97	1,04	26,14	37,71	57,05	70,63
	±m	0,69	0,53	0,28	1,40	1,68	2,07	2,30
Болезни нервной системы	M	5,59	6,49	7,58	29,50	56,79	50,30	49,37
	±m	0,62	0,68	0,75	1,48	2,06	1,94	1,93
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	M	9,27	8,94	9,06	15,53	22,07	37,03	25,40
	±m	0,79	0,80	0,82	1,08	1,29	1,67	1,38

Выводы

Проведенный клинико-статистический анализ показал, что, несмотря на ряд проводимых организационных и медицинских мероприятий по снижению заболеваемости населения Хабаровского края, в 2012–2017 годах отмечается рост общей и первичной заболеваемости БСК, госпитальной заболеваемости среди подростков 15–17 лет, взрослых старше 18 лет.

В 2014–2017 годах отмечено значительное снижение частоты диспансеризации больных БСК, особенно при остром коронарном синдроме, острых нарушениях мозгового кровообращения.

Несмотря на снижение сроков лечения больных с острым коронарным синдромом, госпитальная летальность остается на одном уровне.

Отмечен рост госпитальной заболеваемости населения острыми нарушениями мозгового кровообращения.

До настоящего времени не выполнены рекомендации по организации качественной помощи больным БСК, повышению роли диспансерного наблюдения, проведению реабилитационных мероприятий, усилению мотивации граждан к здоровому образу жизни, рациональному питанию [7].

Отмеченные нами определенные тенденции в оценке состояния населения, страдающего болезнями системы кровообращения, позволят организаторам здравоохранения выработать программу мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения от заболеваний системы кровообращения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойцов, С.А. Динамика показателей и группировка субъектов Российской Федерации в зависимости от общей и сердечно-сосудистой смертности за период 2000–2011 годы / С.А. Бойцов, И.В. Самородская // Профилактикт. медицина. – 2014. – № 2. – С. 3–11.

2. Витько, А.В. Об организации помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Хабаровском крае / А.В. Витько, К.Е. Поштаев, А.Я. Лецкин // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2014. – № 4. – С. 11–15.

3. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) // Рос. кардиол. журнал. – 2017. – № 6. – С. 7–85.

4. Заболеваемость болезнями системы кровообращения населения России и Дальневосточного федерального округа к 2016 году / С.А. Богачевская, И.В. Пчелина, А.Н. Богачевский, В.Ю. Бондарь // Тихоокеан. мед. журн. – 2016. – № 4. – С. 49–52.

5. Кардиология : нац. рук. / под ред. Е.В. Шляхто. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 800 с.

6. Малай, Л.Н. Оценка госпитальных и отдаленных результатов лечения пациентов с инфарктом миокарда и влияния на них факторов сердечно-сосудистого риска, тактики лечения и приверженности к терапии в рамках Хабаровского регистра : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Малай Людмила Николаевна. – Хабаровск, 2017. – 23 с.

7. Топалов, К.П. Значение заболеваний системы кровообращения в оценке здоровья населения Хабаровского края / К.П. Топалов // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2014. – № 4. – С. 30–36.

8. Топалов, К.П. Социальные и психологические аспекты профилактики заболеваний системы кровообращения в Хабаровском крае / К.П. Топалов // Психология в странах АТР. – 2015. – № 1. – С. 68–71.

УДК 617.7:001.891

Реорганизация научной деятельности для выполнения целевых показателей в Хабаровском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

В.В. Егоров^{1,2}, Е.Л. Сорокин^{1,3}

¹Хабаровский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, 680033, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 211; тел. +7 (4212) 72-27-92; e-mail: naukakhvmntk@mail.ru

²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

³ФГБОУ ВО «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

Reorganization of scientific activity for realization target indicators in the Khabarovsk branch of the «S.N. Fedorov National Medical Research Center «MNTK «Eye Microsurgery»

V.V. Egorov^{1,2}, E.L. Sorokin^{1,3}

¹Khabarovsk branch of the State Institution Eye Microsurgery Complex named after acad. S.N. Fedorov, 680033, Khabarovsk, ul. Tikhookeanskaya, 211; tel. +7 (4212) 72-27-92; e-mail: naukakhvmntk@mail.ru

²Postgraduate institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

³Far-Eastern state medical university, 680000, Khabarovsk, ul. Muravyova-Amurskogo, 35; tel. +7 (4212) 30-53-11; e-mail: rec@mail.fesmu.ru

Рассмотрены организационные механизмы, направленные на повышение научной активности врачей-офтальмологов Хабаровского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, для выполнения целевых показателей по научной работе.

Ключевые слова: наука, МНТК «Микрохирургия глаза», диссертация, целевой показатель.

Organizational mechanisms, aimed at increasing scientific activity of ophthalmologists at the Khabarovsk branch of the Federal State Autonomous Institution «S.N. Fedorov National Medical Research Center «MNTK «Eye Microsurgery» of the Ministry of Health of the Russian Federation, for realization target indicators of scientific work were studied in the article.

Key words: science, MNTK «Eye microsurgery», dissertation, target indicator.

Актуальность

За 30-летний период своей активной деятельности ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее – МНТК «МГ») зарекомендова-

ло себя как ведущий офтальмохирургический комплекс по выполнению высокотехнологичных операций в Российской Федерации. Ежегодно в системе МНТК «МГ» выполняется более 30 % всех микрохирургических операций

жителям Российской Федерации (РФ) и более 60 % всех высокотехнологичных операций в стране. За прошедшие годы наряду с другими филиалами МНТК «МГ» Хабаровский филиал прошел большой путь своего становления и развития. С самого начала хирургами нарабатывались клинический опыт, технические навыки, проходила их профилизация. В первые годы работы филиала хирурги также учились анализировать исходы операций, выявлять недостатки. В отдельных случаях они предлагали оптимальные методики и т.д.

Но, кроме этого, МНТК «МГ» является также лидером инновационных технологий, учреждением науки. Научная деятельность в Хабаровском филиале МНТК «МГ» ведется практически с момента его открытия – с начала 90-х годов прошлого века. На ранних этапах в Хабаровском филиале работало лишь два офтальмолога с научной степенью кандидата медицинских наук – В.В. Егоров и Е.А. Сорокин. Соответственно, руководство темами научно-исследовательских работ (НИР) осуществляли лишь они, поскольку у других врачей подобный опыт отсутствовал.

В филиале прежде всего были запланированы докторские диссертации Е.А. Сорокина и В.В. Егорова, которые выполнены и успешно защищены в диссертационном совете МНТК «МГ» (1998-й и 2000 годы). Позже научный состав филиала пополнился также доктором медицинских наук, профессором Г.П. Смоляковой, которая успешно трудится здесь по сей день в должности главного консультанта.

За прошедший период, с 1998-го по 2018 год, сотрудниками филиала было защищено 16 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.07 «Глазные болезни» в диссертационных советах г. Москвы и г. Красноярск [3, 4].

К настоящему времени, помимо 3 докторов наук, профессоров (В.В. Егоров, Е.А. Сорокин, Г.П. Смолякова), 9 офтальмологов имеют ученую степень кандидата медицинских наук.

Следует отметить, что до начала 2000-х годов требования руководства МНТК «МГ» к научной деятельности филиалов не были жесткими. Не существовало четкого плана головной организации для филиалов, отсутствовала подробная отчетность по науке, длительный период не проводилось ежегодных совещаний заместителей директоров по науке. Но в последние несколько лет здесь значительно повысились требования как к количеству, так и к качеству научной продукции. Приказом генерального директора МНТК «МГ» от 19.12.2015 № 260 (изменения от 01.04.2017 № 77) введены целевые показатели эффективности дея-

тельности для филиалов. В этой связи руководством Хабаровского филиала была значительно изменена организация научной работы в филиале.

Цель работы

Оценка эффективности организационного алгоритма научной работы Хабаровского филиала, созданного для достижения целевых показателей.

Утвержденные генеральным директором целевые показатели для научной работы филиалов предусматривают:

- не менее одной защищенной кандидатской/докторской диссертации в год в диссертационном совете ГО;
- суммарный импакт-фактор рейтинговых журналов со статьями сотрудников филиала за полугодие – не менее 1,0;
- наличие грантов, образовательных или научных проектов, в т.ч. в рамках федеральных и региональных целевых программ, реализуемых научной организацией (не менее одного в год);
- число поданных для публикации статей в журналы, индексируемые Web of Science и SCOPUS, – не менее одной в год.

Помимо этого, каждому филиалу поручено также разрабатывать одну из тем государственного задания. Это должно выражаться в ежеквартальных публикациях по данной тематике статей в рейтинговых журналах с импакт-фактором не менее 0,3.

В 2013–2017 годах Хабаровский филиал МНТК «МГ» был участником реализации темы госзадания «Медико-социальные аспекты, организационно-экономический и кадровый механизмы инновационного управления офтальмологической службой». С 2018 года филиал разрабатывает научную тему «Сосудистые заболевания глаза. Механизмы развития, разработка клинических классификаций и методов лечения».

Учитывая возросшие требования головной организации к защите диссертаций исключительно в диссертационном совете при МНТК «МГ», в последние годы соискатели Хабаровского филиала стали защищаться в данном совете (2012 г. – А.Н. Марченко, 2013 г. – Н.В. Помыткина, 2015 г. – В.А. Руденко, 2018 г. – Я.В. Белоноженко). Лишь одна диссертация А.В. Васильева в 2015 году была защищена в диссертационном совете при Красноярском государственном медицинском университете.

Следует отметить, что за десятилетия деятельности структурных офтальмохирургических подразделений Хабаровского филиала здесь профессионально выросли офтальмохирурги высокого уровня – все заведующие отде-

лениями стали ведущими специалистами своих направлений не только в Дальневосточном регионе, но и в РФ. Большинство из них имеют ученую степень кандидата медицинских наук, находятся в курсе достижений и нерешенных проблем, направлений развития научных исследований ведущих офтальмологических институтов и клиник различных стран. Все заведующие отделениями систематически участвуют в работе как российских, так и международных офтальмологических конференций. К настоящему времени ими приобретен также определенный опыт научной работы (поиск научной тематики, формулировка темы НИР, планирование и выполнение научных исследований), т.е. руководители отделов вполне способны проводить научный анализ трудностей и проблем, с которыми ежедневно сталкиваются их отделы в лечебной работе.

Поэтому, учитывая новые целевые показатели генерального руководства МНТК «МГ», с 2015 года руководство Хабаровского филиала в свою очередь пересмотрело организационный алгоритм научной деятельности филиала. Прежде всего была дана однозначная установка всем врачам филиала на то, что все обязаны заниматься научной деятельностью. Но учитывая широкие градации возрастного состава офтальмологов в отделах, их различный профессиональный опыт, предложены следующие варианты. Все молодые офтальмологи (до 35 лет) обязаны курировать одну из тем НИР, которая в последующем должна завершиться диссертацией. Более старшие, опытные офтальмологи должны курировать какую-либо выбранную ими базовую клиническую тематику, соответствующую профилю своего отдела (к примеру, макулярные разрывы в витреоретинальном отделе и т.д.). Соответственно, по данной тематике они должны периодически публиковать статьи в журналах, рецензируемых ВАК РФ (анализ эффективности различных методик, осложнений, особенностей и т.д.).

Изменены также подходы к подбору тем НИР, к научной курации соискателя. Если раньше темы НИР инициировались лишь профессорами В.В. Егоровым, Е.А. Сорокиным, Г.П. Смоляковой, то теперь инициатива поиска актуальных научных тематик в значительной мере перекладывается на заведующих отделениями. Им необходимо выявлять те проблемы, с которыми приходится сталкиваться отделениям в своей ежедневной практической работе. Это побуждает всех врачей аналитически мыслить, учиться видеть те или иные недостатки методов диагностики, лечения, постоперационного наблюдения и т.д.

К примеру, заведующий отделением витреоретинальной хирургии А.Ю. Худяков обратил внимание на проблему снижения зрения после факоэмульсификации катаракты, обусловленную формированием постоперационного отека макулы. Впоследствии она стала диссертационной темой врача отделения В.А. Руденко. Заведующего отделом глаукомы А.Н. Марченко заинтересовала проблема профилактики такого тяжелого ургентного состояния, как острый приступ глаукомы. Это подвигло его к изучению возможностей прогнозирования острого приступа глаукомы в анатомически коротких глазах, что стало его диссертационной темой. Заведующий отделом хирургии катаракты Я.В. Белоноженко в повседневной хирургической практике столкнулся с проблемой нестабильности положения интраокулярной линзы (ИОЛ) в постоперационном периоде факоэмульсификации при инволюционной слабости цинновых связок (его диссертационная тема) и т.д.

На начальном этапе выявления врачами отдела той или иной практической проблемы она углубленно обсуждается в отделе. Затем заведующий подбирает из числа сотрудников своего отдела непосредственного исполнителя планируемой темы НИР. После ориентировочного оформления данной тематики, ее целей и задач создается рабочий вариант аннотации. Она рецензируется в научном отделе, где проводится ее анализ, уточняются неясные моменты. Предполагаемому соискателю данной темы поручается проработка литературы по данной проблеме. Методологическую помощь соискателю в поиске информации по теме НИР осуществляет инженер научного отдела Д.В. Карпова. Затем через определенный период времени назначается заслушивание данной проблемы на заседании научно-плановой комиссии филиала. При ее обсуждении оцениваются актуальность, научная новизна темы НИР, практическая значимость, перспективность соответствия диссертационному исследованию, реальность выполнения (возможность набора достаточного количества пациентов, их динамическое наблюдение и т.д.), адекватность предполагаемых методов исследования. Если данная проблема утверждается решением плановой комиссии Хабаровского филиала, утверждается также исполнитель темы (соискатель) [1, 2]. При этом есть важная деталь: куратором темы назначается заведующий соответствующим отделом либо офтальмолог отдела, имеющий ученую степень.

Такой подход имеет ряд преимуществ. Прежде всего, на первоначальном этапе тему НИР курирует наиболее опытный специалист дан-

ного профиля (ретинолог, рефракционный хирург, катарактолог и т.д.). Поскольку он является непосредственным руководителем данного соискателя, ему гораздо легче осуществлять постоянный контроль за системностью научной работы, чем заместителю директора по науке или директору. Ведь не секрет, что первый этап научной работы является наиболее психологически трудным для соискателя. Из практики известно, что поначалу многие врачи желали заняться наукой, но, столкнувшись с первыми трудностями, бросали свои темы НИР. В данном случае ежедневная поддержка и контроль руководителя отдела позволяют избежать этого, что положительно отражается на результативности выполнения темы НИР. Впоследствии научное руководство темы закрепляется за одним из работников филиала, имеющим ученую степень доктора.

Научный руководитель с самого начала изучения темы НИР принимает активное участие в методологической помощи по разработке дизайна исследования, подбору адекватных методик, выполнению математического анализа полученных данных, оформлению статей и т.д.

Разработанная перед выполнением темы НИР статистическая карта в обязательном порядке проходит согласование с сотрудником научного отдела, владеющим методами статистического научного анализа (Я.Е. Пашенцевым). Это необходимо для того, чтобы в последующем избежать ошибок при сравнительном статистическом анализе групп, выявлении закономерностей и т.д. Помощь в оформлении статей, патентов, глав диссертаций, монографий осуществляют инженеры научного отдела И.М. Пашенцева, Д.В. Карпова.

После наработки определенных результатов по теме исследования на очередном заседании научно-плановой комиссии филиала проводится оценка перспективности темы. Научным отделом подается заявка в головную организацию для планового заслушивания данного исследования на пятничной конференции в МНТК «МГ» (Москва). Там проходит углубленное обсуждение данной тематики, высказываются множество пожеланий, критических замечаний, полезных советов и т.д., т.е. происходит «шлифовка» темы НИР. Если отсутствуют принципиальные замечания, данная тема НИР приобретает статус будущей кандидатской диссертации. Затем, по выполнении определенного запланированного объема тематики, она представляется соискателем уже на одном из заседаний научно-плановой комиссии МНТК «МГ» (Москва). При отсутствии замечаний тема НИР утверждается. Далее – обычный алгоритм вплоть до защиты диссертации.

Для выполнения целевого показателя по ежегодной защите диссертаций нами было условно подсчитано, что необходимо одновременно выполнять не менее 10–12 тем НИР. Ведь в процессе выполнения НИР у части соискателей наступают вынужденные перерывы (беременность, болезнь, увольнение и т.д.). Необходимо также брать в расчет и то, что у кого-то тема может оказаться недиссертательной.

Исходя из этого, руководством филиала составлен и утвержден график представления диссертационных исследований к защите на ближайшие 8 лет.

Кроме того, в случае приема офтальмолога на работу в Хабаровский филиал ему сразу дается четкая установка на активную научную деятельность, предусматривающую обязательную работу над кандидатской диссертацией. Соответственно, в отделе, куда офтальмолог принимается на работу, в течение 1–2 лет ему должны подыскать тематику для исследования либо он это может сделать самостоятельно в процессе постижения своей специальности в отделе.

В соответствии с утвержденными для филиала целевыми показателями руководство филиала с 2016 года в свою очередь также утвердило ежегодные целевые показатели по научной деятельности для лечебных отделений. Они закреплены в должностных обязанностях заведующих отделениями. В частности, базовыми критериями оценки научной работы отделов за год стали: оценка результативности работы соискателей тем НИР; число публикаций статей в журналах, рецензируемых ВАК РФ. Кроме того, в обязательном порядке каждый врач Хабаровского филиала ежегодно должен опубликовать собственную статью в журнале «Современные технологии в офтальмологии» № 2, за который ответственен филиал.

Кроме того, все профильные лечебные отделы должны обязательно участвовать в работе ежегодных тематических конференций МНТК «МГ» «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии», «Федоровские чтения», «Актуальные проблемы офтальмологии (конференция молодых ученых)», «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии».

Особое внимание уделяется изданию монографий, получению патентов РФ на изобретения.

Разработана и функционирует утвержденная руководством филиала система стимулирования врачей за научную деятельность. Она включает материальные виды стимулирования за различные виды научной продукции (статья, патент, доклад, диссер-

тация, монография и т.д.). Кроме того, при командировании офтальмологов на конференции приоритет отдается врачам, курирующим темы НИР, а также офтальмологам с ученой степенью.

Ежегодно каждый заведующий отделом отчитывается об итогах научной работы отдела на плановых клинических конференциях в филиале. Заместитель директора по науке оценивает эффективность работы отдела.

Данные организационные подходы позволили существенно повысить научную активность врачей филиала. Так, за последние 5 лет ими защищено 4 диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, опубликовано 770 научных работ, из них 113 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ, с импакт-фактором более 0,3; издано 6 монографий, получено 19 патентов РФ на изобретения.

К настоящему времени в филиале над темами НИР работают 14 соискателей. Они находятся на самых различных этапах – от поиска темы НИР до подготовки к защите.

Большое значение придается также научной подготовке кадрового резерва офтальмологов. Ведется активная деятельность по по-

пуляризации офтальмологии среди студентов (научный студенческий кружок при Дальневосточном государственном медицинском университете, руководитель – проф. Е.Л. Сорокин). Его регулярные ежемесячные заседания посещают 10–12 студентов-кружковцев. Ребятам поручается сбор и анализ архивного материала. Результаты своих исследований они докладывают на студенческих конференциях.

Наиболее перспективные студенты приходят затем в клиническую ординатуру на кафедры офтальмологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края и ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России.

Таким образом, к настоящему времени в Хабаровском филиале МНТК «МГ» создан эффективный организационный алгоритм научной деятельности офтальмологов, который направлен на выполнение целевых научных показателей. Постоянно идет работа по подготовке резерва офтальмологов, обладающих склонностью к научным исследованиям. Все это позволяет филиалу соответствовать высокому статусу учреждения науки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Егоров, В.В. Двадцать пять лет научной деятельности Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. Итоги и перспективы / В.В. Егоров, Е.Л. Сорокин // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2013. – № 2. – С. 58–61.
2. Егоров, В.В. Итоги деятельности Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова за 20 лет / В.В. Егоров, Е.Л. Сорокин, С.П. Бадюгина // *Офтальмохирургия*. – 2008. – № 3. – С. 41–44.
3. Сорокин, Е.Л. Итоги научной деятельности филиала за 20 лет / Е.Л. Сорокин, А.Т. Белоголова // *Новые технологии в диагностике и лечении заболеваний органа зрения* : сб. науч. ст. – Хабаровск, 2008. – С. 13–18.
4. Сорокин, Е.Л. Научная деятельность / Е.Л. Сорокин, В.В. Егоров, А.Т. Белоголова // *Патогенетически ориентированные подходы в диагностике, лечении и профилактике глазных заболеваний* : сб. науч. ст. – Хабаровск, 2003. – С. 20–22.
5. Егоров, В.В. 30-летние итоги научной деятельности Хабаровского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» / В.В. Егоров, Е.Л. Сорокин // *Современные технологии в офтальмологии*. – 2018. – № 2. – С. 21–26.

УДК 618.177 + 616.697](571.620)

Обследование и лечение бесплодия на территории Хабаровского края

Н.В. Новикова, Г.В. Чижова

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Medical examination and treatment of infertility at Khabarovsk Krai territory

N.V. Novikova, G.V. Chizhova

Postgraduate institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Руководство Российской Федерации уделяет большое внимание вопросам рождаемости в стране. Особую тревогу вызывает демографическая ситуация на Дальнем Востоке. В связи с этим актуальным является решение вопроса бесплодия в семейных парах. Сложившаяся практика обследования и лечения бесплодия в Хабаровском крае не соответствует потребности и возможности полного осуществления комплексного алгоритма. Авторами статьи предложен переход от двухэтапного обследования и лечения бесплодия на трехэтапное. Переход на трехуровневую систему позволит значительно улучшить качество оказания медицинской помощи и повысить показатели рождаемости в Хабаровском крае.

Ключевые слова: рождаемость, демография, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии.

President and Government of Russian Federation pay a great attention for the problem of birth rate. Mostly alarming demographical situation is in the Far Eastern region. Upon this fact, the problem of infertility in family pairs coming to be actual. Present practice of medical examination and treatment of infertility women at Khabarovsk krai do not corresponds to necessity for population growths and complex algorithm realization. We offered transition from the two-steps to the three-step examination and treatment. It will permit considerably improve the quality of health care and increase the indexes of birth rate at Khabarovsk krai.

Key words: birth rate, infertility, demography, auxiliary reproductive technologies.

Проблема рождаемости волнует не только специалистов в области репродуктологии, но и всех жителей России. По мнению Президента Российской Федерации В.В. Путина, вопрос демографии является важнейшим и определяющим развитие страны на десятилетия вперед. Особенно важны вопросы народонаселения для дальневосточников. На заседании Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике В.В. Путин так оценил ситуацию в сфере демографии: «...этот вопрос ... для нас стоит буквально так: либо мы будем, либо нас не будет, ...особенно на Дальнем Востоке».

Свою озабоченность высказывает и Министерство здравоохранения РФ. В неоднократных выступлениях В.И. Скворцова указывала на вклад медицинских мероприятий в стимулирование и сохранение рождаемости. На последнем форуме в сентябре 2017 года «Мать и дитя» в Москве с докладом «Организационные аспекты повышения доступности и качества помощи женщинам и детям» выступила директор Департамента медицин-

ской помощи детям и службы родовспоможения Е.Н. Байбарина. Она обратила внимание участников на содержание приказа № 525н от 17.08.2017 года Минздрава России «О внесении изменений в стандарт медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ» и уделила большое внимание активизации ведения больных с бесплодием, увеличению количества процедур ЭКО в территориальной программе ОМС на год.

Такие глобальные изменения в отношении руководства страны и Министерства здравоохранения Российской Федерации к рождаемости с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий не могли не коснуться и здравоохранения Хабаровского края. С 2017 года все ЛПУ, занимающиеся родовспоможением, получили план количества пациентов, направленных на ЭКО в КГБУЗ «Перинатальный центр». Представленные показатели у многих руководителей ЛПУ вызвали озабоченность, т.к. механизмы их реализации в учреждениях не прописаны и не входят в ОМС.

На сегодняшний день реалии Хабаровского края по обследованию и лечению бесплодия в браке не соответствуют потребности и возможности полного осуществления.

Тариф на одно посещение гинекологической больницей составляет 1391 рубль (включая обследование), оплата проводится за окончательный случай. При этом врачи женских консультаций не имеют возможности провести комплексное обследование бесплодной пары (гормональное, инфекционное, спермограмма, метросальпингография, гистероскопия и т.д.). В результате пациенты уходят на обследование и лечение в частные центры, где оно проводится платно и составляет в среднем от 18 до 30 тысяч рублей.

Обследование в женских консультациях включает только гинекологический осмотр, мазки на флору, цитологию, кровь на РВ, ВИЧ, гепатиты, общий анализ крови и мочи, УЗИ однократно. Квот на дополнительное обследование нет, несмотря на распоряжение МЗ ХК № 130-р от 07.02.2017 года.

Не проработана маршрутизация больных с бесплодием при необходимости проведения инвазивных методов обследования и лечения. Плановая госпитализация в гинекологические отделения ЛПУ Хабаровска расписана на несколько месяцев вперед.

Нет преемственности и обратной связи при оформлении на ЭКО (не проводится прегравидарная подготовка).

Сложившаяся ситуация приводит к целому ряду проблем в оказании медицинской помощи пациентам с бесплодием.

Нет достоверной статистики по бесплодным парам, особенно по вкладу мужского фактора (женские консультации не берут на учет, частные центры не представляют сведений).

По данным ряда исследований, в России частота бесплодия в браке достигает 16 % и не отмечается тенденции к его снижению. При этом Всемирная организация здравоохранения утверждает, что если в стране частота бесплодия превышает 15 %, это становится не только медицинской, но и социально-демографической проблемой. По данным Научного центра акушерства и гинекологии Минздрава РФ, в России на сегодняшний день бесплодны 7–8 млн российских женщин и 3–4 млн мужчин.

По данным МЗ Хабаровского края, в 2016 году женское бесплодие составило 534,2 на 100 тысяч населения, а в 2017 году – 788,9 на 100 тысяч населения. В абсолютных цифрах это составило 1662 женщины в 2016 году и 2440 женщин в 2017 году. Несмотря на значительный рост данной патологии, представленные цифры явно занижены и не отражают

истинную картину женского бесплодия. Проведенный нами перерасчет с учетом численности жителей Хабаровского края показывает, что число бесплодных женщин занижено практически в 4 раза по сравнению со среднестатистическими мировыми и российскими показателями.

Нынешняя экономическая ситуация не позволяет супругам проходить полное обследование, особенно в отдаленных районах, когда необходим проезд в Хабаровск.

Сложность обследования также создает многократность различных обследований из-за отсутствия преемственности между ЛПУ и частными клиниками.

В гинекологических отделениях оперативное лечение проводится без учета репродуктивного здоровья и репродуктивных планов женщины:

- объемы операций либо излишне радикальны, либо, наоборот, неадекватны, что значительно снижает шанс наступления беременности в дальнейшем;

- после проведения операции не назначается своевременная реабилитация (во всех гинекологических отделениях, в том числе в перинатальном центре) и дальнейшая прегравидарная подготовка.

Нет достоверных данных по ЭКО.

По данным МЗ ХК на 01.11.2017 года, было проведено 91,5 % запланированных на 2017 год процедур ЭКО (774 из 845). Хотя согласно «листу ожидания» для проведения ЭКО от 04.10.2017 года этот показатель составил всего 14 %. Каким образом менее чем за месяц удалось провести 589 программ ЭКО (за предыдущие 10 месяцев было проведено всего 185 программ)? По собственным данным (материал собран по всем женским консультациям Хабаровска), на 01.11.2017 года проведено 18,4 % от запланированных программ ЭКО. Видимо, все остальные программы проведены пациенткам из других населенных пунктов (Найский, Верхнебуреинский, Солнечный, Охотский и другие районы).

Вышеуказанные вопросы были рассмотрены на краевой научно-практической конференции «Законы успешной беременности. Прегравидарная подготовка» 22.11.2017 года и предложены варианты решения проблемы.

Прежде всего, это разработка комплексной программы по бесплодному браку, включающая финансовую поддержку, переход от двухэтапного обследования и лечения бесплодных пар на трехэтапное.

1 этап. Женская консультация

Задачи женской консультации:

- установление диагноза бесплодия;

– проведение первичного обследования, включая осмотры специалистами, позволяющие решить вопрос о возможности планирования и вынашивания беременности по соматическому состоянию.

II этап. Межмуниципальный центр бесплодного брака (МЦББ)

Задачи МЦББ:

– проведение углубленного обследования и установление причин бесплодия;

– проведение амбулаторного лечения бесплодия;

– проведение инвазивных методов обследования и лечения (амбулаторная хирургия);

– направление при необходимости в гинекологические отделения для оперативного лечения (четкая маршрутизация, определяющая, в какое ЛПУ и сколько больных направлять);

– направление на ЭКО;

– проведение прегравидарной подготовки;

– учет женщин с бесплодием (база данных).

III этап. Лаборатория вспомогательных репродуктивных технологий в перинатальном центре

Задача лаборатории: выполнение вспомогательных репродуктивных технологий.

Организация Межмуниципального центра бесплодного брака позволит в корне изменить алгоритм обследования и лечения больных с бесплодием.

В МЦББ будут обследоваться и проходить лечение бесплодные пары с первичной выпиской из женской консультации по записи.

При обращении сразу должна формироваться электронная база данных, в которую включаются результаты обследования (непосредственно из лабораторий), сведения о проводимом консервативном лечении, выписки из стационарных карт.

В штате МЦББ должен быть андролог, обязанность которого – своевременно выявлять мужское бесплодие и проводить необходимое лечение.

В МЦББ будут проводиться амбулаторные хирургические вмешательства, использоваться инвазивные методы обследования, поэтому необходимы рентгеновский кабинет, операционная, дневной стационар (наблюдение в течение 2–6 часов после операции).

Врачи Межмуниципального центра бесплодного брака сами направляют и записывают больных в гинекологические стационары, сразу назначают и проводят послеоперационную реабилитацию с учетом предыдущего лечения, овариального резерва, объема операции, планов на беременность и возможного ЭКО.

Врачи МЦББ оформляют выписку на ЭКО и отправляют ее по электронной почте в перинатальный центр. К ним же сразу и поступает информация о взятии на очередь, о движении очереди, о сроках планируемого проведения программы.

Врачи Межмуниципального центра бесплодного брака проводят прегравидарную подготовку перед ЭКО и наблюдают за женщинами с первых дней после ЭКО.

У МЦББ должна быть возможность дистанционного ведения больных (наличие соответствующей аппаратуры, Интернет).

Подобные центры уже функционируют в некоторых субъектах Российской Федерации (Свердловская область и другие).

Создание трехуровневой системы обследования и лечения бесплодия в Хабаровском крае позволит значительно улучшить качество оказания медицинской помощи и повысить показатели рождаемости.

Ожидаемые результаты

1. Строгий учет бесплодных пар.
2. Концентрация финансового потока.
3. Комплаентность обследования и лечения бесплодных пар.
4. Повышение эффективности консервативных, оперативных, ВРТ методов лечения.
5. Большее количество наступивших беременностей, более высокий процент родов у женщин с бесплодием в анамнезе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритм обследования и лечения бесплодной пары в условиях Хабаровского края : информ.-метод. письмо для специалистов здравоохранения / м-во здравоохранения Хабар. края, КГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения»; сост. Н.В. Новикова. – Хабаровск : ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2017. – 7 с.

2. Джамалудинова, А.Ф. Репродуктивное здоровье населения России / А.Ф. Джамалудинова, М.М. Гонян // Молодой ученый. – 2017. – № 142. – С. 10–13. – Режим доступа: www.URL: https://moluch.ru/archive/148/41893/

3. О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий : приказ Минздрава России № 107н

от 30 авг. 2012 г. : (зарегистрирован Минюстом России 12 февр. 2013 г., регистрационный № 27010).

