

16+

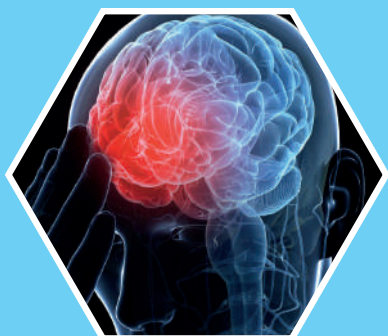
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

ISSN 1728-1261

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Public Health of the Far East

PEER REVIEWED SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL



Особенности течения и исходы
острых нарушений мозгового
кровообращения у пациентов
с COVID-19 с. 10



Оценка эффективности лечебно-
профилактических и противо-
эпидемических мероприятий
в очагах туберкулезной инфекции
в г. Хабаровске за 2011–2020 годы с. 23



Значение велоэргометрического
исследования в спортивной
медицине с. 40

№ 3 (93) октябрь 2022 г.



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

№ 3 (93), октябрь 2022 г.

Издается с 2002 года.

Учредитель:

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

Издатель:

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

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

Дата выхода в свет 07.10.2022

Регистрационное свидетельство

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

Тираж 100 экз. Цена свободная

Архив номеров:

<http://zdravdv.ipksz.ru/ru/>

Правила публикации авторских материалов:

<http://zdravdv.ipksz.ru/ru/>

Полнотекстовые версии всех номеров размещены
на сайтах:

<http://zdravdv.ipksz.ru/ru/>

www.elibrary.ru



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

Выпускающий редактор:

И. Г. Климонова

Дизайн, верстка:

Т. С. Сизова

Переводчик:

А. В. Литвинов

Корректор:

Л. М. Кнутаева

Адрес редакции и типографии:

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

Главный редактор:

Ю. Я. Бойченко – к.м.н. (г. Хабаровск)

Зам. главного редактора:

В. Н. Кораблев – д.м.н., к.э.н., профессор
(г. Хабаровск)

Научный редактор:

К. П. Топалов – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)

Ответственный секретарь:

Д. А. Яхьева-Онихимовская – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)

Редакционная коллегия:

А. А. Баранов – д.м.н., профессор (г. Ярославль)
И. В. Борозда – д.м.н., профессор (г. Благовещенск)
Ю. М. Бухонкина – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Н. Ю. Владимирова – д.м.н. (г. Хабаровск)
В. В. Войцеховский – д.м.н., профессор
(г. Благовещенск)
В. Е. Воловик – д.м.н., профессор, академик РАЕ
(г. Хабаровск)
А. В. Воронов – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Л. О. Глазун – д.м.н., профессор (г. Хабаровск)
В. И. Горбачев – д.м.н., профессор (г. Иркутск)
О. В. Горшкова – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Г. Н. Доровских – д.м.н., доцент (г. Омск)
И. В. Жуковец – д.м.н., доцент (г. Благовещенск)
В. В. Заднепровская – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
А. С. Зенюков – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Е. Г. Зоткин – д.м.н., профессор (г. Москва)
В. Э. Кокорина – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
С. М. Колесникова – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
П. П. Кузьмичев – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
О. М. Лесняк – д.м.н., профессор (г. С.-Петербург)
Л. Ф. Лучшева – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Т. Е. Макарова – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
О. В. Молчанова – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Э. Н. Оттева – д.м.н. (г. Хабаровск)
Т. А. Петричко – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Е. В. Полухина – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
А. П. Ребров – д.м.н., профессор (г. Саратов)
А. Г. Рыков – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Л. Д. Скочычева – к.м.н., доцент (г. Хабаровск)
В. В. Унжаков – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
О. В. Ушакова – д.м.н., доцент (г. Хабаровск)
Г. В. Чицова – д.м.н., профессор (г. Хабаровск)
А. В. Щеголев – д.м.н., профессор (г. С.-Петербург)

Редакционный совет:

И. Ф. Ахтямов – д.м.н., профессор (г. Казань)
В. В. Егоров – д.м.н., профессор (г. Хабаровск)
Г. А. Пальшин – д.м.н., профессор (г. Якутск)
З. В. Сиротина – д.м.н., профессор (г. Хабаровск)
В. С. Ступак – д.м.н., доцент (г. Москва)
Д. А. Сычев – д.м.н., профессор, член-корреспондент
РАН (г. Москва)
М. Ю. Каримов – д.м.н., профессор (г. Ташкент,
Республика Узбекистан)
А. Т. Мусаев – д.м.н., профессор (г. Алматы,
Республика Казахстан)
Zhang Fengmin – д.м.н., профессор (г. Харбин, КНР)
Масанобу Кобаяси – д.м.н., профессор (г. Саппоро,
Япония)

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

№ 3 (93), october 2022 г.

Published since 2002

Managed by:

Health Ministry of Khabarovsk Krai
Postgraduate Institute for Public Health Workers

Published by:

Postgraduate Institute for Public Health Workers

Printed by:

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

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

Circulation 100 copies. Free price

Archive of the issues:

<http://zdravdv.ipks.ru/ru/>

The rules of publication for the authors:

<http://zdravdv.ipks.ru/ru/>

Full-text versions of all issues are available at Scientific

Electronic Library website:

<http://zdravdv.ipks.ru/ru/>

www.elibrary.ru



Publication of not advertising materials is free of charge

Executive Editor:

I. G. Klimonova

Designer:

T. S. Sizova

Translator:

A. V. Litvinov

Proofreader:

L. M. Knutareva

Editor-in-Chief:

Yu. Ya. Boychenko – MD, PhD (Khabarovsk)

Deputy Editor-in-Chief:

V. N. Korablev – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)

Scientific editor:

K. P. Topalov – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

Executive Secretary:

D. A. Yakhieva-Onikhimovskaya – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

Editorial board:

A. A. Baranov – MD, PhD, DSc, Prof. (Yaroslavl)

I. V. Borozda – MD, PhD, DSc, Prof. (Blagoveshchensk)

Yu. M. Bukhonkina – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

N. Yu. Vladimirova – MD, PhD, DSc (Khabarovsk)

V. V. Voitsekhovskiy – MD, PhD, DSc, Prof. (Blagoveshchensk)

V. E. Volovik – academician of the Russian Academy of Natural Sciences, MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)

A. V. Voronov – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

L. O. Glazun – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)

V. I. Gorbachev – MD, PhD, DSc, Prof. (Irkutsk)

O. V. Gorshkova – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

G. N. Dorovskikh – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Omsk)

I. V. Zhukovets – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Blagoveshchensk)

V. V. Zadneprovskaya – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

A. S. Zenyukov – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

E. G. Zotkin – MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow)

V. E. Kokorina – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

S. M. Kolesnikova – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

P. P. Kuzmichev – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

O. M. Lesnyak – MD, PhD, DSc, Prof. (St. Petersburg)

L. F. Luchsheva – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

T. E. Makarova – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

O. V. Molchanova – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

E. N. Otteva – MD, PhD, DSc (Khabarovsk)

T. A. Petrichko – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

E. V. Polukhina – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

A. P. Rebrov – MD, PhD, DSc, Prof. (Saratov)

A. G. Rykov – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

L. D. Skovycheva – MD, PhD, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

V. V. Unzhakov – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

O. V. Ushakova – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

G. V. Chizhova – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Khabarovsk)

A. V. Schegolev – MD, PhD, DSc, Prof. (St. Petersburg)

Editorial Council:

I. F. Akhtyamov – MD, PhD, DSc, Prof. (Kazan)

V. V. Egorov – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)

G. A. Palshin – MD, PhD, DSc, Prof. (Yakutsk)

Z. V. Sirotnina – MD, PhD, DSc, Prof. (Khabarovsk)

V. S. Stupak – MD, PhD, DSc, Assoc. Prof. (Moscow)

D. A. Sychev – corresponding Member of the Russian

Academy of Sciences, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow)

M. Y. Karimov – MD, PhD, DSc, Prof. (Tashkent, Republic

of Uzbekistan)

A. T. Musaev – MD, PhD, DSc, Prof. (Almaty, Republic

of Kazakhstan)

Zhang Fengmin – MD, PhD, DSc, Prof. (Harbin, China)

Masanobu Kobayashi – MD, PhD, DSc, Prof. (Sapporo,

Japan)

Address of the editorial office/ publishing office:

9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, 680009, Russia

Phone/fax: +7 (4212) 27-24-92, 27-25-10

E-mail: zdravdv@ipks.khv.ru; <http://zdravdv.ipks.ru/ru/>

©Postgraduate Institute for Public Health Workers

I. ПЕРЕДОВАЯ

- ОКАЗАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ:
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ
*Т. А. Белова, А. В. Волков, А. С. Зенюков,
Е. П. Шапиро* 4

II. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ОСТРЫХ
НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19
*С. П. Авраменко, Т. А. Захарычева,
А. Г. Поляков, Е. К. Полякова*..... 10

- СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ
В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
М. И. Бабкова, Э. Н. Оттева..... 15

- ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
В г. ХАБАРОВСКЕ ЗА 2011–2020 ГОДЫ
*Л. О. Куковицкая, К. П. Топалов,
К. С. Шевченко*..... 23

- ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ ЗА ПЕРИОД
2010–2019 ГОДЫ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ
А. В. Некипелова, К. П. Топалов 30

- ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
С. Д. Стогова, Я. С. Андриенко, Т. Е. Макарова ... 36

III. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- ЗНАЧЕНИЕ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ
А. М. Трусова, Л. Д. Алехина 40

- ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ
ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА
ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ АПТЕЧНОГО
ИЗГОТОВЛЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ
Н. В. Абросимова, И. В. Крюкова 44

- МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
РЕСУРСОБЕРЕЖЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
РЕГИОНА (МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ)
В. Н. Кораблев 49

- ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ,
ПЕРСПЕКТИВЫ С ПОЗИЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО
АСПЕКТА
М. Г. Сверedyuk..... 56

IV. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

- К ИСТОРИИ СТОМАТОЛОГИИ ХАБАРОВСКА
(1960–1970 гг.)
В. В. Гончар 62

I. EDITORIAL

- PROVIDING ONCOLOGICAL CARE
TO THE POPULATION OF KHABAROVSK KRAI:
STATUS AND PROSPECTS
*T. A. Belova, A. V. Volkov, A. S. Zenyukov,
E. P. Shapiro*..... 4

II. CLINICAL MEDICINE

- FEATURES OF THE COURSE AND OUTCOMES OF
ACUTE CEREBRAL CIRCULATION DISORDERS IN
PATIENTS WITH COVID-19
*S. P. Avramenko, T. A. Zakharycheva,
A. G. Polyakov, E. K. Polyakova* 10

- SUBCLINICAL PSORIATIC ARTHRITIS
IN A POPULATION OF PATIENTS WITH PSORIASIS
M. I. Babkova, E. N. Otteva 15

- EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS
OF THERAPEUTIC AND PREVENTIVE
AND COUNTER-EPIDEMIC MEASURES IN THE FOCI
OF TUBERCULOSIS INFECTION IN KHABAROVSK
FROM 2011 TO 2020
*L. O. Kukovitskaya, K. P. Topalov,
K. S. Shevchenko* 23

- DYNAMICS OF PSORIASIS PREVALENCE AND
INCIDENCE FOR THE PERIOD FROM 2010 TO
2019 IN THE KHABAROVSK KRAI
A.V. Nekipelova, K. P. Topalov..... 30

- COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN
S. D. Stogova, Ya. S. Andrienko, T. E. Makarova 36

III. PREVENTIVE MEDICINE

- SIGNIFICANCE OF BICYCLE ERGOMETRY
IN SPORTS MEDICINE
A. M. Trusova, L. D. Alekhina..... 40

- PROVIDING THE POPULATION
OF THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT
WITH PHARMACY MADE MEDICATIONS:
PROBLEMS AND TRENDS
N. V. Abrosimova, I. V. Kryukova..... 44

- METHODOLOGICAL ASPECTS OF RESOURCE
SAVING IN THE HEALTH CARE OF THE REGION
(MEDICAL ORGANIZATION)
V. N. Korablev 49

- LEGAL REGULATION IN THE FIELD
OF HEALTHCARE: FEATURES AND PROSPECTS
FROM THE PERSPECTIVE OF THE REGIONAL
ASPECT
M. G. Sveredyuk..... 56

IV. HISTORY OF MEDICINE

- TO THE HISTORY OF DENTISTRY IN KHABAROVSK
(1960–1970)
V. V. Gonchar..... 62

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-4-9
УДК 616-006-082(571.620)

Оказание онкологической помощи населению Хабаровского края: состояние и перспективы

Т. А. Белова¹, А. В. Волков¹, А. С. Зенюков^{1,2}, Е. П. Шапиро¹

¹Краевой клинический центр онкологии, Хабаровск, Россия, mail@kkco.khv.ru

²Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipkszh.khv.ru

Providing oncological care to the population of Khabarovsk krai: status and prospects

T. A. Belova¹, A. V. Volkov¹, A. S. Zenyukov^{1,2}, E. P. Shapiro¹

¹Regional clinical center of oncology, Khabarovsk, Russia, mail@kkco.khv.ru

²Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье дана динамика показателей заболеваемости населения злокачественными новообразованиями и смертности от них в Хабаровском крае за десять лет (2010–2019). Подчеркнуто влияние принятых нормативных документов в сфере здравоохранения края на значения основных показателей работы онкологической службы: заболеваемость населения, смертность от злокачественных новообразований, раннее выявление онкологической патологии, удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более. Дано сравнение показателей заболеваемости населения и смертности от злокачественных новообразований в Российской Федерации и Хабаровском крае в 2010–2019 годах.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, смертность, онкологическая помощь, показатели заболеваемости

The article gives the dynamics of the incidence of malignant neoplasms and mortality caused by malignant neoplasms in the Khabarovsk Krai for ten years (2010-2019). The influence of the adopted normative documents in the field of health care of the region on the values of the main indicators of the work of the oncological service is emphasized: the incidence of the population, mortality from malignant neoplasms, early detection of oncological pathology, the proportion of patients with malignant neoplasms registered for 5 years or more. A comparison is made of the incidence rates of the population and mortality caused by malignant neoplasms in the Russian Federation and the Khabarovsk Krai in 2010-2019.

Keywords: malignant neoplasms, mortality, oncological care, morbidity rates

Актуальность темы

Злокачественные новообразования (далее – ЗНО) являются одной из наиболее важных и сложных медико-социальных проблем в здравоохранении Российской Федерации (далее – РФ). Они занимают ведущие позиции среди причин снижения потенциала здоровья населения во всем мире. По данным Международного агентства по исследованию рака, в 2020 году во всем мире было зарегистрировано 19,3 млн новых случаев онкологических заболеваний (18,1 млн без учета немеланомного рака кожи) и почти 10,0 млн случаев смерти от рака (9,9 млн без учета немеланомного рака кожи). В 2020 году в РФ впервые выявлено 556 036 случаев злокачественных новообразований (в т.ч. 256 069 и 299 967 у пациентов мужского и женского пола соответственно) [1]. Рост числа онкологических заболеваний обусловлен факторами, важнейшими из которых являются увеличение числа лиц пожилого возраста в мире и неблагоприятная экологическая обстановка. Абсолютное число

умерших от злокачественных новообразований составило 291 461, мужчины – 53,7 %, женщины – 46,3 %. В структуре причин смертности населения злокачественные новообразования занимают второе место после болезней системы кровообращения [1]. В 2020 году число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, составило 3 973 295, т.е. 2,7 % населения страны (2010 г. – 2 794 189, т.е. 2,0 % населения страны) [2]. В Хабаровском крае абсолютное число умерших от злокачественных новообразований составило 2588, из них мужчин – 55 %, женщин – 45 %. В структуре причин смертности населения в крае злокачественные новообразования также занимают второе место после болезней системы кровообращения. В Хабаровском крае в 2020 году состояло под диспансерным наблюдением 35 275 пациентов, что составляет 2,7 % населения края.

Экономические потери, связанные с диагностикой, лечением злокачественных новообразований, обусловлены высокой стоимостью

диагностики и лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий, длительной, часто необратимой утратой трудоспособности, значительными затратами на социальное обеспечение и страхование. Перед здравоохранением РФ стоят задачи, в решении которых должна участвовать не только онкологическая, но и вся система медицинской помощи, особенно ее первичное звено. К таким задачам относятся: развитие и совершенствование системы профилактики, организация и проведение скрининга населения с целью выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний, диспансерное наблюдение за больными с предраковыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями, снижение смертности от онкологических заболеваний, повышение качества и доступности онкологической помощи.

Проблема онкологической заболеваемости и смертности имеет огромное медико-социальное значение и в Хабаровском крае, т.к. влечет за собой экономические потери вследствие преждевременной смертности и инвалидизации трудоспособного населения.

Медико-социальные особенности онкологической ситуации в Хабаровском крае характеризуются рядом факторов, неблагоприятно влияющих на результаты медицинского обслуживания населения (снижают доступность медицинской помощи и отрицательно влияют на ее качество):

- значительная площадь территории (788 600 км²) и низкая плотность заселения (1,65 чел. на 1 км²) [3];
- недостаточная обеспеченность ЛПУ (лечебно-профилактических учреждений) районов подготовленными по онкологии специалистами (в 2020 г. укомплектованность врачами-онкологами составляла 75,51 % (в 2019 г. – 85,5 %, в 2018 г. – 89 %, в 2017 г. – 78,7 %), детскими врачами-онкологами – 86,5 % (в 2019 г. – 81,08 %, в 2018 г. – 87,5 %), радиологами 83,3 % и радиотерапевтами 93,8 %) [4].

Цель исследования

1. Проанализировать показатель первичной заболеваемости ЗНО в Хабаровском крае в сравнении с федеральными показателями за 2010–2019 годы.
2. Изучить динамику показателя смертности от ЗНО в Хабаровском крае в сравнении с федеральными показателями за 2010–2019 годы.
3. Сравнить основные показатели онкологической помощи населению края до и после принятия нормативных актов в сфере здравоохранения в Хабаровском крае: периоды 2010–2014 годы и 2015–2019 годы.

4. Изучить влияние нормативных актов МЗ ХК на динамику основных показателей работы онкологической службы в 2015–2019 годах.

Материал и методики

Предметом исследования стали формы № 35 (2010–2018) и № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях» (2011–2019) Хабаровского края, а также сборники «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)» (2010–2019), выпущенные Московским научно-исследовательским онкологическим институтом им. П. А. Герцена – филиалом ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. При изучении применялись вариационный, корреляционный анализы, расчет критерия Стьюдента, при анализе динамических рядов – метод наименьших квадратов.

Для изучения изменений показателей заболеваемости, смертности от злокачественных новообразований, раннего выявления онкологической патологии, удельного веса больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, были взяты два равных временных интервала по 5 лет (2010–2014 и 2015–2019 гг.). Такое деление также обусловлено принятием нормативных документов, определяющих работу онкологической службы:

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» (зарегистрирован в Минюсте России 17 апреля 2013 г. № 28163) (в настоящее время утратил силу).
- В соответствии с федеральными документами были приняты региональные нормативные акты для улучшения организации оказания медицинской помощи онкологическим пациентам (2015–2019): распоряжение министерства здравоохранения Хабаровского края от 19.07.2016 № 918-р «О совершенствовании организации оказания онкологической помощи населению Хабаровского края» (в настоящее время утратил силу); распоряжение министерства здравоохранения Хабаровского края от 18.10.2019 г. № 1053-р «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению Хабаровского края по профилю «онкология»» (в настоящее время утратил силу).

Результаты и обсуждение

К исходу 2019 года в Хабаровском крае численность онкологических пациентов выросла и составила 33 561 (2,5 % населения края), из них сельские жители – 14,1 %, дети до 18 лет – 0,8 %, пациенты старше 65 лет – 59,1 %. Прирост

распространенности заболеваемости населения злокачественными новообразованиями в Хабаровском крае за последние 10 лет составил 59,5 % (с 1593,8 в 2010 г. до 2542,75 случая на 100 тыс. населения в 2019 г.). Доля лиц, состоящих на учете 5 и более лет по поводу ЗНО, выросла на 15,6 % (с 46,3 % в 2010 г. до 53,5 % в 2019 г.). Индекс накопления контингентов вырос с 5,1 в 2010 году до 6,4 в 2019 году (табл. 1).

и клинической составляющих онкологической службы края.

Стандартизованный показатель заболеваемости ЗНО населения Хабаровского края (мировой стандарт возрастного распределения) в 2019 году – 287,34±4,66 случая на 100 тыс. населения. Прирост по отношению к 2010 году данного показателя составил 12,1 %. На протяжении этих 10 лет значения показателя

Таблица 1

Динамика распространенности злокачественных новообразований за 2010–2019 годы

Находились под наблюдением на конец отчетного года	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Абс. число	22 332	22 430	24 021	25 251	26 018	26 767	27 887	29 395	31 460	33 561
На 100 тыс. населения	1593,8	1601,7	1789,0	1881,2	1940,2	2003,6	2086,7	2204,7	2364	2542,75
% от численности населения ХК	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,5
Индекс накопления контингентов	5,1	4,9	5,3	5,2	5,2	5,9	5,8	5,5	6,1	6,4
Состоят на учете 5 и более лет, %	46,3	43,7	48,9	51,2	52,3	51,5	52,8	53,4	53,6	53,5

С учетом динамики роста лиц с впервые выявленными злокачественными новообразованиями, а также пациентов, состоящих на учете по поводу ЗНО, можно вычислить прогноз численности пациентов, впервые взятых на учет злокачественных новообразований на 2024 год – 6333 человека (на 2030 г. – 6895 случаев).

Численность контингента, состоящего на учете по поводу ЗНО, достигнет в 2024 году 36 044 человека (2030 г. – 41 316 чел.), что требует планирования организационной, кадровой

заболеваемости ЗНО края выше заболеваемости в целом по Российской Федерации: максимальное превышение в 2017 году (на 19,7 %), минимальное в 2015 году (4,4 %).

В 2019 году в сравнении с 2010-м наблюдается наиболее существенный рост заболеваемости ЗНО в Вяземском (на 67,1 %), Солнечном (на 63,9 %), Бикинском (на 54,5 %) районах. Снижение показателя заболеваемости отмечается в Верхнебуреинском (на 4,8 %) и Тугуро-Чумиканском (на 1,5 %) районах, что



Рис. 1. Заболеваемость ЗНО населения в РФ и ХК (2010–2019) на 100 тыс. населения

может отражать уровень диагностики и раннего выявления онкологических заболеваний.

Рост показателя заболеваемости населения ЗНО в 2019 году объясняется увеличением числа первичных онкологических кабинетов (до 30) в соответствии с принятым распоряжением министерства здравоохранения Хабаровского края от 19.07.2016 г. № 918-р «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению Хабаровского края по профилю «Онкология» (в настоящее время утратил силу): в конце 2016-го – в 2017 году в полную силу заработали первичные онкологические кабинеты во всех поликлиниках Хабаровска, в 2017 году открылись первичные онкологические кабинеты в Комсомольске-на-Амуре, в муниципальных районах.

На рост показателя заболеваемости повлияло активное выявление ЗНО. Показатель активного выявления вырос с 7,6 % в 2010 году до 35,9 % в 2019-м (среднее значение в 2010–2014 гг. – 16,1±0,54 %, 2015–2019 гг. – 32,1±0,66 %). Отмечается достоверная корреляционная зависимость между данным показателем и числом больных с впервые выявленным ЗНО: 2010–2014 годы – 0,84±0,3, $p < 0,01$; 2015–2019 годы – 0,91±0,24, $p < 0,01$.

Среди всех муниципальных образований края в 2019 году наибольший показатель выявленных случаев ЗНО отмечается в Хабаровске – 49 %, Комсомольске-на-Амуре – 19,7 % от всех выявленных в Хабаровском крае ЗНО; среди муниципальных районов: Хабаровский – 5,5 %, Амурский – 4,5 %, район имени Лазо – 3,4 %.

Наибольший темп прироста стандартизованных показателей по отношению к предыдущему периоду наблюдался в 2017 году. В данный пик изменений заболеваемости в Хабаровском

крае начинают активно открываться первичные онкологические кабинеты (с 2016 г.). При выравнивании показателя динамического ряда отмечается тенденция к увеличению уровней заболеваемости, в среднем на 1,33 % ежегодно.

За 10-летний период отмечается достоверный рост стандартизованного показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2019 году в сравнении с 2010-м. Средний показатель заболеваемости в 2010–2014 годах составил 126,25±4,42, в 2015–2019 годах – 117,51±2,98 случая на 100 тыс. населения. Можно утверждать о наличии статистически достоверного различия между показателями заболеваемости в рассматриваемые периоды ($t=2,15$, $p < 0,05$).

Согласно данным Управления Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю, Магаданской области, Еврейской автономной области и Чукотскому автономному округу [5], численность постоянного населения Хабаровского края за 10 лет (2010–2019) сократилась на 33 587 жителей (на 2019 г. – 1 315 643, 2010 г. – 1 349 230), или на 2,5 %. Такое снижение обусловлено ростом миграции и естественной убылью населения Хабаровского края.

В структуре всех причин смертности в 2019 году в Хабаровском крае первое место по-прежнему занимают болезни системы кровообращения – 48,5 %, на втором месте – новообразования – 15,2 %.

За 10 лет (2010–2019) смертность снизилась на 11,7 %: стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований населения Хабаровского края в 2019 году – 117,51±2,98 случая на 100 тыс. населения, в 2010 году – 133,09±2,7 случая. Краевые

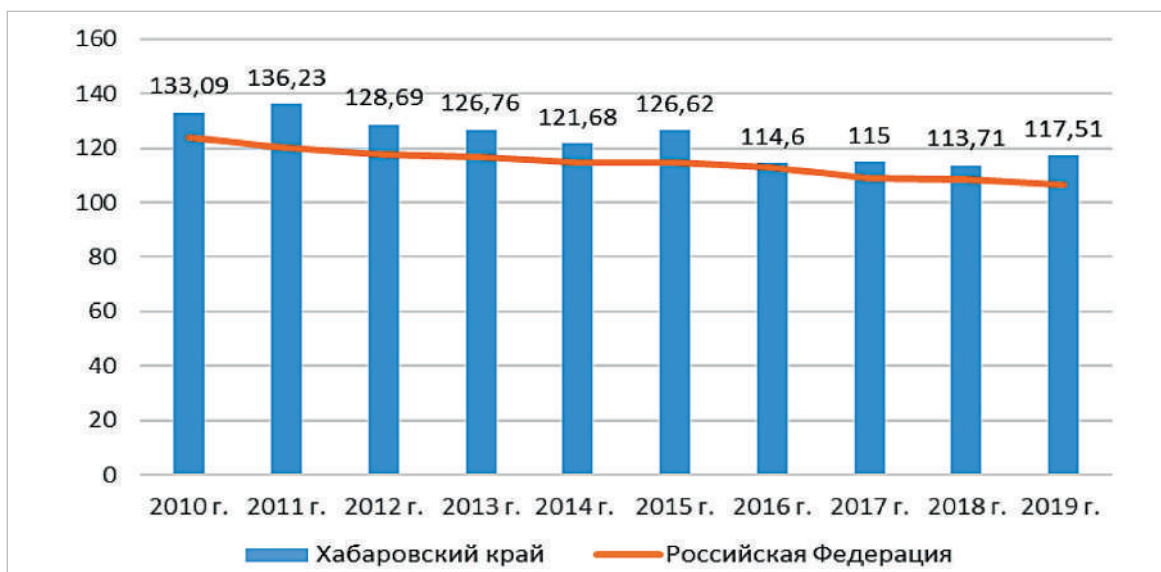


Рис. 2. Смертность от злокачественных новообразований населения в Российской Федерации и Хабаровском крае (2010–2019) на 100 тыс. населения

показатели смертности от злокачественных новообразований превышают федеральные значения за 2010–2019 годы в среднем на 7,7 %.

В структуре причин смертности от злокачественных новообразований в 2019 году на первом месте, как и на протяжении многих лет, стоят злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких – 18,6 %, желудка – 8,6 %, ободочной кишки – 7,8 %, поджелудочной железы – 7,1 %.

За 2010–2019 годы наблюдается максимальный рост смертности от злокачественных новообразований в Ванинском районе (на 63,2 %), снижение – в Охотском районе (на 24,2 %).

При выравнивании показателей динамического ряда стандартизованных показателей смертности отмечается тенденция к снижению уровня смертности в среднем на 1,95 % ежегодно. За данный 10-летний период отмечается достоверное снижение стандартизованного показателя смертности злокачественными новообразованиями в 2019 году в сравнении с 2010-м. Средний показатель смертности от злокачественных новообразований в 2010–2014 годах составил 129,29±3,1 случая, в 2015–2019 годах – 117,49±2,97 случая на 100 тыс. населения. Можно утверждать о наличии статистически достоверного различия между показателями смертности от злокачественных новообразований в рассматриваемые периоды ($t=2,75$, $p < 0,01$).

На показатели смертности влияют демографическая волна, сформированная в послевоенный период, когда с 1946 года стала расти рождаемость вплоть до 1960 года (соответственно 23,8 и 24,9 новорожденного на 1000 населения). При средней продолжительности жизни в 2018 году 72,9 года именно в этот период к своему естественному уходу подошло многочисленное поколение, рожденное в послевоенные годы. В Хабаровском крае в период с 1990-го по 2020 год произошло резкое уменьшение численности населения в группе моложе трудоспособного возраста (–41,2 %) и трудоспособного возраста (–22,4 %). В то же

время произошло увеличение числа лиц старше трудоспособного возраста (+47 %) [6].

За последние 10 лет (2010–2019) доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I–II), выросла на 10,3 %; удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет, вырос на 7,2 %.

Средний показатель доли злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I–II), за 2010–2014 годы составил 52,3±0,98 %, за 2015–2019 годы – 57,0±0,88 %. Можно утверждать о наличии статистически достоверного различия между данными показателями в рассматриваемые периоды ($t=3,49$, $p < 0,01$).

Средний показатель удельного веса больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет, за 2010–2014 годы составил 48,87±0,46 %, за 2015–2019 годы – 53,01±0,4 %. Можно утверждать о наличии статистически достоверного различия между показателями в рассматриваемые периоды ($t=6,8$, $p < 0,001$).

Таким образом, определяются статистически значимые различия значений показателей работы онкологической службы в 2010–2014 годы и 2015–2019 годы. Соответственно, реализация принятых министерством здравоохранения Хабаровского края нормативных актов, направленных на реорганизацию работы онкологической помощи, положительно и значимо повлияла на основные показатели работы онкологической службы.

Выводы

1. Стандартизованный показатель заболеваемости ЗНО населения Хабаровского края (мировой стандарт возрастного распределения) в 2019 году – 287,34±4,66 случая на 100 тыс. населения. Прирост данного показателя по отношению к 2010 году составил 12,1 %. На протяжении этих 10 лет значения показателя заболеваемости ЗНО края выше заболеваемости в целом по Российской Федерации: макси-

Таблица 2

Значения основных показателей работы онкологической службы Хабаровского края за 2010–2019 годы

Наименование показателей (индикаторов)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I–II), %	50,0	52,8	52,6	52,8	53,1	53,2	53,8	57,7	59,0	60,3
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, %	46,3	43,7	48,9	52,2	52,3	51,5	52,8	53,4	53,6	53,5

мальное превышение в 2017 году (на 19,7 %), минимальное – в 2015 году (4,4 %). За 10 лет (2010–2019) смертность снизилась на 11,7 %: стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований населения Хабаровского края в 2019 году – 117,51±2,98 случая на 100 тыс. населения, в 2010 году – 133,09±2,7 случая. Краевые показатели смертности от злокачественных новообразований превышают федеральные значения за 2010–2019 годы в среднем на 7,7 %.

2. При сравнении двух временных интервалов 2010–2014 и 2015–2019 годы имеются статистически достоверные различия между показателями:

- заболеваемости ($t=2,15$, $p < 0,05$);
- смертности от злокачественных новообразований ($t=2,75$, $p < 0,01$);
- доли злокачественных новообразований,

выявленных на ранних стадиях (I–II) ($t=3,49$, $p < 0,01$);

– удельного веса больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет ($t=6,8$, $p < 0,001$).