4. Об оплате из средств обязательного медицинского страхования случаев оказания медицинской помощи при бесплодии на территории Свердловской области : приказ М-ва здравоохранения Свердловской области Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области № 1423/347 от 20 авг. 2016 г.

5. Официальный сайт МЗ Свердловской области. – Режим доступа: [www.URL: http://minzdrav.midural.ru/](http://minzdrav.midural.ru/)

6. Официальный сайт МЗ Хабаровского края. – Режим доступа: [www.URL: https://zdrav.khv.gov.ru/](https://zdrav.khv.gov.ru/)

УДК: 614.212:338.2

Первый опыт реализации проекта «Бережливое производство» в условиях городской поликлиники

Е.Г. Гандурова¹, О.А. Димова¹, В.Н. Кorableв²¹КГБУЗ «Городская поликлиника № 7» МЗ ХК, 680014, г. Хабаровск, ул. Б. Аэродром, ДОС 42а; тел. +7 (4212) 23-55-77; e-mail: poliklinika7@khn.ru²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

First experience of the «Economical production» project realization in the city polyclinic

E.G. Gandurova¹, O.A. Dimova¹, V.N. Korablev²¹City Polyclinic № 7 at Khabarovsk Krai Ministry of Health, 680014, Khabarovsk, ul. B. Aerodrom, DOS 42a; tel. +7 (4212) 23-55-77; e-mail: poliklinika7@khn.ru²Postgraduate institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Исследование посвящено анализу первого опыта применения процессного управления при реализации технологий бережливого производства для повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи в поликлиниках. Установлено, что внедрение технологии бережливого производства на основе процессного подхода позволило существенно повысить доступность и качество медицинской помощи прикрепленному населению.

Ключевые слова: здравоохранение, поликлиника, бережливое производство.

Investigation is devoted to analyzing of the process management usage first experience in the realization of the economical production implementation, aiming primary medical-sanitary aid effectiveness improvement in the out-patient departments. Revealed, that economical production technology introduction, based upon process management, allowed increasing definitely medical aid availability and quality for the attached population.

Key words: health care, out-patient department, economical production.

Актуальность проблемы

Первичная медико-санитарная помощь (далее – ПМСП) – главная составляющая здравоохранения. Доля ПМСП в общем объеме медицинской помощи составляет не менее 60 %. В настоящее время основными рисками организации оказания ПМСП в здравоохранении Российской Федерации являются: непродуманная организация работы поликлиник без учета интересов пациентов и персонала; недооценка значения профилактики в работе врачей первичного звена; кадровый дефицит участковой службы и др. [9].

В октябре 2016 года по инициативе Администрации Президента Российской Федерации стартовал пилотный проект по совершенствованию системы первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника». Проект реализуется совместно Министерством здравоохранения Российской Федерации, Госкор-

порацией по атомной энергии «Росатом» и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Цель проекта – внедрить в повседневную практику поликлиник технологии бережливого производства. Для реализации были выбраны такие проблемные направления, как перераспределение нагрузки между врачами и средним медперсоналом, оптимизация внутренней логистики, разделение потоков пациентов, переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации, открытая регистратура и др. [4].

Пилотными площадками по реализации технологии «Бережливая поликлиника» стали шесть поликлиник из Ярославской, Калининградской областей и Севастополя. К концу 2017 года в проекте участвовали 297 медорганизаций из 40 субъектов РФ – 125 детских и 172 взрослые поликлиники, в том числе 90 пилотных и 207 тиражируемых поликлиник [7].

Технология бережливого производства использует четыре инструмента [1].

1. Картирование – позволяет выявлять потери. Картирование помогает отобразить на листе информационный и материальный потоки. Например, применительно к организации работы кабинета забора крови картирование позволяет построить процесс действий медсестры, их последовательность при выполнении манипуляции с учетом затрат времени.

2. «5С» – предусматривает пять шагов (5 Step), направленных на повышение культуры производства и эффективности процессов. Каждый шаг начинается с буквы С: сортировка, соблюдение порядка, содержание в чистоте, стандартизация и совершенствование.

3. Канбан – позволяет организовать доставку (например, расходных материалов) вовремя, в точной последовательности и необходимом объеме. Это же касается своевременности и качества медуслуг, например прием пациента врачом-специалистом точно в назначенное по записи время.

4. Визуализация – инструмент для вовлечения и информирования персонала или пациентов. Главная задача визуализации – информировать простым и понятным способом, чтобы пациент или медработник могли за 30 секунд увидеть информацию и понять, на что обратить внимание, и принять решение. Например, пациент быстро доходит до кабинета врача по наглядно обозначенному маршруту.

Цель исследования

Анализ первого опыта применения процессного управления при реализации технологий бережливого производства для повышения эффективности ПМСП в поликлиниках.

Материал и методы

Объектом исследования явилась управленческая деятельность медицинской организации. Предметом – организация процессного управления при реализации технологий бережливого производства в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа.

Результаты и обсуждение

В настоящее время российское здравоохранение постепенно переходит на процессное управление как инструмент повышения эффективности деятельности медицинских организаций [2, 5, 8]. Основой процессного управления является Национальный стандарт ГОСТ ИСО 9001-2015 «Система менеджмента качества. Требования» [3]. При этом под процессом применительно для медицинской организации понимается «законченный случай» –

от момента входа пациента в поликлинику и обращения в регистратуру до выхода из поликлиники при условии получения медицинской услуги в полном объеме должного качества [6].

В Хабаровске одним из участников проекта «Бережливая поликлиника» стало краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 7» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее – поликлиника).

Методология разработки и внедрения технологии бережливого производства в поликлинике на основе процессного подхода включала ряд этапов [6]:

- формирование организационной структуры поликлиники;
- формирование перечня целей визитов пациента в поликлинику;
- разработка маршрутов движения пациента в поликлинике в соответствии с целями визитов;
- определение состава работ по этапам движения пациента в поликлинике, например: регистратура, смотровой кабинет, кабинет участкового врача, кабинет врача-специалиста и др., в соответствии с целями визита.

Формирование организационной структуры поликлиники позволяло определить состав, соподчинение, взаимодействие и разделение полномочий отдельных структурных подразделений. Здесь важное место занимают организационные регламенты (порядки) оказания медицинской помощи, положения о структурных подразделениях, а также ресурсное обеспечение и показатели оценки эффективности их деятельности и др.

Определение перечня визитов в поликлинику занимает важнейшее место. В качестве примера приводим перечень сформированных нами визитов к врачу-терапевту участковому:

1. С неотложной помощью.
2. С лечебной целью (плановый).
3. Для выписки рецепта по льготному лекарственному обеспечению.
4. Для осмотра с диспансерной целью.
5. Для прохождения диспансеризации.
6. Для оформления справки/карты для санаторно-курортного лечения.
7. Для оформления направлений на обследование при плановом оперативном вмешательстве.
8. С целью обследования по направлению районного военкомата.
9. Для получения справки о группе здоровья.
10. Для получения выписки из амбулаторной карты и др.

Каждая цель визита имеет определенный маршрут движения пациента в поликлинике. Так, при обращении пациента за неотложной помощью можно выделить следующие этапы, каждый из которых характеризуется составом работ:

Первый этап – обращение пациента в регистратуру для сверки данных в ИС Медиалог (прикрепление по месту жительства, полис ОМС) и получение информации о месте приема врача-терапевта участкового.

Второй этап – непосредственное обращение в кабинет приема врача.

Третий этап – пациент самостоятельно обращается в процедурный кабинет для выполнения манипуляций по неотложной помощи и пр.

На каждом этапе выполняется структурированный набор работ. Так, на первом этапе администратор регистратуры выполняет сверку данных в ИС Медиалог (паспорт, полис ОМС, СНИЛС, данные места работы, дополнительные данные), вносит данные о пациенте в ИС Медиалог, записывает его на прием к врачу, находит карту амбулаторного пациента в картотеке и относит ее к врачу в кабинет. Определение структурированного набора работ позволяет медицинской организации разрабатывать стандартные операционные процедуры (СОПы) для врачей и среднего медицинского персонала.

Такой подход позволяет разработать логистику в поликлинике, распределить нагрузку между врачами и средним медперсоналом, структурировать содержание их деятельности на основе СОПов и в конечном итоге повысить доступность и качество медицинской помощи населению.

Следует отметить, что в поликлинике еще до внедрения федерального проекта уже появились ее элементы. Это и создание общего единого комплекса двух структур: кабинета централизованной выписки рецептов для ЛЛО и кабинета отпуска этих лекарств с удобной для пациентов зоной обслуживания, а также создание централизованной системы выписки больничных листов. Монтаж повсеместной внутренней телефонной связи и создание корпоративной сотовой связи позволяют всем службам поликлиники, в том числе участковой детской и взрослой, оперативно решать вопросы внутри поликлиники и удаленно прямо на дому пациента.

Наличие электронного расписания в двух регистратурах, инфоматы, электронная очередь, организованный Call-центр также сразу дали свои плоды по ликвидации очередей в регистратурах.

Новинкой явилась продуманная навигация. В поликлинике на входе, на лестничных маршах, на каждом этаже, даже на гардеробном номерке расположены маршруты во всех отделениях. Кроме того, в детском отделении подобрана наглядная информация в определенном стиле по формированию здорового образа жизни детей и родителей.

Теперь в детском отделении в регистратуре открытого типа родители могут записаться на прием к врачу через инфомат либо самостоятельно, либо с помощью менеджера, выбрав удобное для себя время. При этом инфомат дооснащен принтером, что позволяет родителям получить напоминание о дате и времени приема на бумажном носителе.

Наличие электронных карт позволило перенести медицинские карты на бумажных носителях в отдельное картохранилище, что причащает пациентов не зависеть от наличия в руках амбулаторных карт, снижает негативные эмоции от их отсутствия и дает возможность спокойно работать с картами в отдельном помещении.

Рабочее место врача, приведенное в соответствие с табелем оснащения, кардинально поменяло свой внешний вид, а применение системы «5S» позволило по-новому организовать рабочее место специалистов.

Проводимые мероприятия помогли существенно повысить доступность и качество медицинской помощи. Так, в созданном Call-центре поликлиники при использовании бережливых технологий в два раза сократилось затрачиваемое на ответ время, что позволяет обслуживать большее количество звонков, особенно в первый день недели. Рациональная расстановка мебели и оборудования помогла уменьшить протяженность маршрута врача по кабинету до 6–10 метров с исходных 150, что позволило сократить время нахождения пациента на приеме до 10–15 минут с исходных 25 минут, и как результат – сократилось время ожидания в очереди с максимальных 30 до 15 минут в зависимости от цели визита пациента. При этом удовлетворенность пациентов качеством обслуживания в поликлинике превысила 70 %.

Новый толчок в развитии технологий бережливого производства в поликлинике обозначился, когда к работе присоединились молодые специалисты медицинского университета, участники федеральной образовательной программы «Школа лидеров бережливого производства в здравоохранении». На базе поликлиники лидерами выполнены и защищены три проекта: оптимизация работы регистратуры и организация формальных и неформальных

ных потоков детского населения, оптимизация работы врача-педиатра участкового и оптимизация работы Call-центра.

Таким образом, внедрение технологии бережливого производства на основе процессного подхода позволило существенно повысить качество и доступность медицинской помо-

щи прикрепленному населению. Сегодня перед системой здравоохранения стоят еще более амбициозные задачи – на основе реализованных мероприятий, показавших высокую эффективность в проекте «Бережливая поликлиника», берется курс на бережливое здравоохранение в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арженцов, В.Ф. Применение принципов бережливого производства в медицине // *Управление качеством в здравоохранении* : (электронный научный журнал). – 2018. – № 1. – С. 14–18.
2. Борисова, Е.А. Процессное управление в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности // *Роль науки в развитии социума: теоретические и практические аспекты*, г. Санкт-Петербург. – СПб.: *КультИнформПресс*, 2018. – С. 71–72.
3. ГОСТ ИСО 9001-2015. Система менеджмента качества. Требования. – М. : *Стандартинформ*, 2015. – 24 с.
4. Камкин, Е.Г. Создание новой модели поликлиники: от пилотного к приоритетному проекту / Е.Г. Камкин, Э.К. Вергазова, Г.Г. Введенский // *Здравоохранение*. – 2018. – № 1. – С. 20–24.
5. Кицул, И.С. Технология проектного управления в медицинской организации (на примере проекта внедрения процессного подхода в Иркутском диагностическом центре) / И.С. Кицул, И.В. Ушаков, Н.Ф. Князюк // *Менеджер здравоохранения*. – 2006. – № 3. – С. 26–34.
6. Кораблев, В.Н. Методология организации бережливого производства в медицинской организации амбулаторного типа / В.Н. Кораблев, Е.Г. Гандурова, О.А. Димова // *Роль науки в развитии социума: теоретические и практические аспекты*, г. Санкт-Петербург. – СПб. : *КультИнформПресс*, 2018. – С. 75–76.
7. Стадченко, Н.Н. Роль субъектов и участников ОМС в пилотном проекте «Бережливая поликлиника» / Н.Н. Стадченко, С.Г. Кравчук // *Здравоохранение*. – 2018. – № 1. – С. 26–31.
8. Ушаков, И.В. Управление медицинской организацией с позиции процессного подхода // *Проблемы социальной гигиены и история медицины*. – 2006. – № 1. – С. 37–41.
9. Яковлева, Т.В. Первичная медико-санитарная помощь как приоритетное направление развития здравоохранения / Т.В. Яковлева // *Здравоохранение*. – 2018. – № 1. – С. 26–31.

УДК 61:34

Необходимость повышения правовых знаний медицинских работников с учетом пациент-ориентированного подхода в законодательстве об охране здоровья. Роль образовательного процесса в обеспечении правовой подготовки врачей и средних медицинских работников

М.Г. Свередюк

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

The need to improve the legal knowledge of health professionals, taking into account the patient-centered approach in health care legislation. The role of the educational process in providing legal training for doctors and medical nurses

M.G. Sveredyuk

Postgraduate Institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье проанализирована роль правовой подготовки как одного из условий безопасности деятельности медицинской организации и медицинского работника. Приводятся материалы исследования, проведенного на территории Дальнего Востока России, по знанию медицинскими работниками правовых основ в сфере здравоохранения. Подчеркивается значение образовательных мероприятий на примере Хабаровского края.

Ключевые слова: образовательный процесс, медицинское право, медицинская организация, медицинский работник.

The role of legal training as one of the safety conditions for the activity of a medical organization and a medical worker is analyzed in the article. The materials of the research conducted in the territory of the Far East of Russia, on the knowledge of medical workers of the legal basics in the field of public health, are presented. The importance of educational events is examined by the example of the Khabarovsk Territory.

Key words: educational process, medical law, medical organization, medical staff.

Повышение правовых знаний в медицинской сфере весьма актуально, поскольку лишь небольшой процент работников медицинских организаций ориентируется в базовых вопросах, предусмотренных действующим законодательством об охране здоровья.

Вывод сделан на основании тестирования более 21 тысячи медицинских работников, организаторов здравоохранения, юристов медицинских организаций.

Территория охвата – Дальний Восток (Хабаровский, Приморский, Камчатский края, Магаданская, Сахалинская, Амурская обла-

сти, ЕАО, Чукотский АО, Республика (Саха) Якутия).

Результаты тестирования заставляют задуматься, так как процент правильных ответов весьма низкий.

Как видим, поставленные вопросы не затрагивают сложных юридических аспектов, это базовый набор обязательных знаний, необходимых для осуществления профессиональной деятельности.

Необходимость владения медицинскими работниками правовыми знаниями закреплена в части 1 статьи 73 Федерального зако-

№	Вопрос	% правиль- ных ответов
1	С какого возраста человек вправе распоряжаться своими правами в сфере охраны здоровья – давать согласие на медицинское вмешательство, отказываться от медицинской помощи?	20
2	Кто в медицинской организации имеет право предоставить пациенту информацию о состоянии здоровья?	12
3	Что понимается под медицинским вмешательством?	7
4	Кто обязан соблюдать врачебную тайну?	18
5	При каких обстоятельствах лечащий врач вправе отказаться от наблюдения и (или) лечения пациента?	3

на от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее по тексту – 323-ФЗ): «Медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии».

В свою очередь, незнание базовых аспектов, нежелание их знать зачастую приводит к негативным ситуациям, в том числе способствует развитию такого явления, как потребительский экстремизм.

В частности, медико-юридическая практика показала, что при получении претензий либо жалоб от пациентов работниками медицинской организации в 60 % случаев основное внимание уделяется тому, как написана претензия, носит ли она угрожающий характер, имеет ли ссылки на правовые нормы. В менее чем 20 % случаев анализируются такие необходимые элементы привлечения к ответственности, как противоправное поведение и наличие вины в действиях медицинских работников.

Учитывая, что действующий закон 323-ФЗ предусматривает пациент-ориентированную модель взаимоотношений, обладание правовыми знаниями в сфере осуществления медицинской деятельности можно отнести к одному из главных элементов безопасности медицинской организации.

В этой связи нельзя не согласиться с высказыванием члена-корреспондента РАН, заслуженного юриста России, члена совета директоров Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), президента Националь-

ной ассоциации медицинского права, заведующего кафедрой медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессора, доктора медицинских наук Ю.Д. Сергеева: «Чем выше правовая культура врачей, тем неукоснительнее исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше качество и эффективность лечебно-диагностической помощи населению, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья» [2].

В 2015 году в письме «О соблюдении норм этики и деонтологии в учреждениях здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края подчеркивалось: «Необходимо принять меры по повышению правовой культуры врачей и среднего медицинского персонала, что позволит своевременно предупреждать случаи ненадлежащего оказания помощи пациентам, повысит качество лечебной помощи, обеспечит защиту прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья, а равно и правовую защищенность самого врача».

Как неоднократно отмечала Т.А. Голикова (министр здравоохранения и социального развития в 2007–2012 годах), 323-ФЗ «самый пациенто-ориентированный закон в истории России»¹.

Пациент-ориентированное здравоохранение строится на пяти основных положениях:

- 1) уважение к центральному месту пациента в системе здравоохранения;
- 2) информированное согласие, свободный обоснованный выбор пациентом технологии и алгоритма лечебного цикла, расширение информационных прав и возможностей пациента;
- 3) вовлечение организаций пациентов в разработку политики национальной системы здравоохранения;
- 4) обеспечение доступа к дополнительной и достоверной медицинской информации;
- 5) поддержка в реализации права на второе медицинское мнение.

Из анализа 323-ФЗ следует соответствие данным аспектам. В частности, в статье 4 Закона закреплены основные принципы охраны здоровья, к которым относятся:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

¹ <https://rg.ru/2011/06/29/zakon.html>

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

6) доступность и качество медицинской помощи;

7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

9) соблюдение врачебной тайны.

При этом такой принцип, как приоритет интересов пациента, в статье 6 закона 323-ФЗ предусматривает еще ряд правовых гарантий:

1) соблюдение этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;

2) оказание медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;

3) обеспечение ухода при оказании медицинской помощи;

4) организация оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;

5) установление требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;

6) создание условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

Учитывая основополагающие правовые нормы, повышенное внимание в процессе медицинской деятельности должно уделяться анализу возможных правовых рисков, связанных с взаимоотношением медицинский работник – пациент, и проведению работы по их минимизации.

Исходя из анализа правовых знаний медицинских работников, к данным рискам можно отнести следующие:

– организация соблюдения рационального времени пациента при оказании медицинской помощи;

– дееспособность пациента в сфере охраны здоровья;

– соблюдение правового алгоритма при отказе лечащего врача от наблюдения и лечения пациента;

– понимание медицинским работником аспектов, налагающих ограничения при осуществлении медицинской деятельности (статья 74 323-ФЗ);

– условия выбора врача с учетом норм трудового законодательства;

– надлежащее оформление информированного добровольного согласия, отказа от оказания медицинской помощи, а также фиксация информации при отказе пациента от подписания данных документов;

– допустимые случаи медицинского вмешательства без оформления информированного добровольного согласия;

– осуществление медицинской помощи при конфликте интересов законных представителей;

– надлежащее предоставление информации о состоянии здоровья пациента уполномоченными лицами;

– соблюдение этики и деонтологии медицинскими работниками;

– вопросы правового регулирования режима врачебной тайны;

– алгоритм поведения при потребительском экстремизме;

– уголовно-правовой риск неоказания помощи больному (понимание уважительности причин неоказания помощи больному как основания для исключения уголовной ответственности);

– проведение разъяснительной работы по исключению имеющих место высказываний медицинских работников, содержащих заочные «разоблачительные» оценки качества оказания медицинской помощи, которые вводят пациентов в заблуждение.

Помимо обозначенных выше правовых рисков, имеются также определенные проблемы во взаимоотношениях медицинская организация – контрольно-надзорные органы, страховые медицинские организации.

К данным вопросам, в частности, можно отнести отсутствие четкой, понятной правоприменительной практики реализации нормативных актов как на уровне надзорного органа, страховой медицинской организации, так и на уровне судебной инстанции.

В этой связи очень важную, системную роль имеет образовательный процесс. Развитие учебно-методического и научно-практического обеспечения правовой подготовки медицинских работников, совершенствование организации учебного процесса приобретают особую актуальность.

На сегодняшний день всё большее значение придается вопросам медицинского права. В некоторых учебных заведениях созданы кафедры медицинского права, что свиде-

тельствует о повышенном внимании к данной проблематике на федеральном и региональном уровнях.

В Хабаровском крае вопросам правовой безопасности осуществления медицинской деятельности также уделяется большое внимание.

Начиная с 2003 года, в рамках образовательного процесса, проводимого кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения краевого государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края организован ряд циклов по медико-правовой тематике.

В апреле 2018 года данная кафедра переименована в кафедру организации здравоохранения и медицинского права, что свидетельствует о возрастании роли правовых дисциплин в обучении медицинских работников на территории Хабаровского края.

В настоящее время при профессиональной переподготовке специалистов в сфере организации здравоохранения и повышения квалификации медицинскими работниками большое внимание уделяется вопросам минимизации правовых рисков.

Разработаны и внедрены следующие циклы:

– «Юридическая ответственность медицинских организаций и медицинских работников» (цикл аккредитован в системе непрерывного медицинского образования).

– «Правовая система охраны здоровья».

– «Правовые риски профессиональной медицинской деятельности».

– «Правовое обеспечение деятельности ЛПУ в условиях конкуренции».

Задачами кафедры в рамках образовательного процесса по медицинскому праву являются:

– понимание медицинским работником основных положений действующего законодательства, как в сфере здравоохранения, так и в сфере общепрофессионального законодательства (323-ФЗ, 326-ФЗ, ТК РФ, УК РФ, КоАП РФ, ГК РФ);

– наличие навыков в проведении медико-правового анализа обращений, претензий, жалоб, исковых заявлений пациентов, постановлений, предписаний контрольно-надзорных органов;

– формирование юридически грамотных, обоснованных ответов на запросы пациентов, контрольно-надзорных органов;

– ориентирование в вопросах конфликтологии, навыков ведения переговорного процесса;

– соблюдение норм этики и деонтологии при осуществлении медицинской деятельности.

Между тем, каким бы идеальным ни был образовательный процесс, чрезвычайно важно, чтобы медицинские работники умели применять полученные правовые знания на практике. В этой связи нельзя не согласиться с высказыванием профессора Н.И. Мирона: «Великая цель образования – не только знания, но и прежде всего действия».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации* : федер. закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 // *Собрание законодательства Российской Федерации*. – 2011. – 28 нояб. (№ 48). – Ст. 6724.

2. *Медицинское право : учеб. комплекс : в 3 т. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 14.*

УДК 616.993-036.22(571.620)"2017"

Заболееваемость природно-очаговыми и зооантропонозными инфекциями в Хабаровском крае в 2017 году

Т.Н. Каравянская¹, Н.В. Соболенко¹, О.А. Бишчук¹, Т.Е. Макарова², Е.А. Медведева²

¹Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабаровскому краю, 680009, г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, 109б; тел. +7 (4212) 27-47-44; e-mail: root@sanepid.khv.ru

²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipks.khv.ru

Morbidity of natural focal and zoonanthropous infections in Khabarovsk Krai in 2017

T.N. Karavyanskaya¹, N.V. Sobolyenko¹, O.A. Bishchuk¹, T.Ye. Makarova², Ye.A. Myedvyedeva²

¹Department of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare of the Khabarovsk Territory, 680009, Khabarovsk, ul. Karla Marksa, 109b; tel. +7 (4212) 27-47-44; e-mail: root@sanepid.khv.ru

²Postgraduate Institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipks.khv.ru

В статье представлен анализ заболеваемости природно-очаговыми и зооантропонозными инфекциями в Хабаровском крае за 2017 год. Из числа природно-очаговых и зооантропонозных инфекций наиболее актуальными для края являются клещевой энцефалит, клещевой сыпной тиф и клещевой боррелиоз, составляющие в нозологической структуре природно-очаговых инфекций более 80 %. Актуальными остаются ГЛПС и туляремия вследствие эпизоотической активности природных очагов инфекции.

Ключевые слова: природно-очаговые инфекции, клещевой вирусный энцефалит, болезнь Лайма, клещевой риккетсиоз, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, бешенство, бруцеллез, лептоспироз, туляремия.

The article presents an analysis of the incidence of natural focal and zoonanthropous infections in Khabarovsk Krai in 2017. Of the natural focal and zoonanthropous infections, the questions of current interest for the region are tick-borne encephalitis, tick-borne typhus and tick-borne borreliosis, which account for more than 80% of the nosological structure of natural focal infections. The live issues are hemorrhagic fever with renal syndrome and tularemia due to epizootic activity of natural foci of infections.

Key words: natural focal infections, tick-borne viral encephalitis, Lyme disease, tick-borne rickettsiosis, hemorrhagic fever with renal syndrome, rabies, brucellosis, leptospirosis, tularemia.

Территория Хабаровского края является эндемичной по ряду инфекций: геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС), лептоспирозу, псевдотуберкулезу (ДСЛ), клещевым инфекциям.

За последние 3 года в Хабаровском крае из группы зоонозных инфекций не регистрировались сибирская язва, бешенство, орнитоз, листериоз, лептоспироз, лихорадка Ку, крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Западного Нила.

В структуре природно-очаговых инфекций за последние 3 года наибольший удельный вес составляют инфекции, передаваемые через укусы клещей, – 83,2 % (2016 год – 83,4 %).

В результате проводимого комплекса профилактических мероприятий, определенных Решениями санитарно-противоэпидемической

комиссии правительства края (19.01.2017 года № 2; 17.02.2017 года № 4), постановлениями Главного государственного санитарного врача по Хабаровскому краю (31.01.2017 года № 3; 06.02.2017 года № 4; 05.12.2017 года № 5), эпидемическая ситуация по природно-очаговым инфекциям расценивается как благополучная.

В 2017 году случаев групповых заболеваний природно-очаговыми инфекциями не зарегистрировано.

Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ) и иксодовый клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)

В крае 16 административных территорий из 19 являются эндемичными по заболеваемости **клещевым вирусным энцефалитом**.

Заболееваемость в течение последних 10 лет носит спорадический характер. В 2017 году зарегистрировано 2 случая КВЭ, показатель заболеваемости 0,15 случая на 100 тысяч населения (2016 год – 0,37; 2015 год – 0,60; РФ 2017 год – 1,33). Среди заболевших 1 взрослый и 1 ребенок 17 лет. Все заболевшие были не привиты против КВЭ. В одном случае заболевание у взрослого закончилось летальным исходом.

Случаи заражения вирусом клещевого энцефалита зарегистрированы в 2 районах – в Комсомольске-на-Амуре и Николаевском районе.

В крае зарегистрировано 35 случаев заболевания **клещевым боррелиозом** (2,62 на 100 тысяч населения, РФ 2017 год – 4,59) на 7 административных территориях края. В 2017 году число заболевших снизилось по сравнению с 2016-м на 48,4 % (2016 год – 68 случаев).

Из группы клещевых инфекций наиболее высоким показателем заболеваемости (13,19 на 100 тысяч населения – 176 случаев) отличается **клещевой риккетсиоз**. Показатель заболеваемости по сравнению с 2014 годом увеличился на 40,0 % (2014 год – 9,40 – 127 случаев. 2015 год – 11,64 – 156 случаев, 2016 год – 15,99 на 100 тысяч населения – 214 случаев).

В эпидемический сезон 2017 года отмечено снижение активности клещей. Так, в лечебно-профилактические учреждения края по поводу присасывания клещей обратилось 5 738 человек, из них 2 054 ребенка. По сравнению с 2014 годом обращаемость уменьшилась на 3,6 %, по сравнению с прошлым годом – на 17,9 % (2016 год – 7012, из них 2249 детей; 2015 год – 8044, из них 2355 детей).

Пик обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения края зарегистрирован в первой декаде июня и составил 40 % от числа всех обратившихся за сезон.

Из числа обратившихся в лечебно-профилактические учреждения по поводу укусов клещами привитыми оказались 19,1 % (2016 год – 18,6; 2015 год – 17,0 %). Доля детей среди обратившихся составляет 35,8 % (2016 год – 32,1 %), из них привитых на уровне прошлого года 21,0 % (2016 год – 21,0 %).

Экстренную профилактику клещевого вирусного энцефалита получили 2749 человек – 48,0 % от числа обратившихся (2016 год – 45,7 %; 2015 год – 46,4 %), из них 2055 детей (91,0 % от числа обратившихся детей).

Вакцинировано против КВЭ 32 698 человек, в том числе 16 131 ребенок, 69 801 человек ревакцинирован, в том числе 26 624 ребенка.

На базе ФБУН «Хабаровский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора продолжены исследования клещей, снятых с людей. За эпидемический сезон 2017

года от населения исследовано 2392 клеща против 2688 в 2016 году. Положительные результаты на зараженность вирусом клещевого энцефалита получены в 1,7 % случаев, боррелиями – в 1,0 % (в 2016 году вирусоформность клещей составила 5,9 %). В рамках Соглашения о взаимодействии эпизоотологический надзор за природными очагами с целью уточнения границ, а также сбор клещей для определения видовой идентификации и зараженности, прогнозирования эпизоотической и эпидемической ситуации осуществляло ФКУЗ «Хабаровская противочумная станция» Роспотребнадзора.

С апреля по сентябрь из объектов окружающей среды отобрано 600 экземпляров иксодовых клещей. Вирусоформность клещей в природе составила 1,5 % (2016 год – 0,5 %), зараженность боррелиями – 25,2 % (2016 год – 5,4 %; 2015 год – 5,7 %). Средний многолетний уровень (СМУ) вирусоформности клещей (2011–2015) с объектов окружающей среды по результатам иммуноферментного анализа (ИФА) – 0,4 %.

Сезон активности клещей вследствие позднего снеготаяния наступил с начала апреля и продлился до конца первой декады августа. В более ранние и поздние сроки отмечались единичные экземпляры клещей. Пик численности зарегистрирован в середине июня и находился на уровне средних многолетних показателей.

Продолжались работы по изучению эндемичности территории в отношении лихорадки Западного Нила (ЛЗН). Обследовались дикие перелетные и синантропные птицы (58), комары (10 тысяч экземпляров – 40 пул). РНК вируса Западного Нила в пробах не обнаружена. Обследовано 18 больных с симптомами, не исключаящими ЛЗН, прибывших из-за рубежа, с других территорий Российской Федерации. Результаты на наличие ЛЗН отрицательные.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС). Заболеваемость ГЛПС зарегистрирована в 4 муниципальных образованиях края. С 2014-го по 2016 год прослеживалась динамика роста заболеваемости ГЛПС, в 2017 году по сравнению с 2016-м заболеваемость снизилась на 48,6 %. В 2017 году зарегистрировано 17 случаев ГЛПС (2016 год – 33 случая). Показатель заболеваемости составил 1,27 на 100 тысяч населения (2016 год – 2,47) и был в 4,5 раза ниже показателя по РФ (2017 год – 5,67). Все случаи заболевания ГЛПС подтверждены лабораторно.

Среди детей до 17 лет зарегистрирован 1 случай заболевания (2015 год – не зарегистрировано; в 2013–2014 годах по 2 случая). Случаев летальных исходов не зарегистрировано.

Заболееваемость носила ярко выраженный сезонный характер. Большинство заболеваний регистрировалось в период с октября по декабрь.

Источником заражения людей являются дикие грызуны – хронические носители и резервуары хантавирусов – возбудителей ГЛПС, принадлежащих к двум серогенотипам – Хантаан, Амур.

На территории края в 2017 году зарегистрирован 21 завозной случай заболевания **лихорадкой Денге** (2016 год – 16 случаев; 2015 год – 14 случаев; 2014 год – 2 случая; 2013 год – 18 случаев). Случаи заболевания выявлены среди туристов, возвратившихся из стран Юго-Восточной Азии (Таиланд, Вьетнам). Среди заболевших один ребенок (13 лет). Летальные исходы не зарегистрированы.

Возрастная структура заболевших: 13 лет – 1 человек (5,0 %); 20–40 лет – 12 человек (57 %); 41–60 лет – 6 человек (28,5 %); старше 60 лет – 2 человека (9,5 %). Распределение заболевших по полу: женщин – 11 человек, мужчин – 9 человек. Случаи заболевания равномерно регистрировались в течение всего года.

Все заболевшие в инкубационный период заболевания временно пребывали на территориях, эндемичных по геморрагической лихорадке Денге (Таиланд, Вьетнам), и отмечали наличие насекомых и их укусов на теле. Использование репеллентов отрицают.

Обратились за медицинской помощью в первые 3 дня заболевания 7 заболевших (33 %), остальные 14 человек (67 %) – позже 4-го дня болезни. Госпитализированы в первые 2 дня обращения за медицинской помощью 20 больных (95,0 %). У 21 заболевшего диагноз «геморрагическая лихорадка Денге» подтвержден лабораторно.

При опросе заболевших геморрагической лихорадкой Денге установлено, что при организации поездки за рубеж через туристические компании беседы по профилактике данного заболевания и тактике поведения в случае заболевания по возвращении домой не проводились.

Бруцеллез. Ситуация по бруцеллезу на территории края спокойная. Животноводческих хозяйств, неблагополучных по бруцеллезу, в течение последних трех лет не зарегистрировано. С 2012 года случаев заболевания бруцеллезом не зарегистрировано. Результаты серологических исследований материала на бруцеллез от 392 человек из числа подлежащего наблюдению контингента – отрицательные.

Лептоспироз. Эпидемическая и эпизоотическая ситуация по лептоспирозу в 2017 году остается стабильной и в сравнении с 2016 годом кардинально не изменилась. В течение последних лет регистрируются единичные случаи заболевания лептоспирозом, в

2016 году зарегистрирован 1 случай заболевания, вызванного *Leptospira Grippotyphosa* (2014 год – 2 случая; 2013 год – 1 случай). В 2017-м и 2015 годах заболеваемость не регистрировалась.

С целью своевременного выявления эпизоотии лептоспироза среди домашних животных обследовано 15 собак, а также 7 лошадей. По результатам исследований 46 % проб от собак и 28,6 % проб от лошадей были серопозитивны.

Исследовано на лептоспироз 43 сыворотки крови людей по направлениям лечебно-профилактических организаций. Антитела к лептоспирам не обнаружены.

Бешенство. В Хабаровском крае на протяжении последних лет эпизоотологическая и эпидемиологическая обстановка по бешенству остается напряженной. Работа осуществляется в соответствии с Планом мероприятий по профилактике бешенства на территории Хабаровского края, утвержденным Решением санитарно-противоэпидемической комиссии правительства Хабаровского края от 17.02.2012 года № 4.

Вопросы по профилактике бешенства рассмотрены на заседании Специальной комиссии по предупреждению распространения и ликвидации очагов заразных и массовых незаразных болезней животных на территории Хабаровского края.

В 2017 году случаев заболевания бешенством среди людей и животных не зарегистрировано. Последний случай заболевания зарегистрирован в 2011 году. Заболевший – взрослый мужчина, пострадавший от укуса дикой лисы.

В 2017 году от нападений животных пострадали 4584 человека, в том числе 1368 детей до 17 лет (2016 год – 4731 человек). От диких животных пострадал 151 человек, из них детей в возрасте до 17 лет – 64 человека (2016 год – 141 и 45).

Антирабическое лечение получили 3896 человек, пострадавших от укусов животных (2016 год – 3217 человек; 2015 год – 3586 человек; 2014 год – 3326 человек).

Против бешенства с профилактической целью было вакцинировано 355 человек, ревакцинировано 113 человек (2016 год – 125 и 44; 2015 год – 83 и 8; 2014 год – 227 и 36 человек соответственно).

В 2017 году проведено исследование биологического материала от 12 домашних и 6 диких животных на бешенство. Все результаты исследования отрицательные. По итогам плановой вакцинации против бешенства привито 71041 (2016 год – 68 739; 2015 год – 62 368 голов).

Туляремия. Природные очаги туляремийной инфекции различной степени активности распространены на всех территориях края, за исключением северных.

Проводимый комплекс противоэпидемиологических и профилактических (санитарно-просветительных) мероприятий позволил оценивать ситуацию по туляремии в течение последних двух лет как благополучную.

В 2016–2017 годах случаев заболевания туляремией не зарегистрировано. В 2015 году зарегистрировано 10 случаев заболевания туляремией. Все заболевшие взрослые. Случаи заболевания регистрировались в период с июня по октябрь. Заболевание протекало в бубонной форме с преимущественно паховой или подмышечной локализацией бубонов и наличием признаков повреждения кожных покровов, что в большей степени указывает на контактный путь за-

ражения. У всех заболевших диагноз был подтвержден серологически, у 4 больных из отделяемого лимфатических узлов была выделена культура возбудителя. Случаи заражения туляремией произошли на территории природных очагов Хабаровского и Амурского районов.

Вывод

Наиболее актуальными природно-очаговыми заболеваниями для Хабаровского края являются клещевой энцефалит, клещевой сыпной тиф и клещевой боррелиоз, занимающие более 80 % от общей структуры природно-очаговых инфекций. По-прежнему большую значимость играют ГЛПС и туляремия вследствие эпизоотической активности природных очагов инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ежегодный отчет Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю по инфекционной заболеваемости населения Хабаровского края.

УДК 614.2(571.620)

Медицинские и социальные аспекты качества населения Амурского района

С.В. Симонова, К.П. Топалов

КГБУЗ «Амурская центральная районная больница» МЗ ХК, 682640, Хабаровский край, г. Амурск, пр. Строителей, 21; тел. +7 (42142) 2-48-16; e-mail: zrb-buh@yandex.ru

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Medical and social aspects of population quality of Amursky District of Khabarovsk Krai

S.V. Simonova, K.P. Topalov

"Amursky Central District Hospital" under Ministry of Health of Khabarovsk Krai, 682640, Khabarovsk Territory, Town of Amursk, Stroiteley Avenue, 21; tel. +7 (42142) 2-48-16; e-mail: zrb-buh@yandex.ru.

"Postgraduate Institute for Public Health Workers" under Ministry of Health of Khabarovsk Krai, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Дана оценка качества населения Амурского района Хабаровского края с позиции демографических процессов, заболеваемости и смертности населения за 2000–2017 годы с выделением трех периодов – 2000–2005, 2006–2011 и 2012–2017 годы.

Ключевые слова: *качество населения, заболеваемость, смертность.*

Evaluated in the article is the population quality of the Amursky District of Khabarovsk Krai in the aspect of demographic processes, morbidity and mortality of the population in 2000–2017 years, the abovementioned period was divided into three periods i.e. 2000–2005, 2006–2011 and 2012–2017 years.

Key words: *population quality, morbidity, mortality.*

В последние годы усиливается социальная поляризация населения, особенно социальная дифференциация здоровья [1]. В этих услови-

ях особую актуальность приобретает изучение качества жизни отдельного человека, группы людей, популяции в целом, которое отражает

уровень комфортности человека, группы людей в обществе и базируется на трех основных компонентах:

- условия жизни – объективная сторона жизни человека, не зависящая от него самого (природная, социальная среда и др.);
- образ жизни – субъективная сторона жизни, создаваемая самим индивидуумом (общественная, физическая, интеллектуальная активность, досуг, духовность и др.) [3];
- удовлетворенность условиями и образом жизни. Помимо медицинских аспектов оценки качества населения, целесообразно изучать социальные аспекты, которые в современных условиях жизни существенно влияют на жизнь человека, в том числе на его здоровье.

Цель исследования

Во-первых, оценить качество населения муниципального образования с позиции демографических процессов, заболеваемости и смертности от основных классов болезней по мере их значимости: заболевания системы кровообращения, новообразования, в том числе злокачественные, травмы и отравления, болезни органов пищеварения и органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания.

Во-вторых, определить тенденции в состоянии заболеваемости социально значимыми болезнями в трех рассматриваемых периодах: 2000–2005 годы – период интенсивного развития системы оказания медицинской помощи; 2006–2011 годы – период действия национального проекта «Здоровье» и модернизации системы здравоохранения; 2012–2017 годы – период действия майских Указов Президента РФ от 7 мая 2012 года № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» и № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

В-третьих, провести социологическое исследование среди сотрудников акушерско-гинекологического отделения КГБУЗ «Амурская центральная районная больница» по соблюдению условий и образа жизни.

Материал и методы

Для изучения использованы статистические сборники, подготовленные Хабаровским филиалом Росстата за 2000–2017 годы. Для сравнения использованы статистические сборники Росстата по заболеваемости и смертности за 2000–2017 годы. За основу брались абсолютные значения изучаемых явлений, на базе которых с учетом данных численности населения вычислялись интенсивные и экстенсивные показатели. Для исследования изучаемых явлений применяли корреляционный и вариационный анализ. Результаты ис-

следования в связи с разбросом годовых величин были сведены в три периода: 2000–2005, 2006–2011 и 2012–2017 годы и вычислялись средние величины с ошибкой. Для сравнения различных показателей использовали показатель Стьюдента–Фишера (t) и степень достоверности (p).

Результаты

На 1 января 2018 года численность населения Амурского района составила 59 319 человек. За 19 лет население сократилось на 18 352 человека, или на 23,63 %. За этот период население РФ увеличилось на 0,058 % за счет присоединения Крыма. В Дальневосточном округе (ДФО) и в Хабаровском крае (ХК) снижение численности за 2000–2017 годы составило 10,82 % и 9,88 % соответственно. Динамика депопуляционных процессов в Амурском районе в рассматриваемые периоды представлена в таблице 1.

С точки зрения оценки качества населения в муниципальном образовании произошли определенные сдвиги в демографической ситуации. За 2000–2018 годы население сократилось на 23,63 %. При этом депопуляционная тенденция в течение двух периодов (2000–2011) нарастала ($t = 1,20$; $p > 0,05$) с $9,02 \pm 0,103$ до $9,20 \pm 0,109$ %, затем она снизилась до $7,56 \pm 0,104$ % в 2012–2017 годах ($t = 10,88$; $p < 0,001$). За 2000–2017 годы на долю естественной убыли пришлось $6,04 \pm 0,4$ %. Более чем в три раза сократилось население Амурского района за счет миграционной убыли: она составила $18,83 \pm 0,14$ %. Основным фактором данной депопуляции в районе явилось сужение базы воспроизводства населения – снижение рождаемости. Показатель естественного прироста в районе в течение трех рассматриваемых периодов составил $2,93 \pm 0,065$ %, $1,96 \pm 0,05$ % и $1,61 \pm 0,05$ % соответственно. Миграционные процессы в течение первых двух периодов нарастали с $6,08 \pm 0,086$ до $8,62 \pm 0,106$ % ($p < 0,001$). В 2012–2017 годах миграция населения из района уменьшилась до $5,95 \pm 0,093$ % ($p < 0,001$).

Существенные сдвиги произошли в возрастном составе населения Амурского района. Возрастная структура населения в среднем за 2000–2017 годы была представлена следующим образом: дети в возрасте 0–14 лет – 17,57 %, подростки 15–17 лет – 4,16 %, взрослые старше 18 лет – 78,27 %.

В районе за этот период изучения сократилась численность лиц трудоспособного возраста на 61,1 %, женское население, в том числе женщины фертильного возраста – 51,6 % и 24,7 % соответственно. При более тщательном изучении возрастного состава населения района оказа-

Таблица 1

Компоненты изменения численности населения Амурского района

Годы	Население на начало отчетного года	Изменения за год			Население на конец отчетного года
		Общий прирост	Естественный прирост	Миграционный прирост	
2000	77671	-940	-235	-705	76731
2001	76731	-938	-269	-669	75793
2002	75793	-810	-402	-408	74983
2003	74983	-1126	-444	-682	73857
2004	73857	-1051	-414	-637	72806
2005	72806	-2138	-514	-1624	70668
2000-2005	451841	-7003	-2278	-4725	444838
Общий прирост в %		-9,02	-2,93	-6,08	
2006	70668	214	-406	-352	70882
2007	70882	-915	-260	-655	69967
2008	69967	-1162	-198	-964	68805
2009	68805	-1381	-81	-1300	67424
2010	67424	-1913	-239	-1674	65511
2011	65511	-1342	-198	-1144	64169
2006-2011	413257	-6499	-1382	-6089	406758
Общий прирост в %		-9,20	-1,96	-8,62	
2012	64169	-744	-47	-697	63425
2013	63425	-944	-102	-842	62481
2014	62481	-617	-226	-391	61864
2015	61864	-573	-127	-446	61291
2016	61291	-862	-206	-656	60429
2017	60429	-1110	-327	-783	59319
2012-2017	373659	-4850	-1035	-3815	368809
Общий прирост в %		-7,56	-1,61	-5,95	
2000-2017	1238757	-18352	-4695	-14629	1220405
Общий прирост в %		-23,63	-6,04	-18,83	

лось, что показатели возрастной структуры существенно ухудшились по сравнению с 2000–2005 годами (рис. 1). Так, доля детей в возрасте 0–14 лет снизилась с $19,06 \pm 0,143$ до $17,80 \pm 0,153$ % ($p < 0,001$), несмотря на рост удельного веса этого контингента по сравнению с 2006–2011 годами на 13,1 % ($15,74 \pm 0,139$ %). Сокращается доля подростков с $5,18 \pm 0,081$ до $3,12 \pm 0,07$ % ($p < 0,001$). В 2012–2017 годах снизилась доля лиц трудоспособного возраста до $56,28 \pm 0,199$ % по сравнению с предыдущими двумя периодами (см. рис. 1). Такая ситуация с трудовым потенциалом в районе в будущем скажется на социально-экономическом развитии муниципального образования.

Практически на одном уровне по численности остается женское население. Обращает на себя внимание снижение доли женщин фертильного возраста с $26,73 \pm 0,161$ до $21,90 \pm 0,166$ %, что, бесспорно, скажется в перспективе на показателях рождаемости, воспроизводстве населения.

По сравнению с 2000–2005 годами в районе отмечен рост рождаемости с $10,40 \pm 0,37$ до $12,78 \pm 0,43$ (2006–2011) и $13,30 \pm 0,46$ (2012–2017) рождения на 1000 населения.

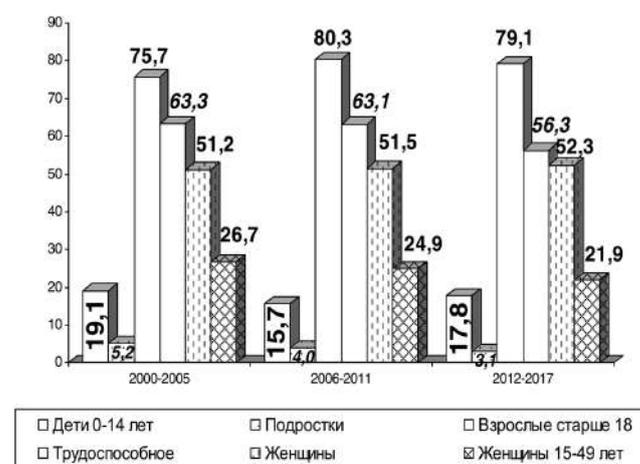


Рис. 1. Компоненты численности населения Амурского района в %

Соответственно повысился коэффициент фертильности: $38,93 \pm 1,37$, $51,85 \pm 1,71$ и $61,26 \pm 2,07$ ‰. Несмотря на положительные сдвиги в рождаемости, в районе наблюдаются определенные сдвиги в возрастных коэффициентах рождаемости. Частота рождений женщинами в возрасте до 20 лет практически остается на одном уровне в течение трех рассматриваемых периодов – $47,1 \pm 3,9$, $57,1 \pm 5,9$ и $51,9 \pm 5,9$ ‰. В трех возрастных группах матерей (20–29 лет; 30–39 лет; свыше 40 лет) отмечен рост рождаемости с $92,0 \pm 4,0$, $27,1 \pm 2,3$, $1,3 \pm 0,4$ до $134,5 \pm 5,8$ (рост 46,2 ‰), $60,3 \pm 3,6$ (рост в 2,2 раза) и $4,6 \pm 1,0$ (рост в 3,5 раза). Смещение рождаемости на более поздние возрастные сроки сказывается на качестве потомства.

Наряду с сужением базы воспроизводства населения Амурского района наблюдается рост общей заболеваемости (рис. 2).

За 18 лет изучения отмечен рост общей заболеваемости населения на 19,6 ‰, особенно среди подростков и детей 0–14 лет – 52,6 ‰ и 30,7 ‰ соответственно. В меньшей степени отмечено увеличение общей заболеваемости среди взрослого населения (13,1 ‰).

Основные проблемы с общей заболеваемостью населения Амурского района связаны с болезнями системы кровообращения (БСК); они растут в течение всех трех изучаемых периодов (табл. 2).

Показатели общей заболеваемости БСК за 18 лет увеличились достоверно ($p < 0,001$) на 62,6 ‰. Подобная картина отмечена при новообразованиях; рост за этот период составил 63,5 ‰. В течение 2012–2017 годов по сравнению с 2006–2011 годами наблюдается рост общей заболеваемости болезнями органов дыхания на 38,4 ‰ (см. табл. 2). В предыдущие годы (2000–2011) отмечено снижение указан-

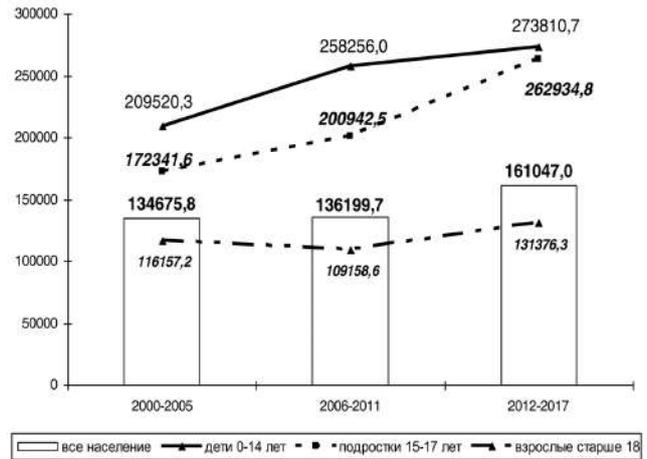


Рис. 2. Общая заболеваемость населения Амурского района в зависимости от возраста на 100 000 соответствующего населения

ной общей заболеваемости. Аналогичная ситуация в отношении болезней органов пищеварения: только в 2012–2017 годах зафиксирован достоверный рост общей заболеваемости данной патологией на 21,1 ‰ и составил в среднем в изучаемом периоде $12\ 837,1 \pm 134,4$ случая на 100 000 населения. На протяжении всего изучаемого периода (2000–2017) общая заболеваемость населения инфекционными и паразитарными болезнями снизилась на 17,9 ‰ и составила в 2012–2017 годах в среднем $6860,1 \pm 105,2$ случая на 100 000 населения. Общая заболеваемость от внешних причин (от травм и отравлений) в 2000–2011 годах росла ($t = 2,4$; $p < 0,05$) с $11\ 400,3 \pm 116,3$ до $11\ 813,2 \pm 123,5$ случая на 100 000 населения. В последующие годы распространенность травм и отравлений среди населения Амурского района уменьшилась ($t = 3,9$; $p < 0,001$) до $10\ 724,4 \pm 131,6$ случая.

Таблица 2

Общая заболеваемость населения основными классами болезней в трех изучаемых периодах с вычислением коэффициента Стьюдента–Фишера (на 100 000 соответствующего населения)

Наименование патологии	2000-2005 гг.		2006-2011 гг.		t	2012-2017 гг.		t1	t2
	M	±m	M	±m		M	±m		
Болезни системы кровообращения	10893,5	114,0	13572,2	131,0	15,4	17713,5	169,1	33,5	19,4
Новообразования	3026,3	62,7	3496,8	70,3	5,0	4951,7	89,4	17,6	12,8
Травмы и отравления	11400,3	116,3	11813,2	123,5	2,4	10724,4	131,6	-3,9	-6,0
Болезни органов дыхания	36687,6	69,0	35358,9	182,9	-5,2	43083,3	263,7	20,2	24,1
Болезни органов пищеварения	10493,6	112,1	9276,9	111,0	-7,7	12837,1	134,4	13,4	20,4
Инфекционные и паразитарные болезни	8360,0	101,3	7432,3	100,3	-6,5	6860,1	105,2	-10,3	-3,9

Особую значимость в оценке качества населения имеет первичная заболеваемость (рис. 3). За 18 лет (2000–2017) первичная заболеваемость населения Амурского района снизилась на 0,73 %. Существенное влияние на этот показатель оказала первичная заболеваемость среди взрослого населения; она снизилась на 18,27 %.

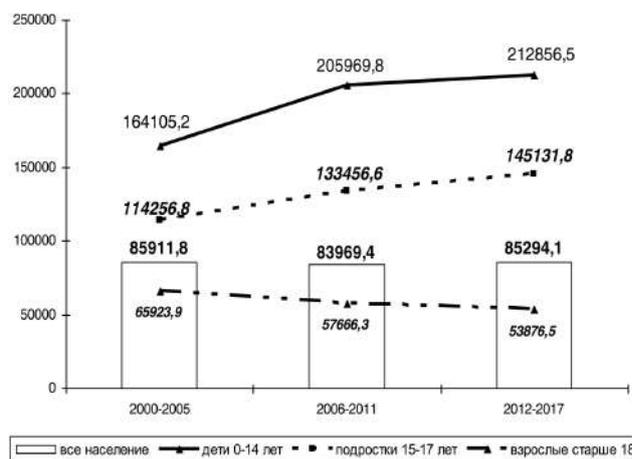


Рис. 3. Первичная заболеваемость населения Амурского района в зависимости от возраста на 100 000 соответствующего населения

В 2006–2011 годах первичная заболеваемость населения от внешних причин (от травм и отравлений) выросла ($t = 2,5; p < 0,05$) с $11\,383,6 \pm 116,2$ до $11\,813,2 \pm 123,5$ случая на 100 000 населения, а болезней органов пищеварения ($t = 1,1; p > 0,05$) с $3696,7 \pm 69,0$ до $3809,7 \pm 73,2$ случая на 100 000 человек по сравнению с 2000–2005 годами. В 2012–2017 годах, несмотря на действие майских указов Президента, ситуация изменилась. Достоверно ($t = 6,1; p < 0,001$) увеличилась первичная заболеваемость населения болезнями систе-

мы кровообращения до $2209,6 \pm 59,1$ случая на 100 000 населения. Аналогичная ситуация с новообразованиями: рост первичной заболеваемости до $1282,7 \pm 45,2$ случая (табл. 3).

В 2012–2017 годах значительно выросла первичная заболеваемость населения болезнями органов дыхания и составила в среднем $38\,685,4 \pm 195,7$ случая на 100 000 населения. Эти два класса болезней стали приоритетными в общей структуре первичной заболеваемости населения Амурского района.

При анализе заболеваемости населения социально значимыми болезнями отмечено, что в 2012–2017 годах наблюдался рост распространенности психических нарушений до $3120,4 \pm 69,9$ случая на 100 000 населения. Отмечена тенденция к росту первичной заболеваемости населения района хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами ($t = 1,68; p > 0,05$) и в среднем составила $68,2 \pm 10,5$ случая на 100 000 населения. Зафиксирован рост первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями ($t = 1,94; p > 0,05$), в том числе распространенности данной патологии ($t = 8,0; p < 0,001$). Рост числа этих заболеваний обусловлен социальными условиями жизни людей. Для их уменьшения необходимо проведение социально-экономических мероприятий по улучшению условий жизни [3].

Смертность населения Амурского района остается практически на одном уровне на протяжении трех указанных периодов – $1547,9 \pm 46,2$, $1615,3 \pm 48,2$ и $1611,4 \pm 50,6$ случая на 100 000 населения. Из шести основных причин смерти в 2012–2017 годах отмечается рост умерших от болезней органов пищеварения ($t = 2,16; p < 0,05$), что в среднем за этот период составило $93,7 \pm 12,3$ случая на 100 000 населения. Обращает на себя внимание рост прочих причин с $48,3 \pm 8,4$ до $116,6 \pm 13,7$

Таблица 3

Первичная заболеваемость населения основными классами болезней в трех изучаемых периодах с вычислением коэффициента Стьюдента–Фишера (на 100 000 соответствующего населения)

Наименование патологии	2000-2005 гг.		2006-2011 гг.		t	2012-2017 гг.		t1	t2
	M	±m	M	±m		M	±m		
Болезни системы кровообращения	2099,7	52,5	1740,5	50,0	-5,0	2209,6	59,1	1,4	6,1
Новообразования	990,1	36,2	926,1	36,6	-1,2	1282,7	45,2	5,1	6,1
Травмы и отравления	11383,6	116,2	11813,2	123,5	2,5	10714,9	124,3	-3,9	-6,3
Болезни органов дыхания	35112,0	174,6	33284,0	180,3	-7,3	38685,4	195,7	13,6	20,3
Болезни органов пищеварения	3696,7	69,0	3809,7	73,2	1,1	3484,2	75,0	-2,1	-3,1
Инфекционные и паразитарные болезни	4864,4	78,7	4774,5	81,6	-0,8	3518,7	74,0	-12,5	-11,4

случая на 100 000 населения. Такая ситуация в структуре смертности обусловлена изменением подходов к кодированию с 2014 года.

Возникшая ситуация с уровнем состояния здоровья населения Амурского района должна существенно отразиться на интегральном показателе оценки изучаемого явления – ожидаемой продолжительности жизни. Оказалось, что за последние годы (2013–2017) она увеличилась на 1,78 %, с 64,49 года для обоих полов до 65,64 в 2017 году при условии ежегодного прироста в 0,69 %.

Для изучения влияния вредных привычек на состояние здоровья граждан Амурского района мы провели социологическое исследование, которым было охвачено 27 сотрудников акушерско-гинекологического отделения КГБУЗ «Амурская центральная больница». Учитывая, что медицинские работники прекрасно понимают важность соблюдения здорового образа жизни, мы попытались проанализировать полученные результаты. Оказалось, что наличие вредных привычек зависит от уровня образования, культуры человека. Так, вредные привычки имели 53,3 % сотрудников младшего звена, 18,2 % – представители среднего медицинского персонала и 12,5 % – врачебный персонал.

Работа в сфере здравоохранения – один из самых сложных, ответственных видов трудовой деятельности человека. Он характеризуется высоким уровнем нагрузок психологического плана, требует внимательности, выносливости и высокой трудоспособности. Изменение интенсивности рабочей нагрузки во многом влияет на оплату тру-

да, поэтому и врачи, и другой медицинский персонал стоят перед психологической дилеммой: или усталость и хорошая заработная плата, или низкая профессиональная нагрузка и соответствующая заработная плата. Каждый второй респондент (50 %) работает по совместительству, что в большинстве своем (78 %) связано с недостатком финансовых средств; причину совмещения желанием овладеть другой специальностью объясняют лишь 8 % респондентов.

Выводы

Качество населения Амурского района в последние годы (2012–2017) ухудшается, особенно растет общая и первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения, патологией органов дыхания.

Смертность населения района на протяжении изучаемого периода (2000–2017) практически остается на одном уровне. Такая ситуация, очевидно, связана с отсутствием внедрения новых организационных и лечебных технологий при оказании медицинской помощи населению.

Мотивация к здоровому образу жизни зависит, на наш взгляд, от уровня образования, культуры человека и в большей степени от деятельности медицинского персонала в сфере пропаганды здорового образа жизни. Медицинские работники в этих условиях должны стать примером для окружающих.

Для повышения мотивации к здоровому образу жизни предлагаем с учетом эффективного контракта внедрить в практику медицинских организаций экономические стимулы за соблюдение здорового образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / под ред. В.И. Стародубова, Ю.М. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М. : Медицина, 2003. – 288 с.*

2. *Эйдельман, К. Укрепление здоровья на протяжении всей жизни : учеб. пособие / К. Эйдельман, К. Мэндел;*

под ред. С.В. Лапик. – М. : Проффессионал, 2009. – 544 с.

3. *Щепин, О.П. Качество жизни, связанное со здоровьем / О.П. Щепин, В.А. Медик. – Режим доступа: www.URL:*

4. <http://medbe.ru/materials/obshchestvennoe-zdorove-i-zdravookhranenie/kachestvo-zhizni-svyazannoe-so-zdorovem/>

УДК 617.753.25-053.2

Клиническое обоснование нового тактического подхода к проведению склероукрепляющих операций у детей с прогрессирующей миопией

В.В. Егоров^{1,2}, В.В. Ли¹, Г.П. Смолякова^{1,2}, О.И. Кашура¹

¹Хабаровский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, 680033, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 211; тел. 7 (4212) 72-27-92; e-mail: naukakhvmtk@mail.ru

²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

Clinical substantiation of new tactical approach scleral reinforcement surgery in children with progressive myopia

V.V. Egorov^{1,2}, V.V. Li¹, G.P. Smoliakova^{1,2}, O.I. Kashura¹

¹Khabarovsk branch of the State Institution Eye Microsurgery Complex named after acad. S.N. Fedorov, 680033, Khabarovsk, ul. Tikhookeanskaya, 211; tel. +7 (4212) 72-27-92; e-mail: naukakhvmtk@mail.ru

²Postgraduate institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

В исследовании проведен анализ эффективности склероукрепляющих операций у детей с прогрессирующей миопией. Объектом исследования явились 70 детей (140 глаз). Первую группу составили 35 детей (70 глаз), которым проводилось хирургическое лечение одновременно на двух глазах, во вторую группу были включены 35 детей (70 глаз) с проведением склеропластики вначале на одном глазу, затем через 1 год – на втором глазу. Период наблюдения – 3 года.

Анализ показал, что в период наблюдения прогрессирование миопии у детей первой группы отмечалось чаще в сравнении со второй группой.

Ключевые слова: склеропластика, прогрессирующая миопия, поэтапное склероукрепляющее лечение.

The study analyzed the effectiveness of scleral reinforcement surgery in children with progressive myopia. The object of the study was 70 children (140 eyes). The first group consisted of 35 children (70 eyes) who underwent surgical treatment simultaneously at two eyes; second group consisted of 35 children (70 eyes) with scleroplasty first in one eye and then in 1 year in the second eye. The observation period is 3 years.

The analysis showed that during the observation period, the progression of myopia in children of the first group was noted more often in comparison with the second group.

Key words: scleroplasty, progressive myopia, step-by-step scleral reinforcement.

Актуальность

Миопия у детей относится к числу самых распространенных причин снижения зрения [5, 6, 9]. Актуальность проблемы неуклонно возрастает в связи с тем, что за последние десятилетия частота миопии среди детей школьного возраста возросла более чем в 1,5 раза и у выпускников школ достигла 20–26 % [1, 2, 3].