При сравнении двух временных интервалов (до 2010–2014 годов и после 2015–2019 годов) отмечается значимое влияние принятия упомянутых выше нормативных актов МЗ ХК на улучшение значений основных показателей работы онкологической службы Хабаровского края в 2015–2019 годы: достоверное снижение стандартизованного показателя смертности от злокачественных новообразований ($t=2,75$, $p < 0,01$), рост показателя раннего выявления злокачественных новообразований ($t=3,49$, $p < 0,01$), удельного веса больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет ($t=6,8$, $p < 0,001$).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Каприна А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность). М. : МНИОИ им. П. А. Герцена – фил. ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2021.
2. Каприна А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Состояние онкологической помощи населению России в 2020 году. М. : МНИОИ им. П. А. Герцена – фил. ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2021.
3. Сведения о наличии и распределении земель в Российской Федерации на 01.01.2019 (в разрезе субъектов Российской Федерации). URL: [https://rosreestr.gov.ru/upload/Doc/06-upr/F.22za2019 год \(по субъектам РФ\).doc](https://rosreestr.gov.ru/upload/Doc/06-upr/F.22za2019 год (по субъектам РФ).doc) (дата обращения: 18.07.2022).
4. Об утверждении номенклатуры медицинских организаций: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.08.2013 г. № 529н. Прил.: Форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (годовая).
5. Официальная статистика / Хабаровский край / Население // Управление Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю, Магаданской области, Еврейской автономной области и Чукотскому автономному округу : [сайт]. URL: <https://habstat.gks.ru/folder/25028> (дата обращения: 10.08.2022).
6. Кораблев В. Н. Об экономических и демографических проблемах Хабаровского края // Здравоохранение Дальнего Востока. 2022. № 1 (91). С. 5–12.

REFERENCES

1. Kaprina A. D., Starinsky V. V., Shakhzadova A. O. Malignant neoplasms in Russia in 2020 (morbidity and mortality). Moscow: Moscow Research Institute of Oncology named after P.A. Herzen – National Medical Research Center of Radiology of the Health Ministry of Russia, 2021.
2. Kaprina A. D., Starinsky V. V., Shakhzadova A. O. State of oncological care for the population of Russia in 2020. Moscow: Moscow Research Institute of Oncology named after P. A. Herzen – National Medical Research Center of Radiology of the Health Ministry of Russia, 2021.
3. Information on the availability and distribution of land in the Russian Federation as of 01/01/2019 (in the context of the constituent entities of the Russian Federation). URL: [https://rosreestr.gov.ru/upload/Doc/06-upr/F.22 for 2019 \(for the constituent entities of the Russian Federation\).doc](https://rosreestr.gov.ru/upload/Doc/06-upr/F.22 for 2019 (for the constituent entities of the Russian Federation).doc) (date of access: 07/18/2022).
4. On approval of the nomenclature of medical organizations: Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated August 6, 2013 No. 529n. Appendix: Form of federal statistical observation No. 30 "Information on a medical organization" (annual report).
5. Official statistics / Khabarovsk Territory / Population // Department of the Federal State Statistics Service for the Khabarovsk Krai, Magadan Region, the Jewish Autonomous Region and the Chukotka Autonomous Okrug: [website]. URL: <https://habstat.gks.ru/folder/25028> (date of access: 08/10/2022).
6. Korablev V. N. On the economic and demographic problems of the Khabarovsk Krai // Healthcare of the Far East. 2022. No. 1 (91). P. 5–12.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-10-14
УДК 616.831-005.1-06:616.98:578.834.1Coronavirus

Особенности течения и исходы острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов с COVID-19

С. П. Авраменко^{1,2}, Т. А. Захарычева^{1,3}, А. Г. Поляков¹, Е. К. Полякова¹

¹Краевая клиническая больница им. профессора О. В. Владимирцева, Хабаровск, Россия, hospital@nxt.ru

²Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipkszh.khv.ru

³Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия, nauka@mail.fesmu.ru

Features of the course and outcomes of acute cerebral circulation disorders in patients with COVID-19

S. P. Avramenko^{1,2}, T. A. Zakharycheva^{1,3}, A. G. Polyakov¹, E. K. Polyakova¹

¹Regional Clinical Hospital named after Professor O. V. Vladimirtsev, Khabarovsk, Russia, hospital@nxt.ru

²Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipkszh.khv.ru

³Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia, nauka@mail.fesmu.ru

В статье представлены клинические особенности, течение и ближайшие исходы церебральных инсультов у 612 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в период пандемии COVID-19. Пациенты были разделены на две группы – основную (лица с острыми нарушениями мозгового кровообращения и COVID-19, n = 306) и контрольную (больные инсультами, n = 306). Установлено, что у пациентов с ОНМК и новой коронавирусной инфекцией, по сравнению с контрольной группой, имеются определенные гендерные и возрастные различия.

Пациенты обеих групп преморбидно имели факторы риска развития ОНМК – артериальную гипертензию, гипергликемию, аритмии, дислипидемию и, соответственно, высокие риски развития экстрацеребральных осложнений и неблагоприятных исходов заболевания. У пациентов с ОНМК и COVID-19 преобладали тяжелые и крайне тяжелые неврологические расстройства (31,7 % и 38,9 % соответственно), полушарная локализация поражений мозга превалировала над стволовыми и мозжечковыми, а течение заболевания в 60,1 % случаев осложнилось развитием полисегментарной пневмонии с преобладанием среднетяжелых (34,2 %), тяжелых (29,4 %) и критических (21,2 %) поражений. Для проверки равенства средних значений в двух выборках применяли метод стандартизации с использованием t-критерия Стьюдента. Эти особенности оказывали негативное воздействие на исходы заболевания, что проявлялось повышением летальности в основной группе пациентов в 2,2 раза по сравнению с контрольной.

Ключевые слова: церебральный инсульт, течение и исходы церебрального инсульта, COVID-19, преморбидные факторы риска, интрацеребральные осложнения, экстрацеребральные осложнения, летальность

The article presents the clinical features, course and immediate outcomes of cerebral strokes in 612 patients with acute cerebrovascular accident during the COVID-19 pandemic. Patients were divided into two groups – the main group (persons with acute cerebrovascular accident and COVID-19, n = 306) and the control group (patients with stroke, n = 306). It was found that in patients with stroke and a new coronavirus infection, compared with the control group, there are certain gender and age differences.

Patients of both groups premorbidly had risk factors for the development of stroke – arterial hypertension, hyperglycemia, arrhythmias, dyslipidemia and, accordingly, high risks of developing extracerebral complications and adverse outcomes of the disease. In patients with stroke and COVID-19, severe and extremely severe neurological disorders prevailed (31.7 % and 38.9 %, respectively), hemispheric localization of brain lesions prevailed over stem and cerebellar lesions, and the course of the disease in 60.1 % of cases was complicated by the development of polysegmental pneumonia with a predominance of moderate (34.2 %), severe (29.4 %) and critical (21.2 %) lesions. To check the equality of the mean values in the two samples, the standardization method was used using Student's t-test. These features had a negative impact on the outcomes of the disease, which was manifested by an increase in mortality in the main group of patients by 2.2 times compared with the control group.

Keywords: cerebral stroke, course and outcomes of cerebral stroke, COVID-19, premorbid risk factors, intracerebral complications, extracerebral complications, mortality

Введение

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) – это острое респираторное заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2. Коронавирус (COVID-19) в первую очередь

поражает дыхательные пути. Инкубационный период обычно равен 5–7 дням, затем развиваются клинические симптомы – кашель (79,4 %), лихорадка (77,1 %), одышка (56,5 %), миалгии (23,8 %), диарея (23,7 %), тошнота и

рвота (19,1 %) [1]. У пациентов с COVID-19 в 87–93 % случаев возникают нарушения обоняния (аносмия и гипосмия) и вкуса (дисгевзия) при отсутствии или слабой выраженности катаральных явлений [2].

Поражения нервной системы, в том числе острая цереброваскулярная патология, по данным L. Мао и соавт. (2020), встречаются у 36,4 % больных COVID-19. Большинство неврологических симптомов развивалось в первые дни болезни, но у некоторых пациентов их появление предшествовало развернутой картине заболевания [3].

Актуальность

Нарушения мозгового кровообращения являются одним из наиболее тяжелых и повышающих инвалидизацию пациентов неврологических проявлений COVID-19. Инсульты развиваются во всех возрастных группах. Особую проблему представляет тяжелый атеротромботический инсульт у лиц молодого возраста без ранее существовавших факторов риска [3, 4, 5].

Цель

Изучение клинического течения острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у пациентов с COVID-19.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ течения и исходов инсульта у пациентов с COVID-19, находившихся на лечении в региональном сосудистом центре краевой клинической больницы имени профессора О. В. Владимирцева в период с мая по декабрь 2020 года. Под наблюдением находились 612 человек, разделенных на две группы. В первую (основную) вошли 306 пациентов с инсультом и COVID-19, во вторую (контрольную) – 306 пациентов с ОНМК. Обе группы были подвергнуты методу стандартизации для изучения особенностей течения заболевания с использованием t-критерия Стьюдента.

В группах сравнения преобладали женщины – 57,2 % в основной и 61,8 % – в контрольной ($t=1,64$; $p > 0,05$).

Шкалирование возраста производилось в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): от 18 до 44 лет, 45–59 лет, от 60 до 74 лет, 75–89 лет и старше 90 лет. Традиционно в группах сравнения преобладали пациенты в возрасте 60–89 лет – 83 % в основной группе и 89,4 % – в контрольной. Возрастной диапазон в основной группе составил 19 лет – 92 года с преобладанием лиц в возрасте 18–59 лет ($t=2,93$;

$p < 0,01$); в контрольной группе – 28–96 лет с преобладанием лиц в возрасте 60–89 лет ($t=3,25$; $p < 0,01$).

Во всех случаях госпитализация осуществлялась по экстренным показаниям ввиду остро возникших симптомов нарушения мозгового кровообращения. Диагнозы были верифицированы клиническими и инструментальными методами: СКТ/МРТ головного мозга, ПЦР-тест обнаружения РНК SARS-CoV-2 в биологическом материале из ротоглотки и носоглотки, СКТ органов грудной клетки. Изучены возрастные и гендерные особенности, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе, а также тяжесть течения заболевания и возникшие осложнения. Значимость различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента, с применением программной системы STATISTICA for Windows, версия 10 на основе метода стандартизации.

Тяжесть переносимого пациентами инсульта оценивали в баллах с использованием шкалы тяжести инсульта Национальных институтов здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS).

Результаты и обсуждение

Влияние коморбидности на тяжесть состояния и смертность пациентов известно [6] и, несомненно, актуально в отношении COVID-19.

Пациенты в сравниваемых группах имели коморбидные хронические болезни, что определяло высокие риски развития экстрацеребральных осложнений. У пациентов основной и контрольной групп преобладали артериальная гипертензия (98,7±0,46 % в основной группе и 97,4±0,64 % – в контрольной; $t=1,65$, $p > 0,05$), метаболические нарушения (гипергликемия (73,2±1,79 и 66,3±1,91 % соответственно; $t=2,62$, $p < 0,01$), дислипидемии с ожирением и стенозированием брахиоцефальных артерий более 50 % (39,5±1,98 и 40,8±1,99 % соответственно; $t=0,47$, $p > 0,05$), аритмии (50,3±2,02 и 56,5±2,00 % соответственно; $t=2,18$, $p < 0,05$). Нами отмечена приверженность к лечению имевшихся заболеваний и профилактике возможных негативных сосудистых событий.

Одной из ведущих причин развития цереброваскулярной патологии при COVID-19 являются изменения гемореологии и гемостаза воспалительного и тромбогенного характера, о чем свидетельствуют тромбоцитопения, а также повышение уровней D-димера и С-реактивного белка [7, 8]. В основе тромботических событий при COVID-19 лежит системное воспаление с нарушением свертываемости крови, тромбоцитов, моноцитов, макрофагов, лимфоцитов и лейкоцитов.

Изучение типовой структуры инсультов обнаружило, что в группах сравнения традиционно преобладал ишемический инсульт (96,4±0,75 % в основной и 95,1±0,87 % – в контрольной, $p > 0,05$).

В подтиповой структуре отмечена тенденция к преобладанию в основной группе неуточненного (2,7±0,66 и 1,4±0,47 % соответственно; $t=1,61$, $p > 0,05$), лакунарного (7,5±1,06 и 6,5±1,00 % соответственно; $t=0,69$, $p > 0,05$) и атеротромботического (48,5±2,02 и 44,7±2,01 % соответственно; $t=1,33$, $p > 0,05$) инфарктов мозга при одновременном достоверном снижении удельного веса кардиоэмболического варианта (41,3±1,99 и 47,4±2,02 % соответственно; $t=2,15$). Этот факт может косвенно свидетельствовать о роли микро- и макроангиопатии, а также тромбообразования в генезе острой цереброваскулярной патологии, что подтверждено статистическими данными.

В основной группе преобладали пациенты с тяжелыми (13–15 баллов) и крайне тяжелыми неврологическими расстройствами – от 16 до 34 баллов NIHSS. Так, пациентов с тяжелыми неврологическими расстройствами в основной группе было 31,7±1,88 против 26,2±1,78 %; $t=2,13$, $p < 0,05$. Больных с крайне тяжелыми неврологическими расстройствами было 38,9±1,97 против 23,5±1,71 %; $t=5,9$, $p < 0,001$, в связи с чем в группах сравнения нами был изучен такой показатель, как локализация инсультов.

В основной группе преобладали инсульты полушарной локализации (79,7±1,63 против 54,9±2,01 % соответственно; $t=9,6$, $p < 0,001$). В контрольной группе пациентов достоверно преобладали инсульты в ствол мозга и в мозжечок (41,5±1,99 и 3,6±0,75 против 19,0±1,59 и 1,3±0,46 % соответственно; $t=8,8$ и 2,6). В случаях же обширных инфарктов и массивных гематом полушарной локализации, сопровождающихся развитием резко выраженного отека мозга, внутричерепной гипертензией и дислокационными синдромами, как известно, может наступить смерть пациента [9].

Известно, что новая коронавирусная инфекция увеличивает риск инсульта, вызывая поражение эндотелия сосудов и гиперкоагуляцию, что, в свою очередь, способствует нарушению целостности сосудистой стенки с последующим ее разрывом и/или тромбообразованию [10].

В качестве примера мы приводим два случая летального исхода у пациентов с нарушением мозгового кровообращения в сочетании с COVID-19.

У первой пациентки, 73 лет, внезапно, на фоне повышения температуры тела до 38 °С появились нарушения речи по типу моторной афазии, глубокий правосторонний гемипарез, достигающий плевгии в руке. Бригадой скорой помощи выявлено повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст. Диагностирован ишемический инсульт, атеротромботический вариант, в бассейне левой средней мозговой артерии. С учетом гипертермии, наличия катаральных явлений в носоглотке возникло предположение о сочетании нарушения мозгового кровообращения с COVID-19. Больная была доставлена в инфекционное отделение краевой клинической больницы имени профессора О. В. Владимирцева, где был диагностирован обширный полушарный ишемический инсульт с диффузным отеком головного мозга (рис. 1).



Рис. 1. КТ головного мозга пациентки 73 лет с COVID-19 и обширным ишемическим полушарным инсультом, диффузным отеком вещества мозга

Второй пациент, 63 лет, заболел внезапно в ночное время, когда на фоне высокого артериального давления (210/120 мм рт. ст.) возникло нарушение сознания, психомоторное возбуждение, менингеальный синдром и левосторонний гемипарез. Бригадой скорой помощи выявлено повышение температуры тела до 39 °С. У больного был диагностирован геморрагический инсульт на фоне COVID-19. Он был доставлен в инфекционное отделение краевой клинической больницы имени профессора О. В. Владимирцева.

У пациента было диагностировано паренхиматозное кровоизлияние с прорывом крови

в ликворопроводящие пути (рис. 2), дислокационный синдром.

Таблица 1



Рис. 2. КТ головного мозга пациента 63 лет с COVID-19, геморрагическим инсультом, тампонадой желудочка

Известно, что на течение и исходы инсультов влияют такие экстрацеребральные осложнения, как патология органов дыхания, пневмонии, бронхиты, трахеобронхиты, инфаркты легких преимущественно аспирационного (вследствие бульбарных расстройств) генеза [9].

В основной группе у 60,1±2,8 % пациентов были обнаружены характерные для вирусного (COVID-19) поражения рентгенологические изменения в легких. Из них тяжелые и критические поражения выявлялись в половине случаев (КТ-3 – в 29,4 %; КТ-4 – в 21,2 %), легкие (КТ-1) – в 15,2 %, среднетяжелые (КТ-2) – в 34,2 % (рис. 3).

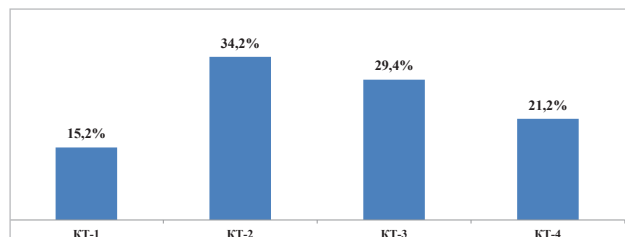


Рис. 3. Тяжесть поражений легких у пациентов с вирусной пневмонией

Исходы заболевания в группах сравнения представлены в таблице 1. Риск летальности среди пациентов с ОНМК и COVID-19 при всех типах инсультов оказался в 2,2 раза выше, чем в контрольной группе.

Исходы инсультов у пациентов в группах сравнения

Показатель	Группы сравнения				P
	основная		контрольная		
	n	%	n	%	
Умерло пациентов (летальность)	185	60,5	83	27,1	< 0,001
Выписаны домой	121	39,5	223	72,9	

Заключение

Проведенное исследование показало, что у пациентов с нарушением мозгового кровообращения и новой коронавирусной инфекцией, по сравнению с контрольной группой, достоверных гендерных различий не обнаружено. Однако есть определенные различия в возрасте: среди основной группы пациентов преобладали лица в возрасте 18–59 лет (10,5±1,24 % против 5,9±0,95; t=2,93, p < 0,01).

В группе сравнения все пациенты преморбидно имели факторы риска развития ОНМК – хронические сердечно-сосудистые болезни (артериальная гипертензия, гипергликемия, аритмии, дислипидемии с ожирением и стенозированием брахиоцефальных артерий) и, соответственно, высокие риски развития экстрацеребральных осложнений.

Проведенные исследования показали, что в основной группе преобладали тяжелые и крайне тяжелые неврологические расстройства (31,7±1,88 и 38,9±1,97 % соответственно). Полушарная локализация инсультов преобладала над стволовой и мозжечковой. Проявления инсульта в 60,1±2,8 % случаев осложнились развитием полисегментарной вирусной пневмонии с преобладанием среднетяжелых (34,2 %), тяжелых (29,4 %) и критических (21,2 %) поражений легких. Вышеуказанные особенности могли оказывать негативное воздействие на исходы заболевания, что проявлялось повышением летальности в основной группе пациентов 2,2 раза по сравнению с контрольной группой.

Настоящее исследование позволяет уточнить механизмы и причинно-следственные связи возникновения острой церебральной патологии при новой коронавирусной инфекции и будет способствовать формированию правильного подхода к лечению ОНМК, а также профилактике их интра- и экстрацеребральных осложнений у пациентов с COVID-19.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Clinical characteristics of COVID-19 in New York City / P. Goyal et al. // *N Engl J Med*. 2020. Vol. 382 (24): Jun. P. 2372–2374. DOI 10.1056/nejmc2010419. PMID: 32302078.
2. Артеменко А. Р., Данилов Ал. Б., Плиева А. М. Нарушение обоняния у больных COVID-19 // *Рос. неврол. журнал*. 2020. Т. 25, № 6. С. 4–1. DOI 10.30629/2658-7947-2020-25-6-4-11.
3. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China / L. Mao et al. // *JAMA Neurol*. 2020. Vol. 77 (6): Jun 1. P. 683–690. DOI 10.1001/jamaneurol.2020.1127. PMID: 32275288.
4. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19 / F. A. Klok et al. // *Thromb Res*. 2020. № 191. P. 145–147. DOI 10.1016/j.thromres.2020.04.013.
5. Ischemic Stroke Epidemiology During the COVID-19 Pandemic: Navigating Uncharted Waters With Changing Tides / G. Tsiougoulis et al. // *Stroke*. 2020. Vol. 51, № 7. P. 1924–1926. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030791>.
6. Белялов Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности. 10-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 544 с.
7. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up / B. Bikdeli et al. // *J Am Coll Cardiol*. 2020. Vol. 75 (23): Jun 16. P. 2950–2973. DOI 10.1016/j.jacc.2020.04.031. *Epub* 2020 Apr 17.
8. Танашян М. М., Кузнецова П. И., Раскуражев А. А. Неврологические аспекты COVID-19 // *Анналы клин. и эксперимент. неврологии*. 2020. Т. 14, № 2. С. 62–69.
9. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика / З. А. Суслина и др. М.: МЕД-пресс-информ, 2016. 536 с.
10. Острые нарушения мозгового кровообращения и коронавирусная болезнь / Н. В. Пизова и др. // *Мед. совет*. 2020. № 8. С. 18–25.

REFERENCES

1. Goyal P., Choi J. J., Pinheiro L. C. et al. Clinical characteristics of COVID-19 in New York City. *N Engl J Med*. 2020. DOI: 10.1056/nejmc2010419. PMID: 32302078.
2. Artemenko A. R., Danilov Al. B., Plieva A. M. Smell impairment in COVID-19 patients. *Russian neurological journal*. 2020; 25 (6): 4-11. DOI 10.30629/2658-7947-2020-25-6-4-11.
3. Mao L., Jin H., Wang M. et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*. 2020. DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.1127. PMID: 32275288.
4. Klok F. A., Kruip M. J. H. A., van der Meer N. J. M. et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res*. 2020; 191:145–147. doi: 10.1016/j.thromres.2020.04.013.
5. Tsiougoulis G., Katsanos A. H., Ornello R., Sacco S. Ischemic Stroke Epidemiology During the COVID-19 Pandemic: Navigating Uncharted Waters With Changing Tides. *Stroke*. 2020; 51 (7): 1924–1926. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030791>.
6. Belyalov F. I. Treatment of diseases in conditions of comorbidity / F. I. Belyalov. – 10th ed., Rev. and add. – M.: GEOTAR-Media, 2016. 544 p.
7. Bikdeli B., Madhavan M. V., Jimenez et al. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up. *J Am Coll Cardiol* 2020. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.04/031. PMID: 32311448.
8. Tanashyan M. M., Kuznetsova P. I., Raskurazhev A. A. Neurological aspects of COVID-19. *Annals of Clinical and Experimental Neurology* 2020; 14 (2): 62–69.
9. Suslina Z. A. Cerebral circulation disorders: diagnostics, treatment, prevention / Z. A. Suslina, T. S. Gulevskaya, M. Yu. Maximova, V. A. Morgunov. – M.: MEDpress-inform, 2016. 536 p.
10. Pizova N. Acute disorders of cerebral circulation and coronavirus disease / N. V. Pizova, N. A. Pizov, O. A. Skachkova, M. A. Sokolov, I. A. Izmailov, R. B. Taramakin // *Medical Council*. 2020. No. 8. P. 18–25.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-15-22
УДК 616.517-06:616.72-002

Субклинический псориазический артрит в популяции больных псориазом

М. И. Бабкова¹, Э. Н. Оттева²

¹Краевой кожно-венерологический диспансер, Хабаровск, Россия, kkvdv@mail.ru

²Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipksz.khv.ru

Subclinical psoriatic arthritis in a population of patients with psoriasis

M. I. Babkova¹, E. N. Otteva²

¹Regional Dispensary of Dermatovenerology, Khabarovsk, Russia, kkvdv@mail.ru

²Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipksz.khv.ru

Псориаз (ПсО) – хроническое иммуноопосредованное заболевание, в патогенезе которого большую роль играют различные факторы риска и генетическая предрасположенность. Псориазический артрит (псориаз артропатический, ПсА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом. У каждого четвертого пациента с ПсО гладкой кожи развивается псориазический артрит (ПсА), который при прогрессировании и отсутствии лечения может вызвать необратимые функциональные нарушения, что обуславливает необходимость ранней диагностики этого заболевания.

Целью исследования является оценка частоты выявляемости ПсА у больных с ПсО в дерматовенерологическом отделении краевого кожно-венерологического диспансера с использованием опросника mPEST.

В исследовании принимали участие 128 пациентов (73 мужчины и 55 женщин, средний возраст – 45±13,69 года) с разными клиническими формами ПсО, получавшие лечение во взрослом дерматовенерологическом отделении № 1 краевого диспансера в период с 2019-го по 2021 год. Длительность заболевания продолжалась в среднем 6,1±2,76 года. Пациенты с ПсО были разделены на три группы согласно клиническим проявлениям кожного процесса. В первую группу (n=96) вошли пациенты с установленным клиническим диагнозом «вульгарный (обыкновенный) псориаз» (ПсО(в) без поражения ногтевых пластин. Во второй группе (n=24) был установлен диагноз «экссудативный псориаз» (ПсО(э)). В третью группу (n=8) включены пациенты с поражением кожи и ногтевых пластин (ПсО(о)).

На основании mPEST ≥ 3 диагноз ПсА был заподозрен у 34 (35,41 %) обследованных первой группы с диагнозом ПсО(в), у 10 (41,66 %) пациентов второй группы с диагнозом ПсО(э) и у 3 (37,5 %) пациентов третьей. По результатам опросника DLQI, умеренное влияние кожного процесса на качество жизни выявлено в первой группе пациентов с ПсО(в), что составило 10 баллов. Во второй ПсО(э) и третьей ПсО(о) группах выявлено сильное влияние кожного процесса на качество жизни – 18 и 11 баллов соответственно. Диагноз ПсА в первой группе с ПсО(в) по опроснику BASDAI можно заподозрить у 85 (86,73 %) пациентов, во второй с ПсО(э) – у 21 (87,5 %) пациента, в третьей с ПсО(о) – у 7 (87,5 %) пациентов.

Понимание консолидации усилий дерматолога и ревматолога очень важно для ранней диагностики ПсА, раннего начала терапии, что позволит предотвратить тяжелые формы болезни и инвалидизацию пациентов.

Ключевые слова: псориаз, псориазический артрит, индекс PASI, опросник

Psoriasis (PsO) is a chronic immune-mediated disease, in the pathogenesis of which various risk factors and genetic predisposition play an important role. Psoriatic arthritis (arthropathic psoriasis, PsA) is a chronic inflammatory disease of the joints, spine, and entheses that can occur in patients with psoriasis. Every fourth patient with PsO of smooth skin develops psoriatic arthritis (PsA), which, if progressed and left untreated, can cause irreversible functional disorders, which necessitates early diagnosis of this disease.

The aim of the study was to assess the frequency of detection of PsA in patients with PsO in the dermatovenerological department of the regional dermatovenerological dispensary using the mPEST questionnaire.

The study involved 128 patients (73 men and 55 women, mean age 45 ± 13.69 years) with different clinical forms of PsO who received treatment in the adult dermatovenerology department No. 1 of the regional dispensary in the period from 2019 to 2021. The duration of the disease lasted an average of 6.1±2.76 years. Patients with PsO were divided into 3 groups according to the clinical manifestations of the skin process. The first group (n=96) included patients with an established clinical diagnosis of vulgar (common) psoriasis (PsO(c) without damage to the nail plates. The second group (n=24) was diagnosed with exudative psoriasis (PsO(e)). The third group (n=8) included patients with lesions of the skin and nail plates (PsO(o)).

Based on mPEST≥3, the diagnosis of PsA was suspected in 34 (35.41%) patients diagnosed with PsO(c). In 10 (41.66%) patients of the second group with a diagnosis of PsO(e) and in 3 (37.5%) patients of the third. According to the results of the DLQI questionnaire, a moderate effect of the skin process on the quality of life was revealed in the first group of patients with PsO(c), which amounted to 10 points. In the second PsO(e) and third PsO(o) groups, a strong influence of the skin process on the quality of life was revealed - 18 and 11 points, respectively. The diagnosis of PsA in the first group with a diagnosis of PsO(c) according to the BASDAI questionnaire can be suspected in 85 (86.73%) patients, in group II - in 21 (87.5%) patients, in group III - PsA - in 7 (87.5%) of patients.

Understanding the consolidation of the efforts of a dermatologist and a rheumatologist is very important for early diagnosis of PsA, early initiation of therapy, which will prevent severe forms of the disease and disability of patients.

Keywords: psoriasis, psoriatic arthritis, questionnaire

Псориаз (ПсО) – хроническое иммуноопосредованное заболевание, в патогенезе которого большую роль играют различные факторы риска (ФР) и генетическая предрасположенность.

Псориатический артрит (псориаз артропатический, ПсА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом. При псориатическом артрите (ПсА) главным образом наблюдается воспаление периферических суставов (артрит), пальцев кистей и стоп (дактилит), энтезисов (энтезит), а также может наблюдаться воспаление в аксиальных структурах – телах позвонков (спондилит) и илиосакральных сочленениях (сакроилит) [1].

По данным исследований, у каждого четвертого пациента с ПсО гладкой кожи развивается псориатический артрит (ПсА), который при прогрессировании и отсутствии лечения может привести к необратимым функциональным нарушениям [2, 13], что обуславливает необходимость ранней диагностики этого заболевания.

Согласно статистическим материалам Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ и Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии МЗ РФ (г. Москва) по заболеваемости кожными болезнями за 2020 год, распространенность псориаза (ПсО) среди всего населения РФ составляет 229,4 на 100 тыс. населения. Этот показатель ниже, чем распространенность псориаза в Хабаровском крае, – 317,0 на 100 тыс. населения. Распространенность ПсА среди всего населения РФ в 2020 году составляла 13,3 на 100 тыс. населения, что ниже показателя распространенности ПсА в Хабаровском крае – 18,2 на 100 тыс. населения [3].

Неоднородность клинической картины и сложного патогенеза делает раннюю диагностику ПсА сложной задачей. У большинства пациентов (70 %) поражение опорно-двигательного аппарата развивается на фоне кожных проявлений псориаза, поэтому в ранней диагностике ПсА дерматолог играет ключевую роль [4, 5].

В клинических рекомендациях по ПсА приняты такие инструменты, как mPEST (modified Psoriasis Epidemiology Screening Tool) для диагностики ПсА и BASDAI (Bath Ankylosing

Spondylitis Disease Activity Index) и ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) по СОЭ и СРБ для выявления активности спондилита [6].

Цель исследования

Оценка частоты выявляемости ПсА у больных с ПсО в дерматовенерологическом отделении краевого кожно-венерологического диспансера с использованием опросников mPEST и BASDAI.

Методы

В исследование включено 128 пациентов (73 мужчины и 55 женщин, средний возраст – $45 \pm 13,69$ года) с разными клиническими формами ПсО, получавших лечение во взрослом дерматовенерологическом отделении № 1 краевого диспансера за период с 2019-го по 2021 год. Пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. На момент включения больные имели длительность заболевания в среднем $6,1 \pm 2,76$ года. Из расчета минимальное значение длительности заболевания 4 года, максимальное – 10 лет. Первый квартиль Q1 – 4, третий квартиль Q3 – 10, межквартильный интервал IQR составил 6. В таблице 1 представлена характеристика обследованных больных.

Пациенты, включенные в исследование, госпитализировались по поводу кожных проявлений псориаза без установленного диагноза ПсА. После осмотра дерматологом больные заполняли модифицированный скрининговый опросник mPEST (рис. 1) для выявления ПсА, при выявлении скелетно-энтезиального синдрома – BASDAI (рис. 2) для определения активности спондилита.

В опроснике mPEST оценивали ответы на шесть вопросов, касающихся состояния опорно-двигательного аппарата. Каждый положительный ответ соответствовал 1 баллу, при значении mPEST ≥ 3 предполагали наличие ПсА. Число болезненных суставов (ЧБС) считалось по количеству отмеченных болевых зон на рисунке п. б в опроснике mPEST.

Далее при выявлении значения mPEST ≥ 3 рассчитывался суммарный показатель активности ПсА – индекс BASDAI, представляющий собой среднее значение по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 1 до 10.

Опросник mPEST

Вопросы:

1) Была ли у вас когда-то припухлость сустава (суставов)? (как показано на фото ниже):
 да нет



2) Говорил ли вам когда-нибудь врач, что у вас есть артрит? да нет

3) Отмечали ли вы когда-либо на ногтях пальцев рук и ног какие-нибудь изменения (в виде точечных утолщений, либо неровности)? (как показано на фото ниже):
 да нет



4) Отмечали ли вы когда-нибудь боль в области пятки? да нет

5) Были ли у вас когда-нибудь без видимых причин равномерно припухшие и болезненные пальцы рук или ног? (как показано на фото ниже): да нет



6) На рисунке ниже отметьте суставы, которые вызывали у вас дискомфорт (скованность, припухлость или болезненность в суставе).



Рис. 1. Опросник mPEST

ОПРОСНИК BASDAI

ФИО _____ Дата _____ Результат _____

Пожалуйста, дайте ответ на каждый приведенный ниже вопрос, сделав отметку на каждой соответствующей клетке (обведите соответствующую цифру).

1. Как бы Вы охарактеризовали выраженность слабости (утомляемости) в целом за последнюю неделю?