Согласно современным представлениям, ключевую роль в прогрессировании миопии и возникновении хориоретинальных осложнений играют нарушения биомеханических свойств склеральной капсулы глаза. В соответствии с этим одним из основных способов стабилизации миопии и профилактики хориоретинальных изменений являются склеропластические операции. По данным литературы, при их проведе-

нии темпы прогрессирования миопии снижаются в среднем в 4 раза, частота развития хориоретинальных осложнений – в 2,5 раза [7, 8].

В настоящее время в хирургическом лечении прогрессирующей миопии некоторые исследователи рекомендуют придерживаться иной тактики проведения склероукрепляющих операций, которая заключается в том, что первоначально ее выполняют на одном глазу с более сильной рефракцией и только после этого через 1,0–1,5 года выполняют склеропластику на другом глазу [4]. Разработчики такого подхода считают, что последовательно выполняемая склеропластика с определенным временным интервалом между операциями на обоих глазах у детей с прогрессирующей миопией может пролонгировать период ее стабилизации [8]. Однако вопрос

о целесообразности перехода на новую тактику хирургической реабилитации детей с миопией остается пока недостаточно изученным и про-веренным клинической практикой.

Цель исследования

Провести сравнительный анализ эффективности склероукрепляющих операций у детей с прогрессирующей миопией с различными тактическими подходами к их проведению.

Материал и методы

Объектом исследования явились 70 детей (140 глаз) в возрасте от 9 до 12 лет (в среднем $10,2 \pm 1,9$ года). По сферозэквиваленту все дети имели миопию средней степени (3,5–6,0 дптр) с годовым градиентом прогрессирования (ГПП) от 0,75 до 1,25 дптр.

Хирургическое лечение по поводу миопии у всех детей выполнялось по единому методу «малой» склеропластики (способ Н.Н. Пивоварова). В зависимости от тактических подходов к ее проведению дети были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, сферозэквиваленту миопии, длине переднезадней оси (ПЗО) и ГПП, с равным количеством пациентов ($p > 0,05$).

Первую группу (35 человек – 70 глаз) составили дети, у которых одновременно была выполнена склеропластика на обоих глазах. До операции: средний возраст – $10,2 \pm 1,8$ года; сферозэквивалент миопии – $4,25 \pm 1,4$ дптр; длина ПЗО – $25,4 \pm 0,5$ мм; ГПП – $0,8 \pm 0,09$ дптр.

Во вторую группу (35 человек – 70 глаз) были включены дети с проведением склероукрепляющей операции вначале на одном, затем через 1 год на втором глазу. До первой операции: средний возраст – $10,1 \pm 1,7$ года; сферозэквивалент миопии – $4,0 \pm 1,6$ дптр; длина ПЗО – $25,2 \pm 0,6$ мм; ГПП – $0,9 \pm 0,1$ дптр.

Офтальмологическое обследование включало: визометрию по общепринятой методике с помощью проектора знаков (АСР-6 Торсон, Япония); тонометрию по Маклакову; авторефрактометрию (KR-7100P Торсон, Япония); скиаскопию с узким зрачком и на высоте циклоплегии; биометрию (IOL Master 580 Carl Zeiss, Германия); биомикроскопию (Xcel 250, США); офтальмоскопию (EN 50 Heine, Германия). По результатам динамической рефрактометрии рассчитывали ГПП в диоптриях.

Патогенетическое влияние склероукрепляющих операций оценивали по состоянию хориоидального кровотока путем измерения толщины хориоидеи в макуле методом оптической когерентной томографии (ОКТ) на аппарате RTVue 100 Optovue (США).

Вариантом нормы при изучении хориоидального кровотока являлась толщина хориоидеи в макуле 10 практически здоровых детей аналогичного возраста с эмметропической рефракцией.

Исследования проводили до операции и затем через 1, 2 и 3 года после начала хирургического этапа реабилитации.

Математическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета IBM SPSS Statistics 20. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка.

Результаты и обсуждение

Характер течения миопии в сравниваемых группах исследования после различных технологий выполнения склероукрепляющих операций представлен в таблице 1.

Анализ приведенных в таблице 1 данных показал, что у детей первой группы исследования после склеропластики на обоих глазах в течение всего трехлетнего периода наблюдения миопия прогрессировала в $37,1 \pm 2,6$ % случаев и осталась стационарной в $62,9 \pm 3,9$ % случаев. Ежегодное увеличение миопии (ГПП) в целом у детей первой группы варьировало от $0,31 \pm 0,03$ дптр через 1 год после операции до $0,71 \pm 0,05$ дптр к завершающему периоду наблюдения ($p < 0,05$). Аналогичные изменения претерпела и величина ПЗО, прирост которой соответственно составил от $0,13 \pm 0,01$ мм через 1 год после операции до $0,29 \pm 0,03$ мм спустя 3 года ($p < 0,05$).

Особый интерес представляли анатомо-рефракционные результаты, полученные во второй группе пациентов после поэтапных склероукрепляющих операций на обоих глазах с временным интервалом в 1 год. При этом к заключительному этапу обследования (3 года) частота стабилизации миопического процесса отмечена у $81,4 \pm 4,4$ % пациентов, что в 1,29 раза больше, чем у детей первой группы исследования. Кроме того, у детей второй группы исследования оценка данных ГПП показала, что темпы и сроки стабилизации миопического процесса имели более выраженную позитивную направленность ($p < 0,05$).

В таблице 2 представлена характеристика толщины хориоидеи после склеропластики в сравниваемых группах исследования.

Из представленных в таблице 2 данных можно сделать вывод о наличии достоверных различий в хориоидальном кровотоке и, следовательно, трофическом обеспечении склеральной капсулы глаза у детей с прогрессирующей миопией в зависимости от варианта склеропластической хирургии. Наиболее заметная и пролонгированная тенденция к увеличению толщины хориоидеи в послеоперационной динамике зарегистрирована у детей второй группы с поэтапной склеропластикой вначале на одном, затем на другом глазу ($p < 0,05$).

Таблица 1

**Результаты исследования характера течения миопии после склеропластики
в сравниваемых группах исследования**

Сравниваемые группы детей и сроки наблюдения после операции	Характер течения миопии						p – достоверность межгрупповых различий
	Стационарная		Прогрессирующая				
	Абс. число глаз	M ± m, %	Абс. число глаз	M ± m, %	ГПП (M ± m, дптр)	Прирост ПЗО (M ± m, мм)	
Первая группа – одномоментная склеропластика на обоих глазах (35 чел., 70 глаз)							
1 год	59	84,3 ± 3,7	11	15,7 ± 1,5	0,31 ± 0,03	0,13 ± 0,01	
2 года	50	71,4 ± 4,0	20	28,6 ± 2,2	0,47 ± 0,02	0,16 ± 0,03	
3 года	44	62,9 ± 3,9	26	37,1 ± 2,6	0,71 ± 0,05	0,29 ± 0,03	
Вторая группа – склеропластика на одном глазу, через 1 год – на втором (парном) глазу (35 чел., 70 глаз)							
1 год							
Оперированный глаз (35 глаз)	31	88,6 ± 4,1	4	11,4 ± 1,9	0,33 ± 0,02	0,12 ± 0,01	>0,05
Неоперированный глаз (35 глаз)	19	54,3 ± 2,9	16	45,7 ± 3,3	0,59 ± 0,03	0,19 ± 0,03	>0,05
2 года	63	93,0 ± 5,0	7	10,0 ± 1,2	0,32 ± 0,02	0,11 ± 0,01	>0,05
3 года	57	81,4 ± 4,4	13	18,6 ± 1,6	0,44 ± 0,05	0,15 ± 0,02	<0,05

Выводы

1. Результаты проведенного исследования подтвердили перспективность нового методического подхода к хирургическому лечению прогрессирующей миопии у детей, включающего проведение склероукрепляющей операции первоначально на одном глазу и отсроченное проведение операции на втором глазу через 1 год.

2. Согласно нашим исследованиям, данный подход не только не уступает по эффек-

тивности, безопасности и экономичности одномоментной склеропластике на двух глазах, но даже превосходит ее по способности обеспечить эффект стабилизации миопии.

3. Результаты исследования показали, что после склероукрепляющих операций отмечается улучшение хориоидального кровотока, однако при поэтапном подходе к хирургическому склероукрепляющему лечению отмечен более пролонгированный эффект, который сохраняется в течение трех лет.

Таблица 2

**Сравнительная характеристика толщины хориоидеи в макуле после склеропластики
в сравниваемых группах**

Сравниваемые группы	Толщина хориоидеи в макуле M ± m, мкм			
	Исходная	После операции, годы		
		1	2	3
Первая группа – одномоментная склеропластика на обоих глазах (35 чел., 70 глаз)	251,5 ± 9,7 ¹	274,4 ± 5,7 ¹	254 ± 6,2 ¹	229 ± 7,1
Вторая группа – склеропластика на одном глазу, через 1 год – на втором (парном) глазу (35 чел., 70 глаз)	253,4 ± 7,1 ¹	Оперированный глаз 279,5 ± 4,5 ¹	Ранее оперированный глаз 280,4 ± 9,0 ^{1,2}	Ранее оперированный глаз 279 ± 4,9 ^{1,2}
		Неоперированный глаз 260,1 ± 5,5 ¹	Позже оперированный глаз 292 ± 5,9 ^{1,2}	Позже оперированный глаз 287 ± 6,6 ^{1,2}
Норма		315 ± 7,6		

Примечание: ¹ – достоверность различий по сравнению с нормой (p < 0,05); ² – достоверность межгрупповых различий (p < 0,05).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кашура, О.И. Эффективность функциональной реабилитации зрительных расстройств у школьников младших классов / О.И. Кашура, В.В. Егоров, Г.П. Смолякова // Рос. педиатр. офтальмология. – 2012. – № 1. – С. 22–25.
2. Клинические и аккомодационные особенности миопии у детей школьного возраста, ассоциированной с неспецифической дисплазией соединительной ткани / О.И. Кашура, В.В. Ли, В.В. Егоров и др. // Современ. технологии в офтальмологии. – 2017. – № 2 (15). – С. 162–166.
3. Лечебные возможности функциональной реабилитации зрительных расстройств у школьников младших классов / О.И. Кашура, В.В. Егоров, Г.П. Смолякова, Д.А. Дубко // Рос. дет. офтальмология. – 2012. – № 4. – С. 7.
4. Миопия. Клинические рекомендации. – М.: М-во здравоохранения РФ, Общерос. обществ. орг. «Ассоц. врачей-офтальмологов», 2017. – 48 с.
5. Обрубов, С.А. Близорукость, сочетающаяся с экстраокулярной патологией как ассоциированное проявление синдрома соединительнотканной дисплазии / С.А. Обрубов, А.Г. Румянцев, И.М. Чиненов // Рос. педиатр. офтальмология. – 2008. – № 4. – С. 25–29.
6. Обрубов, С.А. Частота близорукости и структура сочетанной с ней экстраокулярной патологии у детей общеобразовательных школ / С.А. Обрубов, А.Г. Румянцев, М.Ю. Демидова // Рос. педиатр. офтальмология. – 2008. – № 4. – С. 5–7.
7. Отдаленные результаты склерореконструктивного лечения прогрессирующей миопии / Е.П. Тарутта, Е.Н. Иомдина, Г.В. Кружкова, Г.А. Маркосян // Рос. офтальмол. журнал. – 2011. – Т. 4, № 1. – С. 71–75.
8. Тарутта, Е.П. Прогрессирующая и осложненная близорукость // Педиатрия: нац. рук. Т. 2. – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – С. 816–822.
9. Частота и структура зрительных расстройств у первоклассников г. Хабаровска и эффективность функциональной реабилитации при наличии у них угрозы развития близорукости / О.И. Кашура, В.В. Егоров, Г.П. Смолякова, Д.А. Дубко // Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе: сб. науч. работ. – Хабаровск. – 2012. – С. 159–164.

УДК 616.718.41-002.4-089.819

Возможности артроскопии тазобедренного сустава при асептическом некрозе головки бедренной кости

А.В. Антонов¹, В.Е. Воловик¹, Е.В. Квитченко²

¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipks.khv.ru

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК, 680013, г. Хабаровск, ул. Павловича, 1б; тел. +7 (4212) 45-29-60; e-mail: hospital@nxt.ru

The possibilities hip arthroscopy in case of aseptic necrosis of femoral head

A.V. Antonov¹, V.Ye. Volovik¹, Ye.V. Kvitchenko²

¹"Postgraduate Institute for public health specialists", 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipks.khv.ru

²"Regional Clinical Hospital No.2" under Ministry of Health of Khabarovsk Krai, 680013, Khabarovsk, ul. Pavlovich, 1b; tel. +7 (4212) 45-29-60; e-mail: hospital@nxt.ru

Патология костно-мышечной системы – одна из наиболее значимых медицинских проблем, сопряженных со здоровьем, качеством жизни и многими экономическими аспектами как отдельных больных и их семей, так и общества в целом. По данным научных источников, заболевания суставов нижних конечностей в настоящее время встречаются у 5 % населения и поражают лиц наиболее трудоспособного возраста (35–55 лет), в полном расцвете сил, что приводит к высокому уровню ранней инвалидизации.

Ключевые слова: эндопротезирование, тазобедренный сустав, артроскопия.

Pathology of the musculoskeletal system is one of the most significant medical problems associated with health, quality of life and many economic aspects, such as individual patients and their families, and society as a whole. According to scientific sources, diseases of the joints of the lower limbs are currently found in 5 % of the population and affect the most able-bodied people (35–55 years), and this leads to a high level of early disability.

Key words: endoprosthesis, hip joint, arthroscopy.

Группой риска в развитии асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК) является преимущественно мужское население в возрасте 20–50 лет, подверженное воздействию

различных факторов (алкоголизм, курение, применение кортикостероидов, серповидно-клеточная анемия, коагулопатии, васкулиты, гиперлипидемия, кессонная болезнь, болезнь

Гоше, нарушение свертываемости крови, хронические заболевания печени и почек, применение гемодиализа, химиотерапия, воздействие радиации, системная красная волчанка (СКВ). Природа изменений, наступающих в головке бедра, до конца не изучена, но несомненной остается травматическая этиология заболевания, по мнению С. Delaunay, в зависимости от тяжести травмы у 10–50 % больных с различными повреждениями области тазобедренного сустава (ТБС) в ближайшие или отдаленные сроки развивается асептический некроз [2, 3, 4]. Некоторые авторы, изучив современные методы хирургического лечения при переломах и их отдаленные последствия, считают, что оказывают влияние на развитие АНГБК возраст пациента и отсрочка операции, но не способ лечения. Наряду с данными выводами выделяют нетравматические теории происхождения, связанные с недостаточностью кровоснабжения (в том числе нетипичными вариантами развития топографо-анатомической картины ветвей глубокой артерии бедра), с увеличением внутрикостного давления, функциональной неполноценностью ТБС, токсическим действием лекарственных средств (ингибиторы протеинтирозинкиназы), с нарушениями липидного обмена, нейрогенными нарушениями. Учитывая множество теорий происхождения патологического процесса, на сегодняшний день не существует подходящих экспериментальных моделей, позволяющих найти причину заболевания [5–12, 14–17].

Изученные методы консервативного лечения дают возможность лишь временной ремиссии периодом до 2–3 лет, с последующим развитием дегенеративных изменений, приводящих к полной замене сустава. Классические варианты оперативного лечения – туннелизация [19], костная пластика аутотрансплантатами [21], корригирующие остеотомии [5] – не позволяют восстановить конфигурацию суставной поверхности головки бедренной кости при далеко зашедшем деструктивном процессе, создавая технические сложности для последующего эндопротезирования [22]. Вышеуказанные методы, используемые по отдельности, дают лишь незначительную динамику, позволяя отсрочить радикальную операцию на короткое время. В современной литературе в последнее время всё чаще встречаются данные о положительных результатах эндоскопических методов лечения АНГБК на ранних стадиях с применением артроскопического кюретажа некротизированной области с введением аутогенных костных цилиндров [20] и возможностях использования новых васкуляризирующих операций – непол-

ной лигатурной окклюзии бедренной артерии (Р.М. Расулов), а также видах традиционных хирургических вмешательств в комплексе с введением мезенхимальных клеток костного мозга. Тотальное эндопротезирование ТБС у больных с АНГБК применять не рекомендуется в связи с высоким риском ревизионных вмешательств [18].

В настоящее время одним из неизученных методов оперативного лечения является лечебно-диагностическая артроскопия тазобедренного сустава, которая набирает популярности в зарубежных странах, но при этом выполняется редко в связи с недостаточным изучением возможностей эндоскопической хирургии при различных проблемах ТБС. Начальным этапом для выполнения данной процедуры является проведение distraction оперируемой конечности с адекватной интраартикулярной навигацией посредством электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Визуализация инструмента осуществляется первично с использованием расширяющей иглы, по которой проводится гибкий (металлический) диагностический зонд, используемый как направляющая для дальнейшего бужирования капсулы сустава расширителями разного диаметра. В дальнейшем выполняется диагностика патологического процесса с последующей ревизией полости тазобедренного сустава. Артроскопическая капсулотомия и парциальная синовэктомия дают декомпрессирующий эффект, снижая напряжение капсулы сустава, создавая возможность удаления свободных остеохондральных фрагментов и зон отслойки хряща с микрофрактурированием при необходимости, и позволяют сохранить хрящевой покров головки бедра, тем самым обеспечивая его стабильную функцию на длительный период времени.

Цель исследования

Изучение возможности применения лечебно-диагностической артроскопии тазобедренного сустава в лечении асептического некроза головки бедренной кости на разных стадиях заболевания.

Материал и методы

В течение 2017–2018 годов выполнено оперативное лечение 15 пациентам с диагнозом АНГБК различной степени выраженности в объеме лечебно-диагностической артроскопии. Отдаленные результаты отслеживались согласно шкале Харриса и системе оценки функциональных возможностей тазобедренного сустава Нью-Йоркского госпиталя специальной хирургии (Hospital for Special Surgery of New York).

Результаты

Патологический процесс на начальном этапе (АНГБК 1-й степени) при артроскопическом исследовании сопровождается признаками синовита с сохранением всех основных анатомических ориентиров.

Развитие дальнейшего дегенеративного процесса обусловлено нарушением кровоснабжения и кистовидной перестройкой головки бедра. При недостаточности питания, нарушении физико-химических свойств хрящевой ткани происходит разволокнение крупных хрящевых элементов (передней части суставной губы), частичное повреждение или полный лизис связки головки бедренной кости, определяются свободные остеохондральные фрагменты округлой формы, гипертрофия ворсин синовиальной оболочки (синовит).

Изучение внутрисуставной картины при 3-й стадии заболевания обычно затрудняется из-за снижения качества визуализации при артроскопии. Хрящевой компонент как головки бедра, так и вертлужной впадины значительно разрушен: хондромалация суставных поверхностей 1–2-й степени, полное разволокнение (разрушение) суставной губы, нарушение целостности хряща (по типу узураций), выраженный синовит, характерный для вторичного артроза (рис. 1).

Тотальное поражение хрящевой ткани, полное разрушение сустава при АНГБК 4-й степени с коллапсом головки бедра визуализируются крайне трудно. Проблема проведения каких-либо эндоскопических манипуляций связана с выраженной гипертрофией и рубцовым перерождением капсулы сустава. Ревизия полости сустава и удаление рубцов приводят к появлению геморрагического содержимого в полости сустава и нарушению ви-

димости. Отсутствие хряща вертлужной впадины и головки бедренной кости носит тотальный характер, имеются признаки хондромалации 4-й степени, почти полное отсутствие суставных поверхностей с сохранением хряща по островковому типу, лизис суставной губы, круглой связки головки бедра.

Всем пациентам выполнялась ревизия (лаваж) полости сустава, парциальная капсулотомия, синовэктомия, резекция суставной губы при полном разволокнении хряща при наличии признаков отслойки.

Первоначальные результаты строго фиксировались и оценивались по шкале Харриса. Оценка до оперативного вмешательства составила от 24 до 70 баллов. В процессе лечения качество жизни всех пациентов улучшилось минимум на 20 баллов. Спустя 3 месяца были получены первые результаты по предварительной оценке, в том числе 60 % положительных результатов, из них: 20 % соответствуют отличному результату лечения, 20 % хорошему и 20 % удовлетворительному. 40 % результатов оценены как неудовлетворительные из-за сохранения болевого синдрома. Их оценки по шкале Харриса составили не более 68 баллов.

Выводы

Асептический некроз головки бедренной кости представляет одну из актуальных проблем современной ортопедии. Отсутствие своевременной диагностики, нецелесообразность консервативного лечения при поздней обращаемости граждан приводят к их инвалидизации, а в дальнейшем к полной замене сустава. Лечебно-диагностическая артроскопия тазобедренного сустава как современная отрасль малоинвазивной хирургии всё больше набирает популярности в зарубежных странах.



Рис. 1. Асептический некроз головки бедренной кости 3-й степени: на рентгенограмме определяется кистовидная перестройка головки бедренной кости слева, справа артроскопическая картина тазобедренного сустава, в месте расположения кисты имеются узурации хряща головки бедра

Наличие асептического некроза головки бедра, артроза, синовита и просто болевого синдрома в ТБС также являются непосредственными показаниями для проведения операции [13]. Полученные положительные результаты лече-

ния указывают на необходимость дальнейшего изучения проблемы, наблюдения и анализа отдаленных результатов с целью достижения стойкой длительной ремиссии, а возможно, и полного выздоровления пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Башкова, И.Б. Множественные нетравматические остеонекрозы крупных суставов у молодого человека, спровоцированные непродолжительным лечением глюкокортикоидами / И.Б. Башкова, И.В. Мадянов // *Рус. мед. журн. Ревматология*. – 2016. – № 2. – С. 125–128.
2. Блиц, О.Ю. Боль в тазобедренном суставе: современные представления о возможностях и роли различных методов лучевой диагностики в определении причин болевого синдрома // *Лучевая диагностика и терапия*. – 2014. – № 2 (5). – С. 37–44.
3. Большаков, О.П. Значение функциональных и анатомических факторов в выборе метода лечения взрослых больных с асептическим некрозом головки бедренной кости и детей с болезнью Легга–Кальве–Пертеса / О.П. Большаков, Н.В. Корнилов, Р.М. Расулов // *Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. – 2007. – № 2. – С. 27–31.
4. Волков, Е.Е. Параметры микроциркуляции в зоне тазобедренных суставов у здоровых добровольцев: ориг. исследования / Е.Е. Волков, А.М. Василенко, С.Э. Межов // *Тромбоз, гемостаз и реология*. – 2016. – № 2 (66) : июнь. – С. 43–46.
5. Гурьев, В.В. Реваскуляризация тазобедренного сустава у лиц с посттравматическим коксартрозом начальной стадии / В.В. Гурьев, В.И. Зоря, Е.Д. Скляничук // *Моск. хирург. журн.* – 2011. – № 2 (18). – С. 44–48.
6. Дубиков, А.И. Феномен микрокристаллизации хряща при коксартрозе и асептическом некрозе головки бедренной кости (ориг. исследования) / А.И. Дубиков, М.А. Кабалык, Т.Ю. Петрикеева // *Научно-практическая ревматология*. – 2012. – № 54 (5). – С. 37–41.
7. Коваленко, А.Н. Этиология и патогенез асептического некроза головки бедренной кости / А.Н. Коваленко, И.Ф. Ахтямов // *Гений ортопедии*. – 2010. – № 2. – С. 138–144.
8. Мустафин, Р.Н. Асептический некроз головки бедренной кости // *Лечеб. дело*. – 2015. – № 4. – С. 7–20.
9. Прохоренко, В.М. Использование перфторана при консервативном лечении начальных стадий асептического некроза головки бедренной кости / В.М. Прохоренко, А.Г. Шушарин, М.П. Половинка // *Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. – 2015. – № 4. – С. 26–31.
10. Расулов, Р.М. Влияние перераспределения потока артериальной крови в сосудах бедра на реституцию головки бедренной кости при ее некрозе в эксперименте // *Клиническая медицина. Медицинский академический журнал*. – 2004. – Т. 4, № 4. – С. 89–95.
11. Ремпель, Д.П. Возможность методов лучевой диагностики поражения симметричного сустава при диагностированном асептическом некрозе бедренной кости / Д.П. Ремпель, А.В. Брюханов, Ю.М. Батрак // *Радиология – практика*. – 2013. – № 6. – С. 24–32.
12. Федоров, В.Г. Среднесрочный мониторинг результатов костной пластики при асептическом некрозе головки бедренной кости // *Международ. журнал приклад. и фундамент. исследований*. – 2015. – № 11. – С. 689–693.
13. Штробель, М. Руководство по артроскопической хирургии : в 2 т. Т. 2: Тазобедренный сустав. – М. : БИНОМ, 2011. – С. 289–294.
14. Шушарин, А.Г. Асептический некроз головки бедренной кости: варианты консервативного лечения и результаты / А.Г. Шушарин, М.П. Половинка, В.М. Прохоренко // *Scientific reviews. Fundamental research*. – 2014. – № 10. – С. 428–435.
15. A comparative study on the measurement of femoral head necrosis lesions using ultra-thin layer slicing and computer aided identification / S.D. Li, S.B. Xu, C. Xu et al. // *Zhongguo Gu Shang*. – 2016. – № 29 (2) : Feb. – P. 131–135.
16. Arthroscopic management and platelet-rich plasma therapy for avascular necrosis of the hip / J. Guadilla, N. Fiz, I. Andia, M. Sánchez // *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy: offic. J. of The ESSKA*. – 2012. – Vol. 20 (2) : Feb. – P. 393–398.
17. Avascular necrosis of femoral head as the initial manifestation of CML. *Informa Healthcare* / S. Kumar, D. Bansal, M. Prakash, P. Sharma // *J. of Pediatric, Hematology/Oncology*. – 2014. – № 31 (6) : Sep. – P. 568–573.
18. Bergh, C. Increased risk of revision in patients with non-traumatic femoral head necrosis // *Acta Orthopaedica*. – 2014. – Vol. 85 (1) : Feb. – P. 11–17.
19. Drilling decompression for femoral head necrosis at collapse stage / M. Wei, Z.G. Wang, Y.J. Liu, Z.L. Li // *Zhongguo Gu Shang*. – 2015. – No 28 (6) : Jun. – P. 562–566.
20. Govaers, K. Endoscopically assisted core decompression in avascular necrosis of the femoral head // *Acta Orthopaedica Belgica*. – 2009. – Vol. 75 (5) : Okt. – P. 631–636.
21. Should thorough Debridement be used in Fibular Allograft with impaction bone grafting to treat Femoral Head Necrosis: a biomechanical evaluation / G. Zhou, Y. Zhang, L. Zeng, W. He et al. // *BMC Musculoskeletal Disord*. – 2015. – № 16 (1). – P. 140.
22. Total hip arthroplasty after failed curved intertrochanteric varus osteotomy for avascular necrosis of the femoral head / Y. Takegami, D. Komatsu, T. Seki et al. ; Nagoya University School Of Medicine // *Nagoya J. Med. Science*. – 2016. – № 78 (1): Feb. – P. 89–97.

УДК 616.314.14-009.611

Гиперестезия зубов. Причины. Симптомы. Рекомендации пациентам

В.Д. Потопяк, О.А. Серпова, И.А. Коренева, И.В. Торшина, В.Г. Беседина, А.В. Шушаков

КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 18» МЗ ХК, 680051, г. Хабаровск, ул. Рокоссовского, 18а; тел. +7 (4212) 52-08-65; e-mail: stomatology@sp18.khv.ru

Dental hyperesthesia. Causes. Symptoms. Recommendations for patients

V.D. Potopyak, O.A. Syerpova, I.A. Koryenyeva, I.V. Torshina, V.G. Besyedina, A.V. Shushakov

"Dental Clinic No. 18" under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 680051, Khabarovsk, ul. Rokossovskogo, 18a; tel. +7 (4212) 52-08-65; e-mail: stomatology@sp18.khv.ru

В данной статье обобщены результаты анкетного опроса пациентов КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 18» г. Хабаровска, проведенного для выявления распространенности и причин возникновения гиперестезии зубов.

Ключевые слова: гиперестезия зубов, зубная эмаль, дентин.

This article summarizes the results of a questionnaire survey of patients of "Dental Clinic No. 18" (city of Khabarovsk), conducted to determine the prevalence and causes of dental hyperesthesia.

Key words: dental hyperesthesia, tooth enamel, dentine.

Гиперестезия зубов – повышенная чувствительность тканей зубов к механическим, химическим, температурным раздражителям. Она проявляется резкими интенсивными болями в момент действия раздражителя, быстро проходящими после прекращения его действия, чувством оскотины. Характер боли может быть различным. Кроме того, боль бывает как совсем незначительной и причиняет только небольшой дискомфорт, так и очень интенсивной. При незначительной интенсивности гиперестезии зубы реагируют лишь на температурные раздражители. При средних проявлениях ткани зуба чувствительны как к переменам температуры, так и к химическим раздражителям. Глубокие поражения зубной эмали проявляются интенсивностью гиперчувствительности зубов, зубы остро реагируют на все типы раздражителей, в том числе и на тактильные (прикосновения). Патология может быть ограниченной, когда болезненность сосредоточена в одном или нескольких зубах, или принимать генерализованную (системную) форму при распространении ощущений на одну челюсть или сторону.

Повышенной реакцией на различные раздражители обладает не верхний слой – эмаль, а расположенный под нею дентин. Внутри дентина находятся каналы с жидкостью, пи-

тающие зуб и проходящие от пульпы (нервного центра зуба) до эмали. Эти микроскопические трубочки значительно иннервированы. Под воздействием агрессивных факторов изменяется движение жидкости в каналах, они могут открываться, обнажая нервные окончания, что и вызывает симптомы гиперчувствительности [3].

Гиперчувствительность зубов является распространенной проблемой, сложность решения которой обусловлена множеством причин.

В целях изучения информированности пациентов о гиперестезии зубов нами было проведено анкетирование. Использовались анкеты, составленные врачами нашей поликлиники.

В процессе анкетирования было опрошено 100 человек, в том числе 58 женщин и 42 мужчины.

Результаты обработки анкет показали, что 60 % опрошенных пациентов имеют гиперестезию зубов, при этом симптомы повышенной чувствительности обнаруживаются в основном у людей 25–50 лет. Из числа опрошенных пациентов у женщин повышенная чувствительность встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Среди 60 % пациентов с повышенной чувствительностью зубов 43 человека (72 %) имеют заболевание пародонта; 10 человек (16 %) – некариозные поражения зубов;

Анкета
При ответах нужно подчеркнуть!
1. Ваш возраст: до 18 лет, от 18 до 30 лет, от 30 до 50 лет, 50+.
2. Пол: М, Ж.
3. Социальное положение: рабочий, служащий, предприниматель, учащийся, домохозяйка, пенсионер.
4. Образование: высшее, среднее.
5. Знаете ли Вы что-либо о гиперестезии зубов:
а) да. Это _____;
б) термин слышал(а), объяснить не могу;
в) никогда раньше не слышал(а).
6. Как Вы думаете, Вы страдаете гиперестезией зубов:
а) да;
б) нет.
7. Какие симптомы Вы отмечаете:
а) боль от приема пищи (горячее, холодное, кислое, соленое, сладкое);
б) боль при вдыхании холодного воздуха.
8. Боли какого характера отмечаете:
а) незначительный дискомфорт;
б) постоянные боли при приеме пищи;
в) интенсивные боли, в том числе при разговоре.
9. Какие имеете хронические заболевания (ЖКТ, эндокринные, неврологические)?
10. Наблюдаетесь ли с данными заболеваниями у врачей:
а) да;
б) нет.
11. Какая у Вас зубная щетка: жесткая, средняя, мягкая?
12. Какой зубной пастой пользуетесь: абразивной, среднеабразивной, сенситив, гелевой?
13. Употребляете ли Вы в пищу:
а) газированные напитки (кола, спрайт, пепси, лимонады, энергетики);
б) свежие фрукты (какие, как часто?) _____;
в) фруктовые соки: _____.
14. Как часто делаете:
а) профессиональную гигиену полости рта: _____;
б) отбеливание эмали зубов: _____.
15. Наблюдаетесь ли у стоматолога с заболеваниями пародонта:
а) да;
б) нет.
Имеете ли вредные привычки: грызть ногти, посторонние предметы (карандаши, нитки), сжимать челюсти?

7 человек (12 %) – патологическую стираемость твердых тканей зуба. Из группы пациентов, имеющих гиперестезию зубов, 29 человек (48 %) отметили, что имеют эндокринные заболевания; 18 человек (30 %) – заболевания ЖКТ и 13 человек (22 %) – болезни и функциональные расстройства ЦНС. Анкетирование позволило также отметить сезонность проявления гиперестезии дентина. Обострения чаще всего происходят осенью и ранней весной. Также были предложены вопросы, позволившие сделать определенные предположения о причинах возникновения гиперестезии зубов: 60 % опрошенных пациентов отметили регулярное употребление соков из цитрусовых фруктов, фанты, кока-колы, кислых продуктов и фруктов, а 5 % отметили, что проходили отбеливание зубной эмали, после чего появилась повышенная чувствительность зубов.

Результаты опроса пациентов подтверждают данные литературы и показывают, что к гиперестезии приводят:

1. Нерациональное питание: чрезмерное употребление в рационе питания свежих фруктов (особенно цитрусовых), свежевыжатых фруктовых и овощных соков, энергетических напитков, газировки (фанты, кока-колы, спрайта), продуктов с повышенным содержанием кислот. Это способствует деминерализации твердых тканей зубов и снижению резистентности эмали, поскольку происходит нарушение рН баланса и разрушение защитного слоя эмали [3].

2. Чрезмерное увлечение отбеливанием зубов, зачастую производимое в домашних условиях. Частое отбеливание не является необходимостью и даже вредно для зубов, вызывает патологическое истончение и стирание тканей зуба. Отбеливание в домашних условиях ведет к выходу из эмали макро- и микроэлементов, что повышает проницаемость зубной эмали и ведет к гиперчувствительности зубов в ответ на незначительные раздражители.

3. Использование жестких зубных щеток и зубных паст с абразивными элементами. Под воздействием кислот и твердых абразивов эмаль становится всё тоньше и теряет минеральные вещества.

4. Начальный кариес с локализацией в пришеечной области вызывает деминерализацию зубной эмали из-за повышения ее проницаемости под воздействием кислот [3].

5. Патологии некариозного характера. Это истирание зубов или их патологическая стираемость, эрозии и клиновидные дефекты, гипоплазии, сопровождающиеся убылью эмали и обнажением дентина [8]; механические травмы,

короткие уздечки верхней и нижней губ, языка и некачественно изготовленные зубные протезы и коронки; вредные привычки, которые приводят к образованию трещин и нарушают целостность эмали (сжимание зубов, скрежет зубами, обгрызание ногтей и др.).

6. Заболевания пародонта воспалительного и дистрофического характера, которые ведут к рецессии десны и к обнажению пришеечной зоны зуба. В пришеечной области зуба эмаль наиболее тонкая, и в здоровом состоянии десна закрывает область шейки. При этом человек не испытывает никаких неприятных ощущений. Чувствительной эта область становится тогда, когда возникают различные заболевания десен, при которых шейки и корни зубов начинают оголяться [5].

7. Кроме болевой реакции из-за местных раздражителей, гиперестезия зубов может быть связана с патологическими состояниями организма. Такую гиперестезию называют системной или функциональной. К ней приводят психоневрозы, эндокринопатии (заболевания щитовидной железы, половых желез [9]), заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ (главным образом – минерального) и гормональные изменения [7]. Чрезмерную чувствительность зубов может спровоцировать прием гормональных контрацептивов, инфекционные заболевания.

8. Очень важную роль в развитии гиперестезии зубов играет несоблюдение гигиены полости рта. Микроорганизмы, находящиеся в зубном налете, выделяют кислоты, которые вызывают размягчение и истончение поверхности эмали, что провоцирует множественный кариес, воспалительные и деструктивные изменения тканей пародонта.

Эти факторы усиливают проявления гиперестезии, в дальнейшем к ней присоединяется рецессия или гиперплазия десен, которые еще более усиливают симптоматику.

Отсутствие лечения на начальном этапе гиперестезии зубов приводит к постепенному ее прогрессированию и к присоединению других заболеваний полости рта [3].

Лечение гиперестезии зубов – длительный и сложный процесс, который должен проводиться систематически. Лечение зависит от причины возникновения повышенной чувствительности и от степени развития гиперестезии. На сегодняшний день в современной стоматологии существует множество разнообразных методик, которые позволяют вылечить повышенную чувствительность зубной эмали и твердых тканей зуба. Как правило, используется терапевтическое лечение, реже прибегают к хирургическому методу.

Прежде всего у пациентов необходимо собрать самый тщательный анамнез, обследовать их у соответствующего специалиста, чтобы выявить патогенетическую связь между нарушениями в организме и в зубочелюстной системе. Лечение гиперестезии тканей зуба должно быть комплексным и направлено на восстановление процессов минерализации эмали и дентина, а также на нормализацию фосфорно-кальциевого обмена в организме [1].

В зависимости от степени выраженности гиперестезии назначается схема лечения. Если гиперестезия появилась в результате повреждения зубов, то их лечение приводит и к исчезновению неприятных симптомов. Обязательно проводят профессиональную гигиену полости рта и лечение всех кариозных очагов [4].

Одна из методик устранения гиперестезии зубов, разработанная А.К. Иорданишвили (2013), заключается в воздействии на механизм развития гиперестезии. Эта методика заключается в наложении фторсодержащих препаратов (лаков и гелей) на зубную эмаль. Применение лечебных фторсодержащих зубных паст оказывает ежедневное воздействие и обеспечивает глубокое фторирование зубов. Фториды физически блокируют каналцы дентина, а ионы фтора вступают во взаимодействие с ионами кальция и заполняют дентинные каналцы нерастворимым соединением фторида кальция. Постепенно преципитаты скапливаются в каналцах и уменьшают их просвет. Скорость тока жидкости в дентинном каналце снижается, и в результате ответная реакция на внешние раздражители становится менее выраженной. Если же препарат содержит соли стронция, в частности соли соляной кислоты, то obturация каналцев происходит за счет оседания комплекса солей с белковой матрицей дентина. Помимо этого, симптоматика гиперестезии зубов снижается из-за стимуляции образования заместительного дентина, замещающая кристаллы эмали на кристаллы кальциево-стронциево-гидроксиапатитных соединений. Соединения кальция и стронция способны плотно закупоривать входные отверстия дентинных каналцев, за счет чего и уменьшается болезненность при гиперестезии зубов. Вторым направлением терапии гиперестезии зубов, предложенным А.Т. Зелинским (1973), является снижение возбудимости нервных окончаний в дентинных каналцах. Для этого применяют соли калия, в результате происходит диффузия ионов калия в каналцы. При их кумуляции в нужном количестве они окружают сенсорные нервные окончания, создавая защитную оболочку и блокируя передачу нервных импульсов.

Если заболевание возникло из-за опускания десны в результате воспаления пародонта и открытия пришеечной зоны, проводят хирургическое лечение. В ходе операции стоматолог прикрывает шейку зуба и приподнимает десну [8].

При гиперестезии, возникшей из-за повышенной стираемости зубов, проводят ортодонтическое и ортопедическое лечение. Терапевтические методы в данном случае неэффективны, так как требуется исправление прикуса [8].

Прием фосфорно-кальциевых препаратов и поливитаминов внутрь обеспечивает хорошие отдаленные результаты. Поэтому пациент должен быть предупрежден об обязательном приеме медикаментов в течение всего курса лечения, так как в противном случае эффект будет кратковременным [8].

При использовании физиотерапевтических методов лечения гиперестезии применяется электрофорез (ионофорез), который предполагает использование импульсного или гальванического тока вместе с лекарственными веществами в лечении гиперестезии зубов. Основным препаратом, используемым при электрофорезе, 10 % раствор глюконата кальция. Для быстрого снятия гиперестезии показан электрофорез с 1 % раствором фторида натрия [10].

При посещении стоматологической поликлиники пациенту должны быть рекомендованы методы профилактики гиперестезии зубов, которых необходимо придерживаться для сохранения здоровья зубов:

- Санация полости рта. Регулярное посещение врача-стоматолога (два-три раза в год).
- Соблюдение гигиены полости рта. Систематическая чистка зубов (дважды в день) с использованием зубных паст, которые не содержат в своем составе абразивных элементов, разрушающих зубную эмаль. Зубные пасты типа Сенситив при регулярном применении помогают пациентам устранить неприятные ощущения и не допустить развития гиперестезии с ярко выраженным болевым синдромом. Длительность их использования определяется субъективными ощущениями пациента. Пасты должны содержать нитраты или хлориды калия, фтористые соединения натрия, хлориды стронция, соединения кальция и цитраты. В зависимости от производителя состав паст и процентная концентрация активных веществ могут быть различными. Но при использовании различных паст достигается эффект от их воздействия по всем направлениям. Поэтому периодическая замена паст более эффективна, чем длительное использование одной па-

сты. В остальное время необходимо применять зубные пасты с низким уровнем абразивности либо гелевые зубные пасты.

Нужно соблюдать следующие рекомендации:

– Необходимо подбирать зубную щетку с густыми мягкими нейлоновыми щетинками, закругленными на концах. При чистке зубов, чтобы уменьшить давление на зуб, зубную щетку следует держать пальцами как карандаш, а не захватывать всей кистью. Нельзя чистить зубы очень интенсивно горизонтальными скребущими движениями [4].

– Для профилактики возникновения и рецидива гиперестезии пациентам по рекомендациям В.И. Кобелевой (1981) после приема кислой пищи и кислых напитков необходимо ополаскивать полость рта водой и воздерживаться чистить зубы сразу после еды, а приступать к процедуре спустя 30 минут.

– Правильно питаться: следует разнообразить рацион пищей с насыщенным минеральным и витаминным составом (морепродукты,

рыба, печенка, морковь, яйца, молочные изделия, сыр). Сократить употребление кислых и сладких продуктов, а также избегать резких температурных перепадов (горячий чай после мороженого). Исключить продукты, способные механически повредить эмаль (сухари, сушки, семечки, орехи) [4].

– Полоскать рот после каждого приема пищи. После чистки зубов – массаж десен.

– Избавиться от вредных привычек (скрипеть зубами, грызть ногти, ручки и прочее).

Прогноз гиперестезии зубов зависит от причины заболевания и его стадии. Как правило, если пациент на ранних порах заболевания обратился к стоматологу и врач принялся за лечение повышенной чувствительности, то прогноз благоприятный. Самое главное правило благоприятного прогноза – профилактика и рациональный уход за зубами. Только комплексное лечение, проводимое с учетом причин, вызвавших гиперестезию зубов, может быть эффективным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Головатенко, О.В. Состав и свойства эмали зубов и слюны у лиц с некариозной патологией / О.В. Головатенко // *Ин-т стоматологии*. – 2005. – № 3 (28). – С. 56–58.
2. Красота & Медицина. – Режим доступа: [www.URL: http://www.krasotaimedicina.ru](http://www.krasotaimedicina.ru)
3. Кузьмина, Э.М. Повышенная чувствительность зубов. – М. : МГМСУ, 2003. – 63 с.
4. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Каф. стоматологии С.-Петербур. гос. мед. ун-та. – М. : СПбГМУ им. И.П. Павлова, 2001. – 40 с.
5. Леонтьев, В.К. Профилактика стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. – М., 2006. – 416 с.
6. Леус, П.А. Некариозные болезни твердых тканей зубов // *Стоматол. журнал*. – 2007. – № 3. – С. 209–211.
7. Николаев, А.М. Радиоактивные элементы в структуре апатитов твердых тканей зубов / А.М. Николаев, О.Л. Пихур, М.А. Кузьмина // *Научно-практическая конференция молодых ученых МГМСУ*. – М., 2009. – С. 102.
8. *Терапевтическая стоматология* / Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская ; под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. – М. : Медицина, 2002. – 736 с.: ил. – (Учебная литература для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов).
9. Улитовский, С.Б. Определение стираемости зубов / С.Б. Улитовский // *Стоматологический научно-образовательный журнал*. – 2014. – № 1 (2). – С. 10–12.
10. *Физиотерапия в стоматологии : учеб.-метод. пособие* / О.Г. Пастухов, Т.К. Шефтелович, Л.С. Ермоценко, Х.А. Макаров. – Краснодар : КГМА, 2002. – 2013 с.

УДК 618.14-006.36-089

Отдаленные результаты лечения лейомиомы матки методом фокусированной ультразвуковой абляции под контролем магнитно-резонансной томографии

Э.В. Смирнова, Д.С. Долока, С.А. Серегин

ООО «Дальневосточный центр инновационной диагностики и эндоскопической хирургии «МаксКлиник», 680030, г. Хабаровск, ул. Ленинградская, 27а; тел.: +7 (4212) 92-98-09, 91-50-50

Remote results of the uterus leiomyoma treatment by the ultrasonic focused ablation method under MRI control

E.V. Smirnova, D.S. Doloka, S.A. Seryogin

Far-Eastern center of innovative diagnostic and endoscopy surgery «MaxClinic», 680030, Khabarovsk, ul. Leningradskaya, 27a; tel.: +7 (4212) 92-98-09, 91-50-50

Вопрос лечения лейомиомы матки до настоящего времени остается довольно трудным и дискуссионным. В ведущих клиниках мира делается упор на применение новых технологий, что позволяет выполнять более щадящее и менее травматичное вмешательство, снижающее риск осложнений и улучшающее качество жизни пациентов. Одним из таких методов является абляция лейомиомы матки с помощью фокусированного ультразвука (ФУЗ), так называемая ФУЗ-абляция лейомиомы матки под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ). Этот метод разрешен к использованию в клинической практике и подтвердил свою эффективность и безопасность как самостоятельный метод лечения лейомиомы матки, позволяющий добиться регресса клинической симптоматики, уменьшения объема матки и миоматозных узлов.

Ключевые слова: ФУЗ-МРТ-абляция, миома, матка, органосохраняющий метод.

The problem of the uterus leiomyoma treatment is still rather serious and disputable. Leading clinics all over the world focused on the usage of novel technologies, which permit to make less traumatic and conservative surgery. Focused ultrasonic uterus leiomyoma ablation (FULA) under MRI control – is one of such novel methods. This technology allowed for use in clinical practice. It suggested its own effectiveness and safety, as self-contained treatment technology in patients with uterus leiomyoma, permitting to achieve regression of clinical symptoms, decrease of uterus and myomatous nodules volumes.

Key words: FULA-MRI, myoma, uterus, organ-saving method.

Миома матки – одна из наиболее дискуссионных проблем в современной гинекологии [6].

Хотя чаще это заболевание диагностируют у пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального возраста, миому матки обнаруживают у 3,3–7,8 % женщин моложе 30 лет [5]. А у них по вполне понятным причинам органосохраняющее вмешательство не может служить методом выбора [7].

Всё больше женщин откладывают деторождение на поздний репродуктивный возраст [6], в связи с чем всё чаще это доброкачественное новообразование возникает у пациенток, не реализовавших свой репродуктивный потенциал, ставя под сомнение саму возможность рождения здоровых детей [6]. Вот

почему следует придерживаться тактики преимущественно органосохраняющих операций при незначительных размерах миомы матки, особенно у женщин, не реализовавших свои репродуктивные планы [5].

Оптимальное решение – использование более щадящих методик, причем не только оперативных [5].

По мнению академика РАМН В.Н. Серова, «парадоксально по своей сути смиренное приятие гистерэктомии как метода лечения одного из самых часто встречающихся гинекологических заболеваний. Гистерэктомия на протяжении более ста лет является рутинной, обычной гинекологической операцией; миллион операций в год – цифра, украшающая лишь отчеты о хирургической активности, но по сути

отражающая верх анахронизма и безучастности в отношении обсуждаемой проблемы».

Удаление матки влечет за собой снижение гормональной активности яичников, что проявляется развитием постгистерэктомического синдрома, в ряде случаев требующего длительной медикаментозной коррекции [22].

ФУЗ-абляция – единственный полностью неинвазивный метод.

В последние годы появились новые методы лечения ММ – эмболизация маточных артерий (ЭМА), фокусированная ультразвуковая абляция (ФУЗ-абляция), гистероскопическая резекция субмукозных узлов, миолизис путем термального, крио- и лазерного воздействия, лапароскопическая окклюзия либо временная трансвагинальная окклюзия маточных артерий [13].

Однако полностью неинвазивным может считаться только метод абляции миомы матки с помощью фокусированного ультразвука (ФУЗ), так называемая ФУЗ-абляция под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ) [14, 15, 17, 28].

Если ЭМА и в меньшей степени временная окклюзия маточных артерий, как, впрочем, и миолизис, относительно давно укоренились в отечественной и мировой практике, то ФУЗ-абляция – «молодой» метод лечения ММ, одобренный для этой цели в двух редакциях американской Food and Drug Administration (FDA) в 2004 году и разрешенный к применению в нашей стране в 2009 году [23, 24, 27, 29].

Легитимному статусу ФУЗ-абляция обязана многоцентровым клиническим исследованиям в европейских странах, США и в Израиле, результаты которых свидетельствовали о ее эффективности и безопасности [2, 8, 12, 21].

Технологическая суть метода ФУЗ-абляции под контролем МРТ

Генерируемые трансдьюсером УЗ-волны фокусируют в небольшом участке опухоли объемом около 1 см³, называемом спотом (от англ. spot – пятно), имеющем форму эллипсоида, диаметром 1–8 мм и длиной 10–80 мм. За счет эффекта кавитации ткань миомы в споте нагревается до 55–85 °С, что вызывает ее коагуляционный (термический) некроз [1].

Для доброкачественной опухоли нет необходимости элиминации каждой ее клетки, поэтому бывает достаточно провести коагуляцию в отдельных точках внутри миомы (обычно 30–50). Это позволяет полностью устранить вызываемые опухолью маточные кровотечения и симптомы, связанные с компрессией органов малого таза [4, 20].

УЗ-волны до точки их фокусировки в споте и после прохождения через него не вызывают

какого-либо повреждения анатомических структур матки, органов и систем, через которые они проходят. Иными словами, безопасность тканей, окружающих спот и матку, аналогична таковой при диагностическом использовании ультразвука [3, 15, 16, 18, 26].

Так как метод ФУЗ-абляции миомы матки под контролем МРТ в нашей стране считается относительно «молодым» методом лечения, мы посчитали, что нашей обязанностью является представить данный метод и наши клинические наблюдения.

Краткая выписка из истории болезни

Пациентка Х., 1971 года рождения, обратилась на прием к гинекологу ООО «ДВЦ «МаксКлиник» в ноябре 2016 года с жалобой на обильные менструации. Из анамнеза: состоит на учете у гинеколога по поводу миомы матки больше десяти лет. Последние два года появились жалобы на обильные менструации.

С целью идентификации патологического процесса, уточнения тканевого характера миоматозных узлов, их локализации и соотношения с прилежащими органами и системами была выполнена МРТ ОМТ.

Как следует из данных МРТ, приведенных на рисунке 1, матка – в положении anteflexio, с четкими, ровными контурами, увеличена в размерах – 5,0*9,1*4,3 см. По передней стенке, ближе к дну определяется миоматозный узел, деформирующий полость матки, размерами 1,8*2,3*1,5 см, структура узла гипоинтенсивная по T2 ВИ. Шейка матки не увеличена, стенки не утолщены, имеют дифференцированно зональное строение. Влагалищный свод без особенностей. Яичники с единичными фолликулами (рис. 1).

Принимая во внимание молодой возраст женщины, признаки «симптомной» миомы матки, а также твердое нежелание подвергнуться оперативному вмешательству, приняли решение о выполнении ФУЗ-абляции миоматозного узла.

При этом преследовали цель остановить рост опухоли, уменьшить ее размеры и таким образом нивелировать клинические проявления заболевания. В декабре 2016 года в ООО «ДВЦ «МаксКлиник» была проведена ФУЗ-абляция миомы матки под контролем МРТ. Применили комплекс оборудования, состоящий из установки для ФУЗ-абляции ExAblate 2000 (InSightec Ltd., Israel) и магнитно-резонансного томографа Signa HDxt 1.5 (ГЕНС, Milwaukee, WI, USA) (рис. 2).

Весь лечебный процесс длился 1 час 10 минут, включая время размещения спотов в миоматозном узле и их соникации. При этом в миоматозном узле был создан 21 спот. Температура в спотах достигала 80–85 °С. Как следует из результатов МРТ, полученных непосредственно

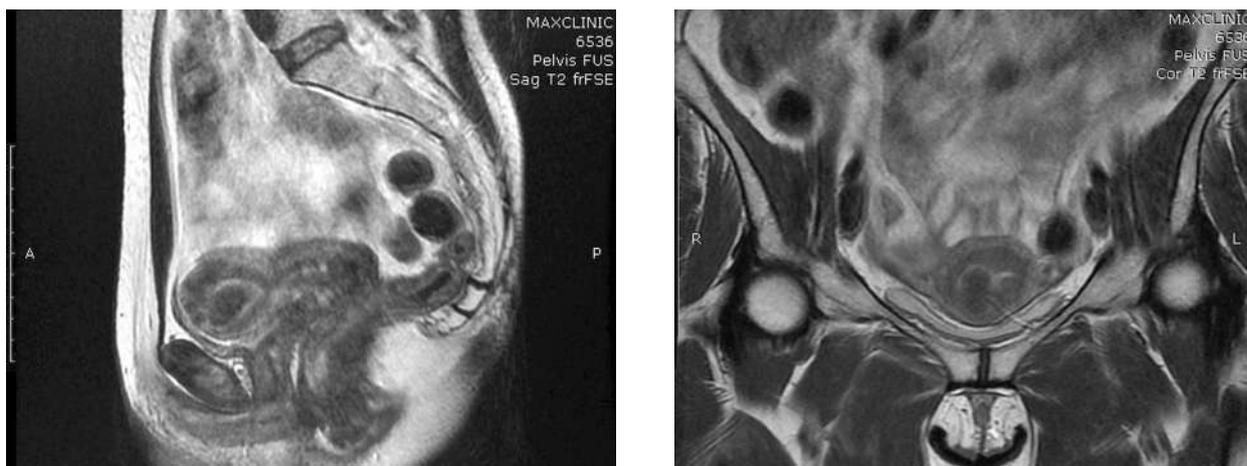


Рис. 1. Данные МРТ ОМТ: по передней стенке матки, ближе к дну определяется миоматозный узел, деформирующий полость матки размерами 1,8*2,3*1,5 см, структура узла гипоинтенсивная по T2 ВИ

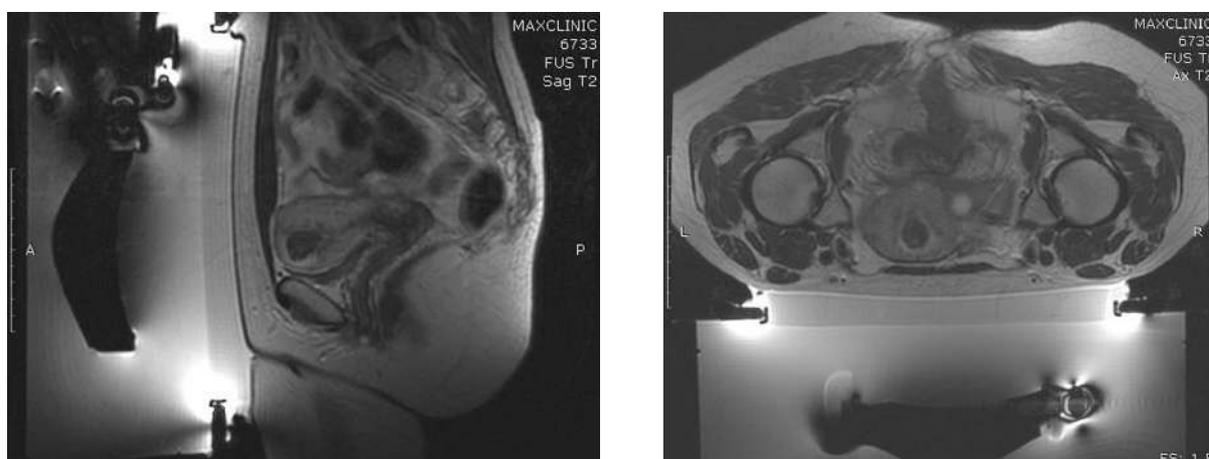


Рис. 2. Данные МРТ ОМТ во время ФУЗ-абляции миомы матки

после окончания ФУЗ-абляции, область отсутствия контрастирования (NPV) составила 98 % объема миоматозного узла (рис. 3). Каких-либо осложнений во время и после окончания процедуры не было.

В течение трех месяцев пациентка находилась под амбулаторным наблюдением гинеколога, после чего ей было предложено выполнить контрольное обследование – МРТ ОМТ через 3 месяца после проведения процедуры:

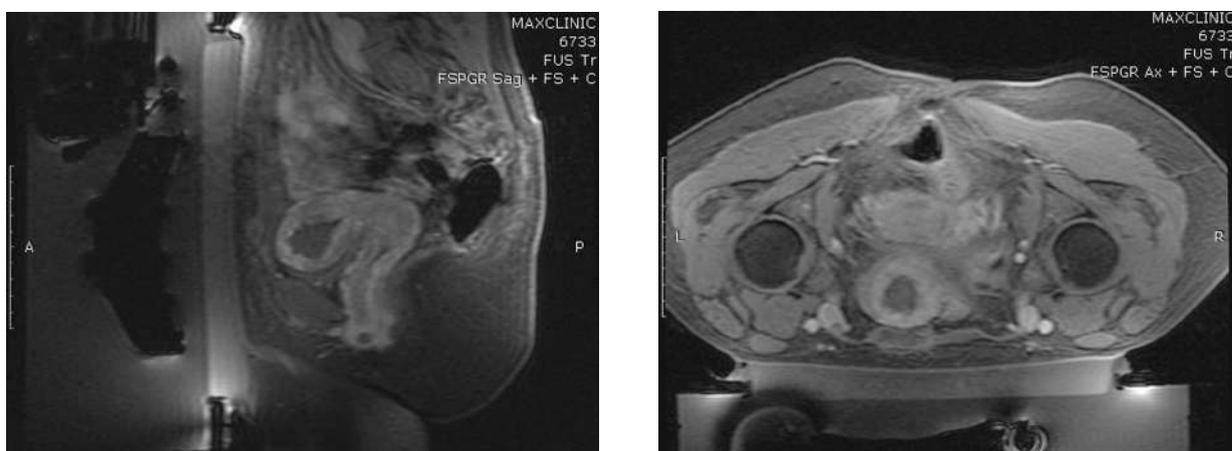


Рис. 3. Данные МРТ ОМТ, полученные непосредственно после окончания ФУЗ-абляции, область отсутствия контрастирования (NPV) составила 98 % объема миоматозного узла

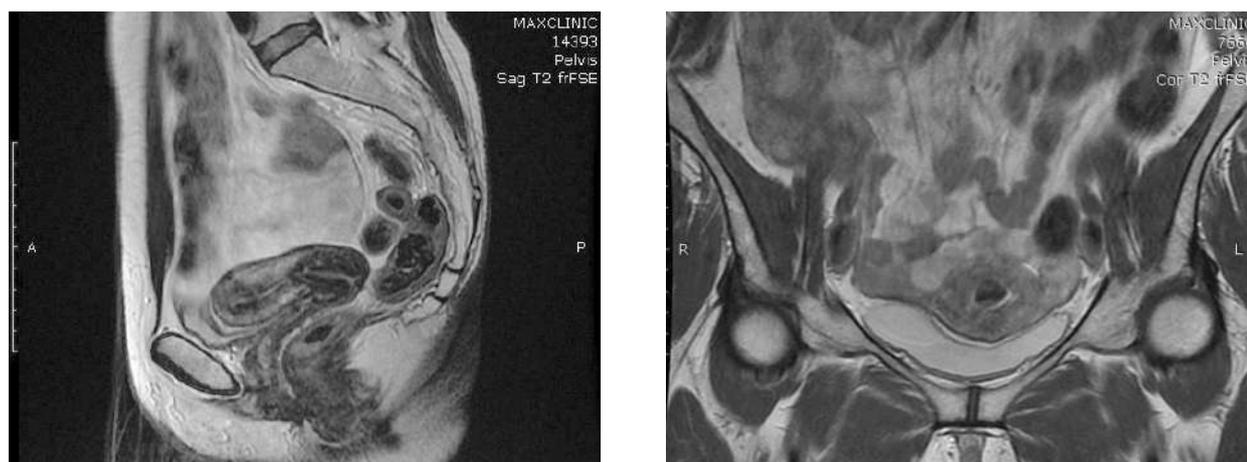


Рис. 4. Данные МРТ ОМТ через 3 месяца после проведения процедуры: по передней стенке матки ближе к дну определяется миоматозный узел, структура умеренно неоднородная за счет наличия небольших очагов геморрагического пропитывания, размерами 1,5*1,6*0,9 см

Тело матки 5,0*9,1*4,0 см, по передней стенке ближе к дну определяется миоматозный узел, структура умеренно неоднородная за счет наличия небольших очагов геморрагического пропитывания, размерами 1,5*1,6*0,9 см (рис. 4). Помимо этого пациентка отмечает значительное уменьшение объема кровопотери во время менструации, что, в свою очередь, положительно отражается на качестве ее жизни.

В дальнейшем, еще через 12 месяцев, пациентке вновь было предложено пройти контрольное обследование – МРТ ОМТ, по результатам которого миоматозный узел не визуализируется, размеры тела матки уменьшились – 4,7*7,4*2,8 см (рис. 5).

Полученные результаты отражают стойкую положительную динамику с полным регрессом миоматозного узла и тенденцией к уменьшению в размерах тела матки после проведенного лечения.

Обсуждение

Современные тенденции развития новых медицинских технологий во всем мире ориентированы, прежде всего, на органосохраняющие, малоинвазивные манипуляции, не требующие длительного пребывания в стационаре. При этом они должны не только не уступать, но и по возможности превосходить существующие методы лечения той или иной патологии как по эффективности конечного результата, так и по экономическим показателям [10, 16].

Перспективность ФУЗ-абляции под контролем МРТ прослеживается не только в гинекологической практике. Она может эффективно применяться и уже используется для купирования болевого синдрома в случаях первичного или вторичного опухолевого процесса в позвонках, для радикального или паллиативного лечения объемных образований печени, головного мозга, других органов и систем.

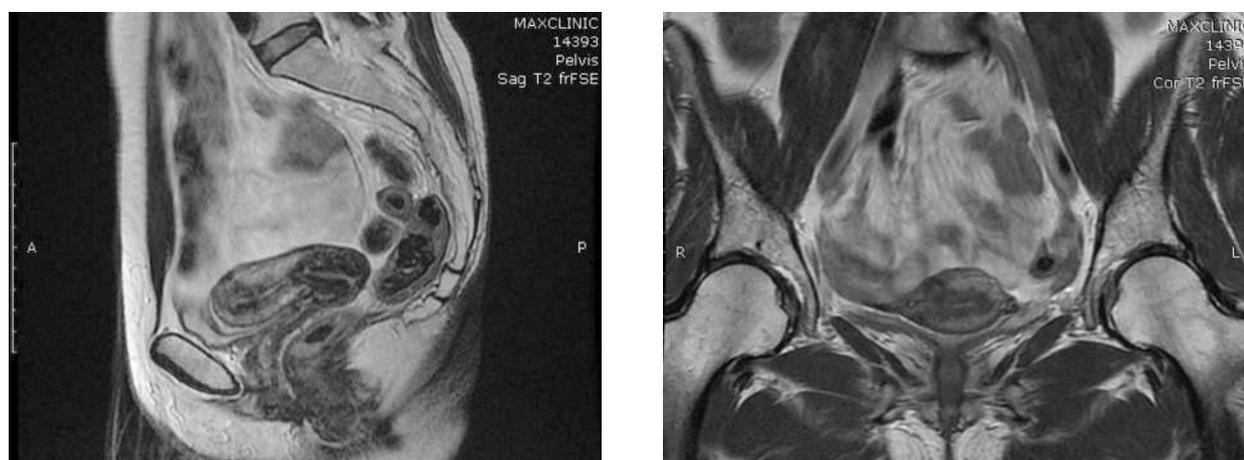


Рис. 5. Данные МРТ ОМТ через 12 месяцев после проведения процедур, по результатам которой миоматозный узел не визуализируется

Для дальнейшего развития этого метода представляется целесообразной концентрация такого оборудования в крупном лечебном учреждении, имеющем в своем составе достаточный арсенал приборов для лучевой диагностики и соответствующим образом подготовленных специалистов.