Нет слабости Очень выраженная слабость

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Как бы Вы охарактеризовали выраженность боли в шее, спине или тазобедренных суставах, связанную с анкилозирующим спондилитом, в целом за последнюю неделю?

Нет боли Очень выраженная боль

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Как бы Вы охарактеризовали выраженность боли в суставах (кроме шеи, спины или тазобедренных суставов) или их припухлости в целом за последнюю неделю?

Нет Очень выражены

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Как бы Вы охарактеризовали выраженность неприятных ощущений, возникающих при прикосновении к каким-либо болезненным областям тела или надавливании на них, в целом за последнюю неделю?

Нет Очень сильные

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Как бы Вы охарактеризовали выраженность утренней скованности, возникающей после пробуждения, в целом за последнюю неделю?

Нет Очень выраженная

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Как долго длится утренняя скованность после просыпания в целом за последнюю неделю?

Скованности нет Скованность > 2-х часов

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Рис. 2. Опросник BASDAI

Для подсчета индекса BASDAI вначале вычисляют среднее арифметическое значение ответов на вопросы 5 и 6, суммируют его со значениями ответов на 4 первых вопроса и рассчитывают среднее значение полученных пяти показателей:

$$\text{BASDAI} = \frac{1+2+3+4+(5+6)}{5}$$

Воспалительная активность считается высокой при индексе BASDAI ≥ 4 [6, 7].

С помощью опросника DLQI (Dermatology Life Quality Index) – дерматологический индекс качества жизни, оценивалось негативное воздействие псориаза на качество жизни пациента. Индекс вычислялся путем суммирования баллов: значения «очень сильно / очень часто» – 3 балла, «сильно / часто» – 2 балла, «немного / редко» –

1 балл. Минимальное значение индекса равно 0, максимальное – 30 баллам. Интерпретация индекса: 0–1 балл – заболевание не оказывает влияния на качество жизни пациента, 2–5 – оказывает незначительное влияние, 6–10 – умеренное влияние, 11–20 – сильное влияние, 21–30 баллов – очень сильное влияние [8, 9].

Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index) и шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) – риск развития сердечно-сосудистого заболевания – оценивались врачом при первичном осмотре в отделении.

При расчете PASI площадь каждой из четырех областей кожного покрова принимают за 100 %. Площадь поверхности кожи, вовлеченной в патологический процесс, обозначается буквой А и оценивается в каждой области (А голова, А туловище, А верхние конечности,

А нижние конечности) по специальной шкале от 0 до 6: 0 – отсутствие поражения кожи, 0 % поражения кожи определенной области; 1 – поражение от 1 до 9 % поверхности кожи анатомической области; 2 – от 10 до 29 %; 3 – от 30 до 49 %; 4 – от 50 до 69 %; 5 – от 70 до 89 %; 6 – от 90 до 100 % [10].

Для каждой области определяют свой индекс по формуле: коэффициент анатомической области × (эритема + шелушение + инфильтрация) × площадь пораженной кожи. После подсчета индекса для каждой из четырех областей полученные показатели суммируют и получают общий суммарный индекс PASI:

$$PASI = 0,1 \times (\text{Э}_{\text{голова}} + \text{И}_{\text{голова}} + \text{Ш}_{\text{голова}}) \times A_{\text{голова}} + 0,3 \times (\text{Э}_{\text{туловище}} + \text{И}_{\text{туловище}} + \text{Ш}_{\text{туловище}}) \times A_{\text{туловище}} + 0,2 \times (\text{Э}_{\text{верхние конечности}} + \text{И}_{\text{верхние конечности}} + \text{Ш}_{\text{верхние конечности}}) \times A_{\text{верхние конечности}} + 0,4 \times (\text{Э}_{\text{нижние конечности}} + \text{И}_{\text{нижние конечности}} + \text{Ш}_{\text{нижние конечности}}) \times A_{\text{нижние конечности}}$$

где Э – числовое значение выраженности эритемы, И – инфильтрации, Ш – шелушения, А – числовой показатель площади поражения. Минимальное значение PASI составляет 0, максимальное – 72. Псориаз считается легким, если значение PASI составляет менее 10, средней степени тяжести – при значении PASI от 10 до 20 и тяжелым при значении PASI более 20 [11].

Пациенты с ПсО были разделены на три группы согласно клиническим проявлениям кожного процесса. В первую группу (n=96) вошли пациенты с установленным клиническим диагнозом «вульгарный (обыкновенный) псориаз» (ПсО(в)) без поражения ногтевых пластин. Во второй группе (n=24) был установлен диагноз «экссудативный псориаз» (ПсО(э)). В третью группу (n=8) были включены пациенты с поражением кожи и ногтевых пластин (ПсО(о)).

Среднее значение (М) длительности заболевания для первой и второй групп составило 4 года, со средним отклонением (SD) ±2,91 и ±2,67 соответственно. В третьей группе М длительности заболевания составило 4±2,76 года. Пациенты всех трех групп имели распространенный кожный процесс. Индекс PASI составил 21, 27,15 и 24,3 для трех групп соответственно.

Во всех трех группах преобладали мужчины, соответственно 52 %, 79,8 % и 75 %. В первой группе курящие составили меньше половины – 42,7 %, во второй и третьей группах их количество выше – 62,5 % и 73,5 % соответственно. Длительность заболевания для всех групп варьировала от четырех до десяти лет (табл. 1).

Результаты

Нами проведен опрос пациентов, страдающих псориазом (ПсО) легкой, средней и тяжелой

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов с ПсО (n=128)

Показатель		ПсО(в)	ПсО(э)	ПсО(о)
Число больных		96	24	8
Возраст, годы, М±SD		44,1±16,0	40,1±12,8	51,0±8,63
Пол, n (%)	Мужчины	50 (52)	17 (79,8)	6 (75)
	Женщины	46 (48)	7 (29,2)	2 (25)
Курящие, n (%)		41 (42,7)	15 (62,5)	3 (73,5)
Длительность заболевания, годы, Me[25-й; 75-й перцентили]		4[2;13]	4[2;10,75]	4[1;9,5]
mPEST, n (%)		32 (33)	9 (38)	3(38)
mPEST, Me[25-й; 75-й перцентили]		4[3;5]	3[3;4]	3[3;3,5]
ЧБС, n (%)		70 (72,9)	17 (79,8)	5 (62,5)
ЧБС (0–21), Me[25-й; 75-й перцентили]		4,1[2;13]	4,7[2;13]	2,4[2;13]
BASDAI, n (%)		33 (34)	6 (25)	0
BASDAI, Me[25-й; 75-й перцентили]		4[3,4;5,4]	4[3,13;5,25]	0
DLQI, n (%)		87 (90,6)	22 (91,7)	5 (62,5)
DLQI, Me[25-й; 75-й перцентили]		10,0[5,5;14]	18,0[6;21;75]	11,0[7;17]
PASI, Me[25-й; 75-й перцентили]		22,2[13,5;27;23]	27,15[18,6;34;35]	24,3[17,730;38]
SCORE, Me[25-й; 75-й перцентили]		2,0[1;3]	2,0[1;3]	1,5[1;2,25]
Количество пациентов с коморбидностью, n (%)		29 (30)	7 (29)	3 (38)

М – среднее значение.

форм, средний индекс PASI которых составил 27,24 (диапазон 1,2 – 60).

На основании mPEST ≥ 3 диагноз ПсА заподозрен у 32 (33 %) обследованных с диагнозом ПсО(в), у 9 (38 %) второй группы с диагнозом ПсО(э) и у 3 (38 %) пациентов третьей группы.

По результатам опросника DLQI, умеренное влияние кожного процесса на качество жизни выявлено в первой группе пациентов с ПсО(в), что составило 10 баллов. Во второй ПсО(э) и третьей ПсО(о) группах выявлено сильное влияние кожного процесса на качество жизни – 18 и 11 баллов соответственно.

Субклинический ПсА выявлен у 32 (33 %) из 96 пациентов с диагнозом ПсО(в), во второй группе субклинический ПсА выявлен у 9 (38 %) обследуемых с диагнозом ПсО(э) и в третьей группе – у 3 (38 %) обследуемых с диагнозом ПсО(о) (рис. 3, 4).

Число болезненных суставов (ЧБС) в первой группе выявлено у 70 (72,9 %) обследованных (ЧБС от 1 до 18). Во второй группе – у 17 (79,8 %) (ЧБС от 1 до 16). В третьей группе болезненные суставы выявлены у 5 (62,5 %) (ЧБС от 1 до 4).

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (шкала SCORE) в первой и второй группах пациентов одинаковый, что составило 2 балла, в третьей группе среднее значение SCORE 1,5 балла. Во второй группе ПсО(э) максимальное значение SCORE 12 баллов, что является наиболее высоким риском в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. В первой и третьей группах максимальных значений индекса SCORE достигнуто не было.

Количество пациентов с коморбидной патологией примерно одинаковое: в первой ПсО(в) и второй ПсО(э) группах – 30,2 % и 29,16 % соответственно, в третьей группе ПсО(о) – 37,5 %.

Обсуждение

За последние годы мы можем отметить рост заболеваемости ПсО и увеличение инвалидности пациентов с ПсА.

Ранняя диагностика клинического ПсА является актуальным вопросом во всем мире и в РФ. Работа по выявлению предикторов ПсА ведется преимущественно врачами-ревматоло-

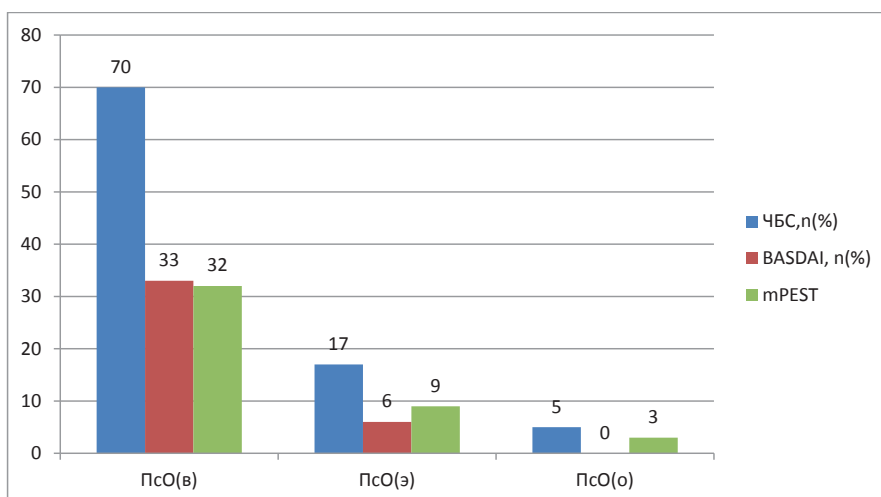


Рис. 3. Соотношение mPEST, ЧБС, BASDAI у пациентов с кожными проявлениями псориаза

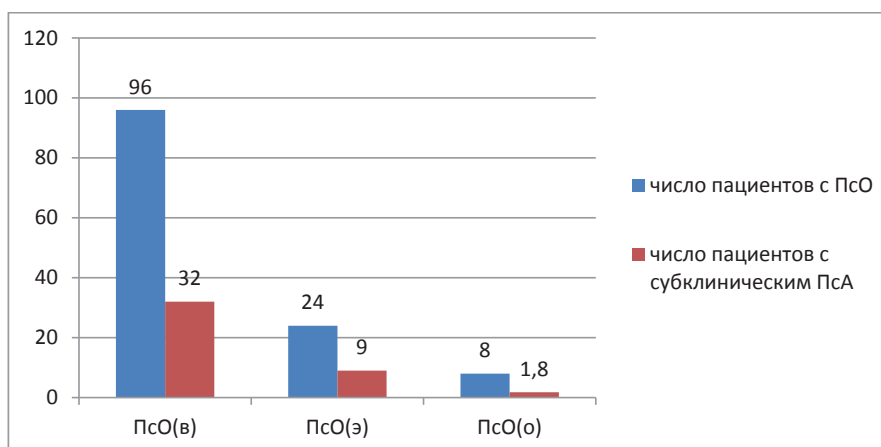


Рис. 4. Соотношение пациентов с ПсО и субклиническим ПсА

гами. Но в последнее время дерматовенерологи разных регионов РФ активно исследуют пациентов с ПсО для определения новых ранних признаков ПсА.

В нашем исследовании средний индекс PASI у больных составил 27,24 (1,2–60). Оценка степени тяжести ПсО по данным метаанализа показала, что среднее значение PASI было значимо выше у больных ПсА (средняя разница 2,64; 95 % ДИ 1,37–3,91) по сравнению с пациентами без ПсА.

Данные о взаимосвязи курения с развитием ПсА противоречивы. В ряде работ отмечено, что сигаретный дым запускает процессы оксидативного стресса, который приводит к развитию ПсО и ПсА. С другой стороны, обсуждается возможная протективная роль курения в возникновении ПсА, в связи с угнетением провоспалительных механизмов формирования артрита в результате активации $\alpha 7$ -никотиновых рецепторов ацетилхолина. Тем не менее имеются работы, показывающие, что с курением ассоциирован повышенный риск ПсО и ПсА среди населения в целом [12, 13]. Курящих больных было больше во II и III группах (62,5 и 73,5 %).

У наших пациентов суставной синдром выявлен в 87 % случаев, как и во многих исследованиях, тяжесть кожного процесса не зависела от длительности заболевания. Тем не менее, по данным метаанализа, средняя длительность заболевания была значимо выше при ПсА (средняя разница 2,64 года; 95 % ДИ 1,34–4,50), чем при ПсО.

Все больные были направлены на консультацию к ревматологу. Однако не у всех пациентов, у которых мы заподозрили субклинический ПсА, подтвердился диагноз. У 35 % пациентов с имеющимся суставным синдромом выявлены травмы скелетно-мышечной системы (20 %), ревматоидный артрит (7 %), анкилозирующий спондилит (5 %), остеоартрит (3 %).

В клинической практике дерматовенерологи чаще ограничиваются выявлением жалоб пациентов с ПсО на боли в суставах. Однако применение опросника mPEST позволяет улучшить раннюю диагностику. У больных с ПсО субклиническое поражение «синовиально-энтезиальных» тканей развивается задолго до появления первых клинических признаков артрита. Поэтому целесообразно в практику врачей-дерматовенерологов амбулаторного звена внедрять использование опросника mPEST.

На основании mPEST ≥ 3 диагноз ПсА заподозрен у 32 (33 %) обследованных с диагнозом ПсО(в), у 9 (38 %) второй группы с диагнозом ПсО(э) и у 3 (38 %) пациентов третьей группы. А по опроснику BASDAI у позитивных mPEST ≥ 3 в I группе – у 33 (34 %) пациентов, во второй – у 6

(25 %) пациентов и в третьей группе пациентов с поражением позвоночника и положительным индексом BASDAI не наблюдалось. Очевидно, возможно использовать два опросника, но в связи с ограничением времени амбулаторного приема индекс BASDAI целесообразно применять ревматологами либо дерматологами в дерматологическом стационаре перед направлением на консультацию ревматолога, особенно в случае тяжелого артрита для решения вопроса о переводе на биологическую терапию.

Для диагностики ПсА ревматологами используются критерии CASPAR. В оригинальном исследовании, проведенном в Институте ревматологии им. В. А. Насоновой (г. Москва) ПсА выявлен у 61 (59,2 %) из 103 обследованных больных ПсО, причем у 32 (52,4 %) из них диагноз был установлен впервые. При этом уровень «пропущенного» ПсА в дерматологической клинике в исследовании составил 26,2 % [14].

Сходные данные недостаточного обследования пациентов с ПсО были получены в 34 дерматологических клиниках, расположенных в Северной Америке и Европе. Пациенты заполняли три вида опросников: опросник для скрининга псориаза и артрита (PASQ – Psoriasis and Arthritis Screening Questionnaire), опросник для скрининга эпидемиологии псориаза (PEST – Psoriasis Epidemiological Screening Tool) и скрининг псориатического артрита в Торонто (ToPAS – Toronto Psoriatic Arthritis Screen).

По результатам клинического осмотра дерматолога и ревматолога, по результатам одного из опросников (PASQ, PEST, ToPAS) из 949 пациентов с псориазом, обследованных ревматологами, у 285 (30 %) поставлен диагноз ПсА. Вероятный ПсА был выявлен у 45,1 % пациентов, заполнивших опросник PASQ, у 43,0 % пациентов, заполнивших опросник PEST, и у 42,9 % пациентов, заполнивших опросник ToPAS [15, 16].

В нашем исследовании при заполнении опросников mPEST и BASDAI мы получили результаты субклинического ПсА в 33 % по mPEST и 34 % из позитивных mPEST ≥ 3 случаев по BASDAI, превышающие показатели Чамурлиевой М. Н. (59,2 %) и данные мировых исследований, проводимых в дерматовенерологических клиниках (30 %). Обследуемые нами пациенты были преимущественно со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза. Опросники, которые мы использовали, направлены на выявление патологии не только периферических суставов, но и позвоночника.

Заключение

ПсО и ПсА – многофакторные заболевания. Количество пациентов с ПсО увеличивается с

каждым годом, соответственно, увеличивается количество пациентов с ПсА. Как ревматологам, так и дерматологам необходимо понимать: в ранней диагностике ПсА колоссальная роль отводится дерматологам, но лечить ПсА нельзя также без ревматолога. Поэтому дерматологи

не должны ограничиваться жалобами пациента и клиническими проявлениями кожного процесса, но и обращать внимание на результаты опросников на наличие суставного синдрома, а в клинической практике обязательно использовать опросник mPEST.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Клинические рекомендации. Псориаз артропатической. Псориатический артрит / Общерос. обществ. орг. «Российское общество дерматовенерологов и косметологов», Ассоц. Росси. М., 2021, ID:562.
2. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies / F. Alinaghi et al. – DOI 10.1016/j.jaad.2018.06.027 // J Am Acad Dermatol. 2019. Vol. 80, No 1: Jan. P. 251-265.e19.
3. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи: статистические материалы / Е. Г. Котова и др. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. 208 с. ISBN 978-5-94116-059-4.
4. Псориатический артрит. Диагностика и лечение / М. Ю. Алиахунова и др. Ташкент, 2017. 53 с.
5. Veale D. J., Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis // Lancet. 2018. Vol. 391(10136): Jun 2. P. 2273-2284. DOI 10/1016/S0140-6736(18)30830-
6. Клиническая ревматология / под ред. В. И. Мазурова. М.: Е-ното, 2021. С. 619–639.
7. Систематический обзор и мета-анализ: факторы риска развития псориатического артрита. Ч. 2 / Н. О. Переверзина и др. // Современная ревматология. 2022. № 2. С. 26–33.
8. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study / F. C. Wilson et al. DOI 10.1002/art.24172 // Arthritis Rheum. 2009. Vol. 61, № 2: Feb 15. P. 233-239.
9. Чамурлиева М. Н., Логинова Е. Ю., Коротаева Т. В. Выявляемость псориатического артрита у больных псориазом в ревматологической и ревматологической клинике // Современная ревматология. 2016. № 4. С. 47–50.
10. Ефанова Е. Н., Васильева Е. А., Кобылянская Н. В. Анализ индекса качества жизни DLQI (The Dermatology Life Quality Index) у пациентов с различными дерматологическими нозологиями // Здоровье и образование в XXI веке. 2019. Vol. 21, № 6. С. 22–26. URL: <https://clinical-journal.ru/> (date of the request: 01.08.2022).
11. Индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) в оценке клинических проявлений псориаза / А. А. Кубанов и др. // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. Vol. 4. P. 33–38.
12. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany / M. Augustin et al. // Dermatology. 2008. Vol. 216, № 4. P. 366–372.
13. Comparative performance of psoriatic arthritis screening tools in patients with psoriasis in European / North American dermatology clinics; P. J. Mease et al. DOI 10.1016/j.jaad.2014.05.010. Epub 2014 Jun 25. PMID: 24974240 // J Am Acad Dermatol. 2014. Vol. 71, № 4: Oct. P. 649–655.
14. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European / North American dermatology clinics; P. J. Mease. DOI 10.1016/j.jaad.2013.07.023. Epub 2013 Aug 24. PMID: 23981683 // J Am Acad Dermatol. 2013. Vol. 69, № 5: Nov. P. 729–735.
15. Лешко Ю. Ю., Кундер Е. В. Ранний псориатический артрит // Лечебное дело. 2020. Т. 71, № 1. С. 49–53.
16. Систематический обзор и метаанализ: факторы риска развития псориатического артрита. Ч. 1 / Н. О. Переверзина и др. // Современная ревматология. 2022. № 1. С. 12–19.

REFERENCES

1. Clinical recommendations. Psoriasis is arthropathic. Psoriatic arthritis / All-Russian Society "Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists", Associations of Russia. M., 2021, ID:562.
2. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies / F. Alinaghi et al. – DOI 10.1016/j.jaad.2018.06.027 // J Am Acad Dermatol. 2019. Vol. 80, No. 1: Jan. P. 251-265.e19.
3. Resources and activities of medical organizations of the dermatovenerological profile. The incidence of sexually transmitted infections, contagious skin diseases and skin diseases: statistical materials / E. G. Kotova et al. M.: Central Scientific and Research Institute of Organization and Informatization of Public Health of the Ministry of Health of Russia, 2021. 208 p. ISBN 978-5-94116-059-4.
4. Psoriatic arthritis. Diagnosis and treatment / M. Yu. Aliakhunova et al. Tashkent, 2017. 53 p.
5. Veale D. J., Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis // Lancet. 2018. Vol. 391(10136): Jun 2. P. 2273-2284. DOI 10/1016/S0140-6736(18)30830-4.
6. Clinical rheumatology / ed. V. I. Mazurova. M.: E-noto, 2021. P. 619–639.
7. Systematic review and meta-analysis: risk factors for psoriatic arthritis. Part 2 / N. O. Pereverzina et al. // Modern rheumatology. 2022. No. 2. P. 26–33.
8. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study / F. C. Wilson et al. DOI 10.1002/art.24172 // Arthritis Rheum. 2009. Vol. 61, no. 2: Feb. 15. P. 233-239.
9. Chamurliева M. N., Loginova E. Yu., Korotaeva T. V. Detection of psoriatic arthritis in patients with psoriasis in dermatological and rheumatological clinics // Modern Rheumatology. 2016. No. 4. P. 47–50.
10. Efanova E. N., Vasilyeva E. A., Kobylanskaya N. V. Analysis of the DLQI (The Dermatology Life Quality Index) quality of life index in patients with various dermatological nosologies // Health and education in the XXI century. 2019. Vol. 21, No. 6. pp. 22–26. URL: <https://clinical-journal.ru/> (date of the request: 08/01/2022).
11. PASI index (Psoriasis Area and Severity Index) in assessing the clinical manifestations of psoriasis / A. A. Kubanov et al. // Bulletin of dermatology and venereology. 2016. Vol. 4. P. 33–38.
12. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany / M. Augustin et al. // Dermatology. 2008. Vol. 216, № 4. P. 366–372.
13. Comparative performance of psoriatic arthritis screening tools in patients with psoriasis in European / North American dermatology clinics; P. J. Mease et al. DOI 10.1016/j.jaad.2014.05.010. Epub 2014 Jun 25. PMID: 24974240 // J Am Acad Dermatol. 2014. Vol. 71, № 4: Oct. P. 649–655.
14. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European / North American dermatology clinics; P. J. Mease. DOI 10.1016/j.jaad.2013.07.023. Epub 2013 Aug 24. PMID: 23981683 // J Am Acad Dermatol. 2013. Vol. 69, № 5: Nov. P. 729–735.
15. Leshko Yu. Yu., Kunder E. V. Early psoriatic arthritis // Medical business. 2020. V. 71, No. 1. P. 49–53.
16. Systematic review and meta-analysis: risk factors for psoriatic arthritis. Part 1 / N. O. Pereverzina et al. // Modern rheumatology. 2022. No. 1. P. 12–19.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-23-29
УДК 616-002.5-082(571.620-25)“2011/2020”

Оценка эффективности лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции в г. Хабаровске за 2011–2020 годы

Л. О. Куковицкая¹, К. П. Топалов², К. С. Шевченко¹

¹КГБУЗ «Туберкулезная больница», Хабаровск, Россия, ktb@ptd27.ru

²Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipksz.khv.ru

Evaluation of the effectiveness of therapeutic and preventive and counter-epidemic measures in the foci of tuberculosis infection in Khabarovsk from 2011 to 2020

L. O. Kukovitskaya¹, K. P. Topalov², K. S. Shevchenko¹

¹The Khabarovsk Krai Tuberculosis Hospital, Khabarovsk, Russia, ktb@ptd27.ru

²Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipksz.khv.ru

В статье дан анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в Хабаровске. За последние годы (2011–2020) показатели заболеваемости и инфицированности жителей города сохраняются на высоком уровне. Установлена достоверная корреляционная связь динамики заболеваемости населения Хабаровска туберкулезом с аналогичной патологией в крае, Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе. Для оценки эпидемической ситуации по туберкулезу проведено ранжирование определенных показателей среди четырех субъектов. Для улучшения изучаемой ситуации по туберкулезу в представленных субъектах следует внедрять постоянный мониторинг за состоянием фтизиатрической помощи, оценку эпидемической ситуации по туберкулезу.

Ключевые слова: туберкулез, очаги туберкулезной инфекции, структура заболеваемости населения туберкулезом, эффективность лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий при туберкулезной инфекции

The article analyzes the epidemic situation of tuberculosis in Khabarovsk. In recent years (2011-2020), the incidence and infection rates of the city's residents remain at a high level. A reliable correlation between the dynamics of the incidence of tuberculosis in the population of Khabarovsk with a similar pathology in the Khabarovsk Krai, the Russian Federation and the Far Eastern Federal District was established. To assess the epidemiological situation in tuberculosis, certain indicators were ranked among four subjects. In order to improve the tuberculosis situation under study in the presented subjects, it is necessary to introduce constant monitoring of the state of TB care, an assessment of the epidemic situation in tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, foci of tuberculosis infection, the structure of the incidence of tuberculosis in the population, the effectiveness of therapeutic and preventive and anti-epidemic measures for tuberculosis infection

Несмотря на определенные успехи в области эпидемиологии туберкулеза в мире, России, эпидемическая ситуация на Дальнем Востоке остается весьма напряженной. Нами установлена достоверная корреляционная связь заболеваемости населения активным туберкулезом в регионах Дальневосточного федерального округа ($0,93 \pm 0,114$) и плотностью населения на 1 кв. км, что подтверждает значимость скученности населения в распространении туберкулезной инфекции [1]. Учитывая эту особенность с научной точки зрения, было

целесообразным провести научные исследования в области эпидемиологии туберкулеза в крупнейшем городском образовании края, каким представлен город Хабаровск, в котором проживало на 1 января 2021 года 610 305 человек, или $46,9 \pm 0,044$ % от общей численности населения в крае.

Цель исследования

Изучение особенностей распространения туберкулезной инфекции среди жителей Хабаровска, Хабаровского края, Российской

Федерации и Дальневосточного федерального округа за 2011–2020 годы.

Анализ эффективности лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции.

Материал и методы

Объектом анализа явились данные официального наблюдения за состоянием эпидемической ситуации по туберкулезу в городе Хабаровске, Хабаровском крае (ХК), Российской Федерации (РФ), Дальневосточном федеральном округе (ДФО), взятые из формы 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и формы 33 «Сведения о больных туберкулезом» за 2011–2020 годы. Численность населения за 2011–2021 годы взята по данным Росстата и Управления Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю, Магаданской области, Еврейской автономной области и Чукотскому автономному округу.

Помимо этого, были использованы данные по туберкулезу, взятые из сборников Росстата «Социально значимые заболевания России» и Новосибирского научно-исследовательского института туберкулеза (ННИИТ) Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2011–2020 годы.

Изучена территориальная заболеваемость населения активным туберкулезом согласно данным формы 8. Показатель заболеваемости постоянного населения рассчитывали по данным формы 8 без учета иностранных граждан, лиц без определенного места жительства (БОМЖ), заболевших в учреждениях исполнения наказания и умерших от туберкулеза, учтенных посмертно.

Распространенность активного туберкулеза среди населения основывалась на численности пациентов, находящихся на диспансерном учете на конец года из формы 33.

Структура эпидемической ситуации по туберкулезу была представлена численностью больных деструктивными формами туберкулеза легких (форма 33), пациентов с впервые выявленным активным туберкулезом, выделяющих микобактерию Коха (форма 8), и больных, имеющих множественную лекарственную устойчивость (МЛУ), зарегистрированных впервые (форма 33). Для оценки эпидемической ситуации использовали показатели численности пациентов с деструктивными формами туберкулеза легких и больных с выделением микобактерий туберкулеза (БК), находящихся на диспансерном учете (ДУ) на конец года (форма 33), а также число больных фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ), впервые выявленных (форма 8) и находящихся на ДУ

на конец года (форма 33), численность лиц с рецидивами туберкулезного процесса с выделением БК (форма 8).

Для оценки напряженности эпидемической ситуации по туберкулезу использовали показатель смертности населения от туберкулезной инфекции. Для расчета этого показателя были взяты данные из формы 51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» и сборников Росстата и ННИИТ.

Перечисленные показатели для оценки эпидемической ситуации по туберкулезу рассчитывали на 100 тыс. соответствующего населения, а их доли выражали в процентах.

Для оценки своевременности выявления случаев туберкулеза и эффективности лечения впервые выявленных пациентов использовали показатель смертности умерших от туберкулеза в течение первого года после их регистрации в специализированных медицинских организациях.

Для определения места Хабаровска среди трех изучаемых для сравнения субъектов (ХК, РФ и ДФО) была использована методика ранговой значимости выбранных нами 13 критериев, в том числе 5 критериев среди ХК, Хабаровска и ДФО.

Эффективность лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий основывалась на показателях закрытия полостей распада в легочной паренхиме и прекращения выделения микобактерий туберкулеза (форма 33), на уровне проведения профилактических мероприятий среди контактных лиц и частоты обработки очагов туберкулезной инфекции.

Для изучения динамических рядов был применен метод наименьших квадратов. Для оценки полученных результатов исследования были использованы вариационный и корреляционный методы анализа.

Результаты и обсуждение

В Хабаровске за последние годы (2011–2020) территориальная заболеваемость населения активным туберкулезом снизилась на 44,0 % и составила в 2020 году $49,9 \pm 2,85$ случая на 100 тыс. населения (рис. 1).

В среднем за 10 лет показатель территориальной заболеваемости активным туберкулезом среди жителей Хабаровска составил $75,1 \pm 3,52$ случая на 100 тыс. населения. Это на 38,8 % выше федерального значения ($54,1 \pm 0,19$ случая), однако ниже окружных ($90,9 \pm 1,05$ случая) и краевых ($101,1 \pm 2,75$ случая) показателей на 17,4 % и 25,5 % соответственно.