На сегодняшний день учреждением такого уровня является ООО «Дальневосточный центр

инновационной диагностики и эндоскопической хирургии «МаксКлиник» – первый многопрофильный стационар в Хабаровском крае, в котором в том числе проводится уникальная на Дальнем Востоке неинвазивная процедура – ФУЗ-абляция миомы матки под контролем МРТ, где работают опытные врачи высшей категории, кандидаты медицинских наук с богатым клиническим опытом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березовская, Т.П. Магнитно-резонансная томография при опухолях матки и придатков / Т.П. Березовская, А.А. Дьячков, В.Н. Валькова. – Архангельск : Правда Севера, 2002. – 112 с.
2. Возможности технологии дистанционной абляции тканей фокусированным ультразвуком под контролем магнитно-резонансной томографии в лечении миомы матки / К.В. Лядов, И.С. Сидорова, Ю.Б. Курашвили и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2008. – № 4. – С. 61–68.
3. Дистанционная неинвазивная абляция тканей фокусированным ультразвуком под контролем магнитно-резонансной томографии в лечении миомы матки: руководство для врачей. 2006–2011 / К.В. Лядов, И.С. Сидорова, Ю.Б. Курашвили, А.В. Степанов. – Режим доступа: http://medexpert.org.ua/modules/myarticles/article_storyid_5_14.html / . – 15.10.2015.
4. Кулаков, В.И. Термическая абляция миоматозных узлов фокусированным ультразвуком – новый метод неинвазивной хирургии / В.И. Кулаков, Е.Ф. Кира // *Акушерство и гинекология*. – 2006. – № 5. – С. 3–5.
5. Миома матки у больных молодого возраста: клинико-патогенетические особенности / И.С. Сидорова, А.А. Унаниян, Е.А. Коган, Т.Д. Гурьев // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2010. – № 1. – С. 16–20.
6. Миома матки: от дискуссий к инновациям. Практические рекомендации / В.Е. Радзинский, И.Ф. Фаткуллин, А.Р. Баканова, Т.А. Добрецова. – М. : Ред. журн. «StatusPraesens», 2014. – 16 с.
7. Миома матки: курс на органосохранение : информ. бюл. / В.Е. Радзинский, Г.Ф. Тотчиев. – М. : Ред. журн. «StatusPraesens», 2014. – 24 с.
8. Отдаленные результаты лечения «темных» миом матки методом ФУЗ-абляции / В.Ю. Лазуткина, Е.Ф. Чунаева, В.Г. Азнауров и др. // *Поликлиника*. – 2013. – № 5 (1). – С. 28–31.
9. Самойлова, Т.Е. Медикаментозное лечение лейомиомы матки антигестагенами: возможности и перспективы // *Гинекология*. – Т. 13, № 3. – С. 62–68.
10. Сидорова, И.С. Миома матки: возможности лечения и профилактики // *Рус. мед. журнал*. – 2002. – № 7. – С. 336–339.
11. Тихомиров, А.А. Миома матки / А.А. Тихомиров, Д.М. Лубнин. – М. : МИА, 2006. – 176 с.
12. Эффективность применения фокусированного ультразвука под контролем магнитно-резонансной томографии при миоме матки // Ю.Б. Курашвили, Г.Е. Саламандина, О.В. Батаршина и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2010. – № 3. – С. 61–65.
13. Annular phased array high intensity focused ultrasound device for image guided therapy of uterine fibroids / R.T. Held, V. Zderic, T.N. Nguyen, S. Vaezy // *IEEE Trans. Ultrason. Ferroelectr. Freq. Control*. – 2006. – № 53 (2). – P. 335–348.
14. Chan, A. History of MR guided focused ultrasound: a literature review // *White Paper*. – 2005. – № 1 (1). – P. 71–74.
15. Clinical outcomes of focused ultrasound surgery for the treatment of uterine fibroids / E.A. Stewart, J. Rabinovici, S. Datta et al. // *Fertil. Steril*. – 2006. – № 85 (1). – P. 22–29.
16. Cost effectiveness of magnetic resonance guided focused ultrasound for the treatment of uterine fibroids / A.K. O'Sullivan, D. Thompson, P. Chu et al. // *J. Technol. Assess. Health Care*. – 2009. – № 25 (1). – P. 14–25.
17. Food and Drug Administration (U.S. FDA). FDA approves new device to treat uterine fibroids // *FDA Talk paper, T04-44*. – 2004. – Oct. 22. – 2 p. – Available at: <http://www.fibroids.net/downloads/041022-fdataalkpaper.pdf> / . – 7.05.2013.
18. Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines for the Management of Uterine Leiomyoma // *HKCOG Guidelines*. – 2009. – Nov. 13. – 16 p. – Available at: http://www.hkcog.org.hk/hkcog/Download/Guidelines_for_the_Management_of_Uterine_Leiomyoma_2009.pdf / . – 20.02.2015.
19. Hudson, S.B. Magnetic resonance guided focused ultrasound surgery / S.B. Hudson, E.A. Stewart // *Clin. Obstet. Gynecol*. – 2008. – № 51 (1). – P. 159–166.
20. Kopelman, D. Magnetic resonance guided focused ultrasound surgery for the noninvasive curative ablation of tumors and palliative treatments: a review / D. Kopelman, M. Papa // *Ann. Surg. Oncol*. – 2007. – № 14 (5). – P. 1540–1550.
21. Magnetic resonance imaging – guided volumetric ablation of symptomatic leiomyomata: correlation of imaging with histology / A.M. Venkatesan, A. Partanen, T.K. Pulanic et al. // *J. Vasc. Interv. Radiol*. – 2012. – № 23 (6). – P. 786–794.
22. Magnetic resonance tomography guided focussed ultrasound surgery (MRgFUS) in tumor therapy – a new noninvasive therapy option / S.A. Hengst, T. Ehrenstein, H. Herzog et al. // *Radiology*. – 2004. – № 44 (4). – P. 339–346.
23. Magnetic resonance-guided focused ultrasound of uterine leiomyomas: review of a 12-month outcome of 130 clinical patients / K.R. Gorny, D.A. Woodrum, D.L. et al. // *J. Vasc. Interv. Radiol*. – 2011. – № 22 (6). – P. 857–864.
24. MR guided focused ultrasound: technical acceptance measures for a clinical system / K.R. Gorny, N.J. Hangiandreou, G.K. Hesley et al. // *Phys. Med. Biol*. – 2006. – № 51 (12). – P. 3155–3173.
25. Munro, M.G. The evolution of uterine surgery // *Clin. Obstet. Gynecol*. – 2006. – № 49 (4). – P. 713–721.
26. Outcome of uterine artery embolization versus MR-guided high-intensity focused ultrasound treatment for uterine fibroids: Long-term results / V. Froeling, K. Meckelburg, N.F. Schreiter et al. // *European J. of Radiology*. – 2013. – № 82 (12). – P. 2265–2269.
27. Pregnancy outcome after magnetic resonance guided focused ultrasound surgery (MRgFUS) for conservative treatment of uterine fibroids / J. Rabinovici, M. David, H. Fukunishi et al. // *Fertil. Steril*. – 2010. – № 93 (1). – P. 199–209.

28. Ringold, S. FDA approves ultrasound fibroid therapy // J.A.M.A. – 2004. – № 292 (23). – P. 28.

29. Sustained relief of leiomyoma symptoms by using focused ultrasound surgery / E.A. Stewart, B. Gostout, J. Rabinovici et al. // Obstet. Gynecol. – 2007. – № 110 (2 Pt 1). – P. 279–287.

30. Tissue focused ultrasound noninvasive teleablation technology under guidance of magnetic resonance imaging in the treatment of uterine myoma: a guide for physicians

2006–2011 / K.V. Lyadov, I.S. Sidorova, Y.B. Kurashvili, A.V. Stepanov – Available at: http://medexpert.org.ua/modules/myarticles/article_storyid_514.html / . – 15.10.2015.

31. Treatment of uterine fibroid tumors in an in situ rat model using highintensity focused ultrasound / A. Keshavarzi, S. Vaezy, M.L. Noble et al. // Steril. – 2003. – № 80 (2). – P. 761–767.

32. Vihlyayeva, E.M. Guidelines for the diagnosis and treatment of uterine leiomyoma. – М. : Medpress-inform, 2004. – 400 p.

УДК 616-021.3(571.620-25)

Результаты внедрения в практику здравоохранения г. Хабаровска новых технологий диагностики и терапии аллергических заболеваний у детей

В.Ю. Тарасевич

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Results of introduction of new technologies of diagnostics and therapy of allergic diseases in children into the practice of public health of Khabarovsk

V.Yu. Tarasevich

"Postgraduate Institute for public health specialists", 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Внедрение современных документов по диагностике и терапии аллергической патологии у детей на территории Хабаровска оказало существенное позитивное влияние на структуру патологии в отношении значительного снижения тяжелых и среднетяжелых форм аллергических заболеваний в сторону легкого течения, а также по увеличению контролируемых форм течения заболевания. Это в свою очередь способствует уменьшению количества обострений. Реализуется же данный феномен в значительном улучшении качества жизни пациентов и их семей, а также в снижении финансовых расходов здравоохранения и семьи.

Ключевые слова: дети, аллергические заболевания, современные подходы в диагностике и лечении.

The introduction of modern protocols on the diagnostics and treatment of allergic pathology in children in Khabarovsk has a significant positive impact on the pathology structure towards the significant reduction of severe and moderate forms of allergic diseases in the direction of mild forms, as well as to increase of the controlled forms of the disease. This in turn helps to reduce the number of exacerbations. This phenomenon is seen in a significant improvement of the quality of life of patients and their families, as well as in reducing the financial costs for health care institutions and the family.

Key words: children, allergic diseases, modern approaches in diagnosis and medical treatment.

Аллергические заболевания – одна из наиболее быстрорастущих категорий хронических заболеваний у детей [11]. Рост числа аллергических заболеваний достиг масштабов эпидемии [18]. Аллергические заболевания занимают пятое место среди хронической патологии

во всех возрастах. Среди наиболее часто встречающейся патологии у детей до 18 лет аллергические заболевания соответствуют третьему месту в рейтинге [20]. Аллергические заболевания – это ноша, которую несет больной, его семья, общество, так как аллергия сильно

ухудшает качество жизни. Более 70 % больных аллергией отмечают ограничения в повседневной жизни, некоторые виды аллергии могут иметь фатальный исход. Аллергия – большая финансовая ноша для системы здравоохранения в силу распространенности и хронического течения.

Современные особенности аллергии включают рост частоты аллергических заболеваний в темпах геометрической прогрессии. Распространенность аллергических заболеваний в различных странах составляет от 2 до 40 %, наблюдается рост частоты пищевой аллергии, числа случаев гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии, снижение тенденции к формированию спонтанной толерантности с возрастом и сохранением ее в более старшем возрасте, отсутствие профилактической эффективности гипоаллергенной диеты беременной женщины. В детской популяции страдает аллергической патологией один из трех детей [19].

Ведущими формами хронической аллергической патологии являются бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит.

Бронхиальная астма (БА) – наиболее частое хроническое заболевание у детей, имеющее высокую медико-социальную значимость. БА у детей характеризуется периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате диффузной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком слизистой оболочки бронхов [2, 6, 7, 8, 9, 10].

Вне зависимости от тяжести БА – хроническое заболевание, в основе которого лежит преимущественно аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью [1, 3, 4]. Воспалительный характер заболевания определяет соответствующие подходы к диагностике, лечению и профилактике БА у детей.

Клинические проявления БА у детей зависят от возраста, особенно это касается детей первых пяти лет жизни, что определяет соответствующие подходы к диагностике и лечению [13, 14, 15]. Поэтому вопросы ранней и своевременной диагностики и лечения представляют на современном этапе особую актуальность. Поздняя диагностика и запоздалое лечение приводят к увеличению степени аллергического воспаления в бронхиальном дереве и усиливают клинические проявления заболевания, его тяжесть.

В результате внедрения в практику здравоохранения положений научно-практической программы «Бронхиальная астма у детей: стратегия лечения и профилактика» (1997, 2000,

2012, 2014, 2017), материалов Консенсуса по БА у детей Practical Allergology [15], поддержанного Европейской академией аллергии и клинической иммунологии (ЕААСИ) и Американской академией аллергии, астмы и иммунологии (ААААИ), значительно изменилась диагностика астмы у детей на территории Хабаровского края в сторону ранней постановки диагноза и, соответственно, раннего назначения контролирующей терапии.

До внедрения программы для постановки диагноза требовалось 5–6 лет, что увеличивало степень тяжести заболевания. В настоящее время диагноз данной патологии устанавливается своевременно. Это привело к тому, что структура степени тяжести бронхиальной астмы у детей изменилась в сторону легких форм заболевания. А именно: в 1996 году (до внедрения положений программы «Бронхиальная астма у детей: стратегия лечения и профилактика») структура БА у детей была представлена следующим образом: легкая астма – 12 %, среднетяжелая – 72 %, тяжелая – 16 %. В результате внедрения положений национальной программы в практику здравоохранения структура форм тяжести астмы у детей Хабаровска полностью изменилась. Структура форм тяжести бронхиальной астмы у детей на момент постановки диагноза в 2017 году: легкая астма – 74 %, среднетяжелая – 21 %, тяжелая – 5 % (рис. 1).

Это позволило своевременно начинать контролируемую терапию и обеспечивать пациентам хорошее качество жизни. Более того, в связи с этим на 62 % снизилась инвалидность по данному заболеванию. В настоящее время инвалидность по БА у детей рассматривается скорее как казуистика, а не стандартное явление. В Хабаровске нет детей и подростков, которые получали бы контролируемую терапию системными кортикостероидами, как это было до внедрения национальной программы.

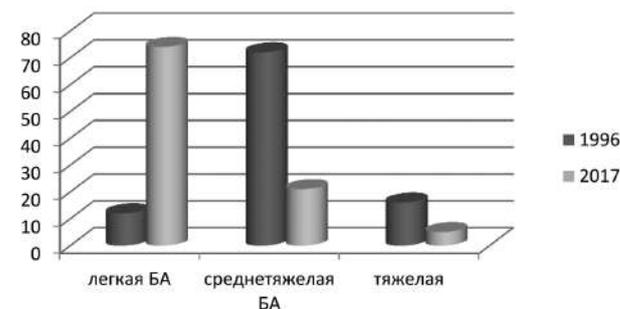


Рис. 1. Динамика степени тяжести бронхиальной астмы у детей Хабаровска в результате внедрения современных технологий диагностики и лечения

Следует отметить, что своевременная диагностика и лечение БА позволили значительно повысить качество жизни пациентов. Длительность ремиссии после современных контролируемых курсов терапии составляет от 6 месяцев до нескольких лет. Более того, внедренные схемы контролирующей терапии БА позволили детям с данной патологией вести обычный, качественный образ жизни. Если ранее все дети с БА освобождались от занятий физической культурой, от занятий в организациях, требующих усиленной нагрузки на органы дыхания (танцевальных, музыкальных и т.д.), то в настоящее время внедрение новых технологий позволяет избежать этих ограничений. Занятия детей с БА в спортивных и других организациях зависят сегодня не от диагноза, а исключительно от интересов и желания ребенка.

Важным достижением следует считать снижение в 6,5 раза обращаемости за экстренной медицинской помощью (вызовы бригад скорой медицинской помощи и госпитализация по поводу обострения заболевания). Данные получены в результате выборки и сравнительного статистического анализа 5293 сигнальных талонов вызовов педиатрических бригад скорой медицинской помощи Хабаровска за период с 1997-го по 1999 год и с 2008-го по 2015 год (рис. 2).

Таким образом, внедрение современных положений по диагностике и лечению БА у детей в условиях Хабаровска привело к тому, что образ жизни детей больных БА не отличается от такового здоровых детей.

В результате внедрения в практику регионального здравоохранения положений научно-практической программы «Аллергический ринит и его влияние на астму» в педиатрическом здравоохранении изменились подходы к диагностике и лечению детей из группы часто и длительно болеющих (ЧБД) в сторону правильной постановки диагноза и, соответственно, раннего назначения контролирующей терапии.

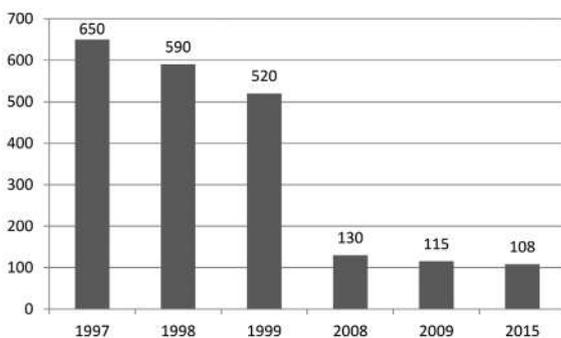


Рис. 2. Динамика частоты обострений БА у детей в Хабаровске и количества вызовов бригад СМП

До внедрения программы лечение этой категории пациентов проводилось этиотропными и симптоматическими средствами, что не давало достоверного уменьшения инфекционного индекса (частоты заболеваемости в течение одного года). После внедрения программы изменился диагностический алгоритм, который предусматривает обязательное исследование данной категории пациентов (группа ЧБД) на предмет персистирующего воспаления в слизистой оболочке носа, аллергического ринита (АР), который встречается у них более чем в 50 % случаев и является основой для частой заболеваемости [1, 2, 3, 4]. Помимо этого, персистенция аллергического воспаления в слизистой оболочке носа является наиболее частой причиной формирования гипертрофии аденоидной ткани, воспаления слизистой евстахиевой трубы, среднего уха и как следствие – причиной рецидивирующих туботитов и отитов.

При изучении данного вопроса у детей Хабаровска, входящих в группу ЧБД, в 70 % случаев у них выявлено персистирующее аллергическое воспаление в полости носа. В связи с этим всем детям, которые имели указанные изменения, рекомендуется курс базисной противовоспалительной антиаллергической терапии, что позволяет уменьшить инфекционный индекс в 2,0–2,5 раза, более того, на 50 % уменьшить потребность в операциях по поводу аденотомии в связи с гипертрофией аденоидной ткани и среднего экссудативного отита, не говоря уже о значительном улучшении качества жизни пациентов и их родителей.

Кроме того, проведение контролирующей терапии после отоларингологических операций по поводу аденотомии уменьшает количество рецидивов гипертрофии аденоидной ткани в 2,3 раза.

В конце XX и в течение XXI столетия по всему миру, включая Российскую Федерацию и Хабаровский край, отмечается резкое увеличение аллергических заболеваний кожи у детей, особенно у детей раннего возраста. Принимая во внимание этот факт, в 2000 году в Российской Федерации была разработана национальная научно-практическая программа «Атопический дерматит у детей: стратегия лечения и профилактика» и согласительный документ «Атопический дерматит у детей».

В результате внедрения в практику педиатрического здравоохранения Хабаровского края положений указанных документов значительно изменились на территории края и в Хабаровске диагностика и особенно лечение данной патологии у педиатрических пациентов в сторону ранней постановки диагноза, лечения и профилактики.

Это находит свое выражение в том, что структура степени тяжести атопического дерматита у детей изменилась в сторону легких форм заболевания. А именно: в конце 90-х годов XX века структура атопического дерматита по степеням тяжести у детей была представлена следующим образом: легкий – 23 %, среднетяжелый – 46 %, тяжелый – 31 %. Аналогичная структура в 2015 году: легкий – 48 %, среднетяжелый – 42 %, тяжелый – 10 % (рис. 3).

Количество тяжелых форм данного заболевания уменьшилось в 3 раза. Своевременная диагностика и лечение позволили значительно улучшить качество жизни пациентов, расширить спектр питания для детей и кормящих матерей. Внедрение положений вышеописанных программных документов, в частности широкое использование в практике здравоохранения лечебно-гигиенических средств по уходу за кожей у детей с атопическим дерматитом (ранее применялись ограниченно, без дифференцировки и у небольшого количества пациентов), позволило уменьшить использование гормоносодержащих препаратов, что увеличивает безопасность терапии, а также продлевает срок ремиссии заболевания в 2–3 раза.

Более того, внедрение современных превентивных схем ухода за кожей ребенка, имеющего высокий риск развития аллергии, привело к снижению риска реализации атопического дерматита у детей раннего возраста в 1,5 раза.

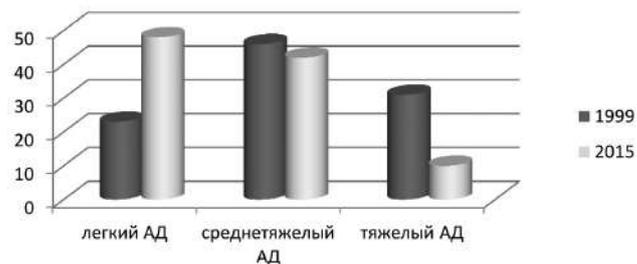


Рис. 3. Динамика степени тяжести атопического дерматита у детей Хабаровска в результате внедрения современных технологий диагностики и лечения

Выводы

Таким образом, внедрение современных документов по диагностике и терапии аллергической патологии у детей на территории Хабаровска оказало существенное позитивное влияние на структуру патологии в отношении значительного снижения тяжелых и среднетяжелых форм аллергических заболеваний в сторону легкого течения, а также по увеличению контролируемых форм течения заболевания. Это, в свою очередь, способствует уменьшению количества обострений. Реализуется же данный феномен в значительном улучшении качества жизни пациентов и их семей, а также в снижении финансовых расходов здравоохранения и семьи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллергия у детей: от теории – к практике / под ред. Л.С. Намазовой-Барановой. – М.: Союз педиатров России, 2010–2011. – 668 с.
2. Аллергология и иммунология / под ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова; Союз педиатров России. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 256 с. – (Клинические рекомендации для педиатров).
3. Аллергология и иммунология: нац. рук. / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 415–436.
4. Аллергология. Фармакотерапия без ошибок: рук. для врачей / под ред. Р.М. Хаитова. – М.: Е-ното, 2013. – 496 с.
5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / GINA. – Женева, 2014.
6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – Женева, 2014.
7. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – Женева, 2017.
8. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – Женева, 1997.
9. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – Женева, 2000.
10. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – Женева, 2012.
11. Allergy Advocacy Association, 2014. – Режим доступа: [www.URL: https://allergyadvocacyassociation.org/](https://allergyadvocacyassociation.org/)
12. Barnes, K.C. Evidence for common genetic elements in allergic disease // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2000. – № 106 (5). – P. 192–200.
13. Bysgaard, X. Novel Perspectives in Paediatric Allergy Management. – Istanbul, 2012.
14. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a practall consensus report, 2008 // *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology.* – 2008. – Vol. 63 (1), № 30. – P. 5–34.
15. European Pediatric Asthma Group. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report / L.B. Bacharier, A. Boner, K.H. Carlsen et al. // *Allergy.* – 2008. – № 63 (1). – P. 5–34.
16. GINA Strategy for Asthma Management and Prevention. – W. p., 2009.
17. International consensus on (ICON) pediatric asthma // *European journal of allergy and clinical immunology.* – 2012. – № 67. – P. 976–997.
18. Prescott, S. Food allergy: riding the second wave of the allergy epidemic / S. Prescott, K.J. Allen // *Pediatr Allergy Immunol.* – 2011. – Vol. 22(2). – P. 155–160.
19. Sitkauskienė, B. Decreasing the burden of allergy: presentation / EAACI. – Brussels, 2008.
20. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report / M. Masoli, D. Fabian, S. Holt et al. // *Allergy.* – 2004. – № 59. – P. 469–478.

УДК 618.31-089

Клинический опыт лечения пациентки с сочетанием маточной и шейечной беременности с сохранением репродуктивной функции

Г.В. Чижова¹, М.В. Ступак², Ю.Н. Бердаков², М.А. Губченко², Ю.Н. Колесников², О.А. Муравьева²¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru²КГБУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК, 680028, г. Хабаровск, ул. Истомина, 85; тел. +7 (4212) 45-40-03; e-mail: perinatalcenter@rambler.ru

Clinical experience of treatment of the patient with a combination of uterine and cervical pregnancy with preservation of reproductive function

G.V. Chizhova¹, M.V. Stupak², Yu.N. Berdakov², M.A. Gubchenko², Yu.N. Kolesnikov², O.A. Muravyova²¹Postgraduate Institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru²"Perinatal Center" under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 680028, Khabarovsk, ul. Istomina, 85; tel. +7 (4212) 45-40-03; e-mail: perinatalcenter@rambler.ru

В статье представлен клинический случай сочетания редкой формы внематочной беременности за пределами полости матки – прогрессирующая шейечная беременность. Эта тяжелейшая патология представляет непосредственную угрозу не только здоровью, но и жизни женщины. Число случаев шейечной беременности составляет 0,15 % от всех эктопических беременностей. В рассматриваемом случае проведено оперативное лечение, сохранившее фертильность пациентке.

Ключевые слова: плодное яйцо, шейечная беременность, гистерорезектоскопия, репродуктивное здоровье, органосохраняющая операция, ВРТ.

The article presents a clinical case of combination of a rare form of ectopic pregnancy outside the uterine cavity - a progressive cervical pregnancy. This severe pathology poses an immediate threat not only to health, but also to the life of a woman. The number of cases of cervical pregnancy is 0.15 % of all ectopic pregnancies. In this particular case, the surgical treatment was performed, retaining fertility to the patient.

Key words: fetal egg, cervical pregnancy, hysteroresectoscopy, reproductive health, organ-preserving operation, assisted reproductive technology (ART).

Несмотря на прогресс в области медицинских технологий, до настоящего времени эктопическая беременность остается серьезной проблемой в акушерстве и гинекологии. Случаи развития плодного яйца вне полости матки являются тяжелейшей патологией, которая представляет непосредственную угрозу не только здоровью, но и жизни женщины. Беременность, которая развивается в шейке матки, называется шейечной или перешеечно-шейечной. Частота шейечной беременности составляет 0,15 % от всех эктопических беременностей [3, 5].

Возникновение шейечной беременности связано с затруднением или невозможностью имплантации оплодотворенной яйцеклетки в тело матки ввиду неполноценности эндометрия либо недостаточной зрелости трофобласта. Условия для шейечной локализации беременности возни-

кают вследствие изменений миометрия, обусловленных течением предшествующих родов, многократными абортми, диагностическими выскабливаниями, эндометритами, операциями на матке, истмико-цервикальной недостаточностью [4].

Риск шейечной беременности повышается при синдроме Ашермана, воспалительных процессах в малом тазу, инфекциях, передающихся половым путем, при эндометриозе [1, 2].

При миоме матки, экстракорпоральном оплодотворении, заболеваниях шейки матки, нарушении менструального цикла по типу гипоменструального синдрома имеет значение высокая подвижность оплодотворенного яйца не в теле матки, а в нижнем сегменте или в шейечном канале [6].

Трофобласт, а впоследствии ворсины хориона плодного яйца прорастают в стенку

цервикального канала, разрушая мышечные элементы и сосуды, что сопровождается кровотечением и нарушением развития беременности. При полной пенетрации стенки шейки матки ворсины хориона проникают во влагалище или в параметрий.

Диагноз шеечной беременности может быть поставлен при специальном гинекологическом осмотре: бочкообразная шейка матки с выраженным цианозом, и подтвержден данными ультразвукового исследования. Кровотечение при шеечной беременности всегда обильное, потому что нарушается структура сосудистых сплетений матки – нижней ветви маточной артерии, пудендальной артерии.

До недавних пор единственным надежным методом остановки кровотечения при шеечной беременности считалась тотальная гистерэктомия [4].

Благодаря новейшим технологиям и современным методам ранней диагностики данной патологии появилась возможность проведения органосохраняющих операций у женщин с нереализованной репродуктивной функцией.

Актуальность проблемы эктопической беременности в настоящее время очевидна – увеличивается частота этой опасной для репродуктивного здоровья и жизни женщины патологии. Редкие формы эктопической беременности привлекают особое внимание в связи с трудностями своевременной диагностики и необходимостью неотложной медицинской помощи [7].

Описание клинического случая сочетания прогрессирующей шеечной беременности и неразвивающейся маточной беременности

В гинекологическое отделение КГБУЗ «Перинатальный центр» МЗ Хабаровского края самостоятельно обратилась пациентка Д., 38 лет, с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе родов не было, один выкидыш в сроке 7–8 недель. Данная беременность индуцирована ВРТ-ЭКО переносом двух эмбрионов. В анамнезе миома матки в течение нескольких лет, без роста узлов, дважды лапароскопия по поводу эндометриоза тазовой брюшины и для удаления маточных труб.

При осмотре: шейка матки синюшно-багрового цвета, бочкообразно расширена, наружный зев приоткрыт, выделения обильные, со сгустками.

В экстренном порядке выполнено трансагинальное УЗИ, заключение: в полости матки плодное яйцо 20 мм, эмбрион не лоцируется (по типу анэмбрионии), в цервикальном канале плодное яйцо с живым эмбрионом до

28 мм, КТР 4 мм, ЧСС 160 в минуту. Проведено экстренное обследование. Кровопотеря 300 мл.

При обследовании выявлена анемия 1-й ст., ХГЧ 8766,6 мЕд/л. Остальные показатели в пределах физиологической нормы.

В связи с обильным кровотечением решено выполнить чревосечение с окончательным объемом интраоперационно.

Учитывая высокий риск возможной гистерэктомии, произведена нижнесрединная лапаротомия: в брюшной полости выраженный спайчатый процесс, матка до 12 недель беременности за счет множества мелких миоматозных узлов от 0,5 до 3,0 см, трубы оперативно удалены ранее с обеих сторон. Яичники справа и слева не увеличены, макроскопически не изменены. Учитывая возраст пациентки, нереализованную репродуктивную функцию, принято решение провести гистерорезектоскопию, аспирационный кюретаж цервикального канала и полости матки, коагуляцию ложа плодного яйца с предварительной временной окклюзией маточных артерий. Произведено выделение основных стволов маточных артерий и их временная окклюзия путем наложения клемм.

Без расширения цервикального канала в полость матки введен биполярный гистерорезектоскоп с автоматической подачей физиологического раствора.

В цервикальном канале плодное яйцо в средней трети диаметром 3,5 см. Произведен аспирационный кюретаж цервикального канала и полости матки, удалено плодное яйцо, прицельно произведена биполярная коагуляция ложа плодного яйца в цервикальном канале. Внутривенно капельно введен окситоцин 5 ЕД на физиологическом растворе.

При контрольной гистероскопии в цервикальном канале и полости матки остатков хориальной ткани нет, клеммы сняты, кровотечения нет.

Общая кровопотеря с учетом дооперационной составила 500 мл.

Гистологическое заключение: морфологические признаки недостаточности гравидарного желтого тела, первичное нарушение ворсин хориона, гипоплазия, аваскуляризация, выраженный отек стромы с формированием серозных цистерн, слабые инвазивные свойства трофобласта, неравномерная реакция желез, лейкоцитарно-геморрагическая деструкция децидуальной ткани, лимфоплазмочитарная инфильтрация стромы, крупные перигландулярные лимфоидные фолликулы (морфологические признаки хронического эндометрита).

Послеоперационный период протекал гладко. Больная получала антибактериальную те-

рапию цефалоспоридами 3-го поколения, препараты железа, НПВС.

УЗИ малого таза на 6-й день после операции: полость матки расширена до 6,6 мм за счет неоднородного содержимого без кровотока. Шейка матки определяется, обычных размеров, структура не изменена.

На 8-е сутки после операции нормализация гемоглобина, ХГЧ на 7-й день после операции 428,2 мЕд (снижение в 20 раз).

Пациентка выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в результате проведенной операции у данной пациентки сохранена репродуктивная функция, которую в последующем она сможет реализовать.

Случаи маточной и шеечной беременности одновременно в естественном цикле крайне редки и уникальны. Однако в современных условиях, с учетом широкого применения ВРТ, данная патология встречается всё чаще и обращает на себя внимание в связи с угрозой инвалидизирующей операции у пациенток репродуктивного возраста. Проведенная нами малоинвазивная методика удаления плодного яйца и коагуляция ложа с временной окклюзией маточных артерий, при условии ранней диагностики и малого срока гестации, при отсутствии кровотечения, в оснащенной операционной позволяет сохранить репродуктивное здоровье и жизнь пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство и гинекология / под ред. Г.М. Савельевой, Л.Г. Сичинава. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 432 с.
2. Гинекология / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200 с.
3. Козаченко, А.В. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности / А.В. Козаченко, И.С. Чернова // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 28–32.
4. Макухина, Т.Б. Опыт органосохраняющего лечения шеечной беременности с использованием селективной эмболизации маточных артерий / Т.Б. Макухина,

И.О. Князев, Р.О. Князев // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – № 1. – С. 29–31.

5. О проблеме эктопической беременности после ЭКО / В.С. Корсак, М.Ю. Коршунов, А.В. Михайлов и др. // Проблемы репродукции. – 1997. – № 3. – С. 61–64.

6. Сочетание маточной и шеечной беременности / А.Т. Егорова, Е.Ю. Киселева, Н.В. Жирова и др. // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 12. – С. 105–108.

7. Conservative management of spontaneous heterotopic cervical pregnancy using an aspiration cannula / M.G. Kim, J.Y. Shim, H.S. Won et al. // Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. – 2009. – № 33. – P. 733–734.

УДК 616-008.9:577.112.387.2

Фенилкетонурия (клинический случай)

З.В. Сиротина, В.В. Филиппова

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Phenylketonuria (clinical case)

Z.V. Sirotina, V.V. Filippova

Postgraduate institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье представлены особенности клинической картины, фенотипа, диагностики наследственного заболевания обмена аминокислот – фенилкетонурии.

Ключевые слова: фенилаланин, аминокислоты, обменные заболевания, мутации, тип наследования, фенотип.

This article represents peculiarities of the clinical state, phenotype, congenital amino acids metabolism disease – phenylketonuria diagnostic.

Key words: phenylalanine, amino acids, metabolism disorders, mutations, inheritance mode, phenotype.

Фенилкетонурия (ФКУ) впервые описана Фелингом в 1934 году под названием «фенилпировиноградная имбецильность». Частота распространенности ФКУ среди новорожденных

детей колеблется от 1:7000 до 1:10000. ФКУ – это наследственное нарушение обмена фенилаланина (ФА) и тирозина, тип наследования аутосомно-рецессивный. Ген локализован на

длинном плече 12-й хромосомы (12q22-24). Известно более 600 мутаций, приводящих к гиперфенилаланинемиям. Мутация гена ведет к дефициту фермента гидроксилазы фенилаланина (ПАН) в печени, впоследствии – к накоплению фенилаланина.

Фенилаланин и патологические продукты метаболизма обладают повреждающим действием в первую очередь на центральную нервную систему (ЦНС). Чрезмерное содержание фенилаланина приводит к его проникновению через гематоэнцефалический барьер и вызывает повреждение головного мозга с развитием стойких неврологических нарушений у данной группы детей.

ФКУ объединяет несколько генетически гетерогенных форм заболевания: классическая ФКУ, обусловленная дефицитом фермента фенилаланин-4-гидроксилазы (ФКУ I типа) и атипичные варианты ФКУ, связанные с дефектом птеринового фактора, дефицит ВН4 – тетрагидробиоптерина (ФКУ II–III типов).

Фенилаланин – экзогенная аминокислота, являющаяся составной частью белков, гормонов, ферментов. Участвует в синтезе меланина, является предшественником адреналина и норадреналина.

Для диагностики проводится неонатальный скрининг, используется сухой образец периферической крови на специальном тест-бланке, взятой на 4-й день жизни у доношенного и на 7-й день у недоношенного ребенка.

При повышении фенилаланина более 2 мг% проводится повторный забор образцов крови (ретест). Результат более 6 мг% является показанием для начала диетотерапии и динамического наблюдения за уровнем фенилаланина у ребенка. Проведение ДНК-диагностики с выявлением определенных мутаций – следующий этап диагностики ФКУ.

Выделяют три формы ФКУ: классическая – уровень ФА более 20 мг%, умеренная – 15–20 мг%, легкая – 10–15 мг%. В этих случаях проводится специальное питание продуктами (белковые гидролизаты), не содержащими фенилаланин. При выявлении уровня фенилаланина от 2,0 до 6,0 мг% проводится динамическое наблюдение. В специальном лечении дети не нуждаются.

При осмотре новорожденного ребенка с фенилкетонурией выявить патологию практически невозможно. Первые признаки заболевания могут быть отмечены в возрасте 2–6 месяцев. К ним относятся:

- психоэмоциональная лабильность;
- отсутствие интереса к окружающему;
- мышечная дистония, гипотония;
- срыгивание, запоры;
- аллергоподобный дерматит;

– гипопигментация кожи, волос, радужной оболочки глаз.

Единственным специфичным симптомом может быть своеобразный запах мочи – «мышинный».

В дальнейшем формируются:

– отставание в психомоторном, речевом развитии;

– нарушение когнитивных функций;

– нередко микроцефалия;

– во 2-м полугодии может наблюдаться дебют судорог;

– в последующем тяжелая умственная и физическая отсталость, инвалидизация и социальная дезадаптация.

У детей, рожденных от матерей с ФКУ, может развиваться синдром материнской ФКУ – микроцефалия, врожденные пороки сердца, синдром задержки развития плода (СЗРП) при рождении, нарушение физического развития, белкового, липидного обмена, метаболизма гормонов и нейромедиаторов.

Основной принцип лечения ФКУ – диетотерапия всю жизнь! Специальная диета с резким ограничением фенилаланина! Цель диетотерапии: поддержание правильного, безопасного для ЦНС, уровня фенилаланина; обеспечение правильного психического и физического развития больных; профилактика дефицита белка, витаминов и минеральных веществ.

Диетотерапия, начатая в периоде новорожденности, предотвращает развитие клинических симптомов заболевания. Недостаток белка компенсируется назначением специальных смесей (белковые гидролизаты), расширением питания за счет использования низкобелковых продуктов (лопрофины). Расчет необходимого количества употребляемого фенилаланина проводится врачом-генетиком медико-генетической консультации.

Прогноз ФКУ для жизни при своевременной диагностике и лечении благоприятный. Обязателен динамический контроль за уровнем фенилаланина, гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т₃, Т₄).

При последующих беременностях женщины с ФКУ следует рекомендовать проведение пренатальной ДНК-диагностики, строгое соблюдение диеты с ограничением фенилаланина, прием специальных белковых гидролизатов без фенилаланина в период подготовки и течения беременности.

Вашему вниманию предлагается случай поздней диагностики фенилкетонурии. Девочка родилась 22.06.2013 года. На 4-е сутки жизни проведен забор крови младенца на скрининг, включающий обследование на пять наследственных болезней обмена: ФКУ,

гипотиреоз, муковисцидоз, галактоземию, адреногенитальный синдром (АГС). В регламентированные приказами сроки в медико-генетической консультации КГБУЗ «Перинатальный центр» было произведено исследование образца крови на фенилаланин. На тест-бланке крови ребенка указываются фамилия, имя, отчество матери новорожденной девочки. При проведении исследования получено содержание фенилаланина 1,07 мг/дл, что является нормой для данной аминокислоты. Ребенок в группу риска по ФКУ не попал.

Девочке в возрасте 2 года 5 месяцев устанавливается диагноз «фенилкетонурия». При проведении повторного исследования уровня фенилаланина по тест-бланку сухой крови, взятой в родильном доме (тест-бланк хранится в течение 5 лет), уровень фенилаланина в норме. При исследовании выявлена ДНК, не принадлежащая данной девочке. ДНК принадлежит не установленному лицу женского пола. Вывод: на тест-бланк, зарегистрированный на инициалы матери нашей больной девочки, в родильном доме нанесена не установленным лицом кровь не установленной девочки. В результате в периоде новорожденности наследственное заболевание не выявлено.

В родильном доме в день выписки новорожденной девочки проводилась экстренная выписка родильниц и новорожденных детей в связи с поступлением в родильный дом беременной с симптомами ветряной оспы. В возрасте двух месяцев жизни у ребенка выявлена умеренная мышечная гипотония. По поводу данного отклонения в здоровье назначен массаж. В шесть месяцев диагностировано ухудшение зрения, задержка физического развития. В возрасте восьми месяцев выявлена грубая неврологическая симптоматика. Консультирована неврологом, направлена на стационарное лечение в невро-

логическое отделение. В период госпитализации установлен диагноз: изолированное телархе, паратрофия, гипоплазия щитовидной железы, рецидивирующая крапивница, постгипоксическая кардиомиопатия, персистенция ООО (открытое овальное отверстие), смешанный астигматизм обоих глаз, микроцефалия. К возрасту 1,5 года появились приступы эпилепсии с выраженными мышечными спазмами.

В 2015 году проведено генетическое обследование в ЛМП «Геномед», Москва. Выявлена мутация генов, характерных для болезни Ниманна-Пика, гипомагниемии, болезни Цельвегера (панели «наследственных эпилепсий»), не имеющих клинических проявлений у ребенка. Дополнительно проведенный анализ крови на генные мутации в гене РАН, анализ фенотипа ребенка позволили установить диагноз фенилкетонурии.

Девочка родилась от женщины 31 года, вставшей на учет в раннем сроке беременности. Беременность первая. Страдает хроническим колитом, миопией. Прибавила 14 кг за период беременности. Отмечались отеки голеней, повышение артериального давления, анемия I степени. Ультразвуковое исследование щитовидной железы: усилен кровоток, снижена эхогенность, неоднородная структура. Наблюдалась у эндокринолога с аутоиммунным тиреоидитом (АТ-ТГ – 73 ЕД/мл, норма не более 65, АТ-МСФ – положительный, в норме отрицательный), в лечении – тироксин, элевит. Во время беременности фетоплацентарная недостаточность, преждевременное созревание и неоднородная структура плаценты, нарушение маточно-плацентарного плодового кровотока I степени (МППК I степени). Получен положительный тест на уреоплазму, данные обследования на TORCH-комплекс отсутствуют. Ультразвуковое обследование плода в декретированные сроки исключило маркеры хромо-



Изменение цвета волос и глаз в течение первых месяцев жизни ребенка

сомной патологии, врожденные дефекты развития плода. Роды первые, нормальные, срочные, родовое излитие околоплодных вод, безводный период 17 часов. Родилась девочка с массой тела 3160 г, длиной 52 см, окружность головы 33 см, груди 30 см, с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов. Выписана домой в удовлетворительном состоянии. Отцу ребенка 43 года: миопия высокой степени, астигматизм, аллергия по типу крапивницы. Брак не зарегистрирован.

Период новорожденности протекал с желтухой, полицитемией (НВ – 224 г/л, НТ – 63 %). Гемограмма без патологии. При проведении нейросонограммы выявлены множественные псевдокисты в сосудистом сплетении справа. Проведена вакцинация, аудиологический скрининг не проведен из-за срочной выписки. В выписном эпикризе рекомендовано грудное вскармливание, массаж, гигиенические ванны, НСГ и консультация невролога в возрасте 1 месяца жизни.

На абсолютном грудном вскармливании до 6 месяцев, в последующем вводятся прикормы. Прибавки массы тела и длины соответствуют норме. Отмечаются запоры. В возрасте трех месяцев острая вирусная инфекция, острый ринит. Неврологом выявлена мышечная гипотония, имеющая тенденцию к нарастанию в динамике. С возраста 1 месяца проявления дерматита. В анализах мочи лейкоцитурия. Проводится обследование и лечение у детского гинеколога с положительной динамикой.

К возрасту девяти месяцев выраженная задержка моторного развития: не сидит, не переворачивается, мышечная гипотония, микроцефалия, дерматит на туловище и конечностях. В питании получает грудное вскармливание, молочные каши, овощи: капуста брокколи, морковь, тыква, кабачок; мясо: кролик, курица, свинина, говядина; яйца, творог. При проведении обследования выявлена анемия легкой степени, железодефицитная анемия легкой степени, изолированное телархе.

В возрасте десяти месяцев в медико-

генетической консультации перинатального центра проведено обследование на изменение ДНК по восьми синдромам, сопровождающимся задержкой моторного и психического развития, и пяти хромосомам (21, 13, 18, X, Y). Патологии не выявлено.

В 12 месяцев в связи со стойкими неврологическими нарушениями оформлена инвалидность, переоформлена в два года. В июле 2015 года в лаборатории молекулярной патологии «Геномед», Москва, выявлены мутации панели «наследственных эпилепсий», описываемые при болезнях Ниманна–Пика, гипомagneзиемии, синдроме Целвегера. Там же в ноябре 2015 года после результата секвенирования ДНК была выявлена патогенная мутация в замене АК (аминокислот) в 408-й позиции белка, характерная для пациентов с фенилкетонурией. Проведено исследование уровня фенилааланина – результат 22,53 мг/дл (норма 0,1–2,0 мг/дл). Установлен диагноз: фенилкетонурия и плосковальгусная установка стоп. Возраст ребенка на момент установления диагноза 2 года 4 месяца.

Ребенку назначена диета – лечебная смесь «Пам» с расчетом возрастной потребности. Получает лекарственные препараты: вальпроевая кислота, топирамат, гопантеновая кислота, с целью коррекции имеющихся изменений нервной системы.

Рекомендовано обследование родителей на носительство мутации в гене PANK. При последующих беременностях в сроке 11–14 недель возможно проведение обследования плода для поиска патологических мутаций.

С рождения в данных амбулаторной карты не отмечен цвет волос (быстрая смена черного цвета на рыжий (1 месяц жизни), затем девочка становится блондинкой (3 месяца) и цвет глаз. Данные особенности связаны с изменениями, прежде всего, трех аминокислот: фенилаланина, тирозина, триптофана. Нарушение в обмене привело к резкому отставанию в психомоторном, речевом развитии, к рецидивирующему дерматиту.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атлас редких болезней / под ред. А.А. Баранова, А.С. Намазовой-Барановой. – М.: Педиатр, 2013. – С. 239–243.
2. Барашичев, Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей – путеводитель по клинической генетике. – М.: Триада-Х, 2004. – С. 149–207.
3. Волгина, С.Я. Фенилкетонурия у детей: современные аспекты патогенеза, клинических проявлений, лечения / С.Я. Волгина, С.Ш. Яфарова, Г.Р. Клетенкова // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2017. – № 5. – С. 111–118. – Библиогр.: 16 назв.
4. Неонатология: нац. рук. / под ред. Н.Н. Володина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 84.
5. Оценка физического развития у детей с классической фенилкетонурией / Т.В. Бушуева, Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо [и др.] // Вопр. питания. – 2015. – № 2. – С. 34–43. – Библиогр.: 17 назв.
6. Результаты проспективного исследования клинической эффективности новых отечественных специализированных продуктов без фенилаланина / Т.В. Бушуева, Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо, Л.М. Кузенкова // Педиатр. фармакология. – 2016. – № 3. – С. 251–258. – Библиогр.: 12 назв.
7. Яфарова, С.Ш. Профилактика фенилкетонурии как пример системы превентивных мероприятий при орфанных заболеваниях / С.Ш. Яфарова, Р.Ф. Шавалиев, С.Я. Волгина // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2017. – № 5. – С. 124–129. – Библиогр.: 9 назв.

УДК 616.441-008.61-07

Диагностика гипертиреоза по результатам лабораторного скрининга в г. Хабаровске. Случай болезни Грейвса

Н.М. Климкович¹, Н.М. Александрова², Е.Г. Переславцева², Е.В. Звонарева¹

¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» имени профессора С.И. Сергеева МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 39-04-05; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

Hyperthyroidism diagnosis based upon laboratory screening results in Khabarovsk city. Clinical case of Graves disease

N.M. Klimkovich¹, N.M. Aleksandrova², E.G. Pereslavl'tseva², E.V. Zvonareva¹

¹Postgraduate institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

²Territorial clinical hospital № 1 named Prof. S.I. Sergeev, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 39-04-05; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

Проанализированы результаты лабораторных исследований на маркеры заболеваний щитовидной железы в сыворотке крови за несколько лет. По результатам исследований у 5,5 % обследованных были выявлены лабораторные признаки гипертиреоза: низкие концентрации ТТГ (тиреотропного гормона гипофиза) и высокие показатели свободного Т₃ (трийодтиронина). У 29,2 % пациентов с лабораторными признаками гипертиреоза в сыворотке крови были обнаружены аутоантитела к ТПО (тиреоидной пероксидазе), а у одного из пациентов – аутоантитела к ТТГ-рецепторам, которые являются наиболее показательными лабораторными маркерами в диагностике болезни Грейвса.

Ключевые слова: гипертиреоз, тиреотропный гормон гипофиза, тиреоидные гормоны, аутоантитела.

Laboratory examinations results for thyroid gland diseases markers detection in blood serum analyzed for a few years period. Revealed, that in 5.5 % of cases, hyperthyroidism laboratory signs detected: decreased concentration of thyrotrophic hormone and increased concentration of the free T₃. In 29.2 % of patients with hyperthyroidism laboratory signs, autoantibodies to thyroid peroxidase revealed, one patient had autoantibodies to thyrotrophic hormone receptor – mostly significant laboratory marker for Graves disease diagnosis.

Key words: hyperthyroidism, thyroid hormone, autoantibodies levels.

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы являются наиболее распространенными среди всех аутоиммунных заболеваний. К настоящему времени изучено около десятка органоспецифических аутоантител к различным антигенам щитовидной железы, появляющихся в системной циркуляции при аутоиммунном тиреоидите и диффузном токсическом зобе [1]. Наиболее хорошо известными белками щитовидной железы, к которым развиваются подобные иммунные реакции и вырабатываются антитела, являются тиреоглобулин (ТГ), фермент тиреоидная пероксидаза (ТПО) и рецептор к ТТГ. Наиболее важными

аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы являются болезнь Хашимото, первичная микседема, болезнь Грейвса – диффузный токсический зоб [1].

Тиреотоксикоз возникает примерно у 2 % женщин и 0,2 % мужчин. У молодых пациентов болезнь Грейвса – один из самых частых диагнозов: пик заболеваемости приходится на 20–40 лет [2]. Болезнь Грейвса – результат взаимодействия между генетическими факторами и факторами внешней среды. У 60 % пациентов в анамнезе есть семейные случаи заболевания аутоиммунным тиреоидитом. Приблизительно у 1/3 родственников первой

степени родства имеется аутоиммунный тиреоидит, а у половины есть аутоантитела в высоких титрах. У монозиготных близнецов более высокая предрасположенность, чем у дизиготных. Считают, что более чем в 80 % случаев болезнь Грейвса имеет преимущественно генетическую природу [5]. Комплекс человеческих лейкоцитарных антигенов (HLA), расположенный в хромосоме 6p21, имеет три класса антигенов и является чрезвычайно полиморфной областью генома, определяющей чувствительность ко многим заболеваниям. Самым информативным маркерным геном является HLA DR3. Среди пациентов с болезнью Грейвса 40–50 % HLA DR3-положительных лиц по сравнению с 15–30 % в общей популяции [2]. Последние исследования выявили взаимосвязь болезни Грейвса с другими аллелями HLA, в частности DQA1*0501. Было выявлено четыре генетических полиморфизма, предрасполагающих к возникновению аутоиммунных эндокринных заболеваний [6].

Исследования женщин в возрасте 25–42 лет, проведенные за рубежом (Великобритания), установили, что частота болезни Грейвса составляет 4,6 на 1000 [4]. Курение оказалось фактором риска (отношение рисков – 1,93) [7]. Ожирение было связано с меньшим риском возникновения болезни Грейвса [7]. На первоначальном этапе лабораторное исследование должно включать определение гормонов щитовидной железы (T_3 , T_4), тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) и аутоантител к различным компонентам тиреоидной клетки, в том числе иммуноглобулинов, ингибирующих связывание тиреоидных гормонов – антител к ТТГ-рецепторам. ТТГ-рецепторы являются трансмембранными белками, локализованными на тиреоидных клетках и влияющими как на синтез и секрецию тиреоидных гормонов, так и на клеточный рост. Они специфически связывают ТТГ гипофиза и обеспечивают реализацию его биологического действия. Причиной развития диффузного токсического зоба (болезнь Грейвса) считается появление в крови больных иммуноглобулинов – аутоантител, специфически конкурирующих с ТТГ за связывание с рецепторами тиреоцитов и способных оказывать на щитовидную железу стимулирующее влияние, аналогичное ТТГ [8].

Цель исследования

Определить частоту распространенности гипертиреоза среди группы обследованных на лабораторные маркеры заболеваний щитовидной железы; выявить частоту распространенности аутоиммунной агрессии к основному компоненту тиреоидного микросомального антигена – наличию аутоантител к тиреоидной пероксидазе (анти-ТПО) сре-

ди лиц с лабораторными маркерами гипертиреоза; определить частоту выявления антител к ТТГ-рецепторам среди больных с лабораторными маркерами гипертиреоза и высоким уровнем анти-ТПО в сыворотке крови.

Материал и методы

Исследования проводились на базе лаборатории кафедры клинической лабораторной диагностики Института повышения квалификации специалистов здравоохранения МЗ ХК.

Методом иммуноферментного анализа (ИФА) в течение нескольких лет было проведено 2992 исследования на иммунологические маркеры заболеваний щитовидной железы, включая определение тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина ($свT_4$), свободного трийодтиронина ($свT_3$), аутоантител к тиреоидной пероксидазе (а-ТПО).

Всего было задействовано 748 человек в возрасте от 25 до 65 лет, страдающих различными заболеваниями (723 человека), и здоровые (25 человек) – лица без каких-либо жалоб на состояние здоровья. Среди больных наибольшую часть составили пациенты с теми или иными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (701 человек).

При проведении лабораторного скрининга на маркеры заболеваний щитовидной железы использовались диагностические тест-наборы ООО «Компания Алькор Био» (г. Санкт-Петербург). Исследования проводились методом конкурентного твердофазного ИФА. Конечная концентрация гормонов и аутоантител определялась микропланшетным фотометром для иммуноферментного анализа марки STAT FAX® 4200 (США) по величинам оптической плотности в лунках с анализируемыми и стандартными образцами сывороток. Для построения калибровочных кривых использовалась программа Point to point (для количественного метода ИФА)

Предел коэффициента вариации результатов составил 8 %. Точность исследований дополнительно проверялась тестом на «открытие» – проверкой полученных значений гормонов по расчетной величине, полученной при смешивании равных объемов контрольной сыворотки и стандартных калибровочных проб. Для каждого вида исследований с учетом территориального фактора определялся диапазон ожидаемых референтных показателей.

Результаты и обсуждение

Из 748 обследованных у 38 (5,1 %) были выявлены лабораторные маркеры гипотиреоза: высокие показатели ТТГ и низкие значения свободного T_4 ; у 41 (5,5 %) – лабораторные маркеры гипертиреоза: низкие показатели ТТГ и высокие значения свободного T_3 (табл. 1).

Таблица 1

Результаты лабораторного скрининга на маркеры заболеваний щитовидной железы за период 2015–2017 годы

Годы	Количество обследованных, n	Выявлены лабораторные маркеры гипотиреоза		Выявлены лабораторные маркеры гипертиреоза	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m
2015	136	6	4,4*± 0,17	7	5,1*± 0,83
2016	262	25	9,5*± 0,58	18	6,8*± 0,59
2017	350	7	2,0 ± 0,52	16	4,6*± 0,52
Всего	748	38	5,1*± 0,36	41	5,5*± 0,34

Примечание: * – p < 0,05.

Таким образом, по результатам лабораторного скрининга на маркеры щитовидной железы гипертиреоидное состояние у обследованных регистрировалось несколько чаще, чем гипотиреоидное (5,1 % и 5,5 % соответственно).

Согласно современным представлениям, общепризнанным фактором, способствующим развитию функциональных нарушений щитовидной железы, является процесс аутосенсibilизации – аутоиммунная агрессия против щитовидной железы, которая сопровождается не только изменением функционального состояния тиреоцитов, но и их гибелью.

В связи с вышеуказанным, согласно целям лабораторного исследования, всем пациентам с лабораторными маркерами гипертиреоза были проведены лабораторные исследования на наличие аутоантител к тиреоидной пероксидазе (а-ТПО) в сыворотке крови.

Результаты лабораторных исследований показали, что у 12 (29,2 %) обследованных пациентов были выявлены а-ТПО в титре, превышающем референтные пределы: выше 35 ЕД/мл. Из них только у трех человек были выявлены высокие титры а-ТПО (выше 550 ЕД/мл), в остальных случаях титры а-ТПО не превышали 110 ЕД/мл (табл. 2).

Таблица 2

Результаты лабораторного исследования на а-ТПО пациентов с лабораторными маркерами гипертиреоза

Пациенты с лабораторными маркерами гипертиреоза, n	Выявлены антитела к ТПО			
	В низких титрах <110 ЕД/мл		В высоких титрах >550 ЕД/мл	
	абс	%	абс	%
41	9	21,9	3	7,3

Таким образом, у большей части пациентов с лабораторными признаками гипертиреоза зарегистрированы небольшие титры аутоантител в сыворотке крови (<110 ЕД/мл). Однако у трех пациентов титры а-ТПО были увеличены в 15 раз и более по сравнению с нормой, что свидетельствует о высокой степени аутосенсibilизации ткани щитовидной железы и может быть связано с таким заболеванием, как болезнь Грейвса.

С целью диагностики болезни Грейвса трем пациентам с высокими титрами а-ТПО при наличии лабораторных маркеров гипертиреоза было дополнительно проведено лабораторное исследование на антитела к ТТГ-рецепторам. Из трех пациентов у одного были выявлены антитела к ТТГ-рецепторам в сыворотке крови, что позволило предпо-

ложить заболевание щитовидной железы – болезнь Грейвса.

Клинический случай болезни Грейвса

Женщина 37 лет, без хронических заболеваний, предъявляет жалобы на тремор и непереносимость жары. Курит. За последние 6 месяцев похудела на 8,5 кг. Врачом-эндокринологом выявлены симптомы гипертиреоза, при функциональном исследовании – диффузное увеличение щитовидной железы. Мать пациентки лечилась от гипотиреоза.

Данные лабораторного исследования: ТТГ – **0,03** мкМЕ/мл (норма 0,23–3,4 мкМЕ/мл), свободный Т₄ – **25,3** п/моль/л (норма 10,0–23,2 п/моль/л), свободный Т₃ – **34,3** п/моль/л (норма 2,5–5,8 п/моль/л), а-ТПО – **725** ЕД/мл (норма 35 ЕД/мл), антитела к рецепторам ТТГ – **5,5** МЕ/л (норма до 1,5 МЕ/л).

Выводы

Таким образом, всем пациентам с лабораторными маркерами гипертиреоза, помимо определения титров а-ТПО в сыворотке крови, необходимо проводить исследование на наличие антител к рецепторам ТТГ

для дифференциальной диагностики болезни Грейвса.

Особой группой риска являются молодые и курящие женщины с отягощенным генетическим анамнезом по заболеваниям щитовидной железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клиническая эндокринология / под ред. Н.Т. Старковой. – М.: Медицина, 1991. – С. 512.
2. Andrade, V.A. Serum thyrotropin-receptor autoantibody levels after I 131 therapy in Graves' patients: effect of pretreatment with methimazole evaluated in a prospective, randomized study / V.A. Andrade, I.L. Gross, A.L. Maia // *Europ. J. of Endocrinology*. – 2004. – № 151. – P. 467–474.
3. Cooper, D.S. Antithyroid drugs // *The New England J. of Medicine*. – 2005. – № 532. – P. 905–917.
4. Predication of relapse after antithyroid drug therapy of Graves' disease: value of color Doppler sonography / A. Saleh, M. Cohnen, G. Fiirst et al. // *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes*. – 2004. – № 112. – P. 510–513.
5. Resumption of methimazole after I therapy of hyperthyroid diseases: effect on thyroid function and volume evaluated by a randomized clinical trial / S.J. Bonnema, F.N. Bennedbaek, J. Gram et al. // *Europ. J. of Endocrinology*. – 2003. – № 149. – P. 485–492.
6. Smoking and other lifestyle factors and the risk of Graves' hyperthyroidism / I. Holm, I.E. Manson, K.B. Michels et al. // *Arch. Intern. med.* – 2005. – № 165. – P. 1606–1611.
7. Tomer, Y. Searching for the autoimmune thyroid disease susceptibility genes: from gene mapping to gene function / Y. Tomer, T.F. Davies // *Endocrine Rev.* – 2003. – № 24. – P. 694–717.
8. Vaidya, B. The emerging role of CTLA-4 gene in autoimmune endocrinopathies / B. Vaidya, S. Pearce // *Europ. J. of Endocrinology*. – 2004. – № 150. – P. 619–626.

УДК 616.89

Психосоматические и соматоформные расстройства

Т.А. Щербаносова^{1,2}, А.В. Литвинов^{1,3}, Л.Г. Трофимчук⁴

¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. профессора С.И. Сергеева МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 39-04-05; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» МЗ ХК, 680038, г. Хабаровск, ул. Серышева, 33; тел. +7 (4212) 56-04-41; e-mail: hkpb@rambler.ru

⁴КГБУЗ «Психиатрическая больница г. Комсомольска-на-Амуре» МЗ ХК, 681027, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Вокзальная, 19; тел. +7 (4217) 54-46-57; e-mail: psihkna@yandex.ru

Psychosomatic and somatoform disorders

Т.А. Scherbanosova^{1,2}, A.V. Litvinov^{1,3}, L.G. Trofimchuk⁴

¹Postgraduate institute for public health specialists, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

²Territorial clinical hospital № 1 named Prof. S.I. Sergeev, 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 39-04-05; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³Khabarovsk Krai Psychiatric Hospital, 680038, Khabarovsk, ul. Serysheva, 33; tel. +7 (4212) 56-04-41; e-mail: hkpb@rambler.ru

⁴Psychiatric Hospital of Komsomolsk-na-Amure, 681027, Komsomolsk-na-Amure, ul. Vokzalnaya, 19; tel. +7 (4217) 54-46-57; e-mail: psihkna@yandex.ru

В статье описаны соматоформные расстройства – группа психических нарушений, при которых пациент испытывает симптомы, которые не соответствуют или не могут быть полностью объяснены какой-либо соматической или неврологической патологией.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, симптомы.

The article explains somatoform disorders as a group of psychological disorders in which a patient experiences symptoms that are inconsistent with or cannot be fully explained by any underlying general medical or neurologic condition.

Key words: somatoform disorders, symptoms.

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны, невротические расстройства, при которых преобладают психологические и психопатологические проявления, и, с другой стороны, психосоматические расстройства, проявляющиеся в первую очередь соматическими эквивалентами психических расстройств. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: психический и соматический. Психический способ может проявляться как в условиях острого, так и в условиях хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса. Важным фактором при этом являются индивидуально-психологические свойства человека.

Под **психосоматическими расстройствами** понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, ре-

акциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

Социопсихосоматика. Понятие «социопсихосоматика» было введено С. Шафером. К. Делиус считал, что социопсихосоматика начинается тогда, «когда тот, кто озабочен состоянием здоровья, кто болен или чувствует себя больным, во взаимодействии с врачом или медицинским работником осознает свою уязвимость относительно своих человеческих и социальных проблем». Таким образом, психосоматическая болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен.