Установлена достоверная корреляционная связь между территориальной заболеваемостью

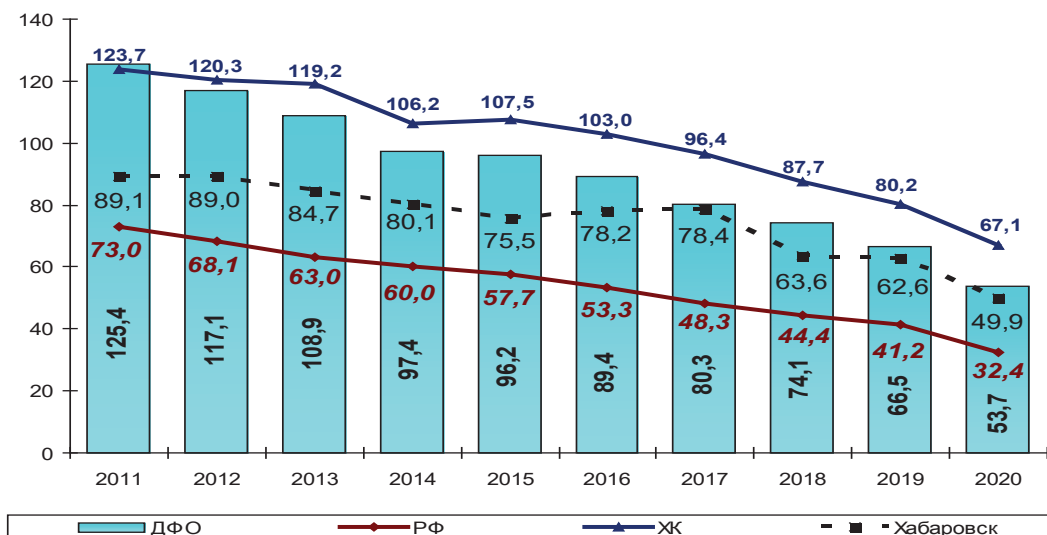


Рис. 1. Территориальная заболеваемость населения Хабаровска, ХК, РФ и ДФО активным туберкулезом (на 100 тыс. соответствующего населения)

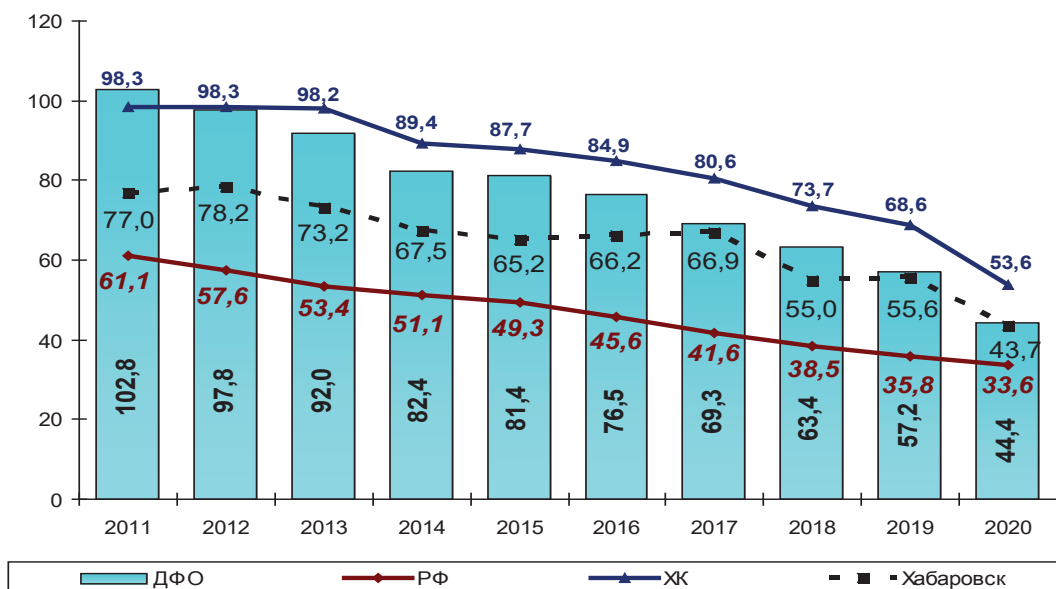


Рис. 2. Заболеваемость постоянного населения Хабаровска, ХК, РФ и ДФО активным туберкулезом (на 100 тыс. соответствующего населения)

жителей Хабаровска активным туберкулезом и аналогичной заболеваемостью населения ХК, РФ и ДФО (уровень вероятности (p) составил 99 %, или $p < 0,001$).

Ежегодные темпы снижения территориальной заболеваемости населения активным туберкулезом в Хабаровске оказались менее значительными, чем в ХК, РФ и ДФО (5,2 % против 5,9 %, 7,7 % и 8,2 % соответственно).

Заболеваемость постоянного населения Хабаровска активным туберкулезом за 2011–2020 годы снизилась на 43,2 % и составила в 2020 году 43,7 случая на 100 тыс. населения (рис. 2).

В среднем заболеваемость постоянного населения Хабаровска активным туберкулезом за 10 лет изучаемого периода составила $64,8 \pm 3,27$

случая на 100 тыс. человек. Это выше федерального значения ($46,8 \pm 0,18$ случая) на 38,5 %. По сравнению с заболеваемостью постоянного населения туберкулезом в ДФО и ХК ($76,7 \pm 0,96$ и $83,3 \pm 2,50$ случая соответственно) городской показатель заболеваемости оказался ниже на 15,5 % и 22,2 % соответственно.

Ежегодные темпы снижения заболеваемости постоянного населения активным туберкулезом в Хабаровске за изучаемый период оказались равными 5,1 %. Это гораздо ниже, чем в ХК, РФ и ДФО (5,5 %, 6,6 % и 7,9 % соответственно).

Динамика снижения заболеваемости постоянного населения активным туберкулезом оказалась одинаковой среди изучаемых субъектов (рис. 2). Установлена достоверная кор-

реляционная связь городской заболеваемости с ХК, РФ и ДФО с уровнем вероятности в 99 %, или $p < 0,05$.

Как известно, показатель заболеваемости имеет эпидемиологическую и организационно-методическую составляющую и отражает не столько частоту случаев заболевания населения туберкулезом, сколько эффективность работы медицинских организаций по привлечению широких масс населения к обследованию с целью выявления больных туберкулезом [2].

Показатель распространенности туберкулеза отражает частоту зарегистрированной заболеваемости среди населения края на конец года (форма 33). Данный показатель является интегральным показателем эффективности работы специализированных медицинских организаций по лечению и наблюдению за постоянным населением, страдающим туберкулезным процессом (форма 33).

За 10 лет (2011–2020) распространенность туберкулеза в Хабаровске снизилась более чем в 3 раза и составила 60,0 случая на 100 тыс. населения на конец года (рис. 3).

Такие тенденции к снижению распространенности туберкулеза сохраняются в трех изучаемых субъектах. Между ними и заболеваемостью населения Хабаровска установлена достоверная корреляционная связь (уровень вероятности (p) составил 99 %, или $p < 0,001$).

Надо учесть, что ежегодные темпы убыли оказались самыми высокими в Хабаровске – 9,4 %, в РФ, ДФО и ХК 8,4 %, 7,4 % и 5,8 % соответственно.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу оказалась в Хабаровском крае и городе Хабаровске более напряженной, чем в ДФО и РФ (табл. 1). Особое значение придается таким показателям, как доля лиц, выделяющих БК, среди впервые выявленных больных и лиц, находящихся на ДУ на конец года, а также пациентов с МЛУ среди впервые выявленных и лиц, находящихся на ДУ на конец года среди населения Хабаровска. Эту точку зрения поддерживает И. А. Васильева с соавт. [3].

Смертность населения от туберкулеза среди изучаемых субъектов оказалась за 10 лет (2011–2020) самой высокой в ХК (15,8±0,34 случая на 100 тыс.) и практически не отличается от таковой в ДФО (15,0±0,13 случая). В Хабаровске смертность оказалась ниже на 20,3 % (12,6±0,46 случая) и более чем в 1,4 раза превышает федеральное значение (8,8±0,02 случая на 100 тыс. населения). Значительная вариабельность показателей смертности в четырех изучаемых субъектах обусловлена, скорее всего, разным уровнем организации своевременного выявления и лечения больных туберкулезом [4].

Для оценки эпидемической ситуации по туберкулезу в изучаемых субъектах мы использовали методику ранжирования определенных показателей, отражающих неблагополучие в этом вопросе [5].

Ранжирование 13 показателей, характеризующих эпидемическую ситуацию по туберкулезу в ХК, Хабаровске, РФ и ДФО, свидетельствует, что в ХК и Хабаровске она остается более напряженной, чем в РФ и ДФО (табл. 1).

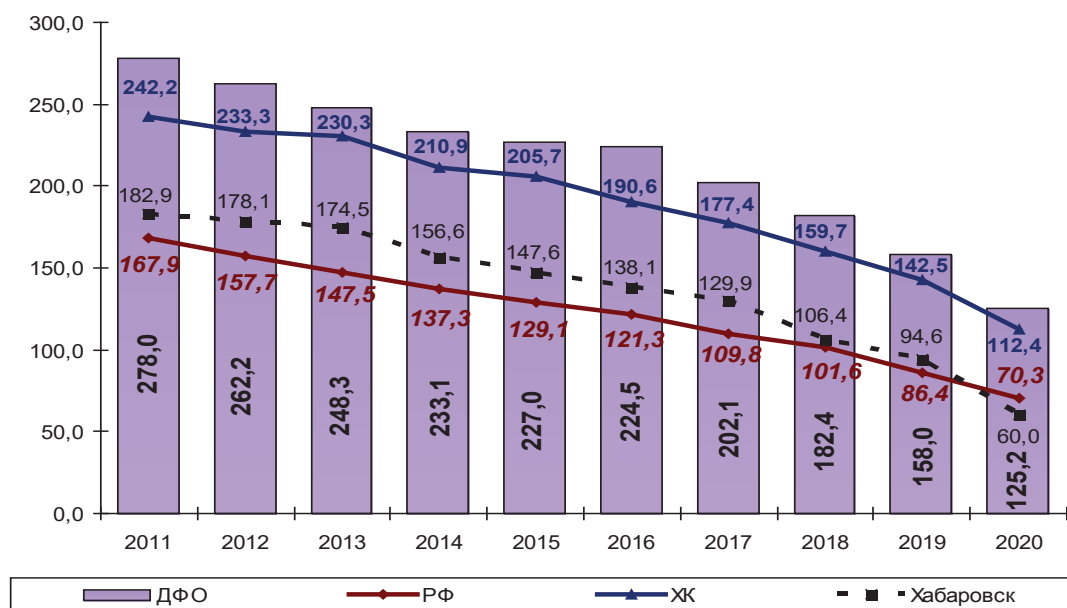


Рис. 3. Распространенность туберкулеза среди населения Хабаровска, ХК, РФ и ДФО на конец года (на 100 тыс. соответствующего населения)

Таблица 1

Оценка эпидемической ситуации в ХК, Хабаровске, РФ и ДФО

Показатели	ХК	Хабаровск	РФ	ДФО
Бактериовыделители, ф. 8 (на 100 тыс.)	48,2±0,60	43,4±0,85	24,7±0,04	40,8±0,22
Доля лиц с выделением БК среди впервые выявленных пациентов, ф. 8 (в %)	47,6±0,43	58,0±0,73	45,7±0,06	44,8±0,18
Бактериовыделители, ф. 33 (на 100 тыс.)	115,9±0,93	95,4±1,25	51,8±0,06	98,1±0,34
Доля лиц с выделением БК среди диспансерных больных, ф. 33 (в %)	60,7±0,31	70,0±0,50	42,3±0,04	45,7±0,12
Смертность от туберкулеза, ф. 51 (на 100 тыс.)	15,8±0,34	12,6±0,46	8,8±0,02	15,0±0,13
МЛУ среди впервые выявленных пациентов, ф. 33 (на 100 тыс.)	12,2±0,30	10,7±0,42	4,8±0,02	7,6±0,10
Доля МЛУ среди поставленных на учет впервые выявленных больных (в %)	14,8±0,34	16,8±0,60	10,4±0,04	9,9±0,12
МЛУ среди лиц, находящихся на ДУ на конец года, ф. 33 (на 100 тыс.)	58,6±0,66	47,8±0,89	23,7±0,04	40,5±0,22
Доля МЛУ среди поставленных на ДУ пациентов на конец года (в %)	30,7±0,29	35,0±0,52	19,3±0,03	18,9±0,09
ФКТ среди лиц, находящихся на ДУ на конец года, ф. 33 (на 100 тыс.)	12,3±0,30	5,3±0,30	12,5±0,03	26,4±0,18
Доля ФКТ среди больных, находящихся на ДУ на конец года (в %)	6,14±0,15	3,88±0,21	10,2±0,02	12,3±0,08
Рецидивы по форме 8 (на 100 тыс.)	21,1±0,40	13,3±0,47	9,5±0,03	18,4±0,15
Рецидивы у находящихся на ДУ на конец года, ф. 33 (на 100 тыс.)	15,5±0,34	11,4±0,43	7,4±0,02	14,2±0,13
Сумма баллов при ранжировании показателей	44	35	20	31

Обстановка с фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ) в Хабаровске более благоприятна, чем в ХК, РФ и ДФО, хотя больные с этой формой туберкулезного процесса входят в группу риска по формированию МЛУ с последующей неэффективностью лечения [6].

Для адекватной оценки эпидемической ситуации по туберкулезу в Хабаровске, ХК и ДФО были изучены данные по умершим от туберкулеза пациентам в течение первого года после их регистрации, рассчитанные на 100 тыс. населения, их доля в общем числе умерших от туберкулезной инфекции в процентах.

Изучены данные по деструктивным формам туберкулеза легких среди впервые выявленных больных и лиц, состоящих на ДУ на конец года (форма 33), а также лиц с рецидивами, выде-

ляющих БК, впервые выявленных (форма 8), рассчитанные на 100 тыс. населения. С учетом ранжирования указанных показателей оказалось, что эпидемическая ситуация по туберкулезу остается напряженной в Хабаровском крае, ДФО. В Хабаровске эта ситуация остается более благоприятной (табл. 2).

Эпидемическая ситуация по туберкулезу во многом зависит от качества проводимых лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий. За 10 лет (2011–2020) в крае выявлено 5312 очагов туберкулезной инфекции, в которых было более 45 тыс. контактных лиц, из них 26,2 % составили дети в возрасте 0–17 лет (11 802 ребенка).

Эффективность лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий определяли по следующим показателям:

Таблица 2

Оценка эпидемической ситуации в ХК, Хабаровске и ДФО

Показатели	ХК	Хабаровск	ДФО
Умершие до года от туберкулеза, ф. 33 (на 100 тыс.)	3,0±0,15	2,35±0,20	2,03±0,05
Доля умерших больных от туберкулеза в течение первого года наблюдения (в %)	19,0±0,85	18,7±1,41	13,5±0,31
Число впервые выявленных лиц с деструкцией легких, ф. 33 (на 100 тыс.)	31,3±0,49	23,9±0,63	29,6±0,19
Число лиц с деструкцией легких, состоящих на ДУ на конец года, ф. 33 (на 100 тыс.)	78,9±0,77	52,0±0,92	91,7±0,33
Число рецидивов с выделением БК, ф. 8 (на 100 тыс.)	10,6±0,28	8,7±0,38	18,4±0,15
Сумма баллов при ранжировании показателей	13	7	10

– прекращение выделения БК, определенное любым способом, у впервые выявленных больных туберкулезом;

– закрытие полостей распада у впервые выявленных пациентов;

– частота выявления туберкулеза у контактных лиц в очагах туберкулезной инфекции, особенно среди детского населения;

– частота дезинфекции домашних очагов туберкулезной инфекции.

За 10 лет (2011–2020) коллектив КГБУЗ «Туберкулезная больница» добился определенных успехов в лечении больных. Так, за изучаемый период прекращение выделения БК составило среди городских больных 85,2±0,72 %, что выше аналогичного показателя по Хабаровскому краю на 1,5 % ($t=1,50$, $p > 0,05$). Уровень закрытия полостей деструкции легочной паренхимы за этот период остается на одном уровне как в Хабаровске, так и в крае (81,3±0,97 % и 81,5±0,58 % соответственно).

Среди контактных лиц за 2011–2020 годы заболело туберкулезом 44 городских жителя, что составило 244,7±36,8 случая на 100 тыс. контактных пациентов. Заболеваемость среди детского населения в очагах туберкулезной инфекции (708,4±131,1 случая) в 6,5 раза выше, чем среди взрослых (108,0±27,9 случая на 100 тыс.). Наши клинические исследования подтверждают выводы В. А. Аксеновой с соавт. [7]. Аналогичные показатели в Хабаровском крае оказались гораздо выше. Так, заболеваемость контактных лиц составила за 2011–2020 годы 643,3±37,7 случая на 100 тыс. лиц, находящихся в очагах туберкулезной инфекции. Среди детских и взрослых контактов

заболеваемость в крае составила 957,5±89,6 и 531,9±39,9 случая соответственно. Снижение заболеваемости контактных детей обусловлено:

– во-первых, оздоровлением источника инфекции (госпитализация источника до полного прекращения выделения БК);

– во-вторых, проведением превентивного лечения по показаниям;

– в-третьих, созданием условий для повышения иммунной прослойки у ребенка.

Такая профилактика существенно влияет на показатели заболеваемости детского населения туберкулезом [8].

Заболеваемость контактных лиц в разы превышает заболеваемость постоянного населения города и края.

Надо сказать, что за последние пять лет (2016–2020) заболеваемость контактных лиц туберкулезом достоверно снизилась, особенно среди взрослого населения, как в городе, так и в крае.

За последние годы (2011–2020) в значительной степени активизировалась работа в домашних очагах инфекции в Хабаровске. Количество очагов за этот период уменьшилось почти в 2,9 раза, с 721 до 251 очага. Количество дезинфекций на 100 очагов увеличилось в 5,3 раза, в том числе при госпитализации городских больных активным туберкулезом в 6 раз, по другим причинам (в случае смерти пациента от туберкулеза, перед возвращением родильницы в очаг, при перемене жительства) в 3 раза (рис. 4).

С 2015 года активную роль в проведении дезинфекционных мероприятий стало играть КГАУЗ «Краевая дезинфекционная станция».

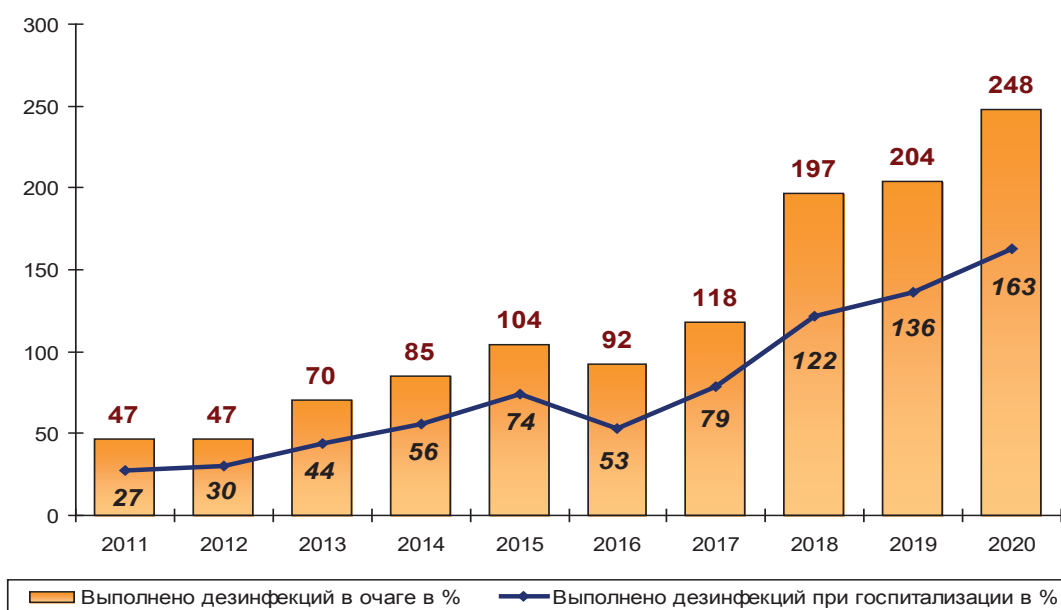


Рис. 4. Процент выполненных дезинфекций в домашних очагах туберкулезной инфекции

Заключение

За последние годы (2011–2020) эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Хабаровском крае и городе Хабаровске остается напряженной по сравнению с РФ и ДФО на основе изучения 13 критериев. Более благоприятна эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди жителей Хабаровска по сравнению с краем и ДФО на основе анализа 5 критериев оценки показателей.

Основными задачами для снижения распространения туберкулезной инфекции среди населения являются, на наш взгляд, следующие:

– организация мониторинга диспансерного наблюдения и лечения больных туберкулезом;

– активизация работы по раннему выявлению больных туберкулезом;

– совершенствование системы наблюдения за контактными лицами, особенно среди детского населения;

– повышение современного уровня знаний по туберкулезу среди медицинского персонала как специализированных медицинских организаций, так и организаций общего профиля, а также населения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Топалов К. П., Карпенко О. Л., Ковалева Е. Г. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Хабаровском крае: состояние и тенденции // *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2021. № 1. С. 17–24.
2. Совместная работа противотуберкулезных учреждений и службы эпиднадзора по борьбе с туберкулезом: учеб. пособие / под ред. А. В. Павлунина. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2015. 252 с.
3. Васильева И. А., Тестов В. В., Стерликов С. А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в годы пандемии COVID-19 – 2020–2021 годы // *Туберкулез и болезни легких*. 2022. Т. 100, № 3. С. 6–12.
4. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Дальневосточном федеральном округе в 2003–2008 гг. / Г. С. Мурашкина и др. // *Туберкулез и болезни легких*. 2010, № 10. С. 10–16.
5. Сазыкин В. Л., Сон И. М. Комплексная оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2006. № 10. С. 65–69.
6. Боровицкий В. С. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Пенитенциарные аспекты // *Туберкулез и болезни легких*. 2012. № 9. С. 3–15.
7. Аксенова В. А., Клевно Н. И., Каатарашвили С. М. Очаг туберкулезной инфекции и его значение в развитии туберкулеза у детей // *Туберкулез и болезни легких*. 2015. Т. 91, № 1. С. 19–24.
8. Кривохиж В. Н., Михайлова С. В., Скрынник Н. А. Организация работы в очагах туберкулеза в Адмиралтейском районе Санкт-Петербурга // *Педиатр*. 2002. Т. 3, № 1. С. 53–58.

REFERENCES

1. Topalov K. P., Karpenko O. L., Kovaleva E. G. Epidemiological situation of tuberculosis in the Khabarovsk Territory: status and trends // *Zdravookhraneniye Dalnego Vostoka*. 2021. No. 1. P. 17–24.
2. Collaboration of anti-tuberculosis institutions and surveillance services to combat tuberculosis: textbook. allowance / ed. A. V. Pavlunin. N. Novgorod: Publishing House of NGMA, 2015. 252 p.
3. Vasilyeva I. A., Testov V. V., Sterlikov S. A. Epidemiological situation in tuberculosis during the COVID-19 pandemic - 2020–2021 // *Tuberculosis and lung diseases*. 2022. V. 100, No. 3. P. 6–12.
4. Epidemic situation of tuberculosis in the Far Eastern Federal District in 2003–2008. / G. S. Murashkina et al. // *Tuberculosis and lung diseases*. 2010, No. 10. P. 10–16.
5. Sazykin V. L., Son I. M. Comprehensive assessment of the epidemic situation in tuberculosis in Russia // *Problems of tuberculosis and lung diseases*. 2006. No. 10. P. 65–69.
6. Borovitsky V. S. Fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis. Penitentiary aspects // *Tuberculosis and lung diseases*. 2012. No. 9. P. 3–15.
7. Aksenova V. A., Klevno N. I., Kavtarashvili S. M. The focus of tuberculosis infection and its significance in the development of tuberculosis in children // *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2015. V. 91, No. 1. P. 19–24.
8. Krivokhizh V. N., Mikhailova S. V., Skrynnik N. A. Organization of work in tuberculosis foci in the Admiralty district of St. Petersburg // *Pediatrician*. 2002. V. 3, No. 1. P. 53–58.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-30-35
УДК 616.517:31(571.620)“2010/2019”

Динамика распространенности и заболеваемости псориазом за период 2010–2019 годы в Хабаровском крае

А. В. Некипелова, К. П. Топалов

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipksz.khv.ru

Dynamics of psoriasis prevalence and incidence for the period from 2010 to 2019 in the Khabarovsk krai

A. V. Nekipelova, K. P. Topalov

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipksz.khv.ru

В статье приведены статистические данные по распространенности и заболеваемости псориазом среди населения Хабаровского края в сравнении с Российской Федерацией и Дальневосточным федеральным округом. Вычислены ежегодные темпы прироста/убыли общей и первичной заболеваемости псориазом населения, в том числе городского и сельского, в Хабаровском крае, Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе.

Ключевые слова: псориаз, общая заболеваемость, первичная заболеваемость

The article presents statistical data on the prevalence and incidence of psoriasis among the population of the Khabarovsk Krai in comparison with the Russian Federation and the Far Eastern Federal District. The annual growth/decline rates of the general and primary incidence of psoriasis in the population, including the urban and rural population, in the Khabarovsk Krai, the Russian Federation and the Far Eastern Federal District were calculated.

Keywords: psoriasis, general morbidity, primary morbidity

Введение

Псориаз – хроническое иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией кератиноцитов, нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата [1]. В связи с этим псориаз представляет серьезную медико-социальную проблему. Актуальность этой медико-социальной проблемы связана с:

- значительной распространенностью патологии;
- особенностями клинического течения болезни;
- возникновением первых клинических проявлений в большинстве случаев в молодом возрасте;
- ухудшением качества жизни больных;
- трудностью лечения указанной патологии.

В Хабаровском крае псориаз имеет тенденцию к распространению среди населения [2]. В различных странах эта распространенность

колеблется в очень широких пределах – от 0,1 до 3 %. По данным различных источников, в России этот показатель составляет около 1 % [3].

Высокая распространенность псориаза в человеческой популяции подчеркивает актуальность проблемы лечения и реабилитации больных данной патологией. Такая ситуация с псориазом обусловлена: накоплением генетических мутаций, неблагоприятной социально-экономической ситуацией, стрессами и региональными экологическими проблемами [4, 5].

Цель исследования

Проанализировать заболеваемость населения псориазом в Хабаровском крае за 2010–2019 годы.

Материал и методы

Объектом анализа были ежегодные краевые статистические отчеты (форма 12), данные форм федерального статистического наблюдения «Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи» (статистические материалы

за 2010–2019 гг. Росстата). Из приведенных статистических сборников брались для анализа абсолютные значения заболеваемости населения псориазом. Для определения тенденции сравнивались два пятилетних периода: 2010–2014 и 2015–2019 годы. Показатели заболеваемости рассчитывались на 100 тыс. соответствующего населения, взятых по данным Росстата. Были использованы методы вариационного и корреляционного анализа, динамические ряды исследовались методом наименьших квадратов [6].

Результаты и обсуждение

Общая заболеваемость населения псориазом в Хабаровском крае (ХК) за период 2010–2019 годы повысилась до 300,8±4,8 случая на 100 тыс. населения.

Общая заболеваемость в крае оказалась выше на 21,6 %, чем в РФ (247,3±0,4 случая на 100 тыс.) и практически не отличалась от окружных значений (308,8±1,9 случая) (рис. 1).

В 2010 году общая заболеваемость населения псориазом в ХК составила 102,8 человека на 100 тыс. населения, что значительно ниже, чем показатели в РФ и ДФО. К 2015 году этот показатель существенно вырос и превысил показатель в РФ, но не в ДФО. В 2017 году распространенность псориаза в крае выросла до 306,1 человека на 100 тыс. населения, значительно превысив и федеральные, и окружные значения.

В ХК ежегодный прирост общей заболеваемости населения псориазом за 2010–2019 годы составил 10,50 %, что значительно выше федеральных и окружных значений (1,55 % и 2,96 % соответственно).

В 2010 году первичная заболеваемость населения псориазом в ХК была 41,3 человека на 100 тыс. населения, что значительно ниже, чем в РФ (69,5 случая) и в ДФО (75,3 случая). В 2016 году первичная заболеваемость населения псориазом в крае превысила показатель по РФ и ДФО на 15,4 % и 26,1 % соответственно. В

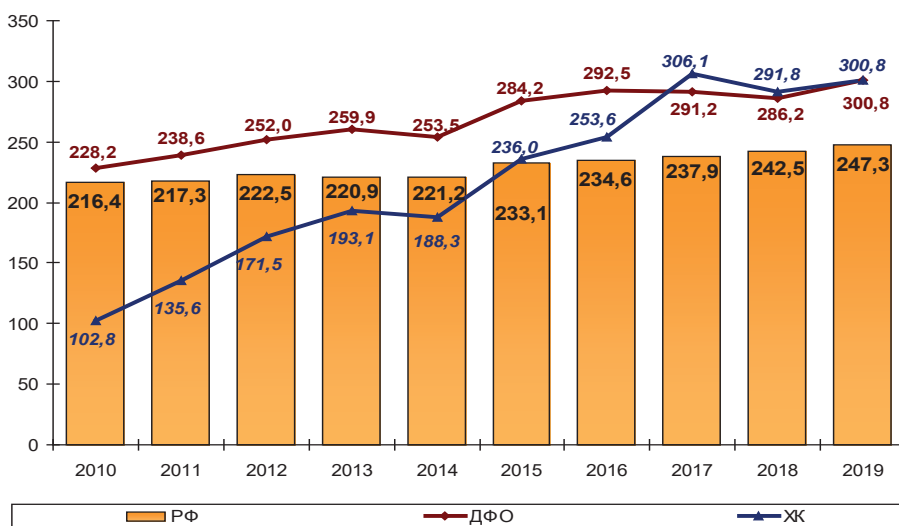


Рис. 1. Общая заболеваемость псориазом среди субъектов: РФ, ДФО, ХК на 100 тыс. соответствующего населения

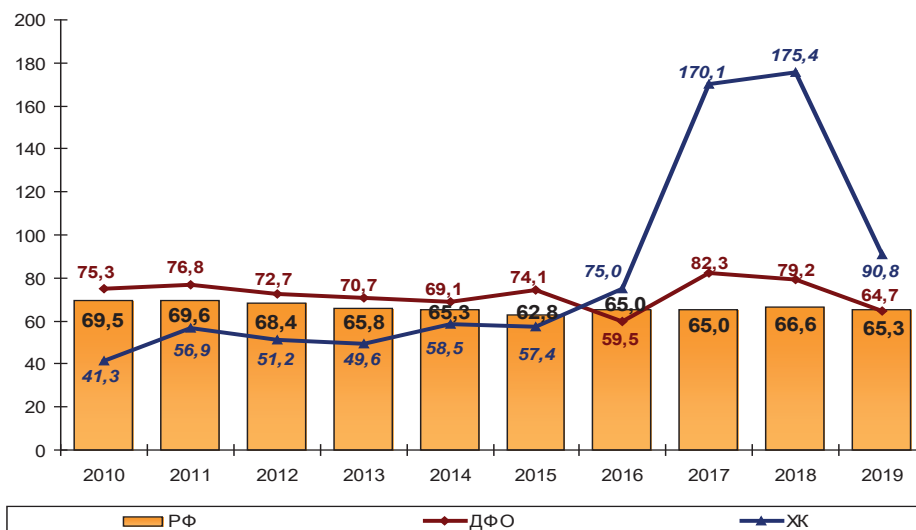


Рис. 2. Первичная заболеваемость псориазом среди субъектов: РФ, ДФО, ХК на 100 тыс. соответствующего населения

2017–2018 годах краевой показатель значительно превышал федеральные и окружные значения. В 2019 году в ХК первичная заболеваемость населения псориазом снизилась до 90,8 случая на 100 тыс. населения, но она оказалась выше, чем в РФ и ДФО (65,3 и 64,7 случая соответственно) (рис. 2).

При сравнении двух пятилетних интервалов (2010–2014 и 2015–2019) наблюдалось повышение общей заболеваемости населения в крае псориазом на 75,4 % (в 1,75 раза), а первичной заболеваемости – на 121,88 % (в 2,2 раза) (рис. 3).

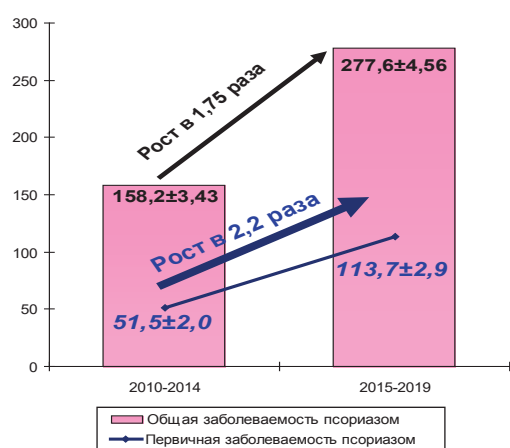


Рис. 3. Распространенность и заболеваемость населения края на 100 тыс. в 2010–2014 и 2015–2019 годы

Общая заболеваемость населения псориазом в крае за 10 лет (2010–2019) составила 218,0 случая на 100 тыс. Это ниже федерального ($229,4 \pm 0,4$ случая) и окружного ($268,7 \pm 1,8$ случая) значений на 5,0 % и 18,9 % соответственно. Первичная заболеваемость псориазом за этот период в крае составила $82,6 \pm 2,5$ случая на 100 тыс., что значительно выше, чем в России ($66,3 \pm 0,2$ случая) и на Дальнем Востоке ($72,4 \pm 0,9$ случая) на 24,6 % и 14,1 % соответственно.

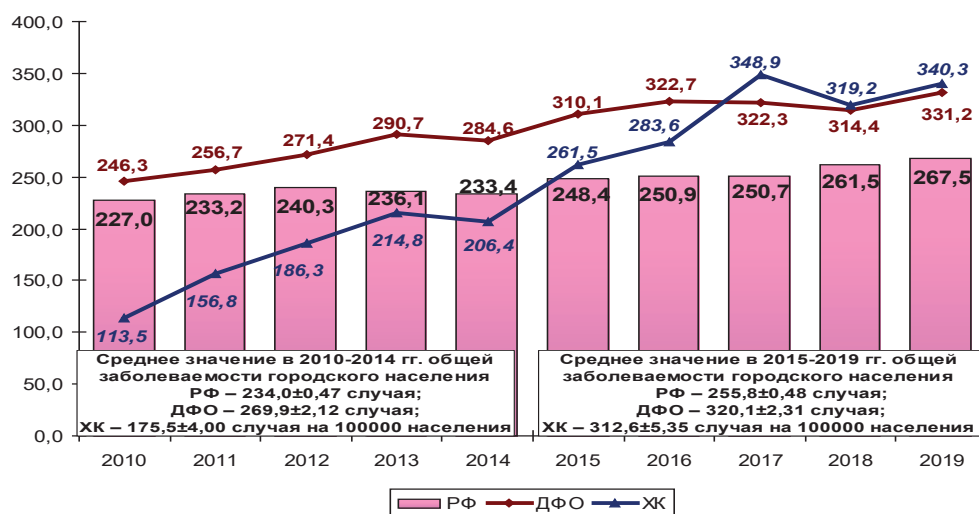


Рис. 4. Распространенность псориаза среди городского населения РФ, ДФО и ХК на 100 тыс. соответствующего населения

В РФ ежегодный прирост общей заболеваемости населения псориазом составил 1,55 %, а убыль первичной заболеваемости – 0,74 % в 2010–2019 годах.

В ДФО ежегодный прирост общей заболеваемости населения псориазом составил 2,96 %, а убыль первичной заболеваемости – 0,49 % за изучаемый период.

В ХК ежегодный прирост общей заболеваемости населения псориазом оказался равным 10,5 %, прирост первичной заболеваемости 14,27 %, что в 3,5 и 13,8 раза больше, чем в ДФО; в 6,8 и 13,5 раза больше, чем в РФ.

Только в ХК имеется достоверная корреляционная связь между общей и первичной заболеваемостью населения псориазом ($r = 0,771 \pm 0,080$). В РФ и ДФО между общей и первичной заболеваемостью населения псориазом существует отрицательная корреляционная связь ($r = -0,587 \pm 0,101$ и $-0,242 \pm 0,121$ соответственно).

В Хабаровском крае общая заболеваемость городского населения псориазом увеличилась в 3 раза, с $113,5 \pm 3,21$ случая на 100 тыс. горожан до $340,3 \pm 5,60$ случая (рис. 4).

В РФ и ДФО рост общей заболеваемости населения псориазом оказался ниже на 17,8 % и 34,5 % соответственно.

Ежегодные темпы прироста заболеваемости городского населения псориазом в ХК составили 10,7 %, что в 6,4 раза выше, чем в РФ, и в 3,4 раза выше, чем в ДФО (1,7 % и 3,2 % соответственно).

Аналогичная ситуация складывается с первичной заболеваемостью городского населения псориазом в ХК. В последние годы (2015–2019) первичная заболеваемость городского населения псориазом выросла в 2,2 раза по сравнению с предыдущим пятилетием (2010–2014), с $60,5 \pm 2,35$ случая до $136,1 \pm 3,53$ случая на

100 тыс. соответствующего населения. Особое внимание обращает на себя значительный рост первичной заболеваемости городского населения края в 2017–2018 годах, что требует специального медико-социологического исследования (рис. 5).

Ежегодные темпы прироста первичной заболеваемости городского населения края псориазом составили 14,63 %, что значительно выше, чем в РФ и ДФО (–0,74 % и –0,49 % соответственно).

За изучаемый период (2010–2019) первичная заболеваемость городского населения псориазом в ХК составила 98,2±3,0 случая на 100 тыс., что значительно выше, чем в РФ и ДФО (77,9±0,3 и 88,0±1,2 случая соответственно).

В ХК имеется достоверная корреляционная связь ($r=0,787\pm0,077$) между общей и первичной

заболеваемостью городского населения псориазом. В РФ и ДФО между общей и первичной заболеваемостью городского населения существует отрицательная корреляционная связь ($r=-0,405\pm0,114$ и $-0,139\pm0,124$ соответственно).

За 2010–2019 годы распространенность псориаза среди сельского населения края составила 99,3±6,4 случая на 100 тыс., что значительно ниже федеральных и окружных значений (184,1±0,70 и 198,7±2,94 случая соответственно).

За последние годы (2015–2019) общая заболеваемость сельского населения края увеличилась на 44,3 % по сравнению с предыдущим пятилетием (2010–2014). Этот рост краевого показателя превышает федеральные и окружные значения (5,8 % и 15,5 % соответственно) (рис. 6).

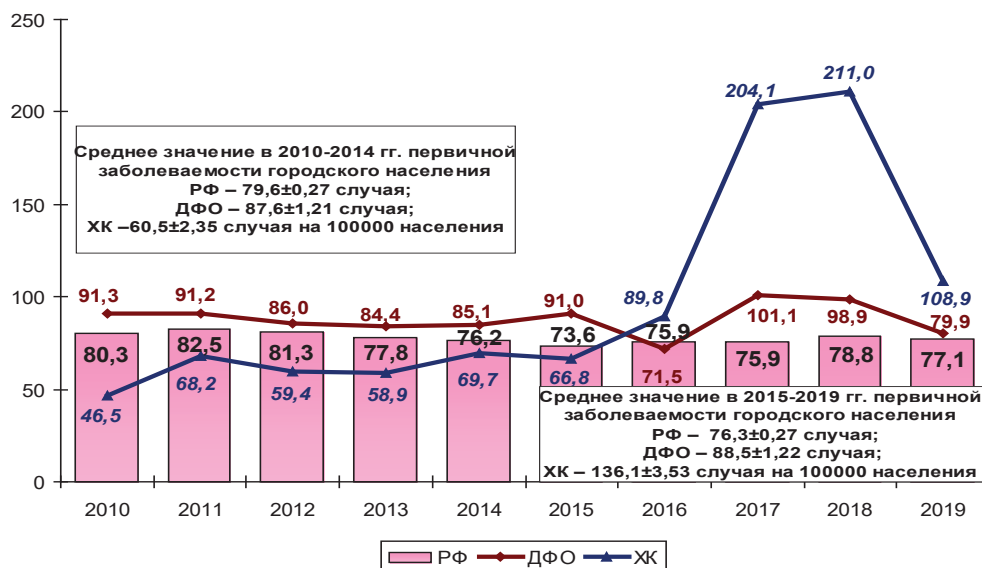


Рис. 5. Первичная заболеваемость псориазом среди городского населения РФ, ДФО и ХК на 100 тыс. соответствующего населения

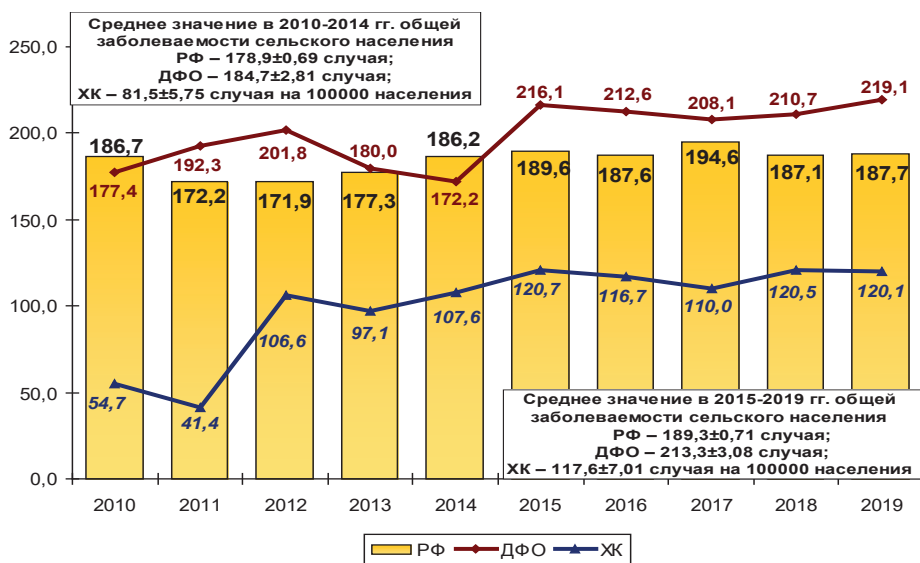


Рис. 6. Распространенность псориаза среди сельского населения РФ, ДФО и ХК на 100 тыс. соответствующего населения

Ежегодные темпы прироста общей заболеваемости сельского населения псориазом в ХК за изучаемый период составили 7,1 %, что в разы опережает темпы прироста в РФ и ДФО (0,38 % и 1,27 % соответственно).

Первичная заболеваемость сельского населения псориазом в крае на протяжении 2010–2019 годов остается достаточно низкой ($10,5 \pm 2,08$ случая на 100 тыс. соответствующего населения) по сравнению с федеральными и окружными значениями ($32,7 \pm 0,30$ и $31,5 \pm 1,17$ случая соответственно).

За последние годы (2015–2019) только в ХК наблюдался рост первичной заболеваемости сельского населения псориазом на 20,9 % по сравнению с предыдущим пятилетием. В РФ и ДФО в 2015–2019 годах отмечено снижение первичной заболеваемости сельского населения на 6,8 % и 19,9 % соответственно (рис. 7).

всплески) и внешние (перепады температур, загрязненный воздух, UV-лучи). Кроме этого, на рост заболеваемости влияет неблагоприятная социально-экономическая ситуация, региональные экологические проблемы.

Выводы

1. Общая и первичная заболеваемость населения псориазом в Хабаровском крае за 2010–2019 годы повысилась достоверно до $300,8 \pm 4,77$ и $90,8 \pm 6,88$ случая на 100 тыс. соответственно.

2. Первичная заболеваемость населения псориазом в 2019 году в крае оказалась выше, чем в РФ ($65,3 \pm 0,21$ случая) и ДФО ($64,7 \pm 0,89$ случая); аналогичная ситуация с общей заболеваемостью в РФ ($247,3 \pm 0,41$ случая на 100 тыс.). В ДФО общая заболеваемость остается такой же, как в ХК ($300,8 \pm 1,91$ случая).



Рис. 7. Первичная заболеваемость псориазом среди сельского населения РФ, ДФО и ХК на 100 тыс. соответствующего населения

Между общей и первичной заболеваемостью сельского населения псориазом в ХК отмечена корреляционная связь средней силы ($r=0,451 \pm 0,112$). В РФ и ДФО корреляционная связь между общей и первичной заболеваемостью сельского населения оказалась следующей: $r=0,053 \pm 0,125$ и $-0,397 \pm 0,115$ соответственно.

Таким образом, в ХК имеются тенденции к росту общей и первичной заболеваемости псориазом. Предпосылкой к возникновению псориаза является генетическая предрасположенность. Вероятными причинами реализации этой предпосылки могут быть эпигенетические факторы [7]: внутренние (стресс, несбалансированное питание, недостаток сна, гормональные

3. Установлена достоверная корреляционная связь ($r=0,771 \pm 0,080$) между общей и первичной заболеваемостью в ХК. В РФ и ДФО эти корреляционные связи оказались следующими: $r=-0,589 \pm 0,101$ и $-0,242 \pm 0,121$ соответственно.

4. Ежегодные темпы прироста общей и первичной заболеваемости населения псориазом в 2010–2019 годах выявлены в Хабаровском крае: 10,5 % и 14,3 %, что в 3,5 и 29,1 раза больше, чем в ДФО; в 6,8 и 19,2 раза больше, чем в РФ.

5. В Хабаровском крае ежегодные темпы прироста общей заболеваемости городского населения псориазом составили 10,73 %; сель-

ского – 7,09 %; темпы прироста первичной заболеваемости городского населения оказались равными 14,63 %; сельского – 1,30 %. В РФ эти показатели гораздо ниже; так, для городского населения они оказались равными 1,67 % и –0,69 % соответственно, для сельского – 0,38 % и –2,23 % соответственно. В ДФО ежегодные темпы прироста общей и первичной заболева-

емости городского населения составили 3,18 % и –0,037 % соответственно; для сельского – 1,27 % и –5,33 % соответственно.

6. Общая и первичная заболеваемость населения псориазом в ХК оказалась выше, чем в РФ и ДФО; такая ситуация требует разработки определенных мероприятий для снижения данной патологии в крае.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Клинические рекомендации. Псориаз. МКБ 10: L40: год утверждения (частота пересмотра): 2020 / Общерос. обществ. орг. «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». М., 2020. 66 с.
2. Анализ заболеваемости хроническими дерматозами и перспективы реабилитации больных в Хабаровском крае / М. И. Аршинский и др. // Дальневост. вестн. дерматовенерологии, косметологии и пласт. хирургии. 2011. № 1 (9). С. 24–26.
3. Дерматовенерология: нац. рук.: крат. изд. / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. Гл. 38. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457085.html> (дата обращения: 18.01.2022).
4. Кубанов А. А., Богданова Е. В. Эпидемиология псориаза среди населения старше трудоспособного возраста и объемы оказываемой специализированной медицинской помощи больным псориазом в Российской Федерации в 2010–2019 гг. // Вестн. дерматологии и венерологии. 2020. № 96 (5). С. 7–18. DOI.org/10.25208/vdv1171-2020-96-5-07-18.
5. Кубанова А. А., Тихонова Л. И. Дерматология в России. Реальность и перспективы // Вестн. дерматологии и венерологии. 2004. № 2. С. 4–11.
6. Плющенко В. Н. Санитарная статистика на каждый день: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / ГОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения» Хабар. края, каф. обществ. здоровья и орг. здравоохранения. Хабаровск: Изд. центр ИПКСЗ, 2009. 96 с.
7. Некипелова А. В. Проблемы адаптации больных хроническими дерматозами в восстановительной терапии и реабилитации: [моногр] / М-во здравоохранения Хабар. края, КГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения», каф. инфекц. болезней и дерматовенерологии. Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2015. 168 с.

REFERENCES

1. Clinical recommendations. Psoriasis. ICD 10: L40: year of approval (frequency of revision): 2020 / Obscheros. societies. org. "Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists". M., 2020. 66 p.
2. Analysis of the incidence of chronic dermatosis and the prospects for the rehabilitation of patients in the Khabarovsk Territory / M. I. Arshinsky et al. // Koi Dalnevostochny vestnik dermatovenerologii, cosmetologii i plasticheskoi khirurgii. 2011. No. 1 (9). pp. 24–26.
3. Dermatovenereology: National Guidelines: short edition / edited by Yu. S. Butova, Yu. K. Skripkina, O. L. Ivanova. M.: GEOTAR-Media, 2020. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457085.html> (date of access: 01/18/2022).
4. Kubanov A. A., Bogdanova E. V. Epidemiology of psoriasis among the population older than working age and the volume of specialized medical care provided to patients with psoriasis in the Russian Federation in 2010-2019. // Vestnik dermatologii i venereologii. 2020. No. 96 (5). pp. 7–18. DOI.org/10.25208/vdv1171-2020-96-5-07-18.
5. Kubanova A. A., Tikhonova L. I. Dermatology in Russia. Reality and prospects // Vestnik dermatologii i venereologii. 2004. No. 2. S. 4–11.
6. Plushenko V. N. Sanitary statistics for every day: textbook. allowance for the postgraduate system. prof. education of doctors / Postgraduate Institute of Public Health Workers, Khabarovsk, Publishing Center of IPKSZ, 2009. 96 p.
7. Nekipelova A. V. Problems of adaptation of patients with chronic dermatoses in rehabilitation therapy and rehabilitation: [monograph] / Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Postgraduate Institute of Public Health Workers, Department of infectious diseases and dermatovenereology, Khabarovsk: Publishing Center of IPKSZ, 2015. 168 p.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-36-39
УДК 616.24-002-053.2

Внебольничные пневмонии у детей

С. Д. Стогова¹, Я. С. Андриенко¹, Т. Е. Макарова²

¹Детская городская клиническая больница им. В. М. Истомина, Хабаровск, Россия, budanof27@mail.ru

²Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipkszh.khv.ru

Community-acquired pneumonia in children

S. D. Stogova¹, Ya. S. Andrienko¹, T. E. Makarova²

¹Children's City Clinical Hospital named after V. M. Istomin, Khabarovsk, Russia, budanof27@mail.ru

²Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье проведен количественный и структурный анализ внебольничных пневмоний у стационарных пациентов детской городской клинической больницы им. В. М. Истомина за 2021 год. Определена внутригодовая динамика заболеваемости, показано распределение заболевания среди различных возрастных групп пациентов, установлены ведущие симптомы, морфологические формы, а также локализация патологического процесса. Приведены средние сроки течения заболевания, связанные с определенными периодами года. Выявлена территория, закрепленная за данным лечебным учреждением, с наибольшим количеством детей, заболевших внебольничной пневмонией.

Ключевые слова: дети, внебольничная пневмония, коронавирусная инфекция

The article shows a quantitative and structural analysis of community-acquired pneumonia in inpatients of the Children's City Clinical Hospital named after V. M. Istomin for 2021. The intra-annual dynamics of morbidity was determined, the distribution of the disease among different age groups of patients was shown, the leading symptoms, morphological forms, and the localization of the pathological process were established. The average terms of the course of the disease associated with certain periods of the year are given. The territory with the largest number of children who fell ill with community-acquired pneumonia assigned to this medical institution was identified.

Keywords: children, community-acquired pneumonia, coronavirus infection

Актуальность

По данным ВОЗ, внебольничные пневмонии остаются наиболее опасной группой инфекционных заболеваний [1]. Во всем мире 120,4 млн случаев внебольничной пневмонии диагностируются ежегодно у детей в возрасте до пяти лет, из которых 14,1 млн являются тяжелыми случаями, требующими стационарного лечения [2].

В Хабаровском крае отмечен с 2015 года ежегодный темп прироста заболевания внебольничными пневмониями в 30,5 % (данные Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабаровскому краю). Летальность от внебольничной пневмонии населения края составила за последние 5 лет (2017–2021) 0,40 % [3, 4, 5, 6].

В многолетней динамике заболеваемости внебольничными пневмониями основными группами риска являются дети до 2 лет. Удельный вес детей до 17 лет включительно составил в среднем за последние годы около 50 % от всех зарегистрированных случаев внебольничных пневмоний по Хабаровскому краю [3, 4, 5, 6].

В 2020-м и 2021 годах лечебные учреждения Хабаровского края при оказании медицинской помощи в условиях пандемии столкнулись с рядом проблем организационного характера: недостаток этиотропных лекарственных средств, перегрузка медицинских организаций, резкое увеличение потребности в средствах индивидуальной защиты и дезинфицирующих средствах и их стоимости.

Количественный и структурный анализ пациентов, клинических форм и тяжести течения заболевания крайне важен для прогнозирования объемов оказания медицинской помощи, а также ранней диагностики и прогнозирования течения заболевания.

Цель работы

Выполнить структурный и количественный анализ внебольничных пневмоний у стационарных пациентов детской городской клинической больницы им. В. М. Истомина (ДГКБ им. В. М. Истомина): определить квартальные изменения заболеваемости; провести анализ тяжести течения заболевания; выделить группы риска, основные морфологические формы заболевания; определить ведущие клинические

симптомы, выявляемые при обращении детей за медицинской помощью.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 595 пациентов с внебольничными пневмониями, находившихся на стационарном лечении в детской городской клинической больнице им. В. М. Истомина в 2021 году.

В пульмонологическом и педиатрическом отделениях больницы оказывается помощь детям с острыми пневмониями, различными формами бронхитов (острые, рецидивирующие, хронические) в экстренном порядке.

Проведен суммарный подсчет пациентов с внебольничной пневмонией, определена внутригодовая динамика, возрастная структура пациентов, структура морфологических форм внебольничных пневмоний. Больные были распределены по локализации патологического процесса, по степени тяжести, по особенностям клинического течения.

Ключевые критерии оценки состояния пациентов: тяжесть состояния, лихорадка, наличие кашля, одышки, наличие и характер осложнений, рентгенологическая картина.

Динамические ряды изучались методом наименьших квадратов.

Результаты и обсуждение

Распределение детей с внебольничными пневмониями по кварталам представлено на рисунке 1. На диаграмме видно, что наибольший удельный вес заболевших детей (34,6 %) пришелся на четвертый квартал 2021 года.

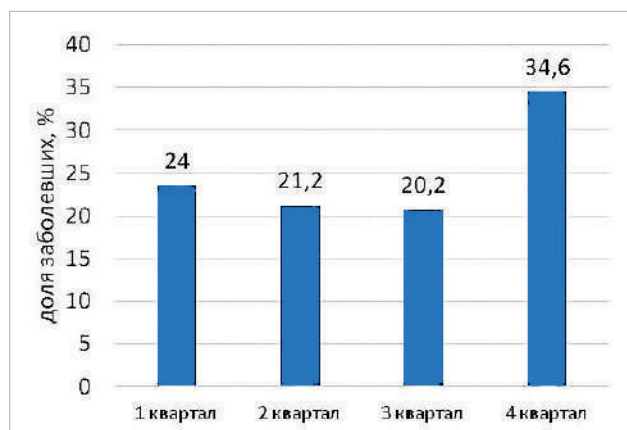


Рис. 1. Распределение детей с внебольничными пневмониями по кварталам

Во всех случаях у пациентов при обращении выявлялись катаральные явления (кашель, выделения из носа). Повышение температуры тела фиксировалось в 67 % клинических случаев, высокая фебрильная температура тела отмечалась у 26 % пациентов (рис. 2).

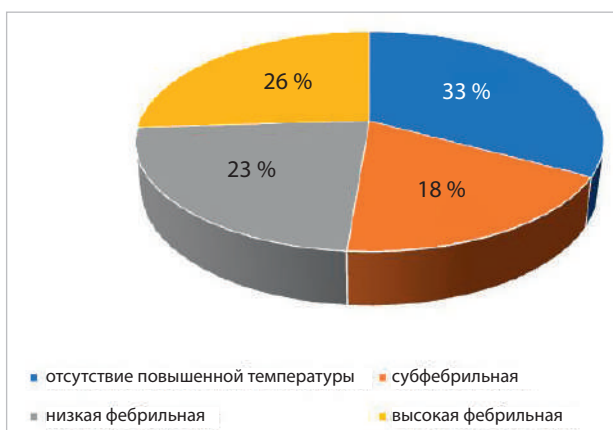


Рис. 2. Структура гипертермии у пациентов с внебольничной пневмонией

Одышка регистрировалась у 5,5 % пациентов. Выраженность одышки зависела от объема поражения легких.

На тяжелые случаи пришлось 0,3 % от общего числа заболевших детей, на случаи средней степени тяжести – 99,7 %.

Средний срок обращения за медицинской помощью составил 4 дня с момента появления первых симптомов, средний срок госпитализации – 10 дней, средняя продолжительность болезни составила 19 дней.

Удельный вес обратившихся за медицинской помощью мальчиков составил 54 %, девочек – 46 %. Большая часть детей были организованными (63 %). Выявлено, что внебольничной пневмонией чаще страдают дети в возрасте от 6 месяцев до 7 лет (485 чел.) – 81,5 %. Наибольшее число заболевших пришлось на возрастную группу от 1 года до 2 лет и от 3 до 7 лет (рис. 3), что подтверждает ранее опубликованные в медицинской литературе данные. Дети от 7 до 18 лет составили 18,5 % (110 чел.).

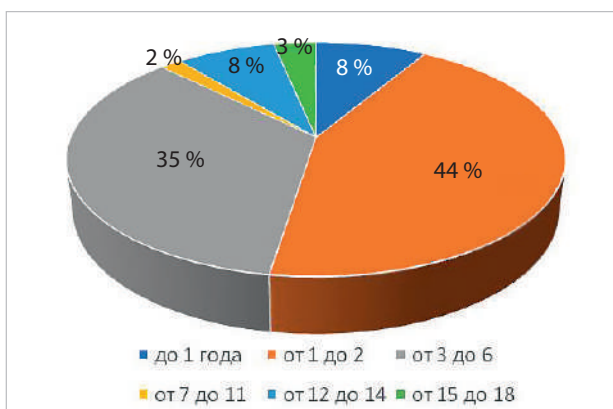


Рис. 3. Распределение детей, заболевших внебольничной пневмонией, по возрастам

Представляет интерес анализ морфологических форм внебольничных пневмоний и их разрешение у детей (рис. 4 и 5).

В первом, втором и третьем кварталах в структуре морфологических форм внебольничных пневмоний преобладала очагово-сливная пневмония с тенденцией к снижению от 66,9 до 50,0 %. И наоборот, в течение всего года очаговая пневмония имела очевидный рост с 15,8 до 39,7 % (рис. 4).

В течение всего 2021 года превалировала нижнедолевая локализация патологического процесса.

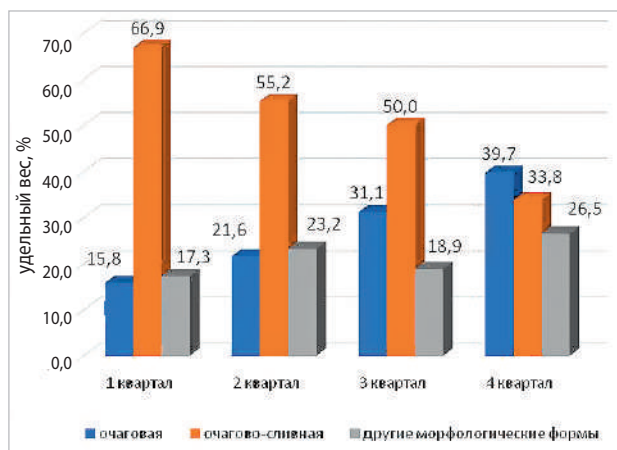


Рис. 4. Морфологические формы внебольничных пневмоний

В первом квартале полное разрешение пневмонии произошло у 96,2 % пациентов, во втором квартале – у 22,3 %, в третьем квартале – у 35,6 %, в четвертом квартале – только у 6 % пациентов (рис. 5). Полное клиническое выздоровление с рентгенологическим подтверждением наступило во всех случаях в среднем на 9–10-й день после установления диагноза и начала лечения.

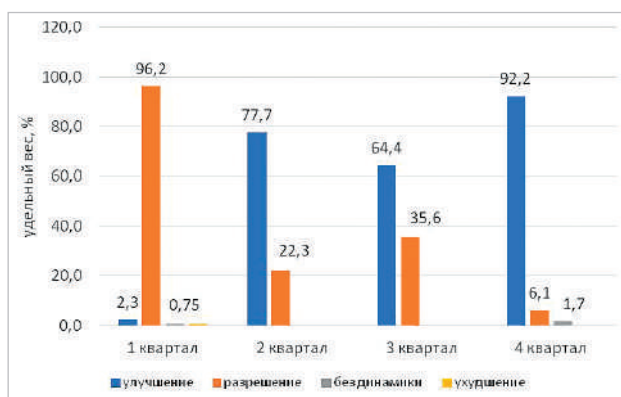


Рис. 5. Результаты повторного рентгенологического обследования больных внебольничными пневмониями в течение 2021 г.

В результате лабораторного обследования материала от пациентов новая коронавирусная инфекция подтверждена у 24 больных, что составляет 4 % от всего количества заболевших. При этом 84 % всех пациентов стационара с новой коронавирусной инфекцией приходится на четвертый квартал 2021 года.

Чаще всего за медицинской помощью по поводу внебольничной пневмонии в 2021 году обращались жители Краснофлотского района. На их долю приходилось 48 % пациентов (рис. 6).

За детской городской клинической больницей им. В. М. Истомина, согласно маршрутизации пациентов, принятой министерством здравоохранения Хабаровского края, по профилю лечебного учреждения территориально закреплено всё население Кировского, Краснофлотского и Железнодорожного районов. Чаще всего госпитализировались дети из Краснофлотского района (всего 274 чел.), из них 65 % – это дети, посещающие организованные коллективы.



Рис. 6. Структура пациентов с внебольничными пневмониями по месту проживания

Учитывая неравномерное распределение заболеваемости внебольничными пневмониями среди детей, проживающих в разных районах города, необходимо провести дополнительные исследования для выявления возможных причин, оказывающих на здоровье детей негативное влияние, действующих в пределах данной территории.

Выводы

1. Наибольшее количество пациентов с внебольничными пневмониями пришлось на четвертый квартал 2021 года (34,6 %). В остальные периоды заболеваемость распределена почти равномерно в пределах 22 %.

2. На заболевания пневмонией средней степени тяжести пришлось 99,7 % случаев, на заболевания с тяжелым течением – 0,3 %.

3. У всех пациентов при обращении зарегистрированы катаральные явления (кашель, отделяемое из носа), у 67 % обратившихся – повышение температуры тела. Одышка имела только у 5,5 % пациентов при обширном поражении легких.

4. В возрастно-половой структуре удельный вес обратившихся за медицинской помощью мальчиков составил 54 %, девочек – 46 %. Наибольшее число заболевших пришлось на возрастную группу от 1 года до 2 лет и от 3 до 7 лет. В структуре заболевших наибольший удельный вес имеют организованные дети в возрасте от 2 до 6 лет – 63 % заболевших.

5. Анализ морфологических форм внебольничных пневмоний у детей показал, что в первом-третьем кварталах в структуре морфологических форм внебольничных пневмо-

ний преобладала очагово-сливная пневмония с тенденцией к снижению от 66,9 до 50,0 %. И наоборот, в первом-четвертом кварталах очаговая пневмония имела очевидный рост от 15,8 до 39,7 %.

6. Наибольшее количество полного разрешения пневмонии произошло в первом квартале – у 96,2 % пациентов. Полное клиническое выздоровление с рентгенологическим подтверждением во всех случаях в среднем наступало на 9–10-й день после установления диагноза и начала лечения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Статистика ВОЗ о ведущих причинах смертности и инвалидности во всем мире за период 2000–2019 гг.: пресс-релиз 9 декабря 2020 г. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019> (дата обращения: 01.08.2022).
2. Крамаев С. А., Загордонец А. В. Место азитромицина в лечении внебольничной пневмонии у детей // Актуальная инфектология. 2020. Т. 8, № 1. С. 38–44.
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Хабаровском крае за 2017 год: докл. / Упр. Федер. службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабаров. краю. URL: <http://27.rospotrebnadzor.ru/content/322/76993/> (дата обращения: 01.08.2022).
4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Хабаровском крае в 2018 году: докл. / Упр. Федер. службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабар. краю. URL: <http://27.rospotrebnadzor.ru/content/303/69501/> (дата обращения: 14.07.2022).
5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Хабаровском крае в 2019 году: докл. / Упр. Федер. службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабар. краю. URL: <http://27.rospotrebnadzor.ru/content/327/95869/> (дата обращения: 12.07.2022).
6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Хабаровском крае в 2020 году: докл. / Упр. Федер. службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабар. краю. URL: <http://27.rospotrebnadzor.ru/content/303/39791/> (дата обращения: 08.08.2022).

REFERENCES

1. WHO statistics on the leading causes of death and disability worldwide, 2000–2019: press release 9 December 2020 URL: <https://www.who.int/ru/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019> (Accessed 08/01/2022).
2. Kraamaev S. A., Zakordonets L. V. The place of azithromycin in the treatment of community-acquired pneumonia in children // Actual Infectology. 2020. V. 8, No. 1. P. 38–44.
3. On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Khabarovsk Territory for 2017: report. / Dept of federal services for supervision in the field of consumer protection and human well-being in Khabarovsk Krai. URL: <http://27.rospotrebnadzor.ru/content/322/76993/> (date of access: 08/01/2022).
4. On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Khabarovsk Territory in 2018: report. / Dept of federal services for supervision in the field of consumer protection and human well-being in Khabarovsk Krai. URL: <http://27.rospotrebnadzor.ru/content/303/69501/> (date of access: 07/14/2022).
5. On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Khabarovsk Territory in 2019: report. / Dept of federal services for supervision in the field of consumer protection and human well-being in Khabarovsk Krai URL: <http://27.rospotrebnadzor.ru/content/327/95869/> (date of access: 07/12/2022).
6. On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Khabarovsk Territory in 2020: report. / Dept of federal services for supervision in the field of consumer protection and human well-being in Khabarovsk Krai URL: <http://27.rospotrebnadzor.ru/content/303/39791/> (date of access: 08.08.2022).

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-40-43
УДК 613.72:616.12-072.85

Значение велоэргометрического исследования в спортивной медицине

А. М. Трусова, Л. Д. Алехина

Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации, Хабаровск, Россия, medial@mail.ru

Significance of bicycle ergometry in sports medicine

A. M. Trusova, L. D. Alekhina

Clinical Center for Restorative Medicine and Rehabilitation, Khabarovsk, Russia, medial@mail.ru

В статье изложен опыт проведения велоэргометрии у спортсменов различных категорий с учетом возрастных, антропометрических и квалификационных критериев. Общее число обследуемых составило 24 человека – представители детских секций спортивной акробатики, лыжников-гонщиков, бойцов смешанных единоборств. Полученные результаты исследования показали, что максимальная мощность нагрузки напрямую зависит от квалификации и уровня тренированности спортсмена. Это позволяет определять пульсовые зоны нагрузки, а также имеет особую ценность для тренеров и медицинского персонала при проведении врачебно-педагогических наблюдений.