Клиника. Психосоматическая медицина различает три группы психосоматических расстройств:

- конверсионные симптомы;
- функциональные синдромы (органные невроты);
- психосоматические заболевания (психосоматозы).

При **конверсионных симптомах** невротический конфликт получает вторичный сома-

тический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, а демонстрация симптомов может пониматься как попытка разрешения конфликта. Отнесение конверсионных симптомов к психосоматическим можно считать обоснованным в тех случаях, когда они не сопровождаются иными диссоциативными (конверсионными) расстройствами, в частности психопатологическими (амнезией, фугой, трансом, состояниями овладения). В противном случае их следует рассматривать как невротические.

Для выбора варианта терапевтических воздействий необходимо оценить следующие факторы:

- 1) выраженность и длительность расстройства;
- 2) выраженность дезадаптации в связи с расстройством;
- 3) результаты предшествовавшего лечения;
- 4) имеющиеся возможности поддержки со стороны близких;
- 5) культуральные и социальные особенности больного.

Учитывая тот факт, что не существует единого подхода к пониманию механизмов невротогенеза, основной терапевтической мишенью становится невротический симптом (клиническая форма невротического расстройства). Психофармакологической же основой терапии невротических расстройств становится использование транквилизаторов (анксиолитиков), антидепрессантов, «малых» нейролептиков и препаратов из некоторых иных групп. Как показывают исследования, значимым и эффективным считается применение, помимо психотропных средств, вегетотропных лекарств.

При тревожно-фобических расстройствах эффективным считается применение антидепрессантов (имипрамина, кломипрамина, доксемина, тразодона, миансерина, пирлиндолла), транквилизаторов (диазепама, лоразепама, альпрозолама, клоназепама, феназепама), бета-адреноблокаторов (пропранолола, тразикора, обзидана), ноотропов (ноотропила, пирацетама, пантогама, фенибуты), реже нейролептиков (хлорпротиксена, сульпирида, алимемазина, левомепромазина, тиоридазина). При посттравматическом стрессовом расстройстве рекомендуется использование антидепрессантов (кломипрамина, имипрамина, amitриптилина, тианептина, пирминола, моклобемида, миансерина, тразодона), карбамазепина, солей лития, нейролептиков (тиоридазина, алимемазина) и транквилизаторов. Диссоциативные (конверсионные) расстройства диктуют необходимость сочетания гипнотерапии с использованием

транквилизаторов (диазепама, феназепама), нейролептиков (тиоридазина, алимемазина, перициазина).

Приводим пример клинического случая.

Больная К., 19 лет. Наследственность не отягощена. Родилась в Комсомольске-на-Амуре первой из троих детей. По шкале Апгар 8–9 баллов. Часто болела ОРВИ. Семья благополучная, обеспеченная, отношения в семье доброжелательные. В школу пошла с 6 лет, учеба давалась легко. По характеру спокойная, общительная, исполнительная. Посещала различные кружки. Училась в 10–11 классах, много дополнительно занималась иностранными языками. Отмечала перегрузки при подготовке к ЕГЭ, нарушения сна, иногда головные боли, была астенизирована. Хотела поступить на бюджетное отделение университета и мечтала работать переводчицей. В марте 2017 года появились дизурические явления. Наблюдались эпизоды задержки мочи. Обследована у урологов: общий анализ мочи без патологии, мочевины, креатинин в пределах референсных значений, клубочковая фильтрация в пределах нормальных показателей. Нейрофизиологическое исследование мочевого пузыря без патологии. МРТ головного и спинного мозга без очаговых патологических изменений. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: признаки дистрофических изменений (ювенильный остеохондроз). Длительно наблюдалась у нефрологов, урологов, однако органической патологии почек обнаружено не было. По мнению урологов, «всё было связано с психикой». Обследовалась в клинике Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета МЗ РФ с 14.10.2017 года по 28.10.2017 года, диагноз: синдром хронической головной боли с эмоциональной окраской, психогенной дисфункцией опорожнения мочевого пузыря. Улучшения после лечения не отмечала, рекомендовано лечение у психиатра. Обратилась в дневной стационар Комсомольской психиатрической больницы.

При поступлении: для общения доступна, ориентирована правильно. В ходе беседы держится спокойно. Суждения отличаются незрелостью. Подробно описывает свои ощущения, позывы мочеиспускания прекратились, возникает напряжение в теле, страх, «опасение за свое здоровье». Фон настроения понижен, сосредоточена на своей болезни, неприятных ощущениях, хуже чувствует себя к вечеру, усиливается тревога, навязчивые мысли о неизлечимости заболевания, утомляемость. Считает, что у нее соматическая патология, «хочу найти причину», «за всё тревожусь, сама

себя накручиваю». На фоне терапии гидроксизин, мезапамом, комбилипеном отмечалась постепенная редукция тревожно-депрессивной симптоматики, выровнялось настроение, прошла тревога, навязчивые мысли потеряли актуальность, наладился сон, стала общаться с друзьями, заниматься домашними делами, «получать радость от жизни», восстановилось мочеиспускание. Осмотрена неврологом: без очаговой симптоматики. Психонейрогенная задержка мочеиспускания. Заключение психолога: личностная сфера характеризуется чертами сенситивно-истероидного типа с эмоционально-волевой незрелостью. Высокий уровень тревожности. Умеренная нервно-психическая неустойчивость. Проведены психотерапевтические сеансы.

Выписана с улучшением. На день выписки: ориентирована правильно, спокойна, доступна. Настроение ровное, устойчивое. Бред, обманов восприятия не выявлено. Память, интеллект сохранены. Мышление последовательное, логичное. Имеется осознание болезни, критика к болезни сохранна. Рекомендовано принимать гидроксизин длительно.

Учитывая анамнез, клинику заболевания, урологические симптомы без подтверждения органической патологии мочеполовой системы у личности с эмоционально-волевой незрелостью и высокой тревожностью и хороший эффект от лечения, выставлен диагноз: соматоформное расстройство. Катамнез: в настоящее время пациентка поступила в институт на факультет иностранных языков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Классификация болезней в психиатрии и наркологии : пособие для врачей / под ред. М.М. Милевского. – М. : Триада-Х, 2009. – 184 с.*

2. *Менделевич, В.Д. Психиатрия : учеб. / В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич. – Ростов н/Д. : Феникс, 2018. – 412 с.*

3. *Секреты психиатрии : пер. с англ. / Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон ; под общ. ред. П.И. Сидорова. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 576 с. : ил.*

4. *Чуркин, А.А. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Матюшов. – М. : МегаПро, 2010. – 132 с.*

УДК 616.527-031:611.311

Клинический случай вульгарной пузырчатки с поражением тканей полости рта

Е.А. Масько¹, Н.А. Щац², Л.В. Бондаренко³, В.А. Кравченко³

¹КГАУЗ «Амурская стоматологическая поликлиника», 682640, Хабаровский край, г. Амурск, проспект Мира, 46а; тел. +7 (42142) 9-99-71; e-mail: dentis_2011@mail.ru

²НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», 680022, г. Хабаровск, ул. Воронежская, 49; тел. +7 (4212) 40-92-51; e-mail: mail@dkb-dv.ru

³КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

A clinical case of a pemphigus vulgaris with a lesion of oral cavity tissues

Ye.A. Masko¹, N.A. Shats², L.V. Bondaryenko³, V.A. Kravchyenko³

¹"Amursk City Dental Clinic", 682640, Khabarovsk Krai, Amursk city, Mira Avenue, 46a; tel. +7 (42142) 9-99-71; e-mail: dentis_2011@mail.ru

²Railway Clinical Hospital at the Khabarovsk-1 Railway Station under "Russian Railways Joint Stock Society", 680022, Khabarovsk, ul. Voronezhskaya, 49; tel. +7 (4212) 40-92-51; e-mail: mail@dkb-dv.ru

³«Postgraduate Institute for public health specialists», 680009, Khabarovsk, ul. Krasnodarskaya, 9; tel. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Пузырчатка относится к группе буллезных дерматозов, поражающих кожные покровы и слизистые оболочки. Среди большого количества заболеваний слизистой оболочки рта данное заболевание занимает особое место в связи со сложностью диагностики, результативностью лечебных мероприятий, перспективой здоровья больного. В данной статье представлен клинический случай вульгарной пузырчатки, первые симптомы которой были обнаружены в полости рта. Авторы рассчитывают, что данная статья будет очень актуальной для врачей-стоматологов, так как они чаще первыми сталкиваются с проявлениями вульгарной пузырчатки.

Ключевые слова: вульгарная пузырчатка, слизистая оболочка рта.

Pemphigus refers to a group of bullous dermatoses that affect the skin and mucous membranes. Among a large number of diseases of the oral mucosa, this disease takes a special place in connection with the complexity of diagnostics, the effectiveness of medical treatment and the prognosis of a patient's health. This article presents a clinical case of pemphigus vulgaris, the first symptoms of which were found in the oral cavity. The authors expect that this article will be very helpful for dentists, since they are often the first to face manifestations of pemphigus vulgaris.

Key words: pemphigus vulgaris, mucous membrane of oral cavity.

Пузырчатка (синоним пемфигус), шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 L10 – группа буллезных дерматозов, при которых патогенетическая роль принадлежит циркулирующим аутоантителам, направленным против антигенов системы десмомаляльного аппарата многослойного плоского эпителия (кожа, слизистые оболочки полости рта, пищевода и других органов). Это злокачественное заболевание, клинически проявляющееся образованием пузырей на неизменной слизистой оболочке, наблюдается у генетически предрасположенных лиц. В Российской Федерации в 2015 году заболеваемость пузырчаткой составила 1,9 случая на 100 000 взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), а распространенность – 4,8 случая на 100 000 взрослого населения. По результатам исследований [1] заболеваемость в разных стра-

нах варьирует. Частота данного заболевания на 100 000 населения в Финляндии составляет 0,08 случая, во Франции – 0,17, в Болгарии – 0,47, в Греции – 0,93 случая. В Израиле заболеваемость пузырчаткой достигает 1,62 случая. Наиболее тяжелое течение заболевания отмечается у лиц в возрасте от 30 до 45 лет.

Цель данной статьи – кратко осветить клинические проявления вульгарной пузырчатки в полости рта, продемонстрировать клинический случай нетипичного проявления вульгарной пузырчатки, сложность диагностики данного заболевания на стоматологическом приеме.

Этиология пузырчатки до конца еще не изучена. Заболевание развивается под действием различных факторов (прием лекарственных препаратов, содержащих тиоловые группы; инсоляция; инфекционные агенты; стресс; употребление определенных пищевых продук-

тов; физические факторы и др.), однако зачастую определить провоцирующий фактор не представляется возможным [6].

Для стоматологов клинический интерес представляет вульгарная форма истинной (акантолитической) пузырчатки, которая поражает полость рта наиболее часто (75 % больных истинной пузырчаткой) [2]. По данным А.Л. Машкиллейсона (1984), у 85 % больных вульгарная пузырчатка начинается с поражения слизистой оболочки полости рта и гортани. Пациенты в первую очередь обращаются к врачам-стоматологам и отоларингологам [8]. Данной формой чаще заболевают лица в возрасте 50–60 лет, но отмечены случаи заболевания у лиц от 18 до 25 лет [1]. Поражение возникает на фоне сопутствующего или перенесенного гриппа, тонзиллита, после удаления и протезирования зубов, на фоне лечения соматической патологии [2]. Первоначально вульгарная пузырчатка проявляет себя на слизистой полости рта и долгое время (3–12 месяцев и более) это может быть единственным симптомом болезни [1, 8], далее в процесс вовлекаются кожные покровы. Патологический процесс обычно локализуется на больших участках, особенно там, где слизистая рта сильнее травмируется или подвергается более сильному механическому воздействию, например слизистая щек вследствие дефекта прикуса или зубного протеза.

Первичный очаг в полости рта при вульгарной пузырчатке представляет вялый пузырь, который быстро вскрывается, при осмотре видны трудно заживающие эрозии. На слизистой оболочке рта пузыри располагаются в дистальных отделах: ретромюлярной области щек, мягком нёбе, нижней поверхности языка, дне полости рта и глотке. Как правило, типичные пузыри на слизистой оболочке рта отсутствуют [1, 2]. Некоторые авторы (И.А. Чистякова и др.) отмечают отсутствие пузырей в полости рта при вульгарной пузырчатке [8]. Вначале на месте поражения эпителий мутнеет, в центре очага возникает эрозия, быстро распространяющаяся по периферии. Эрозии могут быть различных размеров – от небольшой ссадины до обширных поверхностей. Часто без налета. Пациентов беспокоят сильные боли, возникает затрудненность в приеме пищи. Присоединение бактериальной инфекции, кандидоза, фузоспирохетоза отягощает клиническую картину. Впоследствии заболевание поражает кожные покровы. Характерно волнообразное течение. Клинические признаки позволяют лишь заподозрить заболевание, для установления окончательного диагноза и проведения лечения требуется направить пациента к дерматологу.

Диагностика пузырчатки при первичном проявлении на слизистой полости рта представляет определенные трудности для врача стоматологического приема, который один из первых сталкивается с этим заболеванием. Ограниченные высыпания, поражение только слизистой оболочки, нетипичная клиническая картина, разнообразная первичная локализация, затяжной характер диагностического процесса [4] приводят к поздней диагностике заболевания. Нередко такие больные наблюдаются по поводу многоформной экссудативной эритемы, аллергических стоматитов, кандидоза, герпетического стоматита [2, 3]. Сложность ведения таких больных обусловлена вариабельной клинической картиной заболевания, низкой настороженностью в отношении дерматозов. Так, Э.А. Баткаевым и др. (2014) отмечено, что при первичном обращении пациентов с пузырчаткой к врачу-стоматологу в 2/3 случаев высыпания были расценены как признак афтозного стоматита [5]. По данным литературы [8], иногда вульгарная пузырчатка скрывается под картиной плоских эрозий на слизистой полости рта, которые длительно персистируют и часто рассматриваются как реакция непереносимости зубного протеза. Некоторые зарубежные авторы (E. Cozzani, 2015) указывают, что до 20 % случаев буллезного пемфигуса характеризуется отсутствием типичных пузырей, высыпания могут быть представлены эритемой, везикулами, волдырями [5].

Клинический случай. Больной В., 1960 года рождения, с февраля по март 2016 года находился на обследовании и лечении в КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер», где был поставлен диагноз «вульгарная пузырчатка» и назначено лечение.

Анамнез жизни: инфекционными заболеваниями не болел, за исключением ОРВИ, гемотрансфузий не было. С 30 лет страдает язвой 12-перстной кишки. В 40 лет диагностировали две грыжи позвоночника в поясничном отделе. В период с 2015-го по 2016 год длительно принимал препарат Аэртал в связи с сильными болями в поясничном отделе (совпадает со временем первых клинических признаков пузырчатки). Работа связана с постоянными психологическими нагрузками.

Развитие настоящего заболевания: в июле 2014 года установка имплантатов 2.7, 3.7 и 3.6 зубов, в марте 2015 года появились жалобы на прикусывание щеки слева. Обратился в стоматологическую поликлинику к врачу-ортопеду, проведена коррекция установленных протезов. На следующий день появились болезненные эрозии на слизистой оболочке щеки по линии смыкания зубов (рис. 1). При объективном



Рис. 1. Вульгарная пузырчатка. Дебют в полости рта. Эрозии слизистой оболочки щеки



Рис. 2. Вульгарная пузырчатка. Состояние слизистой щеки после проведенного местного лечения

обследовании: общее состояние удовлетворительное, слизистая оболочка рта слева отечна, гиперемирована, на слизистой оболочке щеки, в области ретромолярного треугольника, по переходной складке верхней и нижней челюсти слева определяется обширная эрозия неправильной формы, резко болезненная при пальпации. Симптом Никольского отрицательный.

Предварительный диагноз: инфицированная травматическая афта щечной области слева. Поднижнечелюстной лимфаденит слева. Назначено: антибиотики, местно: обработка афты 3 % раствором борной кислоты, Солкосерил дента, метилурациловой мазью до полного заживления. Рекомендована консультация терапевта, гастроэнтеролога, так как на момент осмотра имелись боли в эпигастральной области. Проведенное местное лечение привело к улучшению, однако полного регресса не произошло (рис. 2). Рецидив заболевания в августе 2015 года, поставлен диагноз

«эрозивно-язвенный стоматит неясной этиологии?». Назначенное стоматологом симптоматическое лечение привело к временному улучшению состояния слизистой полости рта. В сентябре 2015 года появилась мелкая сыпь на кожных покровах в области грудной клетки. Известно, что пациент одновременно проводил лечение у врача-дерматолога по месту жительства с диагнозом «многоформная экссудативная эритема». Высыпания на коже пациент не связывал с поражением слизистой полости рта, при обращении к врачу-стоматологу жалоб на наличие сыпи на коже не указывал. В конце 2015 года – вновь рецидив заболевания в полости рта.

При объективном обследовании: на слизистой оболочке щеки справа пузырь с геморрагическим содержимым, расположенный на неизменной слизистой оболочке полости рта (рис. 3). Одновременно свежие высыпания на коже туловища, конечностей (рис. 4).



Рис. 3. Вульгарная пузырчатка. Пузырь с геморрагическим содержимым на слизистой полости рта



Рис. 4. Вульгарная пузырчатка. Элементы поражения на кожных покровах

Для установления окончательного диагноза пациент был направлен к дерматологу. Проводилось обследование амбулаторно в Комсомольске-на-Амуре: в мазках-отпечатках с эрозий от 09.02.2016 года в цитограмме в мазках в разрозненных и небольших группах лежат акантолитические клетки. Направлен на обследование в Хабаровск, в мазках-отпечатках с эрозий от 17.02.2016 года акантолитические клетки не обнаружены. Предварительный диагноз «дерматит Дюринга?». При последующем обследовании в мазках-отпечатках с поверхности эрозий от 29.02.2016 года, 01.03.2016 года обнаружены единичные акантолитические клетки. Диагноз от 03.03.2016 года «вульгарная пузырчатка».

С 29.02.2016 года по 11.03.2016 года проведена гормональная терапия. На фоне лечения эрозии эпителизировались, в полости рта слизистая оболочка щек чистая, влажная, бледно-розового цвета. С марта 2016 года и по настоящее время принимает преднизолон 5 мг по 1 таблетке в день. Рекомендовано на-

блюдение у дерматолога по месту жительства.

В данном случае атипичное проявление вульгарной пузырчатки (дебют заболевания в виде эрозивного обширного поражения слизистой полости рта) при отсутствии типичных признаков на кожных покровах представило трудности для врача-стоматолога. Запоздавшая диагностика была обусловлена сходством клинической картины с травматическим поражением слизистой оболочки, стоматитом, а также отрицательным симптомом Никольского. Появление клинического признака – пузыря с геморрагическим содержимым при рецидиве заболевания в конце 2015 года позволило заподозрить пузырный дерматоз.

Таким образом, знание врачами-стоматологами вероятных клинических симптомов заболевания и настороженность при всех эрозивных изменениях слизистой оболочки рта, продолжающихся длительное время и имеющих плохую склонность к эпителизации, позволяют диагностировать данное заболевание на ранних этапах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Булгакова, А.И. Распространённость, этиология и клинические проявления пузырчатки / А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина, Г.Ф. Габидуллина ; ФГБОУ ВО «Башкир. гос. мед. ун-т Минздрава России» // Мед. вестник Башкортостана. – 2016. – Т. 11, № 6 (66). – С. 86–90.
2. Клиника, диагностика и лечение слизистой оболочки рта и губ: учеб. пособие / И.В. Анисимова, В.Б. Недосеко, В.А. Охлопков, М.О. Нагаева ; ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России. – Омск, 2015. – 384 с.
3. Луницына, Ю.В. Роль врача стоматолога в ранней диагностике истинной пузырчатки // Проблемы стоматологии. – 2011. – № 3. – С. 22–23.
4. Особенности диагностики истинной пузырчатки слизистой оболочки полости рта / Е.Н. Дычко, И.А. Романюта, В.А. Вовк, П.Л. Срибник ; Днепрпетров. гос. мед. акад. // Украин. стоматол. альманах. – 2009. – № 2. – С. 15–17.
5. Проблемы междисциплинарного взаимодействия при ведении пациентов с аутоиммунными буллезными дерматозами / М.А. Уфимцева, Е.П. Гурковская, Н.В. Изможерова и др. ; ФГБОУ ВО «Урал. гос. мед. ун-т» Минздрава России // Проблемы стоматологии. – 2017. – Т. 3, № 4. – С. 81–86.
6. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных пузырчаткой / Рос. о-во дерматовенерологов и косметологов ; сост. А.В. Миченко, В.В. Чикин, А.А. Минеева. – М., 2013. – 17 с.
7. Чистякова, И.А. Вульгарная пузырчатка, спровоцированная ятрогенными факторами / И.А. Чистякова, Р.Д. Мугадова, Ю.Г. Дворовая ; ФГУ «Центр. н.-и. кожно-венерол. ин-т Росмедтехнологий». – М. : Vestn Dermatolog Venerol, 2008. – № 2. – С. 86–87.
8. Чистякова, И.А. Роль своевременной диагностики вульгарной пузырчатки, начинающейся со слизистой оболочки полости рта / И.А. Чистякова, Е.Ю. Лапина ; Каф. клин. микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН // Вестн. постдиплом. мед. образования. Дерматология. – 2012. – № 2. – С. 11–14.

УДК 616-089.5(092)

Исаак Соломонович Жоров (К 120-летию создателя первой советской анестезиологической школы)

Е.С. Ким, В.В. Унжаков

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
680009, г. Хабаровск, Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-12; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru



Исаак Соломонович Жоров (1898–1976) – советский ученый-клиницист, доктор медицинских наук (1937), профессор (1938), один из основоположников советской анестезиологии и создатель первой советской анестезиологической школы.

Исаак Соломонович родился в семье ремесленника в Могилеве

в 1898 году. В 1915 году он поступил в фельдшерское училище, по окончании которого работал сельским врачом в Могилевской губернии. В феврале 1918 года он вступил в ряды Красной армии, участвовал в Гражданской войне. После окончания войны И.С. Жоров был откомандирован в Москву, где ему предстояла учеба на медицинском факультете Московского государственного университета (МГУ). После окончания учебы (1921) И.С. Жоров становится научным сотрудником, а затем ассистентом кафедры хирургической клиники и кафедры оперативной хирургии. В период с 1929-го по 1931 год И.С. Жоров был ректором Кубанского медицинского института, а затем заведующим хирургическим отделением Басманной больницы в Москве. С 1932 года И.С. Жоров являлся заместителем редактора журнала «Экспериментальная хирургия и анестезиология».

В годы Великой Отечественной войны И.С. Жоров служил армейским хирургом (1941–1942). В 1941 году, оказавшись в тылу вра-

га и будучи контуженным, он принимал активное участие в партизанском движении. В 1943 году И.С. Жоров был назначен главным хирургом 1-го Белорусского фронта. В дальнейшем руководил медицинским обеспечением крупнейших наступательных операций Советской Армии. В личном архиве И.С. Жорова хранятся письма командующего 1-м Белорусским фронтом Маршала Советского Союза К.К. Рокоссовского, маршала артиллерии В.И. Казакова, генерал-полковника танковых войск Г.Н. Орла и других военачальников, содержащие слова признания его ратных заслуг и лично выполненных операций, которые спасли жизнь тысячам солдат и офицеров.

В годы Великой Отечественной войны И.С. Жоров проявил себя не только как высокопрофессиональный врач, но и как выдающийся ученый. Им в процессе разработки различных анатомических проблем были даны рекомендации об уровнях перевязки магистральных сосудов (подключичного и подколенного) при их повреждениях. Исаак Соломонович занимался вопросами лечения огнестрельных ран и обезболивания при хирургических операциях. Он одним из первых в СССР стал применять различные виды неингаляционной анестезии: внутривенной, внутрибрюшинной, пероральной и внутрикостной.

После окончания Великой Отечественной войны И.С. Жоров вернулся к научной и преподавательской работе. С 1947-го по 1973 год он был заведующим кафедрой факультетской хирургии Первого медицинского института. Именно в те годы под его руководством выполнено и успешно защищено 19 докторских и 74 кандидатских диссертации.

В 1968 году Исаак Соломонович Жоров первым среди отечественных хирургов был избран почетным членом факультета анестезиологии Королевского хирургического колледжа Великобритании.

И.С. Жоровым опубликовано более 150 печатных трудов, 7 монографий. Некоторые научные труды, например «Неингаляционный наркоз в хирургии» (1937), стали классическими учебными пособиями для врачей-анестезиологов. А такие работы, как «Развитие обезболивания в России и в СССР» (1951), «Общее обезболивание в хирургии» (1959) послужили основой первого в стране руководства – «Общее обезболивание» (1964). И.С. Жоров четырежды удостоивался медалей Выставки достижений народного хозяйства (ВДНХ) СССР за свои разработки в области медицинской техники и медикаментов для проведения анестезии и реанимации.

Благодаря этим работам профессор И.С. Жоров становится главой школы анестезиологов в нашей стране, а клиника, руководимая Исааком Соломоновичем, признана ведущей в анестезиологии.

Исаак Соломонович Жоров умер 17 апреля 1976 года в Москве. Перестало биться сердце большого ученого, патриота и гражданина. Он похоронен на Ваганьковском кладбище в Москве.

Высокие башни измеряются длиной их тени, великие люди – памятью об их делах. Память об Исааке Соломоновиче Жорове никогда не угаснет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Анестезиология : нац. рук. / «АСМОК», Ассоц. мед. о-в по качеству, Федерация анестезиологов и реаниматологов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 15. – 1104 с.*
2. *Буров, Н.Е. Краткий обзор истории МНОАР. К 50-летию МНОАР // Анестезиология и реаниматология. – 2013. – № 4. – С. 77–82.*

3. *История анестезиологии и реаниматологии как клинической и научной дисциплины / А.С. Попов, А.В. Экстрем, С.М. Шлахтер, Д.С. Тириченко // Волгогр. науч.-мед. журнал. – 2013. – № 4. – С. 10–13.*

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 исследований необходимо сообщать о соблюдении правил проведения работ с использованием экспериментальных животных.

2. Материалы для публикации принимаются и направляются по адресу: КГБОУ ДПО ИПКЗС, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, а также по e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru, кроме того, принимаются в каб. 120, первый этаж КГБОУ ДПО ИПКЗС (редакция журнала), с направлением от руководителя организации или научного руководителя на имя главного редактора научно-практического журнала «Здравоохранение Дальнего Востока», ректора ИПКЗС, 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) оригинал или сканированную копию авторской оферты, в случае направления по электронной почте, подписанной автором. В случае написания статьи группой авторов оферта направляется в редакцию каждым автором;

б) 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;

в) резюме на русском языке, объемом не более 1/3 страницы, с указанием 3–5 ключевых слов;

г) один экземпляр сопроводительного направления;

д) 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 визируют 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/авторам 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 «казачных», 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. Письменная форма договора отчуждения исключительного права считается соблюденной и договор между автором и редакцией заключенным при совершении редакцией акцепта оферты автора в форме регистрации произведения автора/авторов в журнале регистрации документов, поступающих в редакцию журнала «Здравоохранение Дальнего Востока» в течение 3 (трех) рабочих дней. Форма авторской оферты прилагается к настоящим Правилам. Редакция оставляет за собой право размещать фрагменты статей, резюме и библиографические списки в массовых электронных базах данных и web-страницах. Номера журнала размещаются в электронной библиотеке eLibrary <http://elibrary.ru>. Полные тексты номеров журнала размещаются на сайте ИПКЗС <http://www.ipksz.ru/> в закладке «Редакционно-издательская деятельность» или по ссылке ИПКЗС.

При невыполнении указанных правил статьи к публикации не принимаются.

КГБОУ ДПО ИПКСЗ
Редакция журнала
«Здравоохранение Дальнего Востока»
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9;
тел. (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

ОФЕРТА

Я, _____, паспорт _____ № _____
(фамилия, имя, отчество) (серия)
выдан _____,
(кем) (дата)
тел. _____, e-mail _____, действуя от своего имени и в своих интересах, предлагаю КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», именуемому в дальнейшем «Издательство», заключить со мной безвозмездный договор об отчуждении в полном объеме в пользу Издательства принадлежащего мне исключительного права на статью

_____,
(наименование произведения)
полный текст которой (далее «Произведение») вместе с оригиналом оферты или ее сканированной копией направляется в Издательство.

Настоящим гарантирую Издательству, что я являюсь автором произведения и что на момент направления настоящей Оферты в Издательство все интеллектуальные права на Произведение принадлежат мне, не находятся в залоге, не состоят под арестом и не обременены правами третьих лиц каким-либо иным образом.

Подтверждаю свое согласие считать письменную форму безвозмездного договора между мной и Издательством об отчуждении исключительного права на Произведение соблюденной с момента акцепта данной Оферты Издательством в порядке, предусмотренном редакционной политикой.

Я также даю свое согласие на хранение и обработку Издательством всех моих персональных данных, указанных в настоящем документе. Данное согласие выдано на весь срок действия исключительного права на Произведение.

В случае акцепта Издательством данной Оферты в форме регистрации Произведения в журнале регистрации документов, поступающих в редакцию журнала «Здравоохранение Дальнего Востока», в течение 3 (трех) рабочих дней исключительное право на Произведение, свободное от каких-либо прав третьих лиц, в полном объеме переходит к Издательству с момента такого акцепта.

(подпись)

(ф.и.о. полностью)

«__» _____ 20__ г.

31 августа 2018 г. в лекционном зале Института повышения квалификации специалистов здравоохранения состоялось заседание коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края, посвященное вопросам организации медицинской помощи женщинам и детям на территории Хабаровского края.

В докладе А.В. Витько были подведены итоги того, что сделано в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Хабаровском крае за последние пять лет.



12–13 сентября под эгидой Института повышения квалификации специалистов здравоохранения и Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине прошла научно-практическая конференция с международным участием «Клиническое применение новых технологий ультразвуковой диагностики».

В работе конференции приняли участие ведущие европейские специалисты Весам Ибрагим (Нидерланды) и Джованна Ферайоли, профессор Медицинской школы университета г. Павия (Италия).



Подписная кампания на первое полугодие 2019 года

НАШ ИНДЕКС:

14395

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

ISSN 1728-1261

Рецензируемое научно-практическое
медицинское издание для широкого круга практикующих врачей и научных работников.
Издается с 2002 года и выходит один раз в три месяца.

Учредители:

министерство здравоохранения Хабаровского края
и КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

На страницах журнала публикуются материалы,
освещающие разнообразные аспекты
современного здравоохранения,
медицинской и фармацевтической науки в рубриках:

- Экономика и организация здравоохранения
- Оригинальные исследования
- Обмен опытом
- В помощь практическому врачу
- Среднему медицинскому работнику
- Клинические наблюдения
- Обзор литературы
- Клиническая лекция
- Фармация
- История медицины
- Вопросы образования и повышения квалификации

Если Вы стремитесь к постоянному творческому и профессиональному росту, хотите быть в курсе современных теоретических и практических научных достижений в области здравоохранения, обмениваться передовым опытом лечения и предупреждения болезней – наше издание предоставляет Вам, уважаемый читатель, такие возможности.

Среди авторов журнала по различным теоретическим и практическим аспектам медицины – руководители и специалисты органов управления системы здравоохранения, практикующие врачи различных специальностей с многолетним опытом работы, деятели медицинской науки, сотрудники факультетов и кафедр различных медицинских учебных заведений.

Подписаться на журнал можно в отделениях почтовой связи или через редакцию.
Подписной индекс журнала в региональном каталоге «Почта России» по Хабаровскому краю 14395.

Для оформления договора на поставку журнала через редакцию необходимо направить заявление в свободной форме на имя ректора КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Г.В. Чижовой по адресу:
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

По вопросам организации подписки на наше издание обращаться по телефону (4212) 27-25-10.
zdravdv@ipkszh.khv.ru