Ключевые слова: велоэргометрия, нагрузочное тестирование, максимальное потребление кислорода, спортивная медицина, мощности выполняемой нагрузки

The article describes the experience of conducting bicycle ergometry in athletes of various categories, taking into account age, anthropometric and qualification criteria. The total number of the examined was 24 people - representatives of children's sections of sports acrobatics, cross-country skiers, mixed martial arts fighters. The results of the study showed that the maximum load power directly depends on the qualification and level of training of the athlete. This allows you to determine the pulse load zones, and is also of particular value to coaches and medical personnel of athletes when conducting medical and training observations.

Keywords: bicycle ergometry, stress testing, maximum oxygen consumption, sports medicine, exercise power

Оздоровительное влияние физических упражнений на организм человека известно с глубокой древности. На их большое значение для борьбы с болезнями и продления жизни указывали в своих произведениях и высказываниях многие поколения греческих врачей и философов. Так, Аристотель говорил: «Жизнь требует движения... Ничто так не истощает и не разрушает человека, как длительное физическое бездействие» [1].

Для определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы широкое распространение получили пробы с физической нагрузкой. Они используются для выявления скрытой недостаточности коронарного кровотока; оценки функциональных резервов сердечно-сосудистой системы при начальных и скрыто протекающих формах ее заболеваний; гемодинамических особенностей, имеющих дифференциально-диагностическое значение; толерантности спортсменов к физической нагрузке; уровня тренированности и физической подготовки; а также для динамического наблюдения за этими показателями при проведении лечебных и оздоровительных мероприятий [2].

Цель работы

Оценить целесообразность и информативность нагрузочного тестирования для контроля физической подготовленности спортсменов различных категорий.

Материал и методы

В соответствии с приказом Минздрава РФ № 134-н от 01.03.2016 года в Клиническом центре восстановительной медицины и реабилитации нагрузочные тестирования проводятся в рамках углубленных медицинских обследований спортсменов всех специализаций и уровней квалификации.

Для оценки функционального состояния и уровня физической работоспособности спортсменов была проведена велоэргометрия с использованием системы нагрузочного тестирования Schiller (SCHILLER AG, Швейцария), нагрузочное устройство – велоэргометр.

В практике медицинского обследования людей, занимающихся спортом, ведущее место занимает велоэргометрия (ВЭМ).

Задачи проведения ВЭМ в спортивной медицине:

- дать количественную оценку состояния здоровья;
- выявить зависимость между основными показателями гемодинамической регуляции, параметрами работоспособности, состоянием нервной системы и нервно-мышечного аппарата;
- определить текущее функциональное состояние организма спортсмена на различных этапах подготовки;
- оценить адаптационные возможности организма спортсменов и диапазон приспособительных реакций к различным раздражителям внешней среды;
- выявить слабое звено, лимитирующее работоспособность организма спортсмена;
- создать модельные характеристики функционального состояния спортсменов и физкультурников [3].

Нагрузочное тестирование с использованием велоэргометра проводилось по максимальному протоколу («до отказа») с непрерывно возрастающей нагрузкой – РАМП-протоколу, разработанному в соответствии с международными рекомендациями ACC/АНА 2002 Guideline supdate forexercisetesting, 2006 [ACC/АНА].

Испытуемому предлагалось выполнять работу на велоэргометре с частотой педалирования 60 оборотов в минуту. Тест начинался с 1 минуты без разминки, со 2-й минуты непрерывное увеличение нагрузки составляло 40 Ватт в минуту (1 Ватт / 2 с). На протяжении всего теста, начиная с первой минуты, регистрировались основные физиологические параметры организма: частота сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин), частота дыхания (ЧД, 1/мин), потребление кислорода и его максимальное значение (МПК, мл/кг/мин). Кроме того, используемое нагрузочное устройство позволяло непрерывно мониторировать величину достигнутой мощности – абсолютную (P, Вт), относительную (P/кг, Вт/кг), их максимальные значения (P_{max} , Вт и P_{max} /кг, Вт/кг).

По завершении теста анализировались параметры ЧСС и АД на мощности 170 Вт на протяжении 5 минут восстановительного периода после нагрузки.

Используемый протокол был рассчитан таким образом, чтобы продолжительность нагрузочной части теста составляла не более 10 минут, что обусловлено известными данными о достоверно более низких достигаемых значениях МПК и мощности при увеличении длительности теста более 12 минут. В среднем продолжительность теста составляла от 5 до 10 минут в зависимости от специализации, уровня квалификации и спортивного стажа атлетов.

В исследовании приняли участие 24 спортсмена в возрасте от 14 до 25 лет. С учетом спортивной специализации были сформированы три группы спортсменов. Первую группу составили 12 успешных спортсменов-любителей – представители детских секций спортивной акробатики, регулярно принимающих участие в соревнованиях (средний возраст $14,9 \pm 3,4$ года, рост $154,2 \pm 7,01$ см, вес $65,1 \pm 7,5$ кг). Вторая группа была представлена лыжниками-гонщиками ($n = 5$, средний возраст $15,2 \pm 1,3$ года, рост $175,4 \pm 9,1$ см, вес $63,5 \pm 11,6$ кг). В третью группу вошли 7 бойцов смешанных единоборств мужского пола в возрасте $15,2 \pm 4,8$ года (средний рост $180,3 \pm 3,6$ см, вес $81,7 \pm 10,3$ кг).

Все спортсмены были проинформированы о целях исследования, методиках тестирования, противопоказаниях и возможных осложнениях перед тем, как от них получено письменное информированное согласие на участие в эксперименте и дальнейшем опубликовании полученных данных. На момент тестирования все исследуемые не имели каких-либо острых или хронических патологий со стороны сердечно-сосудистой, нервной или мышечной систем, и были допущены к тренировочной и соревновательной деятельности. По данным врачебных наблюдений, у участников эксперимента отсутствовали медицинские противопоказания к нагрузочному тестированию [4]. Также проведено минимальное обследование пациентов с определением ЧСС и АД, а также зарегистрирована ЭКГ в покое.

Для проведения нагрузочного тестирования кабинет оснащен оборудованием в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 26 декабря 2016 года № 997н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований».

В настоящее время в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения в Клиническом центре восстановительной медицины и реабилитации мы активно используем методику прямого определения PWC_{170} . При выполнении нагрузочного тестирования испытуемые выполняли максимальные нагрузки, характеризующиеся достижением ими субмаксимальных величин ЧСС – от максимальной 85–92 %.

Нагрузочный тест интерпретировался по:

- субъективным симптомам;
- мощности выполненной работы (PWC_{170});
- гемодинамическим реакциям (ЧСС, АД);
- ЭКГ-изменениям;
- результатам сопоставления полученных данных с клиническим состоянием пациента.

Расчет показателей PWC_{170} производился математическим (по формуле) методом:

$$PWC_{170} = W_1 + (W_2 - W_1) \frac{170 - f_1}{f_2 - f_1},$$

где:

W_1 – мощность первой нагрузки, кгм/мин;

W_2 – мощность второй нагрузки, кгм/мин;

f_1 – максимальная частота сердечных сокращений на 5-й минуте выполнения 1-й нагрузки;

f_2 – максимальная частота сердечных сокращений на 5-й минуте выполнения 2-й нагрузки [5].

Уровень физической работоспособности определяется прежде всего производительностью кардиореспираторной системы, поэтому на основании полученных результатов исследований рассчитывали величину максимального потребления кислорода (МПК), характеризующую аэробные возможности человека. МПК определялось с помощью косвенных расчетов, которые основываются на данных, полученных в процессе выполнения испытуемым субмаксимальных нагрузок [5].

$МПК = 2,2 \times PWC_{170} + 1070$ (для тренированных лиц).

Результаты и обсуждение

По результатам наших исследований, для оценки информативности и эффективности

методики тестирования на велоэргометрии, проведен сравнительный анализ полученных данных. Были оценены следующие параметры – физическая работоспособность PWC_{170} , максимальное потребление кислорода, максимальная ЧСС на 1-й минуте восстановления, максимальная ЧСС на 2-й минуте восстановления, максимальная ЧСС на 3-й минуте восстановления. Обращают на себя внимание показатели велоэргометрии у акробатов (сложнокоординированная группа спорта), лыжников (группа спорта на выносливость) и бойцов смешанных единоборств (единоборства) (табл. 1).

Как видно из представленных данных, достоверных отличий в максимальных значениях потребления кислорода, а также в процессах восстановления после выполнения тестов у спортсменов не было выявлено.

По результатам проведенного корреляционного анализа (корреляции Пирсона) при проведении велоэргометрии по максимальному протоколу с непрерывно возрастающей нагрузкой были установлены значимые взаимосвязи как между параметрами сердечно-сосудистой и дыхательной систем, так и между интегральным показателем физической работоспособности и максимально достигнутой мощностью нагрузки (МПК и $P_{\text{макс}}$, $r = 0,678$, $p < 0,05$).

Таблица 1

Сравнительный анализ результатов велоэргометрии

Параметры	Сложнокоординированный	На выносливость	Единоборства	P
PWC_{170} , кгм/м	954±128	1254±289	1158±381	0,98
МПК, мл/кг/мин	56,32±6,7	57,7±4,7	54,85±3,8	0,27
ЧСС _{макс} , уд/мин	178,3±9,8	182±9,3	168,3±7,4	0,16
ЧСС 1 мин восст., уд/мин	154,9±14,2	161,5±13	149,9±11,1	0,13
ЧСС 2 мин восст., уд/мин	133±13,9	136±11,4	138±9,8	0,3
ЧСС 3 мин восст., уд/мин	122±9,9	126±11,2	118±10,2	0,15

Примечание: различия достоверны при $p < 0,05$.

Таблица 2

Взаимосвязи между параметрами при проведении велоэргометрии (корреляции Пирсона)

Параметры	МПК	ЧСС макс.	ЧСС покоя	ЧСС 1 мин восст.	ЧСС 2 мин восст.	ЧСС 3 мин восст.	$R_{\text{макс}}$	$R_{\text{макс.}}/кг$
МПК	1	0,522	0,242	0,515	0,439	0,132	0,678*	0,463
ЧСС макс.	0,522	1	0,545	0,876**	0,785**	0,761*	0,423	0,320
ЧСС покоя	0,242	0,545	1	0,348	0,392	0,583	0,455	-0,098
ЧСС 1 мин восст.	0,515	0,876**	0,348	1	0,913**	0,707	0,144	0,477
ЧСС 2 мин восст.	0,439	0,785**	0,392	0,913**	1	0,865**	0,200	0,478
ЧСС 3 мин восст.	0,132	0,761*	0,583	0,707	0,865**	1	0,144	0,096
$R_{\text{макс}}$	0,678*	0,423	0,455	0,144	0,200	0,144	1	0,314
$R_{\text{макс.}}/кг$	0,463	0,320	-0,098	0,477	0,478	0,096	0,314	1

Примечания: *корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); **корреляция значима на уровне 0,01.

В нашем исследовании не были обнаружены достоверные отличия основных регистрируемых параметров в ходе тестирования. В частности, ответ кардиореспираторной системы на нагрузку в тестах достоверно не отличался (табл. 2). Об этом свидетельствовали как максимальные значения ЧСС, так и характеристики ССС в 3-минутном восстановительном периоде после теста, а также отсутствие отличий максимальных значений потребления кислорода при нагрузке в тестах. Обращает на себя внимание значительное различие значений показателя физической работоспособности в каждой группе обследуемых. Так, в группе сложнокоординированных видов спорта PWC_{170} имеет минимальное значение, в то время как в группе «выносливых» он значительно выше. В данном случае можно судить о том, что показатель физической работоспособности линейно зависит от мощности выполняемой нагрузки на всех этапах тестирования, которая, в свою очередь, определяется видом спорта и уровнем тренированности атлета. Обнаружена тенденция к повышению показателя PWC_{170} у спортсменов с высокой квалификацией [2, 6]. Это позволяет определять пульсовые зоны нагрузки корректно при использовании различных видов нагрузочных устройств.

Выявленные нами факты имеют особую ценность для тренеров и медицинского пер-

сонала спортсменов при проведении врачебно-педагогических наблюдений и оценке тренированности.

Заключение

В результате проведенного исследования было установлено, что велоэргометрия по максимальному протоколу с непрерывно повышающейся нагрузкой (РАМП-протокол) является информативным и универсальным методом тестирования функциональных возможностей спортсменов различных квалификаций. Данный метод тестирования не зависит от индивидуальной техники движения спортсмена и обладает такими важными преимуществами, как воспроизводимость, информативность и доступность.

Корреляционный анализ выявил, что в максимальном тесте с использованием велоэргометра существуют значимые достоверные взаимосвязи между параметрами нагрузки и интегральным показателем МПК. Результаты исследования внедрены в практическую работу отделения спортивной медицины Клинического центра восстановительной медицины и реабилитации.

Таким образом, выявление ранних и скрытых гемодинамических изменений под воздействием дозированной физической нагрузки корректирует тренировочный процесс.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Епифанов В. А. Спортивная медицина: учеб. пособие / под ред. В. А. Епифанова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 336 с.
2. Структурно-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы спортсменов при вертикализации / К. Р. Мехдиева и др. // Человек. Спорт. Медицина, 2018. Т. 18, № 4. С. 42–46.
3. Иорданская Ф. А. Мониторинг функциональной подготовленности юных спортсменов – резерва спорта высших достижений (этапы углубленной подготовки и спортивного совершенствования): моногр. М. : Совет спорт, 2011. С. 7–9.
4. Аксельрод А. С. Нагрузочные ЭКГ-тесты: 10 шагов к практике. М. : Медпресс-информ, 2016. С. 113–114.
5. Тавровская Т. В. Велоэргометрия. СПб., 2007. С. 18–20.
6. Михайлов В. М. Нагрузочное тестирование под контролем ЭКГ: велоэргометрия, тредмил-тест, степ-тест, ходьба. Иваново: Талка, 2008. С. 51–61.

REFERENCES

1. Epifanov V. A. Sports medicine: textbook. allowance / edited by V. A. Epifanov. M. : GEOTAR-Media, 2006. 336 p.
2. Structural and functional features of the cardiovascular system of athletes during verticalization / K.R. Mehdiava et al. // Man. Sport. The medicine. 2018. Vol. 18, No. 4. P. 42–46.
3. Iordanskaya F. A. Monitoring of the functional readiness of young athletes - the reserve of high performance sports (stages of in-depth training and sports improvement): monograph. M. : Council. Sport, 2011. P. 7–9.
4. Akselrod A. S. Stress ECG tests: 10 steps to practice. Moscow: Medpress-inform, 2016. P. 113–114.
5. Tavrovskaya T. V. Veloergometry. SPb., 2007. P. 18–20.
6. Mikhailov V. M. Stress testing under ECG control: bicycle ergometry, treadmill test, step test, walking. Ivanovo: Talka, 2008. P. 51–61.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-44-48
УДК 614.27(571.6)

Обеспечение населения Дальневосточного федерального округа лекарственными препаратами аптечного изготовления: проблемы и тенденции

Н. В. Абросимова, И. В. Крюкова

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipkszh.khv.ru

Providing the population of the far eastern federal district with pharmacy made medications: problems and trends

N. V. Abrosimova, I. V. Kryukova

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipkszh.khv.ru

На Дальнем Востоке продолжают функционировать порядка ста производственных аптек, как структурных подразделений медицинских организаций, так и в виде рецептурно-производственных отделов розничных аптек. В статье представлен обзор по размещению производственных аптек в регионах Дальневосточного федерального округа, различающихся по количеству и составу. Так, например, в Хабаровском крае большинство производственных аптек являются структурными подразделениями медицинских организаций. В каждом случае наличие производственной аптеки в регионе необходимо рассматривать как важную составляющую доступности медицинской помощи населению.

Ключевые слова: аптечное производство, лекарственные препараты, фармацевтические организации, экстенпоральные лекарственные формы

In the Far East, about a hundred production pharmacies continue to function, both as structural units of medical organizations and in the form of prescription and production departments of retail pharmacies. The article presents a review on the allocation of production pharmacies in the regions of the Far Eastern Federal District, which differ in the quantity and composition of pharmacies. For example, in the Khabarovsk Krai, most production pharmacies are structural divisions of medical organizations. In each case, the presence of a production pharmacy in the region must be considered as an important component of the availability of medical care to the population.

Keywords: pharmacy production, drugs, pharmaceutical organizations, emergency dosage forms

Изготовление лекарственных средств (ЛС) в условиях аптеки является традиционной функцией фармацевтических организаций. Экстенпоральное изготовление лекарств существует во многих странах, в том числе с развитой фармацевтической промышленностью [1, 2]. Производственные аптеки остаются сегодня важной частью системы лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации. Они удовлетворяют потребности здравоохранения в лекарственных препаратах, не имеющих промышленных аналогов: стерильные растворы натрия хлорида 10 %, антисептические средства, растворы для электрофореза, стерильные растворы для внутреннего применения у детей, порошки глюкозы и др. Аптечное изготовление лекарственных препаратов позволяет обеспе-

чить индивидуальное дозирование, изготовить лекарственные формы без консервантов и вспомогательных веществ [3]. В настоящий момент существенно возрастает потребность в лекарственных средствах, в том числе экстенпорального изготовления в полевых условиях, в частности лекарственных средств для парентерального применения [4].

Тенденцией последних десятилетий в Российской Федерации стало сокращение количества аптек, изготавливающих экстенпоральные лекарственные формы [5]. Этому способствовал выход Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», в соответствии с которым не допускается изготовление аптечными организациями лекарственных препаратов (ЛП), зарегистрированных в РФ. При из-

готовлении ЛП используются фармацевтические субстанции, включенные в Государственный реестр ЛС для медицинского применения. Производственная функция становится нерентабельной для аптечной организации из-за высокой издержкостности и низкой рентабельности. Но необходимость в экстреморальных лекарственных препаратах в медицинской практике остается. С целью сокращения издержек обращения происходит укрупнение изготовления лекарственных препаратов в отдельных хозяйственных аптеках, при этом в структуре произведенной продукции преобладают экстреморальные лекарственные формы, изготовленные по требованиям медицинских организаций [6].

Лекарственные препараты аптечного производства для обеспечения стационарных больных также самостоятельно изготавливаются в аптеках медицинских организаций как структурных подразделениях, однако изготовление сохранено, как правило, в отдельных многопрофильных больницах, исходя из потребностей учреждения здравоохранения. В дальнейшем медицинская организация, которая планирует реализовывать концепцию «бережливые технологии», вводя персонифицированный учет, технологию распределения ЛП в формате персональной дозы (unit dose), должна будет рассмотреть наличие производственной аптеки. Так, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 года № 1093н «Нарушение первичной упаковки лекарственного препарата при его отпуске по требованию медицинской организации допускается аптечной организацией, имеющей лицензию на фармацевтическую деятельность с правом изготовления лекарственных препаратов» [7].

В настоящее время в России насчитывается около 1100 организаций (6 % от общего числа аптечных организаций), имеющих право индивидуального изготовления лекарственных пре-

паратов [8]. Однако особенностью Дальневосточного федерального округа (ДФО) является низкая плотность населения (1,18 чел. на 1 кв. км), в отличие от плотности населения в РФ (8,57 чел. на 1 кв. км). Социально-экономическое развитие ДФО ограничено рядом факторов: слабая транспортная связь, точечное расселение населения, более низкая доступность лекарственной помощи, особенно в труднодоступных и отдаленных районах [9]. Закрытие производственных аптек может привести к ограничению использования экстреморальных лекарственных препаратов в медицинской практике.

Цель работы

Проанализировать структуру аптечных организаций по регионам Дальневосточного федерального округа, имеющих лицензию на изготовление лекарственных препаратов, выявить основные принципы размещения аптек в Хабаровском крае.

Материал и методы

Объектами исследования явились данные Единого реестра лицензий Росздравнадзора на фармацевтическую деятельность по состоянию на июнь 2022 года, данные Федеральной службы государственной статистики (Росстат), результаты интервьюирования провизоров больничных аптек (16 чел.) по вопросам экстреморального изготовления лекарственных препаратов, нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок изготовления лекарственных форм в аптеке.

Результаты исследования

По данным реестра лицензий Росздравнадзора на фармацевтическую деятельность, выявлена 1661 позиция организаций различных форм собственности в ДФО, включая аптеки медицинских организаций (рис. 1). Лидируют

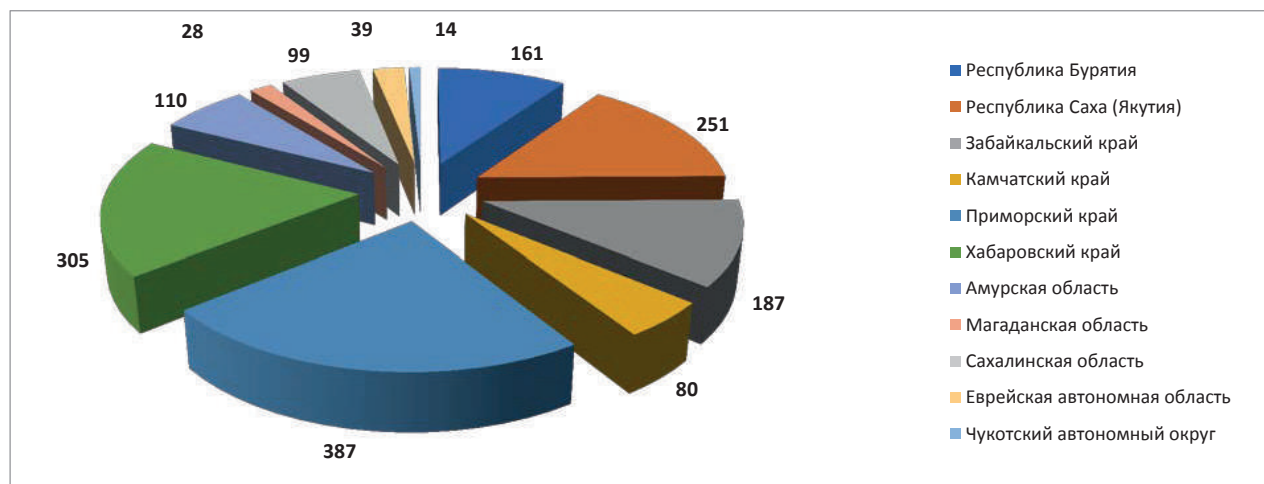
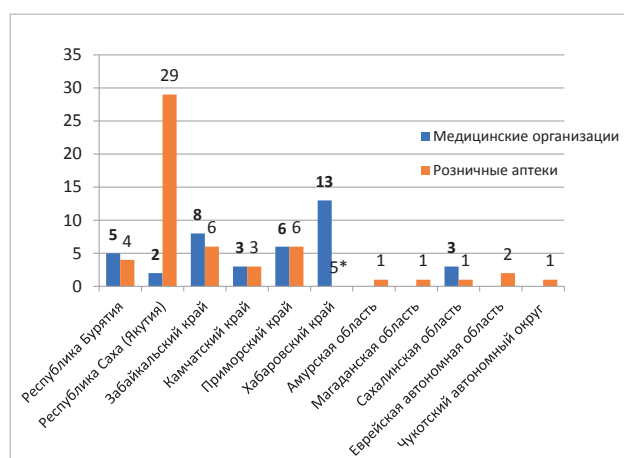


Рис. 1. Территориальная структура ДФО по осуществлению фармацевтической деятельности

Приморский край, Хабаровский край и Республика Саха (Якутия). В России насчитывается 3408 аптек медицинских организаций, то есть практически 67 % медицинских организаций имеют аптеки как структурное подразделение [8]. В Хабаровском крае из медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, 58 % краевых учреждений имеют лицензию на фармацевтическую деятельность.

В ДФО лицензии на фармацевтическую деятельность с правом изготовления имеют 99 аптечных и медицинских организаций, в основном государственной формы собственности, что составляет 5,7 % от общего количества лицензий на фармацевтическую деятельность (рис. 2).



*Данные меняются в 2022 г. в связи с закрытием аптек.

Рис. 2. Количество производственных аптек в ДФО

Возглавляет список Республика Саха (Якутия) с большим удельным весом розничных аптек. Следующую позицию занимает Хабаровский край с преимущественной локацией изготовления в больничных аптеках. Амурская, Магаданская области, Чукотский автономный округ имеют по одной аптеке, снабжающей население и медицинские организации экстреморальной рецептурой.

Анализ обеспеченности населения ДФО экстреморальными лекарственными препаратами показал, что при различной численности населения самое большое количество населения приходится на одну аптеку в Амурской области (см. рис. 2). Для сравнения: в Москве и Санкт-Петербурге количество производственных аптек составило 200 и 147 соответственно [10]. В пересчете на население этот показатель составил 63 177 человек и 36 581 человек. По ДФО этот показатель составил 85 516 человек.

В ходе изучения ситуации был предложен показатель «Количество больничных коек на одну производственную аптеку», принимая во

внимание, что аптеки в основном изготавливают экстреморальные лекарственные формы для медицинских организаций. В среднем по ДФО этот показатель составил 844 койки. Данный показатель условный, так как при развитой инфраструктуре и отсутствии труднодоступных районов укрупненная производственная аптека может осуществлять своевременные поставки при оптимальной транспортной логистике. Однако регионы Дальнего Востока имеют большие территории и низкую плотность населения, поэтому данный показатель может косвенно продемонстрировать доступность экстреморальных препаратов. Так, Республика Саха (Якутия), Забайкальский край, Камчатский край, Хабаровский край имеют доступность препаратов выше, чем в среднем по ДФО. По сравнению с нашим регионом, в Москве этот показатель составляет 453 койки, в Санкт-Петербурге – 303 койки, показатель по самому многочисленному в РФ Приволжскому федеральному округу – 690 коек. Показатели «количество населения на одну производственную аптеку» (рис. 3) и «количество больничных коек на одну производственную аптеку» (табл. 1) в ДФО превышают показатели в Москве и Санкт-Петербурге, что может свидетельствовать о меньшей доступности лекарственных препаратов аптечного изготовления.

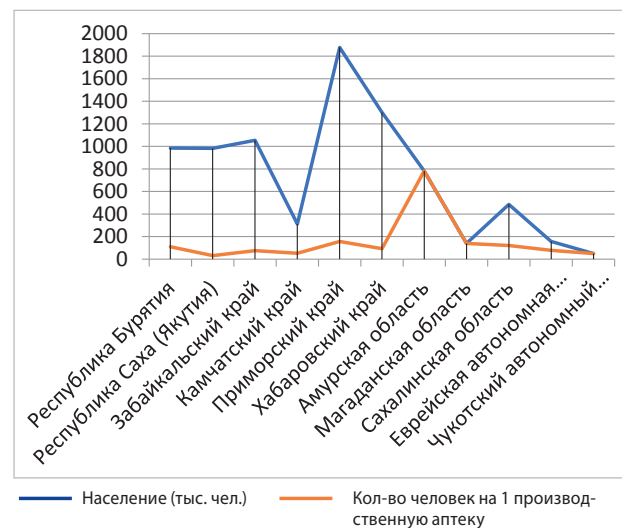


Рис. 3. Количество населения на одну производственную аптеку

Изготовление лекарственных форм в розничных аптеках или в медицинской организации имеет свои преимущества и недостатки. Розничная аптека, имеющая рецептурно-производственный отдел, реализует лекарственные препараты для населения по рецептам, однако наблюдается сокращение назначения врачами экстреморальных ЛП, и отделы становятся нерентабельными. Изготовление по требованиям

Таблица 1

Количество больничных коек на 1 производственную аптеку

Республика Саха (Якутия)	274
Камчатский край	581
Чукотский автономный округ	638
Забайкальский край	733
Хабаровский край	770
Дальневосточный федеральный округ (среднее)	844
Еврейская автономная область	909
Республика Бурятия	927
Сахалинская область	1399
Приморский край	1525
Магаданская область	1535
Амурская область	7426

медицинских организаций также имеет высокую издержкостоемкость, что приводит к сокращению объемов и ассортимента изготавливаемых аптеками препаратов. С другой стороны, взаимодействие с медицинскими организациями при низких уровнях издержек обращения или перераспределения дохода может повысить рентабельность на основе постоянных объемов потребления. Практически все аптеки медицинских организаций Хабаровского края, не имеющих права на изготовление, осуществляют закупку экстемпоральных лекарственных препаратов, особенно детского ассортимента, стерильного раствора хлорида натрия, антисептических растворов.

Производственная аптека медицинской организации имеет преимущества в стабильном обеспечении экстемпоральными препаратами. Так, оперативно решается вопрос с экстренным изготовлением раствора перекиси водорода 6 % в необходимых количествах или при сбоях в поставках на конкурсных закупках лекарственных препаратов. В настоящее время медицинские организации, подведомственные министерству здравоохранения Хабаровского края, имеют восемь производственных аптек, расположенных в Хабаровске, Николаевскена-Амуре, Бикине, в районе имени Лазо. Наиболее востребованными являются стерильные растворы хлорида натрия 10 %, борной кислоты 2 %, фурацилина 0,02 %, глицерина, растворы кальция хлорида, магния сульфата, эуфиллина, натрия бромид, калия хлорида,

цинка сульфата, раствор перекиси водорода 6 и 10 %, раствор калия перманганата 0,05 %, порошки, содержащие глюкозу, ксероформ, мазь серная и др.

При закрытии производства в розничных государственных аптеках в Хабаровском крае многие больницы вынуждены организовывать закупки экстемпоральных лекарственных форм в других регионах, особенно это касается детского ассортимента и стерильных растворов.

Таким образом, на территории ДФО продолжают функционировать производственные аптеки различных форм собственности, как структурные подразделения медицинских организаций, так и в виде рецептурно-производственных отделов розничных аптек. Внутриаптечное изготовление лекарственных форм продолжает оставаться актуальным: детские лекарственные формы, стерильные растворы, растворы для электрофореза, не производимые фармацевтической промышленностью.

Отсутствие нормативно-правовой базы размещения и функционирования производственных аптек, назначение экстемпоральных препаратов, затраты на модернизацию производства приводят к сокращению аптек с правом изготовления лекарственных препаратов. В каждом случае наличие производственной аптеки в регионе необходимо рассматривать на уровне органов управления здравоохранением как важную составляющую доступности медицинской помощи населению.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Проблемы производственного отдела аптеки в современных условиях / М. А. Никулина и др. // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016. № 2-2. С. 265–269. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=8564> (дата обращения: 05.07.2022).
2. Тарабукина С. М., Мошкова Л. В. Проблемы аптечного изготовления лекарственных препаратов // *Вопросы обеспечения качества лекарственных препаратов*. 2019. № 2 (24). С. 20–25.
3. Егорова С. Н. Может ли медицинская организация обойтись без экстреморальных лекарственных препаратов? // *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2021. № 1. С. 42–46.
4. Подходы к изготовлению лекарственных средств в полевых условиях / Е. А. Климкина и др. // *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2021. № 1. С. 61–63.
5. Мороз Т. А., Рыжова О. А. Проблемы лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений в связи с сокращением внутриаптечного изготовления лекарственных препаратов // *Ремедиум*. 2015. № 1. С. 43–46.
6. Петрухина И. К. Построение структурно-функциональной модели лекарственного обеспечения населения (на примере субъектов РФ Приволжского федерального округа): дис. ... д-ра фармацевт. наук : 14.04.03. М., 2017. 600 с.
7. Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, а также Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, в том числе Порядка отпуска аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов: приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1093н.
8. Тельнова Е. А. Анализ и оценка проблем лекарственного обеспечения Российской Федерации в современных условиях // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021. № 29 (3). С. 415–420. DOI <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866x-2021-29-3-415-420>.
9. Топалов К. П., Лобостова О. В., Присяжнюк И. К. Медико-демографические аспекты воспроизводства населения Хабаровского края на рубеже XX–XXI веков // *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2019. № 4. С. 5–12.
10. Организационно-фармацевтические аспекты совершенствования лекарственного обеспечения детей (на примере Санкт-Петербурга) / И. А. Наркевич и др. // *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2020. № 1. С. 31–43.

REFERENCES

1. Problems of the production department of the pharmacy in modern conditions / M. A. Nikulina et al. // *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016. No. 2-2. P. 265–269. URL: <https://appLied-Research.ru/ru/article/view?id=8564> (accessed: 05.07.2022).
2. Tarabukina S. M., Moshkova L. V. Problems of pharmacy production of drugs // *Issues of ensuring the quality of drugs*. 2019. No. 2 (24). P. 20–25.
3. Egorova S. N. Can a medical organization do without emergency drugs? // *Modern organization of medicinal support*. 2021. No. 1. P. 42–46.
4. Approaches to the manufacture of medicines in the field / E. A. Klimkina et al. // *Modern organization of drug support*. 2021. No. 1. P. 61–63.
5. Moroz T. L., Ryzhova O. A. Problems of drug support for medical institutions in connection with a reduction of production of pharmacy manufactured medications // *Remedium*. 2015. No. 1. P. 43–46.
6. Petrukhina I. K. Construction of the structural-functional model of drug support for the population (on the example of the regions of the Volga Federal District of Russian Federation): dissertation. Dr. Pharmacist. Sciences: 04.14.03 M., 2017. 600 p.
7. On the approval of the rules for the release of drugs for medical use by pharmacy organizations, individual entrepreneurs licensed for pharmaceutical activity, medical organizations licensed for pharmaceutical activity, and their separate divisions (outpatient clinics, paramedic and feldsher-obstetric centers, centers (centers. departments) general medical (family) practice) located in rural settlements in which there are no pharmacy organizations, as well as the rules for the release of narcotic drugs and psychotropic substances registered as drugs for medical use, drugs for medicinal use containing narcotic drugs and Psychotropic substances, including the procedure for vacation by pharmacy organizations of immunobiological drugs: Order of the Ministry of Health of Russia dated 24.11.2021. No. 1093n.
8. Telnova E. A. Analysis and assessment of the problems of drug support of the Russian Federation in modern conditions // *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2021. No. 29 (3). P. 415–420. Doi <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866x-2021-29-3-415-420>.
9. Topalov K. P., Lobostova O. V., Prisyazhnyuk I. K. Medical-demographic aspects of reproduction of the population of the Khabarovsk Krai at the turn of the XX–XXI centuries // *Public Health of the Far East*. 2019. No. 4. P. 5–12.
10. Organizational and pharmaceutical aspects of improving drug support for children (on the example of St. Petersburg) / I. A. Narkevich and others // *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2020. No. 1. P. 31–43.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-49-55
УДК 614.21(571.620)

Методологические аспекты ресурсосбережения в здравоохранении региона (медицинской организации)

В. Н. Кораблев

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipkszh.khv.ru

Methodological aspects of resource saving in the health care of the region (medical organization)

V. N. Korablev

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipkszh.khv.ru

Статья отражает мнение автора о решении проблемы ресурсосбережения в здравоохранении. Источником проблемы является хронический дефицит материально-технических, финансовых и трудовых ресурсов отрасли, который нарастает. Автор исходит из того, что под ресурсосбережением в здравоохранении следует понимать снижение затрат на производство единицы медицинских услуг при сохранении доступности, качества и безопасности услуг. Это позволяет сформулировать новую парадигму, которая отражает текущую ситуацию «через ресурсосбережение к ресурсообеспечению отрасли». В статье выделяются основные направления ресурсосбережения, описываются внешние и внутренние резервы ресурсосбережения, выделяется стратегия спроса и предложения на медицинские услуги. По мнению автора, значимое место в решении проблемы ресурсосбережения в отрасли занимают внедрение стандартов качества управления ресурсами, технологий бережливого производства, планово-экономической модели здравоохранения и медицинских организаций, а также предельно критических величин.

Ключевые слова: здравоохранение, ресурсы, ресурсосбережение

The article reflects the author's opinion on solving the problem of resource saving in healthcare. The source of the problem is the chronic shortage of material, technical, financial and labor resources of the industry, which is growing. The author proceeds from the fact that resource saving in healthcare should be understood as a reduction in the cost of producing a unit of medical services while maintaining the availability, quality and safety of services. This allows us to formulate a new paradigm that reflects the current situation "through resource conservation to the resource supply of the industry." The article highlights the main directions of resource saving, describes the external and internal reserves of resource saving, highlights the strategies of supply and demand for medical services. According to the author, a significant place in solving the problem of resource conservation in the industry is occupied by the introduction of quality standards for resource management, lean manufacturing technologies, a planned economic model of healthcare and medical organizations, as well as extremely critical values.

Keywords: healthcare, resources, resource saving

Основа развития любой экономической системы – это ограниченность ресурсов и безграничность потребностей человека. Для экономики здравоохранения также характерна ограниченность ресурсов и безграничность потребностей человека в сохранении и воспроизводстве своего здоровья. В этой связи перед здравоохранением и медицинской организацией всегда стоит проблема выбора – как использовать ограниченные ресурсы для производства медицинских услуг с целью охраны здоровья населения [1, 2].

В соответствии с ГОСТ Р 52104-2003 к ресурсам относят работников, инфраструктуру, производственную среду, информацию, по-

ставщиков и партнеров, природные и финансовые ресурсы; материальные ресурсы, такие как усовершенствованные производственные и вспомогательные средства; нематериальные ресурсы, такие как интеллектуальная собственность; ресурсы и механизмы, содействующие инновационным постоянным улучшениям. Укрупненно все ресурсы можно подразделить на материальные и энергетические (первичные и вторичные), интеллектуальные, трудовые, информационные, финансовые, временные, традиционные и нетрадиционные [3]. Соответственно, под ресурсосбережением понимается «деятельность (организационная, экономическая, техническая, научная, практическая,

информационная), методы, процессы, комплекс организационно-технических мер и мероприятий, сопровождающие все стадии жизненного цикла изделий и направленные на рациональное использование и экономию ресурсов [3].

Нарастающий дефицит финансирования, недостаточный уровень укомплектованности кадрами медицинских организаций, высокий уровень износа медицинского оборудования и невозможность решения данных проблем в короткий период создают предпосылки для разработки стратегии ресурсосбережения в здравоохранении (медицинской организации) [4].

Стратегия ресурсосбережения – это комплекс принципов, методов, мероприятий, обеспечивающих неуклонное снижение расхода ресурсов на единицу конкретного товара (услуги) при условии обеспечения безопасности страны, регионов, организаций и человека [4, 5].

Под ресурсосбережением в здравоохранении следует понимать снижение затрат на производство единицы медицинских услуг при сохранении доступности, качества и безопасности услуг. «Через ресурсосбережение к ресурсообеспечению отрасли» – вот главный девиз, который сохраняет свою актуальность и для современного здравоохранения [4]. Важнейшим инструментом ресурсосбережения является стандартизация, целью которой служит создание организационно-методической и нормативной основы, необходимой и достаточной для проведения государственной политики, направленной на снижение ресурсопотребления [6].

Проблема ресурсосбережения в здравоохранении имеет три составляющие [4]:

1. Нерациональное использование существующих материальных, финансовых, трудовых и информационных ресурсов.

2. Ограниченное воспроизводство ресурсов, в том числе основных фондов, обусловленное снижением объема капитальных инвестиций, уменьшением доли активной части основных фондов, а также недостаточным финансированием и пр.

3. Выбытие ресурсов, главным образом за счет полного износа активной и пассивной части основных фондов, ликвидации учреждений, сокращения коечного фонда, оттока специалистов из здравоохранения и пр.

Следовательно, основу рационального ресурсосбережения в современном здравоохранении составляют:

1. Рациональное использование существующих ресурсов.

2. Рациональное воспроизводство ресурсов.

3. Эффективное использование ресурсов.

Резервы ресурсосбережения на уровне системы здравоохранения и медицинской

организации можно условно разделить на внешние и внутренние.

Внешние факторы ресурсосбережения включают [7]:

1) политические – отражают суть социально-экономической политики, проводимой государством;

2) социально-экономические факторы – отражают состояние экономики (кризис, стагнация, экономический рост), денежно-кредитную и бюджетно-налоговую политику, занятость населения, уровень инфляции, уровень доходов населения, инфраструктуру народного хозяйства и здравоохранения, износ основных фондов медицинских организаций, их кадровое обеспечение и др.;

3) государственное регулирование ресурсосбережения – государственное планирование, например государственное задание, план ФХД; система ценообразования, например тарифы на медицинские услуги; стандартизация (штатное расписание, табеля оснащения, нормирование труда и материальных расходов, порядки и стандарты оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и др.);

4) технологические – выражаются в появлении новых знаний, технологий, материалов и техники в здравоохранении и др. Всё это снижает трудозатраты, долю труда и стоимость единицы услуг;

5) правовые – отражают уровень правового обеспечения деятельности системы здравоохранения и медицинских организаций и др.

Внутренние факторы ресурсосбережения (управленческие и производственные) являются реакцией на воздействие внешних факторов, и именно они определяют непосредственный уровень использования ресурсов в медицинской организации.

Управленческие факторы ресурсосбережения включают в себя функции управления (планирование, организовывание, мотивирование, контроль, анализ) и методы управления (административные или организационно-распорядительные, экономические и социально-психологические). Они направлены на совершенствование организации производства медицинских услуг для экономии ресурсов. Классификацию управленческих резервов ресурсосбережения в деятельности здравоохранения и медицинской организации можно представить как совокупность совершенствования:

- планирования;
- организовывания;
- мотивирования персонала;
- контроля;
- анализа.

Приоритетами в части планирования следует считать:

1) разработку и внедрение норм¹ и нормативов², нацеленных на интенсивное развитие организации и достижение экономической эффективности;

2) учет нагрузки на основные средства и расходов оборотных средств;

3) интеграцию в медицинской организации различных источников финансирования.

Приоритетным в части организовывания является:

1. Создание оптимальной модели управленческой и производственной структуры органов управления здравоохранением и субъектов хозяйствования, например, через реструктуризацию медицинских организаций путем их слияния.

2. Внедрение ресурсосберегающих технологий в соответствии с уровнями оказания стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

3. Сокращение цикла от доставки, складирования, постановки на бухгалтерский учет, монтажа и ввода в эксплуатацию оборудования (для основных средств, информационных ресурсов) и ввода в производство (для оборотных средств).

4. Повышение качества, сокращение сроков технического обслуживания и ремонта оборудования.

5. Внедрение технологий системы менеджмента качества и бережливого производства в целях совершенствования организации производства (картирование, хронометраж, визуализация, 5С, стандартизация и др.).

6. Повышение квалификации специалистов.

7. Подготовка управленческих кадров.

Приоритетным в части мотивирования является стимулирование персонала к ресурсосбережению через материальные и нематериальные формы поощрения.

Приоритетным в части контроля является:

1. Регулирование закупок дорогостоящих технологий.

2. Государственное регулирование цен на жизненно необходимые лекарственные средства и оборудование.

3. Совершенствование системы внутри- и вневедомственного контроля за объемом и качеством оказания медицинской помощи и др.

Приоритетным в части анализа является:

1. Разработка системы натуральных, стоимостных и трудовых нормативов, характе-

ризующих экономическую эффективность медицинской организации.

2. Внедрение методов экономического анализа в деятельность системы здравоохранения и медицинских организаций.

Административные, экономические и социально-психологические факторы ресурсосбережения включают:

– систему экономической ответственности за нерациональное использование материальных ресурсов – повышение материальной ответственности исполнителей за перерасход материалов, топлива, энергии, воды, за нарушение технологического процесса, совершенствование системы оплаты труда;

– материальное стимулирование (заработная плата; премирование; дополнительные льготы; единовременные выплаты и др.);

– использование методов нематериального стимулирования (участие в управлении; отношение руководства; ощущение собственной значимости; профессиональный рост и карьера; формирование корпоративного духа) и др.

Производственные факторы ресурсосбережения действуют непосредственно на стадии производства медицинских услуг и включают в себя применение:

– современного оборудования с улучшенными техническими характеристиками (основные средства), например замена пленочного на цифровой флюорограф;

– расходных материалов (оборотные средства), минимизирующих потери и затраты организации;

– информационных ресурсов для управления организацией и др.

Для анализа производственных факторов ресурсосбережения в медицинской организации целесообразно рассмотреть структуру тарифа на оплату медицинской помощи. В соответствии с п. 186 приказа Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» тариф на оплату медицинской помощи включает в себя **прямые затраты** (расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии

¹ Норма расхода ресурсов – это максимально допустимая плановая величина расходов сырья, которая может быть израсходована для производства единицы продукции (услуги).

² Норматив – это единая средневзвешенная величина расхода различных ресурсов, рассчитанная на основе норм и обеспечивающая эффективное использование ресурсов в действующих условиях.

в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации) и **косвенные затраты** (расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу).

Для установления тарифов используются следующие методы определения затрат: нормативный, структурный и экспертный. Приоритет отдается нормативному методу. Для этого утверждаются нормативы затрат, выраженные в натуральных показателях, в том числе нормативы питания, оснащения мягким инвентарем, лекарственными препаратами, нормативы потребления расходных материалов, затрат рабочего времени и др.

Система здравоохранения в целом и медицинские организации в меньшей степени могут повлиять на внешние факторы. В то же время оценка внутренних факторов может составить основу для разработки программ ресурсосбережения соответствующего уровня. В этом случае разработчики имеют ряд преимуществ: полнота власти над ресурсами; полнота информации над производственными процессами и пр.

Проблема рационального и эффективного использования ресурсов в здравоохранении достаточно полно структурируется на примере соотношения спроса и предложения на медицинские услуги [4].

Спрос на медицинские услуги отражает состояние здоровья населения, определяет объемы, сроки, качество и условия оказания медицинской помощи и в значительной степени зависит от внешних факторов ресурсосбережения.

Предложение отражает возможности здравоохранения (медицинских организаций) реагировать на спрос. Здесь определяющим фактором является ресурсная база здравоохранения, т.е. внутренние факторы ресурсосбережения. Система здравоохранения в обществе, сохраняя здоровье человека, способствует формированию его трудового потенциала, а также воспроизводству трудовых ресурсов. В свою очередь трудовые ресурсы являются основным элементом производительных сил общества.

Таким образом, важнейшей экономической функцией здравоохранения в обществе является его участие в воспроизводстве трудовых ресурсов. В то же время для того, чтобы здравоохранение эффективно функционировало, ему необходимы факторы производства.

С позиции соотношения спроса и предложения на медицинские услуги можно разработать следующие стратегии ресурсосбережения в здравоохранении [4].

Стратегия сдерживания спроса населения на медицинские услуги. Она может включать в себя:

- здоровый образ жизни;
- здоровое питание;
- экологическую безопасность природопользования;
- соучастие населения в расходах на оплату медицинских услуг (ДМС, соплатежи в ОМС, платные услуги) и пр.

Следует помнить, что здравоохранение является лишь частью в системе охраны здоровья населения. Здоровье населения и в первую очередь «здоровье здоровых» является объектом управления со стороны следующих субъектов: органов управления административно-территориальных образований, организаций и учреждений, связанных со здравоохранной и производственной деятельностью, а именно Фонда социального страхования, Пенсионного фонда, Росздравнадзора, Роспотребнадзора и пр.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать заключение о том, что основными резервами сохранения и воспроизводства здоровья населения в части сдерживания спроса населения на медицинские услуги могут явиться:

1. Разработка государственной политики на всех уровнях управления административно-территориальных образований, координация деятельности ведомств, организаций и учреждений различных форм собственности по реализации приоритетных стратегических направлений в области охраны здоровья.

2. Экономическая заинтересованность работодателя любой формы собственности в охране здоровья работников через налоговые льготы и пр.

3. Повышение качества жизни, санитарно-гигиеническое просвещение населения, воспитание здорового образа жизни.

Для реализации поставленных задач необходимо выработать четкую стратегию охраны здоровья населения, которая должна реализовываться в несколько этапов:

1. Формирование доктрины в области охраны здоровья на региональном уровне как основы государственной политики.

2. Определение на научной основе миссии и «дерева» целей здравоохранительной системы региона, включающей подцели органов управления административно-территориальных образований, организаций и учреждений, связанных со здравоохранительной и производственной деятельностью и непосредственно системы здравоохранения.

3. Разработка программы по сохранению и воспроизводству здоровья населения региона, включающей все субъекты управления здравоохранительной деятельностью территории.

4. Организация системы мониторинга для сопровождения данной программы и оценки ее эффективности.

Решению данных задач посвящены государственная программа «Развитие здравоохранения», региональные программы по здравоохранению, а также Национальный проект «Здравоохранение».

Так, в государственной программе «Развитие здравоохранения» на 2018–2024 годы участниками являлись 18 субъектов, в том числе:

- Министерство иностранных дел РФ
- Министерство обороны РФ
- Министерство промышленности и торговли РФ
- Министерство сельского хозяйства РФ
- Министерство труда и социальной защиты РФ и др.

Очевидно, что в ближайшие годы ждать отдачи от реализации стратегии, нацеленной на сдерживание спроса населения на медицинские услуги, малоперспективно. Более того, рост заболеваемости населения, переход заболеваний в хронические формы, увеличение в возрастной структуре населения удельного веса лиц пожилого и старческого возрастов неизбежно приведут к росту спроса на медицинские услуги.

Стратегия сдерживания предложения медицинских услуг основана на ресурсосбережении и эффективном использовании ресурсов здравоохранения. Данная стратегия включает в себя:

- анализ материально-технической базы здравоохранения и оценку эффективности использования ресурсов отрасли;

- выбор приоритетов развития здравоохранения. Сегодня это борьба с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, развитие первичной медико-санитарной помощи, детское здравоохранение, информатизация отрасли, медицинские кадры;

- реализацию механизма стратегического планирования системы здравоохранения и ее ресурсного обеспечения;

- разработку программ и их мониторинг по ресурсосбережению и эффективному использованию ресурсов;

- внедрение технологий системы менеджмента качества и бережливого производства в деятельность медицинских организаций и др.

Действенным механизмом повышения эффективности управления ресурсами является внедрение стандартов качества управления ресурсами (СКУР) [8].

Главная цель внедрения СКУР – оптимизация расходов медицинских организаций. Методика СКУР позволяет учреждениям оценивать качество управления ресурсами и по результатам анализа принимать меры, направленные на повышение эффективности управления учреждением.

Основными задачами СКУР являются:

- эффективное управление расходами на содержание учреждений;
- повышение качества планирования финансово-хозяйственной деятельности учреждений и целевых показателей СКУР;
- изыскание резервов для увеличения объема собственных доходов;
- оптимизация кадрового потенциала;
- анализ информации о законности, целесообразности и эффективности управления закупками;
- повышение доступности информации о результатах деятельности учреждения.

В основе технологии СКУР лежит система из 30 ключевых показателей, характеризующих 14 факторов эффективности в шести областях управления ресурсами:

1. Финансовый/операционный менеджмент.
2. Управление закупками.
3. Управление имуществом.
4. Управление персоналом.
5. Раскрытие информации.
6. Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники.

Использование показателей СКУР позволяет:

1. Определять текущий уровень качества управления ресурсами.

2. Анализировать причины отклонений значений показателей от утвержденных критериев оценки и изыскивать возможности по достижению лучших значений показателей.

3. Разрабатывать индивидуальный план мероприятий по повышению качества управления ресурсами (далее – План) и утверждать его основные показатели.

4. Реализовывать мероприятия, предусмотренные Планом, осуществляя при этом оперативный контроль исполнения Плана ответственными сотрудниками.

5. Осуществлять мониторинг значений показателей и в случае необходимости корректировать План.

6. Оценивать итоги реализации Плана по завершении отчетного периода.

Данные задачи решают и технологии бережливого производства в здравоохранении, которые основаны на оптимизации производства и выявлении потерь в производственных процессах. Это позволяет обеспечить высокое качество медицинских услуг, оптимизировать сроки их оказания, минимизировать затраты и потери [9].

Важнейшее место в вопросах ресурсосбережения занимает экономический анализ эффективности использования ресурсов на уровне региона, муниципального образования и отдельного субъекта хозяйствования в здравоохранении [10, 11, 12].

Целью экономического анализа в здравоохранении является принятие управленческих решений, направленных на эффективное использование ресурсов для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах.

Основными задачами экономического анализа в медицинских организациях являются: контроль и оценка выполнения плановых показателей (факт/план); оценка эффективности использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов; выявление резервов повышения эффективности деятельности учреждений; анализ эффективности использования управленческих решений.

Методология экономического анализа достаточно полно структурируется на примере нормативной планово-экономической модели здравоохранения или медицинской организации [12].

Модель в целом отражает спрос населения на медицинские услуги, величину предложения со стороны медицинских организаций, производственные мощности, затраты на производимые медицинские услуги, эффективность производства и управленческие решения.

На основе анализа деятельности учреждений здравоохранения принимаются альтернативные управленческие решения, направленные на повышение эффективности деятельности органов управления здравоохранением и медицинских организаций.

Таким образом, в системе здравоохранения на виды, объемы и качество медицинских услуг оказывает воздействие комплекс факторов производства, включающих материально-технические, финансовые и трудовые ресурсы, формирующие тарифы на медицинские услуги, которые, в свою очередь, позволяют выполнять госзадание. Такой подход позволяет

качественно планировать доходы и управлять расходами медицинской организации.

Механизм планирования и оптимального использования ресурсов на основе дискретно-событийного моделирования был предложен О. М. Куликовым [13]. По мнению автора, в основе обслуживания пациентов в медицинских организациях лежит движение по заданной траектории. Основными показателями, которые характеризуют потоки пациентов, являются показатели, характеризующие персонал и коечный фонд, сроки ожидания медицинской помощи, отказы в приеме пациентов. Расчет данных показателей позволяет решать задачу эффективного использования ресурсов.

Необходимо также проводить анализ ключевых показателей оценки инновационной деятельности медицинских организаций: обеспеченности интеллектуальной собственностью, подготовки персонала, инновационного уровня оборудования и др. [14].

Эффективность любой системы определяется ее экономической моделью, которая представляет собой упрощенное изображение экономической действительности путем использования некоторой совокупности системообразующих количественных управляемых значений, т.н. предельно критических величин [15]. По мнению Глазьева С. Ю. и Локосова В. В., предельно критическим следует считать такое значение показателя, выход за границы которого свидетельствует о возникновении угрозы функционированию экономики и жизнедеятельности общества [15].

Следовательно, для системы здравоохранения предельно критические величины – это объективный инструмент оценки состояния здоровья здравоохранения и медицинской организации, позволяющий реально оценить доступность и качество медицинской помощи населению [16]. И наоборот, отсутствие показателей предельно критических величин не позволяет объективно оценить состояние системы здравоохранения и медицинских организаций, а следовательно, принять управленческие решения, направленные на повышение эффективности отрасли.

Таким образом, ресурсосбережение в здравоохранении является важнейшим механизмом ресурсообеспечения отрасли. Реализация данного механизма возможна через выбор приоритетов, развитие механизма стратегического планирования, установления предельных расходов на здравоохранение, структурную перестройку здравоохранения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Управление и экономика здравоохранения: учеб. пособие / А. И. Вялков и др. 3-е изд., доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 664 с.
2. Экономика здравоохранения / А. В. Решетников и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 272 с.
3. ГОСТ Р 52104-2003. Ресурсосбережение. Термины и определения: национальный стандарт Российской Федерации: изд. офиц.: утв. и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 3 июля 2003 г. № 235-ст: введен впервые: дата введения 2004-07-01. М.: Стандартинформ, 2003.
4. Кораблев В. Н. Технология ресурсосбережения в здравоохранении региона. Хабаровск: Изд-во Краев. клин. больницы – Хабар. краев. центра психического здоровья, 2002. 148 с.
5. Ресурсосбережение как приоритетное направление или фактор устойчивого социально-экономического развития. URL: <https://nashaucheba.ru/v47886/%D1%81%D1%82%D0> (дата обращения: 28.12.2021).
6. ГОСТ 30166-2014. Ресурсосбережение. Основные положения: межгосударственный стандарт: изд. офиц.: принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации (протокол от 22 декабря 2014 г. № 73-П): дата введения 2016-01-01. М.: Стандартинформ, 2014.
7. Факторы, определяющие уровень ресурсосбережения. URL: https://vuzlit.ru/1623314/factory_opredelyayuschie_uroven_resursosberezheniya (дата обращения: 27.12.2021).
8. Применение стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018–2020 годах: метод. рекомендации № 130 / Д. В. Мелик-Гусейнов и др. М., 2018. 63 с.
9. Кораблев В. Н., Гандурова Е. Г., Димова О. А. Эффективное использование ресурсов здравоохранения (медицинской организации). Бережливое производство. Хабаровск: Изд-во ИПКСЗ, 2019. 113 с.
10. Аликулова К. А. Оценка эффективности инновационной деятельности в здравоохранении // Научные исследования XXI века. 2020. № 2 (4). С. 276–279.
11. Кадыров Ф. Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. 496 с.
12. Кораблев В. Н. Экономический анализ и планирование в здравоохранении (на примере противотуберкулезной службы). – Хабаровск: Изд-во Краев. клин. больницы – Хабар. краев. центра психического здоровья, 2001. 179 с.
13. Куликова О. М. Оптимизация процессов планирования и использования ресурсов в сфере здравоохранения РФ // Вестн. Сиб. ин-та бизнеса и информ. технологий. 2016. № 4 (20). С. 27–32.
14. Заигралова С. В. Особенности инновационной политики в сфере здравоохранения в РФ // Вопр. инновац. экономики. 2020. Т. 10, № 1. С. 449–456.
15. Глазьев С. Ю., Локосов В. В. Оценка предельно критических значений показателей состояния российского общества и их использование в управлении социально-экономическим развитием // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2012. № 4 (22). С. 22–41.
16. Кораблев В. Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций. Хабаровск: Изд-во ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2015. 236 с.

REFERENCES

1. Management and economics of health care: textbook / A. I. Vyalkov et al. 3rd ed., add. M.: GEOTAR-Media, 2009. 664 p.
2. Health Economics / A. V. Reshetnikov et al. M.: GEOTAR-Media. 2007. 272 p.
3. GOST standard R 52104-2003. Resource saving. Terms and definitions: national standard of the Russian Federation: official edition: approved and put into effect by the Decree of the State Standard of Russia dated July 3, 2003 N 235-st: introduced for the first time: introduction date 2004-07-01. M.: Standartinform, 2003.
4. Korablev V. N. Technology of resource saving in health care of the region. Khabarovsk: Publishing Center of the Khabarovsk Krai Clinical Hospital– Center for Mental Health, 2002. 148 p.
5. Resource saving as a priority direction or factor of sustainable socio-economic development. URL: <https://nashaucheba.ru/v47886/%D1%81%D1%82%D0> (date of access: 12/28/2021).
6. GOST standard 30166-2014. Resource saving. Basic provisions: interstate standard: ed. official: adopted by the Interstate Council for Standardization, Metrology and Certification (minutes of December 22, 2014 N 73-P): introduction date 2016-01-01. M.: Standartinform, 2014.
7. Factors determining the level of resource saving. URL: https://vuzlit.ru/1623314/factory_opredelyayuschie_uroven_resursosberezheniya (date of access: 12/27/2021).
8. Application of the resource management quality standard in medical organizations of the state healthcare system of the city of Moscow in 2018–2020: methodical recommendations No. 130 / D. V. Melik-Guseinov et al. M., 2018. 63 p.
9. Korablev V. N., Gandurova E. G., Dimova O. A. Efficient use of health resources (medical organization). Resource saving – Khabarovsk: IPKSZ Publishing House, 2019. 113 p.
10. Alikulova K. A. Evaluation of the effectiveness of innovative activities in health care // Scientific research of the XXI century. 2020. No. 2 (4). pp. 276–279.
11. Kadyrov F. N. Economic methods for assessing the effectiveness of medical institutions. M.: Publishing House "Menedzher Zdravookhraneniya", 2011. 496 p.
12. Korablev V. N. Economic analysis and planning in health care (on the example of anti-tuberculosis service. – Khabarovsk: Publishing Center of the Khabarovsk Krai Clinical Hospital – Center for Mental Health, 2001. 179 p.
13. Kulikova O. M. Optimization of planning processes and the use of resources in the healthcare sector of the Russian Federation // Bulletin of the Siberian Institute of Business and Information technologies. 2016. No. 4 (20). pp. 27–32.
14. Zaigralova S. V. Features of innovation policy in the healthcare sector in the Russian Federation // Issues of innovative economy. 2020. V. 10, No. 1. P. 449–456.
15. Glazyev S. Yu., Lokosov V. V. Evaluation of the maximum critical values of indicators of the state of the Russian society and their use in the management of socio-economic development // Economic and social changes: facts, trends, forecast. 2012. No. 4 (22). pp. 22–41.
16. Korablev V. N. Evaluation of the effectiveness and efficiency of the healthcare system and medical organizations. Khabarovsk: Publishing House of the Far Eastern State Medical University, 2015. 236 p.

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-56-61
УДК 614.2:34

Правовая регламентация в сфере здравоохранения: особенности, перспективы с позиции регионального аспекта

М. Г. Свередюк

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipkszh.khv.ru

Legal regulation in the field of healthcare: features and prospects from the perspective of the regional aspect

M. G. Sveredyuk

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье вскрыты причины и тенденции возрастания правовой составляющей в медицинской деятельности. Анализируются такие аспекты, как правовое регламентирование медицинской деятельности, особенности толкования состава правонарушений, обязанности пациента, потребительский экстремизм. Автором в качестве механизма снижения медико-правовых рисков поднят вопрос внедрения в деятельность медицинских организаций системы управления медико-правовыми рисками. В региональном сегменте приводится уникальный опыт Хабаровского края в вопросах развития медицинского права.

Ключевые слова: правовое регулирование, здравоохранение, правовая неопределенность, медико-правовой риск, система управления рисками

The article reveals the causes and trends of increasing of the legal component in medical practice. It analyzes such aspects as the legal regulation of medical activity, the peculiarities of the interpretation of the composition of the offense, the obligations of the patient, consumer extremism. The author, as a mechanism for reducing medico-legal risks, raised the issue of introducing a medico-legal risk management system into the activities of medical organizations. The regional segment presents the unique experience of the Khabarovsk Krai in the issues of the development of medical law.

Keywords: legal regulation, healthcare, legal uncertainty, medical and legal risk, risk management system

Правовая составляющая в медицине увеличивается от года к году. Причин данного явления множество. Автором неоднократно в публикациях [1] анализировались аспекты возрастания роли права в здравоохранении как смена парадигмы взаимоотношений врач – пациент с патерналистической на пациент-ориентированную, проблематика медико-правовой терминологии и правовых неопределенностей в законодательстве о здравоохранении.

К причинам указанной тенденции можно также отнести такие факторы, как:

1. Правовое регламентирование медицинской деятельности.

Регламентирование – жесткий способ организационного воздействия, заключающийся в разработке и введении в действие организационных положений, обязательных для исполнения [2].

Как следует из статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3] (далее 323-ФЗ):

«1. Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

3) на основе клинических рекомендаций;

4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Частью 2 статьи 64 323-ФЗ предусмотрено: «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

В этой связи медицинская деятельность в большей части старого законодательства регламентирована и формализована в правовом аспекте.

При оценке качества оказания медицинской помощи эксперты прежде всего обращают внимание на выполнение медицинскими работниками стандартов, порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, то есть на правовые формуляры.

«Ненадлежащее оказание медицинской помощи пациенту – оказание медицинской помощи пациенту не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями...»

Проводя судебно-медицинскую экспертизу по так называемому "врачебному делу", экспертная комиссия в первую очередь должна анализировать соблюдение при оказании медицинской помощи пациенту порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 76 ФЗ-323» [4].

По мнению автора, все действия медицинского работника, выходящие за указанное выше регламентирование, находятся в плоскости риска и нуждаются в обосновании. При возникновении спорных ситуаций с пациентом либо его законными представителями возникает необходимость интерпретации действий с позиции таких правовых категорий, как «обоснованный риск» и «крайняя необходимость».

2. Безусловно, причиной нарастания роли права является смещение анализа элементов состава правонарушения, необходимого для наступления юридической ответственности. Исходя из смысла статьи 1064 Гражданского

кодекса РФ, необходимыми элементами наступления ответственности медицинских работников являются противоправное поведение, вред, вина, причинно-следственная связь.

В настоящее время дефект оказания медицинской помощи независимо от того, явился ли он причиной ухудшения состояния здоровья пациента, зачастую становится основанием для наложения гражданско-правовой ответственности.

Так, Верховный суд РФ отправил на пересмотр акты районного и областного судов об отказе в возмещении морального вреда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи.

Суды нижестоящих инстанций в иске полностью отказали – поскольку, хотя дефекты лечения и имели место, прямой причинно-следственной связи между дефектами и смертью пациентки истица не доказала.

Верховный суд РФ категорически не согласился с выводами судов и указал:

– право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь реализуется в том числе через соблюдение порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов), а также через установление ответственности медицинских организаций и медицинских работников за причинение вреда при оказании гражданам медицинской помощи;

– при этом законом установлена презумпция вины причинителя вреда, которая предполагает, что доказательства отсутствия его вины должен представить сам ответчик, а потерпевший доказывает факт наличия вреда (физических и нравственных страданий – если это вред моральный), а также статус ответчика – причинителя вреда или лица, обязанного возместить вред;

– следовательно, в данном деле медицинская организация должна доказать отсутствие своей вины в причинении морального вреда истице в связи со смертью ее матери;

– нельзя признать правомерным вывод об отсутствии причинно-следственной связи между недостатками (дефектами) медицинской помощи и наступившими последствиями в виде ухудшения здоровья и смерти [5].

Иными словами, такой элемент, как причинно-следственная связь, в гражданско-правовых отношениях претерпел существенное правовое изменение с позиции необходимости установления прямой связи до косвенной и (или) не прямой, а также к наложению ответственности без ее учета, за сам факт наличия дефектов, пусть и безотносительно с вредом.

3. Учитывая, что зачастую в основе медицинской деятельности лежит медицинская услуга, одним из основных нормативно-правовых актов при судебном разбирательстве является Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» [6].

Данный Закон, с одной стороны, четко регламентирует порядок предоставления услуг и продажи товаров и обеспечивает надежную защиту интересов потребителей, а с другой – не предусматривает никаких норм ответственности за предъявление необоснованных претензий.

Ситуация обостряется отсутствием для пациентов действенных обязанностей, реальной ответственности и в 323-ФЗ.

Содержащаяся в 323-ФЗ статья 27 предусматривает:

«1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях».

При этом механизм реализации данной правовой нормы отсутствует. Имеется правовой пробел относительно реализации нормы на этапе амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

В этой связи набирают оборот ситуации, когда лицо, обратившееся за медицинской помощью, сознательно провоцирует медицинских работников, пытается ввести в заблуждение судебные, контрольно-надзорные органы с целью материального обогащения. Это явление получило название «потребительский экстремизм».

Указанное явление характерно практически для любой сферы бытовых услуг, выполнения работ, продажи товаров. Для медицины подобное поведение пациентов наиболее чувствительно, поскольку речь идет о жизни и здоровье. В этой связи можно сформировать отдельное понятие – пациентский экстремизм, под которым автор предлагает понимать сознательные недобросовестные действия (бездействие) пациента по отношению к деятельности медицинской организации (медицинского работника) с целью материального обогащения либо получения преимуществ различного характера.

4. К позиции уголовно-правовой регламентации можно также отнести следующие факторы:

– чрезмерная регламентация в УК РФ медицинской деятельности;

– правовая неопределенность понятия «врачебная ошибка»;

– недостаточная определенность понимания обоснованного риска в медицине и др.

5. В очередной раз автором обращено внимание на то, что одной из основных причин проблематики правореализации 323-ФЗ является критически низкий уровень правовых знаний у медицинских работников [7, 8, 9].

Одной из задач органа управления здравоохранением, а также непосредственно самой медицинской организации должна стать проработка аспектов минимизации правовых рисков.

По мнению автора, необходимо выстраивать систему управления медико-правовыми рисками.

В настоящее время в научный оборот теории права введено понятие «правовое управление рисками», которое определяется как «волевая деятельность, направленная на правовую регламентацию отношений, связанных с рисковыми явлениями, правовой контроль над рисками и оперативное воздействие на риски, возникающие в юридической деятельности» [10].

Управление рисками – это воздействие на риск/риски, приводящее к изменению какой-либо одной или нескольких характеристик риска, т.е. вероятности и (или) последствий [11].

Необходимо отметить, что законодатель особо подчеркивает необходимость наличия компетенций в сфере управления рисками руководства медицинской организации. В частности, в требованиях профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» прописано, что заместитель руководителя медицинской организации должен уметь оценивать риски, связанные с реализацией управленческих решений и обладать знаниями основ риск-менеджмента. Главный врач (руководитель) обязан осуществлять управление рисками медицинской организации [12].

Система управления – систематизированный (строго определенный) набор инструментов сбора сведений о подконтрольном объекте и средств воздействия на его поведение, предназначенный для достижения определенных целей.

Внедрить систему управления правовыми рисками возможно только посредством административно-правового подхода, под которым предлагается понимать:

– комплекс мероприятий, закрепляющий базовые элементы системы управления рисками, регламентированный отраслевым органом исполнительной власти в форме организационно-распорядительных актов;

– комплекс мероприятий, закрепляющий актуальные элементы системы управления рисками для конкретной организации, в виде издания локального нормативного акта [13].

Указанный подход к медицинской деятельности, состоящей из регламентации функций, прав, обязанностей, нормативов качества, экономических затрат, продолжительности медицинских услуг, элементов системы управления, должен заключаться в соответствующих нормативно-правовых актах (административные регламенты, приказы, распоряжения, указания, стандарты, инструкции, положения и т.п.).

Можно сказать, что система управления рисками, в том числе медико-правовыми, это постоянный самоанализ в целях корректировки содержания структуры системы управления с целью минимизации факторов риска.

В аспекте минимизации медико-правовых рисков в Хабаровском крае региональным министерством здравоохранения совместно с кафедрой организации здравоохранения и медицинского права КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» проводится следующая работа:

1. Ежегодно проводится анализ и обобщение судебной практики по искам пациентов о взыскании КМВ и (или) МУ в результате причинения вреда здоровью к медицинским организациям Хабаровского края, подведомственным МЗ ХК.

2. На базе КГБОУ ДПО ИПКСЗ в 2018 году создана кафедра организации здравоохранения и медицинского права.

3. Ежегодно проводятся научно-практические конференции «Актуальные вопросы и правовые риски предоставления медицинских услуг».

4. Издаются методические рекомендации для проведения работы по минимизации медико-правовых рисков, которые доводятся до каждого краевого учреждения здравоохранения.

5. Заключено соглашение о научном и образовательном сотрудничестве между КГБОУ ДПО ИПКСЗ и ФГОУ ВО «Российский государственный университет правосудия» (учредитель – Верховный суд РФ).

С целью профилактики правового нигилизма кафедрой организации здравоохранения и медицинского права КГБОУ ДПО ИПКСЗ сформированы следующие циклы повышения квалификации по разделу медицинского права:

– Дистанционный цикл «Построение эффективной медико-правовой работы в организациях государственной и частной систем здравоохранения» (цикл аккредитован в системе НМО).

– Дистанционный цикл «Уголовная ответственность в медицине. Правовые и практические аспекты минимизации факторов уголовного преследования медицинских работников» (цикл аккредитуется в системе НМО).

– Дистанционный цикл «Обязательная правовая компетенция медицинского работника (на основе требований профессиональных стандартов)» (цикл аккредитуется в системе НМО).

– Очный цикл «Юридическая ответственность медицинских организаций и медицинских работников» (цикл аккредитован в системе НМО).

Работу по минимизации медико-правовых рисков невозможно проводить без квалифицированных юристов. В настоящее время трудно представить медицинскую организацию, не пользующуюся услугами юриста (по трудовому или гражданско-правовому договору). По мнению автора, роль и статус юриста нуждаются в кардинальном пересмотре. Особо необходимо отметить, что данные вопросы начали обсуждать на всероссийском уровне. Так, в День юриста 03.12.2021 года Министерство здравоохранения Российской Федерации впервые провело Всероссийскую конференцию по медико-правовой тематике «Правовое регулирование в сфере здравоохранения. Актуальные вопросы».

Открывая конференцию, министр здравоохранения РФ М. А. Мурашко сказал: «В работе конференции сегодня принимают участие юристы из всех регионов нашей страны. Наличие квалифицированной юридической поддержки в развитии нормативно-правового регулирования организации медицинской помощи, обращение лекарственных средств и медицинских изделий, правовых отношений в здравоохранении, а также вопросов правоприменения трудно переоценить. Сегодня от скоординированной работы организаторов здравоохранения, правовых подразделений зависит то, как будет развиваться вся медицинская служба, образование, наука. Медицинское право по сути своей уникально. Вам, работающим в сфере здравоохранения, приходится работать на стыке разных отраслей права. При этом в правовом регулировании здравоохранения существует множество исключений из общих правил, что обусловлено исключительной социальной значимостью деятельности по охране здоровья населения. Хочу отметить: важнейшая задача – обеспечить выполнение прав всех участников процесса. В первую очередь нужно помнить о правах пациента, медицинского работника, медицинской организации и государства. Вместе с тем из-за отсутствия во многих медицинских организациях юридических служб на практике зачастую возникают прецеденты, которые требуют в последующем принятия решений организационных, подчас и вмешательства извне. Правовой нигилизм, отсутствие правовых

знаний как у пациентов, так и у медицинских работников – это тема, требующая отдельного рассмотрения и проработки».

В работе конференции с докладами выступали специалисты Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Регионы представляли КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, министерство здравоохранения Свердловской области.

Хабаровский край первым из регионов направил заявку на участие в данном мероприятии, представив доклад доцента кафедры М. Г. Свередюка «Необходимость организации медико-правовой работы в субъекте РФ как фактор, способствующий снижению рисков ненадлежащего осуществления медицинской деятельности (по материалам Хабаровского края)». Необходимо отметить, что доклад получил высокую оценку и благодарность директора Правового департамента Минздрава России М. Н. Лесниковой.

По итогам доклада на рассмотрение организаторов конференции были внесены следующие предложения:

1. Ввести обязательное преподавание правовых вопросов в здравоохранении для студентов, ординаторов, слушателей в учреждениях среднего, высшего и дополнительного профессионального медицинского образования.

2. Ввести в ФГОС ВО и СПО преподавание правовых вопросов в здравоохранении.

3. Проработать вопрос по организации координационного совета Министерства здравоохранения Российской Федерации по области образования «Правовые вопросы в здравоохранении (медицинское право)».

4. Расширить в Профессиональных стандартах перечень обязательных компетенций, входящих в обязанности руководителей медицинских организаций и медицинских работников по правовым вопросам в здравоохранении.

5. Проводить анализ и обобщение судебной практики по «медицинским делам» на федеральном уровне, с доведением информации до региональных органов исполнительной власти, уполномоченных в сфере здравоохранения.

В завершение хочется обратить внимание на роль медицинских ассоциаций в решении вопросов правореализации, правового просвещения и минимизации медико-правовых рисков. Проводимое на кафедре анкетирование показывает преобладающее пассивное отношение медицинских работников к данному вопросу. Это весьма странно, поскольку статья 76 323-ФЗ предоставляет достаточно широкие полномочия данным общественным организациям. Думается, что в настоящее время необходим качественный пересмотр регламентов работы данных организаций, с учетом запросов и потребностей медицинского сообщества.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Свередюк М. Г. Актуализация проблематики правовых рисков в медицине посредством анализа судебной практики=Updating the Range of Problems Within Legal Risks in Healthcare Through the Analysis of Judicial Practice // BLF 2020: Baltic Legal Forum «Law and order in the third Millennium». (SHS Web of Conferences (eISSN22612424-France)). URL: <https://istina.msu.ru/collections/series/367013007/>.
2. wordhelp.ru. URL: <https://wordhelp.ru> (дата обращения: 05.08.2022).
3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федер. закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 : [принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года : одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года].
4. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: метод. рекомендации: утв. ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России 21.06.2017. URL: <https://legalacts.ru/doc/porjadok-provedeniya-sudebno-meditsinskoi-ekspertizy-i-ustanovleniya-prichinno-sledstvennykh-svjazei-po/?ysclid=l6obm4oe7f176232259> (дата обращения: 01.08.2022).
5. Определение Верховного суда РФ от 13.04.2020 № 34-КГ20-2. URL: <https://base.garant.ru/74189187/> (дата обращения: 27.07.2022).
6. О защите прав потребителей: Закон РФ № 2300-1 от 07.02.1992. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online> (дата обращения: 29.07.2022).

REFERENCES

1. Sveredyuk M. G. Updating the Range of Problems Within Legal Risks in Healthcare Through the Analysis of Judicial Practice // BLF 2020: Baltic Legal Forum Law and order in the third Millennium. (SHS Web of Conferences (eISSN22612424-France)). URL: <https://istina.msu.ru/collections/series/367013007/>.
2. wordhelp.ru. URL: <https://wordhelp.ru> (date of access: 08/05/2022).
3. On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation: Feder. Law No. 323-FZ of November 21, 2011: [adopted by the State Duma on November 1, 2011: approved by the Federation Council on November 9, 2011].
4. The procedure for conducting a forensic medical examination and establishing causal relationships on the fact of non-provision or improper provision of medical care: methodical recommendations: approved by the Russian Center of Forensic Medicine of the Ministry of Health of Russia 06/21/2017. URL: <https://legalacts.ru/doc/porjadok-provedeniya-sudebno-meditsinskoi-ekspertizy-i-ustanovleniya-prichinno-sledstvennykh-svjazei-po/?ysclid=l6obm4oe7f176232259> (date of access: 08/01/2022).
5. Determination of the Supreme Court of the Russian Federation of April 13, 2020 No. 34-KG20-2. URL: <https://base.garant.ru/74189187/> (date of access: 07/27/2022).
6. On the protection of consumer rights: Law of the Russian Federation No. 2300-1 of 02/07/1992. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online> (date of access: 07/29/2022).

7. Свередюк М. Г. Необходимость организации медико-правовой работы в субъекте РФ как фактор, способствующий снижению рисков ненадлежащего осуществления медицинской деятельности (практика Хабаровского края) // *Медицинское право*, 2022. № 3. С. 43–47.

8. Свередюк М. Г. Образовательный процесс по правовым вопросам в сфере здравоохранения как обязательный элемент системы управления медико-правовыми рисками и этап, способствующий становлению правовой медицины (опыт Хабаровского края) // *Право и образование*, 2019. № 12. С. 108–114.

9. Свередюк М. Г. Минимизация правовых рисков при осуществлении медицинской деятельности посредством управленческого подхода // *Юридический мир*. 2021. № 12. С. 26–29.

10. Крючков Р. А. Риск в праве: генезис, понятие и управление: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Н. Новгород, 2011. С. 12–125.

11. Шишаков А. Корпоративный риск-менеджмент. Азбука для юриста // *Корпоративный юрист*, 2008. № 7. С. 46, 48.

12. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»: Приказ Минтруда России № 768н от 07.11.2017: (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2017 № 49047) // *Официальный интернет-портал правовой информации*. URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 12.02.2021).

13. Свередюк М. Г. Административный подход к управлению правовыми рисками в системе здравоохранения // *Актуальные проблемы науки административного и финансового права: сб. материалов междунар. науч.-практ. конф. «Лазаревские чтения – 2021», г. Москва, 10 февр. 2021 г. / под общ. ред. А. Н. Савенкова. М. : Институт государства и права РАН, 2021. ISBN 978-5-8339-0199-1.*

7. Sveredyuk M. G. *The need to organize medical and legal work in a constituent entity of the Russian Federation as a factor contributing to reducing the risks of improper medical activity (practice of the Khabarovsk Krai)* // *Medical Law*. 2022. No. 3. P. 43–47.

8. Sveredyuk M. G. *Educational process on legal issues in the field of healthcare as an obligatory element of the medical and legal risk management system and a stage contributing to the development of legal medicine (the experience of the Khabarovsk Krai)* // *Law and Education*, 2019. No. 12. P. 108–114.

9. Sveredyuk M. G. *Minimization of legal risks in the implementation of medical activities through a managerial approach* // *Legal world*. 2021. No. 12. S. 26–29.

10. Kryuchkov R. A. *Risk in law: genesis, concept and management: dissertation of candidate of legal Sciences: 12.00.01. N. Novgorod, 2011, P. 12–125.*

11. Shishakov A. *Corporate risk management. ABC for a lawyer* // *Corporate lawyer*, 2008. No. 7. P. 46, 48.

12. *On the approval of the professional standard "Specialist in the field of healthcare organization and public health": Order of the Ministry of Labor of Russia No. 768n dated November 7, 2017: (Registered in the Ministry of Justice of Russia on November 29, 2017 No. 49047)* // *Official Internet portal of legal information*. URL: <http://pravo.gov.ru> (accessed 12.02.2021).

13. Sveredyuk M. G. *Administrative approach to managing legal risks in the healthcare system* // *Actual problems of the science of administrative and financial law: collection of materials of the international scientific-practical. conf. "Lazarev Readings-2021", Moscow, February 10 2021 / under the general ed. A.N. Savenkov. M. : Institute of State and Law RAS, 2021. ISBN 978-5-8339-0199-1.*

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-62-67
УДК 616.31:93(571.620)"1960/1970"

К истории стоматологии Хабаровска (1960–1970 гг.)

В. В. Гончар

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipksz.khv.ru

To the history of dentistry in Khabarovsk (1960–1970)

V. V. Gonchar

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipksz.khv.ru

Документами своей эпохи, памятью, источниками информации, хранящими и передающими образы и действия, являются фотографические снимки. В данной статье анализируются ранее не публиковавшиеся фотографии о здравоохранении Хабаровска, связанные одним сюжетом – стоматология в 1960–1970-е годы. Эти исторические документы рассказывают об организации и повседневной работе специалистов стоматологической поликлиники городской больницы № 2 им. Д. Н. Матвеева.

Ключевые слова: стоматология, зубопротезирование, организация стоматологической помощи, история медицины, Дальний Восток, Хабаровск

Photographs are the documents of the era, memory and sources of information that store and transmit images and actions. This article analyzes previously unpublished photographs attributed to the health care of Khabarovsk, related to one story – dentistry in the 1960s–1970s. These historical documents tell about the organization and daily work of the specialists of the dental clinic of the City Hospital No. 2 named after D. N. Matveev.

Keywords: dentistry, organization of dental care, history of medicine, Far East, Khabarovsk

С начала 1950 годов по инициативе Министерства здравоохранения СССР проходила реорганизация стоматологической службы в стране. На повестке дня стояли вопросы по оказанию населению стоматологической помощи по территориальным и цеховым врачевным участкам. Центральным звеном реформ становится создание многофункциональных стоматологических поликлиник в крупных промышленных городах. В 1952 году первая специализированная стоматологическая поликлиника была открыта в Комсомольске-на-Амуре. В Хабаровске этот вид медицинской помощи продолжал оказываться в зубопротезных кабинетах при амбулаториях лечебных учреждений города. Например, в штате поликлиники городской больницы № 3, которая с середины 1930-х годов до 1960 года располагалась в историческом строении «Здание казначейства» по адресу: ул. Шевченко, 5, было три зубных врача. Они оказывали как зубопротезную, так и зубопротезную помощь населению Центрального района Хабаровска. Следуя требованию центральных органов здравоохранения об укрупнении стоматологических

учреждений, в Хабаровске предпринимались меры по слиянию зубопротезных кабинетов и зуботехнических лабораторий, однако отсутствие достаточных финансовых средств и помещения для лечебного учреждения, дефицит кадров не позволяли создать отдельную стоматологическую поликлинику в краевом центре.

По одной из версий, высказанной к.м.н., главным стоматологом Хабаровского края С. А. Галёса, средства для организации стоматологической поликлиники были найдены в конце 1950-х годов, и помог этому процессу несостоявшийся визит в СССР американского президента Д. Эйзенхауэра.

Готовились к визиту основательно. По грандиозному маршруту следования, а визит должен был начаться весной 1960 года с Дальнего Востока, были задействованы центральные и местные силы, выделены финансовые средства. По одной из версий, желание американского президента посетить дальневосточные регионы России, а также Сибирь было связано с тем, что в годы Гражданской войны и интервенции (1918–1922) в составе экспедиционного

корпуса американцев находился тогда еще будущий президент США. Возможно, он хотел взглянуть на места своей бывшей службы в России. По маршруту следования предстояло решить множество вопросов дипломатического и бытового характера. Именно поэтому в Хабаровске было решено освободить помещение по улице Шевченко, 5, где с середины 1930-х годов размещалась поликлиника Центрального района города. В 1960 году здание перепланировали под гостиницу крайисполкома – «Дом приемов» (в н. в. гостиница «Парус»). Также решили создать отдельную стоматологическую поликлинику, путем объединения зубоучастков кабинетов поликлиник городской больницы № 3 и городской больницы № 2 имени Д. Н. Матвеева. Однако встреча не состоялась – над территорией СССР был сбит американский самолет, визит отменили.

По воспоминаниям главного стоматолога Хабаровского края того периода К. Д. Власовой, городская стоматологическая поликлиника Хабаровска в 1960-х годах расположилась в центре города, на первом этаже нового здания по адресу: ул. Калинина, 76. Заведующим поликлиникой был назначен зубной врач-протезист Кенигфест Иосиф Ицхонович, до этого работавший зубным врачом в городской поликлинике № 3 (фото 1).



Фото 1. И. И. Кенигфест с медсестрой Г. Н. Смоляниновой на лечебном приеме. 1970-е годы

И. И. Кенигфест родился 24.11.1918 года в Крыму. В Симферополе окончил зубоучастковую школу и был призван в ряды Красной армии. Военную службу начал в 1940 году в частях и подразделениях Дальнего Востока, в частности, служил во фронтовой стоматологической поликлинике № 319. Участвовал в обеспечении действий войск по освобождению Южного Сахалина с августа по сентябрь 1945 года на 2-м Дальневосточном фронте в составе 16-й армии 56-го стрелкового корпуса. Завершил военную службу 30.10.1954 года в звании капитана. Был награжден орденом Отечественной войны II степени, медалями «За боевые заслуги», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «За победу над Японией». После демобилизации работал в медицинских учреждениях Хабаровска.

Помещение поликлиники в начале 1960-х годов соответствовало всем санитарно-гигиеническим требованиям того времени. Имелось центральное отопление, холодная и горячая вода, канализация. В новой стоматологической поликлинике было организовано зубоучастковое отделение на шесть кресел, хирургический кабинет на два кресла, зубопротезный кабинет на три кресла. Имелась зубопротезная лаборатория на десять рабочих мест, однако в штате протезного отделения было два врача-протезиста и восемь зубных техников, что было недостаточно.

Архивные источники сообщают, что в зубопротезном отделении имелась вытяжная вентиляция, в литейной комнате предусмотрен был вытяжной шкаф, однако полученный новый аппарат для литья стальных зубов не функционировал ввиду того, что электрическая проводка не выдерживала большое напряжение электротока. Несмотря на довольно стабильное и разнообразное снабжение расходными материалами, по мнению К. Власовой, отмечался недостаток в быстротвердеющей пластмассе «Стиракрил» и в золоте для зубного протезирования. Тем не менее удовлетворялась значительная часть потребностей населения в зубопротезной помощи, более того, зубопротезное отделение поликлиники для стационарных больных изготавливало много сложных челюстных и лицевых протезов. В медицинском учреждении были организованы рентгенкабинет, физиокабинет, процедурный кабинет, специальная комната для стерилизации инструментов, имелась регистратура.

Стоматологическая поликлиника обслуживала жителей Центрального района города, а также оказывала первую помощь всем больным, обратившимся с острой зубной болью. В штате зубоучасткового отделения состояли два врача-стоматолога, девять зубных врачей, десять медицинских сестер, восемь санитарок, один рентгенотехник. Все врачи работали на врачебном и хирургическом приеме. В середине 1961 года горздравотдел увеличил количество штатных врачебных единиц на пять врачей, три медицинские сестры, одну санитарку, но врачебные места оставались вакантными из-за отсутствия специалистов.

В поликлинике работали две передвижные стоматологические бригады для проведения плановой санации среди взрослого населения, кроме того, специалисты выезжали в сельскую местность для оказания медицинской помощи жителям Вяземского района и района им. Лазо. Была организована ортодонтическая помощь для лечения различных челюстных деформаций, причем применялись ортодонтические аппа-

раты, которые изготавливались в собственной зуботехнической лаборатории. В лечебном учреждении вели консультативный прием врач-стоматолог, ассистент кафедры госпитальной хирургии Хабаровского медицинского института, главный стоматолог края К. Д. Власова и врач-стоматолог З. А. Филиппенко.

В 1970-х годах в практическом здравоохранении значительно выросло количество специалистов стоматологического профиля с высшим медицинским образованием. В списке сотрудников стоматологической поликлиники по состоянию на 01.01.1971 года числилось девять врачей-стоматологов: Ф. Г. Гримберг, Л. П. Дусь, П. Ф. Моисеенко, С. П. Пеньков, Н. М. Павлова, Л. В. Сапожникова, К. М. Цвиль, В. А. Южанина, Н. И. Дмитриева.

На групповом фото сотрудников отделения можно заметить, что специалисты работали на новом, современном оборудовании. Хорошо просматривается стоматологическая установка в виде колонки. Зубоврачебное кресло поставялось отдельно. Данная конструкция установки объединяла основные функции и узлы различных встроенных аппаратов и устройств: чаша плевательницы, слюноотсос, пульт управления гидроблоком, устройство для набора воды в стакан, пистолет для подачи воздуха и воды, стоматологическое зеркало с подсветкой, светильник, вентилятор, электрический и турбинный наконечники, флаконы для

лекарств, инструментальный столик, ножная педаль управления. Скорее всего это установка «Юнит», производства Народной Республики Болгария. Это были весьма громоздкие комплексы, технически сложные устройства. Очень часто отдельные узлы и агрегаты установки выходили из строя, не поддавались ремонту и не использовались во время лечебного приема. На фотографии обращает на себя внимание то, что стоматологическая установка соединена с рентгенологической трубкой, возможно, рентгенологические исследования пациентов проводились в лечебном кабинете. С конца 1960-х годов начался процесс упрощения таких установок.

Необходимо отметить, что в 1960-е годы произошло материально-техническое перевооружение стоматологических учреждений не только городских, но и сельских. На смену ножным бормашинам пришли импортные и отечественные электрические бормашины.

Однако на снимках можно разглядеть и не совсем «мажорные ноты»: лампа накаливания на стоматологической установке явно добавлена работниками поликлиники скорее всего для дополнительного освещения, наличие ручномойника над мойкой может говорить о перебоях в водоснабжении, а также полное отсутствие одноразовых латексных перчаток у медицинских работников, к которым в настоящее время мы все привыкли (фото 3).



Фото 2. Сотрудники стоматологической поликлиники. Начало 1960-х годов



Фото 3. В лечебном кабинете. Начало 1960-х годов

Политика государства, организационные практики в 1960-е годы были направлены на повышение доступности стоматологической помощи, а программы обязательной стоматологической санации детей, подростков, рабочих и служащих стимулировали потребности в подготовке массовых специалистов по стоматологии. Обеспечение подготовки специалистов по стоматологии со средним медицинским образованием на местах возложили на местную исполнительную власть. В связи с этим приняли решение в 1960 году открыть в Хабаровске зубо-врачебное отделение при медицинском училище. Подготовка зубных врачей должна была снизить остроту кадрового дефицита. Однако материально-техническая база зубо-врачебных школ была невысокой, собственной клинической базой они не располагали. Практические занятия проходили в лечебных учреждениях города, обучение осуществлялось «за спиной» у преподавателей, которые вели лечебный прием.

На фото 4 мы видим, как лечебный процесс в стоматологической поликлинике совмещался с учебными занятиями. Студенты медицинского училища совершенствовали мануальные навыки. Не случайно запечатлен процесс снятия слепков пациента с беззубой челюсти, так как эта манипуляция вызывала особые трудности



Фото 4. Снятие студентами Хабаровского медицинского училища слепков с беззубой челюсти. 1960 год

у учащихся в связи с индивидуальными анатомическими особенностями таких пациентов и необходимостью учитывать едва заметные на первый взгляд тонкости строения слизистой оболочки рта: тяжи, уздечки, складки. Зубной врач И. И. Кенигфест, преподаватель Хабаровского медицинского училища, делился своим опытом, контролировал технику получения слепков, разъяснял тонкости этой манипуляции. В 1962 году состоялся первый выпуск зубных врачей в Хабаровском медицинском училище, большая часть которых (25 человек из 28) была направлена для работы в сельскую местность Хабаровского края.

В начале 1960-х годов в стране становятся актуальными вопросы специализации и усовершенствования, а также повышения квалификации врачей-стоматологов, зубных врачей и зубных техников. Для этой цели широко использовались местные базы, а именно городские стоматологические поликлиники, которые по замыслу организаторов здравоохранения должны были стать методическими центрами по внедрению новых технологий, совершенствованию организации стоматологической помощи.

В октябре 1961 года в Хабаровске была проведена первая краевая научно-практическая

конференция стоматологов и зубных врачей. Собравшиеся со всего края специалисты стоматологического профиля заслушали и обсудили 25 докладов. Конференция проходила три дня, причем последний день отводился на осмотр больных в отделении челюстно-лицевой хирургии стационара и в стоматологической поликлинике. На этом совещании обсуждались вопросы состояния и меры по улучшению стоматологической помощи в крае, по проведению плановой санации полости рта, по внедрению современных методов лечения пульпитов и заболеваний пародонта. Поднимались вопросы заболеваний слизистой полости рта, хирургического лечения расщелин губы и нёба, лечения одонтогенных остеомиелитов и флегмон, современных методов обезболивания. Не осталась без внимания и ортопедическая стоматология. Среди выступающих: заведующий горздравотделом Комсомольска-на-Амуре Е. Г. Деменчук, врачи-стоматологи К. Д. Власова, З. И. Швец, Б. Н. Шувалов, В. П. Фонтакова, З. А. Филиппенко, К. И. Кадочникова. В работе приняли участие более 70 человек.

На фото 5 мы видим участников первой конференции стоматологов и зубных врачей Хабаровского края на мастер-классе, который

проводит И. И. Кенигфест. Он выступил с докладом о применении пластмасс при зубном протезировании. Именно в данный период поликлиника снабжается этими материалами для изготовления базисов съёмных протезов. Кроме того, из быстротвердеющих пластмасс стали изготавливать на передние зубы коронки, которые имели несомненное преимущество в эстетическом и косметическом плане перед металлическими. Применение пластмасс в стоматологии становилось повседневной практикой.

Одной из обязательных сфер деятельности лечебных учреждений в 1960–1970-е годы была санитарно-просветительская работа. Медицинские организации занимались пропагандой здорового образа жизни, повышением санитарной культуры населения, проведением мероприятий по снижению заболеваемости и оздоровлению условий труда и быта населения. Широко использовались такие методы популяризации знаний, как лекции и беседы, вечера вопросов и ответов, выставки, оформление уголков здоровья, демонстрация кинофильмов, выступления на страницах газет. В рамках местных радиоэфиров поднимались вопросы по повышению гигиенических знаний, профилактике заболеваний, рассказывалось о



Фото 5. Участники первой конференции стоматологов и зубных врачей Хабаровского края на практических занятиях. 27.10.1961 года

достижениях советской медицины и здравоохранения (фото 6). В них принимали участие руководители медицинских учреждений, врачи и медицинские сестры.



Фото 6. Проведение санитарно-просветительской работы.
1970-е годы

Таким образом, воплощением новых организационных принципов оказания стома-

тологической помощи населению Хабаровска стало создание городской стоматологической поликлиники. Это значительно улучшило доступность и качество данного вида медицинской помощи. Специалисты стоматологического профиля стали работать в две смены, был организован смотровой кабинет для обеспечения маршрутизации пациентов, налажено оказание помощи при острой зубной боли, организовано зубопротезирование и ортодонтическое лечение. Увеличение числа штатных специалистов по стоматологии происходило не за счет прибывающих из других регионов специалистов, а за счет обученных на местных базах кадров зубных врачей, подготовленных в первую очередь для оказания общедоступной стоматологической помощи. Увеличение финансирования здравоохранения позволило не только расширить сеть стоматологических учреждений, укомплектовать их новым современным оборудованием, но и внедрить в практику программы плановой санации, профилактики, расширить объемы зубного протезирования.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Книга Памяти. Ч. 5. Хабаровск: Изд-во «РИОТИП» краев. тип., 2007. 912 с.
2. ЦАМО (Центральный архив министерства обороны). Учетно-послужная картотека. Шкаф 84, ящик 27.
3. Муниципальное казенное учреждение «Хабаровский городской центр хранения документов». Ф. 1014. Оп. 1. Д. 145. Л. 97–104.
4. Гончар В. В. Стоматологическая помощь на Дальнем Востоке России: организация и повседневная практика (1890–1991 гг.): моногр. / под ред. П. Э. Ратманова. Хабаровск, 2018. 260 с.

REFERENCES

1. Book of Memory. Part 5. Khabarovsk: Publishing house "RIOTIP" of the Khabarovsk Krai Printing Center, 2007. 912 p.
2. Central Archive of the Ministry of Defense. Accounting card file. Cabinet 84, drawer 27.
3. Municipal state institution Khabarovsk City Document Storage Center. F. 1014. Op. 1. D. 145. L. 97–104.
4. Gonchar V. V. Dental care in the Russian Far East: organization and daily practice (1890-1991): monograph / edited by P. E. Ratmanov, Khabarovsk, 2018. 260 p.

Рецензируемое научно-практическое медицинское издание для широкого круга практикующих врачей и научных работников. Издается с 2002 года и выходит один раз в три месяца.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

ISSN 1728-1261

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:

- ✓ Передовая статья
- ✓ Клиническая медицина
- ✓ Профилактическая медицина
- ✓ Обмен опытом

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.



Для оформления договора на поставку журнала через редакцию необходимо направить заявление в свободной форме на имя ректора КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» по адресу: 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

По вопросам организации подписки на наше издание обращаться по телефону (4212) 27-25-10. E-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru