

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

Издается с 2002 года  
выходит 1 раз в три месяца

№ 2 (44) июнь 2010

**Главный редактор:**

С.Ш. Сулейманов

**Заместитель главного редактора:**

Г.В. Чижова

**Редакционная коллегия:**

В.Е. Воловик (ответственный секретарь)

В.В. Егоров

О.В. Молчанова

В.М. Савкова

С.К. Сухотин

И.В. Ткаченко

**Редакционный совет:**

П.А. Воробьев (Москва)

Г.А. Зайнутдинов (Магадан)

А.З. Зурдинов (Бишкек)

В.Н. Канюков (Оренбург)

В.Н. Карпенко (Петропавловск-

Камчатский)

Г.А. Пальшин (Якутск)

Д.А. Сычев (Москва)

А.П. Тяжелков (Комсомольск-на-Амуре)

**Редактор:**

Е.Г. Вожжова

**Корректор:**

Т.В. Плаксина

**Художественный редактор:**

Е.В. Бадяева

**Учредители:**

Министерство здравоохранения

Хабаровского края;

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации  
специалистов здравоохранения»

Плата за публикацию материалов  
не рекламного характера не взимается

**Издатель:**

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации  
специалистов здравоохранения».

Отпечатано в редакционно-издательском  
центре ИПКСЗ,

г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Тираж 1000 экз. В розницу цена свободная

**Регистрационное свидетельство**

ПИ № ФС 27-0710 Р от 24 апреля 2008 г. выдано  
Управлением Федеральной службы по надзору  
в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны  
культурного наследия по Хабаровскому краю

**Адрес редакции:**

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9,  
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации  
специалистов здравоохранения»

Тел./факс: (4212) 72-87-15

E-mail: rec@ipksz.khv.ru

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>I. КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА</b> .....	3
<b>II. ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ</b>	
<b>Дьяченко О.А., Тараненко Е.Л.</b> Проблемы борьбы с проявлениями туберкулезной инфекции у детей в современных социально-экономических условиях .....	4
<b>III. ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	
Концепция развития онкологической службы в Хабаровском крае до 2020 года (согласована с В.И. Чиссовым и утверждена А.В. Витько) .....	10
<b>Щукин Н.Н., Белокрылова Г.С., Бондаренко С.В., Хмелевская О.Г., Капитоненко Н.А.</b> Анализ дефектов направления на медико-социальную экспертизу в Хабаровском крае .....	19
<b>Егоров В.В., Смолякова Г.П., Кашура О.И., Бадюгина С.П.</b> Организация работы по раннему выявлению ретинопатии недоношенных в Хабаровском крае .....	21
<b>Маркелова Е.В., Зулина Н.К.</b> Динамика первичной инвалидности среди детского населения г. Хабаровска за 2005–2009 годы .....	24
<b>Конева Л.В., Мякишев В.Г.</b> Социально-экономические аспекты лечения гипертонической болезни в амбулаторных условиях .....	28
<b>IV. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	
<b>Поштаев К.Е., Королев В.М.</b> Клинико-эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы у взрослого населения Хабаровского края .....	32
<b>Данилова Л.П., Егоров В.В., Смолякова Г.П., Еманова Л.П., Швачко Н.С.</b> Анализ эффективности применения ингибитора ангиогенеза ранибизумаба в лечении хориоидальной неоваскуляризации у больных возрастной макулярной дегенерацией .....	35
<b>V. ОБМЕН ОПЫТОМ</b>	
<b>Дудко Е.А., Бобкова О.Р., Галынина Н.Н., Пустовой В.С.</b> Целесообразность применения пульмикорта для небулайзерной терапии с целью купирования приступа бронхиальной астмы в условиях работы врача скорой медицинской помощи .....	39
<b>Ганичева Е.Б., Павленко В.М., Васяева Л.Е., Тармаева С.В.</b> Клиническая оценка метода атравматической реставрационной терапии .....	42
<b>Рыбина М.Н., Побережный П.Я., Панова И.Ю., Корякова Т.В.</b> Опыт применения кларитромицина (клабакса) в терапии острых синуситов .....	44
<b>Макарова Т.Е.</b> Клинико-эпидемиологические особенности менингококковой инфекции у детей на современном этапе .....	46
<b>Самышева Е.В., Матюшкина Л.С., Назорнюк С.Г., Москалюк О.В.</b> Опыт применения аллокина-альфа в терапии папилломавирусной инфекции гениталий у женщин .....	49
<b>Левченко С.С., Николаевская Т.И., Петухова Г.М.</b> Профилактика и коррекция аффективного поведения ребенка в адаптационный период .....	51
<b>VI. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ</b>	
<b>Астахова А.Ю., Петухова Н.С.</b> Апоксигенез при обнажении пульпы зубов с несформированными верхушками корней .....	55
<b>Коваленко В.Л., Воловик В.Е., Банников А.В.</b> Гемипельвэктомия в лечении опухолей костей и мягких тканей нижних конечностей .....	57
<b>VII. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ</b>	
<b>Федяшев Г.А., Евстифеев М.В., Егоров В.В., Смолякова Г.П.</b> Метод одномоментной коррекции афакии и роговичного астигматизма при проведении факоэмульсификации катаракты .....	60
<b>Коваленко В.Л., Тирон К.Н.</b> Карциномы тонкой кишки: клиника, диагностика, результаты лечения .....	62
<b>Присяжнюк И.К., Лузьянина Г.А., Топалов К.П.</b> Патология щитовидной железы у детей на территории Хабаровского края: статистика и оценка ситуации .....	67
<b>VIII. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ</b>	
<b>Бухонкина Ю.М.</b> Артериальная гипертензия и беременность: актуальные аспекты .....	73
<b>IX. ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ</b>	
<b>Белобородов С.М.</b> Планирование клинического исследования .....	79
<b>X. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ</b>	
<b>Рохлин Натан Наумович</b> .....	84
<b>XI. ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	
Оплата труда медицинских работников в новых экономических условиях .....	85

ISSN 1728-1261

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

№ 2 (44) June 2010

**Editor-in-Chief:**

S.Sh. Suleymanov

**Assistant Editor-in-Chief:**

G.V. Chizhova

**Editorial Board:**

V.E. Volovik

V.V. Egorov

O.V. Molchanova

V.M. Savkova

S.K. Sukhotin

I.V. Tkachenko

**Advisory Board:**

P.A. Vorobiev (Moscow)

G.A. Zainutdinov (Magadan)

A.Z. Zurdinov (Bishkek)

V.N. Kanyukov (Orenburg)

V.N. Karpenko (Petropavlovsk-Kamchatsky)

G.A. Palshin (Yakutsk)

D.A. Sychev (Moscow)

A.P. Tyazhelkov (Komsomolsk-on-Amur)

**Editor:**

E.G. Vozhzhova

**Proofreader:**

T.V. Plaksina

**Designer:**

H.V. Badyaeva

**Journal of:**

Postgraduate Institute for  
Public Health Workers  
Khabarovsk Krai Ministry of Public Health

**Publisher:**

Postgraduate Institute for  
Public Health Workers  
www.ipksz.ru

**Journal is registered by**

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

680009, Khabarovsk, Russia  
9, Krasnodarskaya str  
E-mail: rec@ipksz.khv.ru  
Phone/fax: +7 (4212) 72-87-15

## CONTENTS

### EDITORIALS

**O.A. Dyachenko, E.L. Taranenko** – Problems of Control of Manifestations of Tuberculosis Infection in Children in the Contemporary Social and Economic Conditions ..... 4

### ECONOMICS AND HEALTH CARE

The Concept of the Development of Cancer Care in the Khabarovsk Territory ..... 10

**N.N. Shchukin, G.S. Belokrylova, S.V. Bondarenko, O.G. Khmelevskaya, N.A. Kapitonenko** – Analysis of Defects in the Referrals for Medical and Social Expertise in the Khabarovsk Territory ..... 19

**V.V. Egorov, G.P. Smolyakova, O.I. Kashura, S.P. Badogina** – Organization of an Early Detection of Retinopathy in Premature Infants in the Khabarovsk Territory ..... 21

**E.V. Markelova, N.K. Zulina** – Dynamics of Primary Disability in Children in Khabarovsk in 2005–2009 ..... 24

**L.V. Koneva, V.G. Myakishev** – Social and Economic Aspects of Treatment of Hypertension in the Outpatient Setting ..... 28

### ORIGINAL RESEARCHES

**K.E. Poshataev, V.M. Korolev** – Clinical and Epidemiological Aspects of Craniocerebral Trauma in Adult Population of the Khabarovsk Territory ... 32

**L.P. Danilova, V.V. Egorov, G.P. Smolyakova, L.P. Emanova, N.S. Shvachko** – Analysis of the Efficacy of Angiogenesis Inhibitor Ranibizumab in the Treatment of Choroidal Neovascularization in Patients with Age-related Macular Degeneration ..... 35

### EXCHANGE OF EXPERIENCE

**E.A. Dudko, O.R. Bobkova, N.N. Galynina, V.S. Pustovoy** – The Feasibility of Using Pulmicort for Nebulizer Therapy to Relieve Asthma Attacks in Terms of Medical Ambulance ..... 39

**E.B. Ganicheva, V.M. Pavlenko, L.E. Vasyaeva, S.V. Tarmaeva** – Clinical Assessment of the Method of Atraumatic Restorative Treatment ..... 42

**M.N. Rybina, P.Y. Poberezhnyi, I.J. Panova, T.V. Koryakova** – The Use of Claritromycin (Klabax) in the Treatment of acute Sinusitis ..... 44

**T.E. Makarova** – Clinical and Epidemiological Features of Meningococcal Infection in Children at the Present Stage ..... 46

**E.V. Samysheva, L.S. Matyushkina, S.G. Nagornyyuk, O.V. Moskalyuk** – The Use of Allokin-alpha in the Treatment of Genital Human Papilloma Virus Infection in Women ..... 49

**S.S. Levchenko, T.I. Nikolaevskaya, G.M. Petukhova** – Prevention and Correction of the Affective Behavior of a Child in an Adjustment Period ... 51

### CLINICAL OBSERVATIONS

**A.Y. Astakhova, N.S. Petukhova** – Apexogenesis at an exposure of the Pulp of Teeth with Unformed Root Apex (Clinical Case) ..... 55

**V.L. Kovalenko, V.E. Volovik, A.V. Bannikov** – Hemipelvectomy in the Treatment of Bone Tumors and Soft Tissue of Pelvic Limbs ..... 57

### GUIDELINES FOR PRACTITIONERS

**G.A. Fedyashev, M.V. Evstifeev, V.V. Egorov, G.P. Smolyakova** – The Method of One-Stage Correction of Aphakia and Corneal Astigmatism during Phacoemulsification of Cataract ..... 60

**V.L. Kovalenko, K.N. Tiron** – Carcinoid of the Small Intestine – Clinical Picture, Diagnosis, Treatment Results ..... 62

**I.K. Prisyazhnyuk, G.A. Luzyanina, K.P. Topalov** – Thyroid Pathology in Children in the Khabarovsk Territory: Statistics and Estimation ..... 67

### CLINICAL LECTURE

**Y.M. Buhonkina** – Arterial Hypertension and Pregnancy: Current Issues .... 73

### PROBLEMS OF EDUCATION AND TRAINING

**S.M. Beloborodov** – Design of a Clinical Research ..... 79

### HISTORY OF MEDICINE

Nathan Rokhlin ..... 84

### SUPPLEMENT

Salaries of health workers in the new economic conditions ..... 85

# КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Июньские дни – одни из самых приятных для медицинских работников России. И дело не в особенностях российского климата, хотя именно со дня летнего солнцестояния начинается астрологическое лето. Объясняется это тем, что в третье воскресенье июня страна отмечает один из множества профессиональных праздников – День медицинского работника. Он был учрежден Указом Верховного Совета СССР № 3018-Х от 1 октября 1980 г. «О праздничных и памятных днях», и его в этот день продолжают праздновать наши коллеги в Республике Беларусь, в Армении, Молдове и Украине, а медики Кыргызстана отмечают свой профессиональный праздник в первое воскресенье июля.



Как это и принято в предпраздничные дни, средства массовой информации наполнены позитивными материалами о людях в белых халатах, о достижениях российской медицины, о грандиозных планах реформирования отечественной системы здравоохранения. В теле- и радиоэфире по просьбам благодарных пациентов звучат песни для медицинских работников. Губернаторы и мэры, главы поселений и главные врачи на торжественных приемах и собраниях выражают благодарность и вручают награды лучшим представителям медицинского сообщества. Все это здорово. На время забыты проблемы и обиды, доброе слово оно ведь всегда приятно.

Медицинские работники и сами осознают, как много ими сделано. В эти дни возвращается ощущение, что медицина – это действительно престижно и что труд медика ценится обществом.

Но вот проходит праздник, наступают будни, а с ними возвращаются повседневные заботы и проблемы. И журналисты ищут не героизм в повседневном труде врача, а скандальные истории. О медицине снова начинают говорить как об одном из проблемных направлений общественной жизни. В больницы и поликлиники почему-то не спешат молодые специалисты, в руках которых дипломы, еще пахнущие типографской краской. Что же происходит в нашем обществе, если, невзирая на все национальные и региональные приоритетные проекты в здравоохранении, оно по факту перестало быть престижным и уважаемым видом профессиональной деятельности? Что надо сделать нам, уважаемые коллеги, чтобы вернуть былое уважение и чтобы общество ценило труд «волшебника в белом халате» не только в день медицинского работника?

Мнений на этот счет много, но волшебных решений нет.

А пока идет дискуссия, нам надо просто работать. Делать то, чему учили, делать так, чтобы и мы сами, и пациенты знали, что сделано все возможное и на должном профессиональном уровне.

Врач должен знать и уметь многое, но у него должны быть и условия для реализации этих знаний и умений.

И надо быть справедливыми, такие условия властью создаются. А вот чуткость и доброе отношение к пациенту, умение сострадать – это может обеспечить только сам врач. Умение выслушать пациента и создать атмосферу сотрудничества невозможно постановлениями и приказами.

Милосердие медицинской сестры не создается распоряжением главного врача или заведующего отделением.

Так что, уважаемые коллеги, у нас есть над чем работать не уповая на власть. Но и у власти есть над чем работать в области здравоохранения.

Давайте сделаем медицину по-настоящему уважаемой обществом, с достойной оплатой труда ее преданных работников, и тогда она наверняка будет привлекательной и престижной для молодежи.

**С профессиональным праздником, дорогие коллеги!  
Успехов, здоровья, уважения и любви!**

Главный редактор

С.Ш. Сулейманов

## **ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ**

УДК 616-002.5-053.2-022.36-07

### **Проблемы борьбы с проявлениями туберкулезной инфекции у детей в современных социально-экономических условиях**

**О.А. Дьяченко\*, Е.Л. Тараненко**

ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер» МЗ ХК,  
г. Хабаровск

**O.A. Dyachenko, E.L. Taranenko**

**Problems of Control of Manifestations of Tuberculosis Infection in Children in the Contemporary Social and Economic Conditions**

#### **Резюме**

В статье сформулированы основные причины повышения заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков, рассмотрены наиболее значимые проблемы оказания медицинской помощи данной категории пациентов в современных социально-экономических условиях и влияния на них существующих особенностей национальной системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** туберкулезная инфекция, дети, подростки, социально-экономические реформы, эпидемиологическая ситуация.

#### **Summary**

The article highlights the main reasons for increasing incidence of tuberculosis among children and adolescents, touches upon the most important issues on medical care for this category of patients in the present social and economic conditions and their impact on existing features of the national system of health.

**Key words:** tuberculosis infection, children, adolescents, social and economic reforms, epidemiological situation.

В последнее десятилетие XX века в состоянии здоровья детей сформировались устойчивые негативные тенденции: увеличение распространенности факторов риска формирования нарушений здоровья и развития, рост заболеваемости и инвалидности. На одно из первых мест в условиях социально-экономического кризиса в России вышли социально обусловленные заболевания, такие как туберкулез [2]. Опыт отечественного здравоохранения показывает, что решение данной проблемы возможно только при организации постоянного контроля за состоянием здоровья и развитием детей на основе проведения периодических медицинских осмотров, постоянного наблюдения за детьми с отклонениями в состоянии здоровья, проведение комплексных лечебно-оздоровительных и ре-

абилитационных мероприятий в условиях семей из группы социального риска [12, 13].

Сохранение и укрепление здоровья детей, снижение риска воздействия на его уровень основных неблагоприятных факторов зависит от реализации государственных структурами всех ветвей власти профилактических мер [23, 47]. Совершенствование медицинской помощи детям является одной из главных целей реализации национального проекта «Здоровье» [14]. Современные тенденции медицинской помощи детям в России на рубеже XX–XXI веков развиваются на фоне роста общей заболеваемости практически по всем классам заболеваний в среднем на 5–8 % ежегодно, а особенно социально значимым заболеваниям, таким как туберкулез [12].

\* guzptd@mail.ru

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России, увеличение резервуара туберкулезной инфекции в семьях социального риска привели к широкому распространению инфицирования микобактериями туберкулеза детей. Заболеваемость детей туберкулезом в России за период социально-экономических реформ выросла в 2 раза [1]. Начало нового столетия характеризуется ежегодным увеличением заболеваемости туберкулезом детей и подростков, ухудшением ее структуры, более частым выявлением процессов, имеющих осложненное течение [18]. До настоящего времени этот показатель не имеет тенденции к снижению, составив в 2007 г. 16,4 на 100 тыс. детей и 35,8 на 100 тыс. подростков [20].

Благополучие любого общества напрямую связано со здоровьем и жизнью матерей и детей. Когда обеспечены жизнь и здоровье матерей, дети также растут здоровыми и преуспевают. Плохое здоровье – одна из главных причин, в силу которых семьи становятся бедными [39]. Хорошее здоровье ребенка важно для экономического и социального развития общества [24]. Расчеты показали, что на каждый доллар, вложенный в охрану здоровья ребенка, общество получает 7 долларов США на основе сокращения расходов на социальное обеспечение и увеличения продуктивности молодежи и взрослых [45].

Социально-экономический кризис, охвативший Россию, кардинально изменил все стороны жизнедеятельности российской семьи. Резко выросло количество так называемых «кризисных семей», не справляющихся с трудностями в социально-экономическом плане жизни. При этом выделяют семьи, относящиеся к группе риска, то есть семьи, которые в силу объективных причин находятся в состоянии жизненного затруднения и нуждаются в помощи со стороны государственной системы социальной защиты, в частности в организации эффективной медико-социальной помощи. По этим вопросам проведены исследования российской семьи в условиях социально-экономических реформ [9], а также основ планирования семьи и здорового образа жизни [19].

Большинство исследователей пришли к выводу, что в реальной ситуации причиной острых медико-социальных проблем семьи и ее членов, прежде всего детей и подростков, является несовершенство медико-социальной помощи, основную часть которой во всем мире несут специалисты и учреждения первичной медико-санитарной помощи. Главной задачей этих служб является привитие навыков и культуры здорового образа жизни. Поэтому важнейшей функцией и задачей всех органов и учреждений, всех организаций, которые занимаются формированием здорового образа жизни, и прежде всего учреждений первичной медико-социальной помощи, в частности поликлиник, является первичная профилактика социально обусловленных заболеваний, таких как туберкулез [28].

Прогресс науки и новые социально-экономические условия создают необходимость изменений структуры и образа действий в системе здравоохранения России. Такие изменения необходимы и в организации противотуберкулезной помощи населению страны [18]. В начале 1960-х годов ВОЗ и Международным противотуберкулезным союзом была сформулирована программа искоренения туберкулеза как распространенного заболевания. Однако уже через 10 лет стало ясно, что эта задача в глобальном масштабе не может быть решена в обозримом будущем [45].

Туберкулез по-прежнему остается распространенным инфекционным заболеванием, приносящим значительный эпидемиологический, социальный и экономический ущерб. От туберкулеза в мире ежегодно умирают 3 млн человек, по расчетам экспертов ВОЗ, ежегодная смертность от туберкулеза в ближайшие годы может вырасти до 4 млн, если не предпринять срочных мер, в первую очередь – реализовать уже разработанные стратегии по контролю заболеваемости и эффективному лечению [44, 46]. Необходимы исследования для разработки ускоренных диагностических тестов, более эффективных вакцин и лекарств [43]. Новые подходы к контролю заболеваемости немного изменяют при ограниченном применении (т. е. в благополучных странах), поскольку 98 % смертности от туберкулеза приходится на беднейшие развивающиеся страны [42].

Поскольку туберкулез – инфекционное, а потому заразное заболевание, главным источником распространения инфекции является, как правило, член семьи, больной туберкулезом и выделяющий с мокротой возбудителя заболевания [17]. Во многих случаях это происходит в условиях тесного контакта в семье или в тесной и неблагоустроенной квартире [8]. Значительно реже происходит заражение с пищей, при пользовании одной посуды с больным, одним полотенцем, через поцелуи и т. п., что возможно только при условии несоблюдения детьми и взрослыми членами семьи правил личной гигиены. Переутомление, недоедание, недосыпание, переохлаждение, нервные стрессы и другие факторы, негативно влияющие на защитные силы организма, могут способствовать заболеванию туберкулезом [10].

Но именно дети и подростки негативно относятся к своему здоровью. Они не придают значения быстрой утомляемости, сонливости, плохому аппетиту. К врачам-фтизиатрам дети старшей возрастной группы попадают при прохождении ими обследования для поступления в средние и высшие учебные заведения [10, 15]. В некоторых случаях у них выявляется запущенная форма туберкулеза, и лечение растягивается на долгие месяцы или годы [6]. Следует отметить, что среди курящих, злоупотребляющих спиртным и детей, ведущих асоциальный образ жизни, опасность туберкулеза возрастает в десятки раз [16].

К современным особенностям туберкулеза у детей относится то, что в детском возрасте преимуще-

ственно встречаются первичные формы туберкулеза, поскольку заражение происходит в результате первого соприкосновения ребенка с туберкулезной инфекцией [10]. Микобактерии туберкулеза, попадая в организм ребенка, могут определенное время не вызывать патологических изменений, однако их присутствие может приводить к иммунной перестройке и появлению положительной туберкулиновой реакции [5].

По данным ВОЗ, в настоящее время в мире болеют бациллярными формами туберкулеза более 12 млн человек, и у 20–30 % из них будет иметь место первичная лекарственная устойчивость к обычным противотуберкулезным препаратам [37]. Известно, что некоторая часть больных, впервые заболевших туберкулезом легких, умирают в течение первого года наблюдения [32]. Причинами этого отчасти являются недостатки противотуберкулезной службы и первичной медико-санитарной службы [24]. Хотя, по мнению экспертов ВОЗ, туберкулез и является одной из главных причин заболеваемости и смертности в мире, особенно в Азии и Африке, в то же время существует еще одно обстоятельство, которое осложняет борьбу с этим заболеванием. Этим обстоятельством является все чаще и чаще встречающееся сочетание туберкулеза с ВИЧ/СПИД [12, 16, 23]. Так, в 2006 г. в мире 9,2 млн человек заболели туберкулезом и 1,7 млн умерли от него, и 0,7 млн случаев заболеваемости и 0,2 млн смертельных исходов были зафиксированы у лиц с положительной реакцией на ВИЧ [21].

Немногие страны Африки и Азии имеют всесторонние планы по снижению бремени туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ. Вследствие этого охват ключевыми мероприятиями по ВИЧ и туберкулезу все еще очень низок. Необходимы совместные мероприятия по ВИЧ и туберкулезу, чтобы обеспечить доступ к тестированию на ВИЧ и надлежащему лечению для больных туберкулезом, живущих с ВИЧ, и для эффективной профилактики, диагностики и лечения туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ [31]. В то же время только в 2007 г. впервые появились данные о том, что, начиная с 2003 г., во всех шести регионах ВОЗ уровень заболеваемости начал снижаться. Однако исключение составляет Европейский регион, где показатели стабильны. Если эта тенденция сохранится, то генеральная цель – остановить и повернуть вспять процесс заболеваемости туберкулезом – будет достигнута не раньше 2015 г. [44]. Прогресс в выявлении новых случаев заболеваемости в 2006 г. повсеместно стал замедляться, а в Китае и Индии прогресс в этом вопросе отсутствует [47].

Во многих Восточно-Европейских странах туберкулез представляет собой проблему общественного здравоохранения, но именно в восточных странах ее острота намного выше, чем в западных, поскольку в восточных странах проблема туберкулеза тесно связана с проблемой пенитенциарной системы [7]. Исправительные учреждения представляют собой среду чрезвычайно высокого риска с точки зрения инфекционных заболеваний из-за переполненности,

плохого питания, ограниченного доступа к медико-санитарной помощи, постоянного употребления наркотиков и небезопасных способов их инъекционного введения, незащищенного секса и нанесения татуировок. В результате проведенных исследований были выявлены три главных фактора риска по инфекционным заболеваниям в исправительных учреждениях: пространственная близость, сексуальное поведение с высокой степенью риска и употребление инъекционных наркотиков.

Следует отметить, что значительная часть бывших заключенных формирует семьи социального риска, что имеет важное значение с точки зрения распространения туберкулеза среди детей. Туберкулез – это проблема общественного здравоохранения во многих странах Европейского региона ВОЗ [38]. В странах Западной Европы туберкулез в основном сконцентрирован среди людей, родившихся в других странах, бездомных, людей, подверженных наркозависимости, и заключенных. Страны же Восточной Европы по-прежнему несут тяжелое бремя туберкулеза, которое усугубляется растущей эпидемией ВИЧ-инфекции, и исправительные учреждения в Восточной Европе часто называют «рассадниками» туберкулеза [33, 42].

В сложившихся эпидемических условиях существующие подходы к проведению химиопрофилактики и превентивной терапии туберкулеза устарели [5]. Они не обеспечивают сколько-либо достоверной защиты от заболевания туберкулезом. В настоящее время необходима разработка новых организационно-методических и клинических подходов к проведению химиопрофилактики и превентивной терапии туберкулеза у детей и подростков из групп риска по заболеванию туберкулезом [40]. Необходима организация системы мониторинга эффективности курсов химиопрофилактики и превентивной терапии туберкулезной инфекции. Уже многие годы ставится вопрос формирования мониторинга группы риска: дети и подростки из контакта с больными, выделяющие устойчивую к полихимиопрепаратам микобактерию туберкулеза [4, 34].

Через шесть лет после того, как международные организации объявили о кризисе борьбы с туберкулезом в мировом масштабе, распространение опасного штамма вышло из-под контроля. Исследование, спонсированное известным миллиардером Дж. Соросом, выявило резистентный туберкулез более чем в 100 странах [26, 27]. Однако при все большем распространении резистентных штаммов эпидемия начала развиваться по новому, страшному сценарию. Особенно это коснулось блока развивающихся стран, в которых развернулся социально-экономический кризис [28].

В России, Эстонии и других «горячих точках» мира распространенность полирезистентного туберкулеза достигла небывало высоких уровней. Хотя туберкулез, в том числе и его полирезистентная форма, как правило, считался проблемой исключительно бедных стран, появились документальные свидетельства, что полирезистентный туберкулез добрался до Западной Ев-

ропы и Северной Америки [29, 36]. Исследования последних десятилетий выявили резистентный туберкулез более чем в 100 странах мира [35]. Эпидемия туберкулеза, начавшаяся в России с первой половины 1990-х годов, отразилась и на показателях заболеваемости детей и подростков, выросшей за последние десятилетия более чем в 2 раза, причем уровень заболеваемости сохраняет тенденции 1990-х годов, хотя темп прироста в последние годы несколько уменьшился [6]. Значительно вырос удельный вес детей, составляющих группы риска по инфицированию и заболеванию туберкулезом. Так, ежегодный риск первичного инфицирования детей микобактериями туберкулеза составляет в России 2 % [11].

Необходимо подчеркнуть, что в благополучных эпидемиологических условиях риск первичного инфицирования детей не превышает 0,2–0,3 % и смещается в сторону более старших возрастных групп. Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в РФ, большой резервуар туберкулезной инфекции среди населения нашей страны привели к широкому распространению инфицирования микобактериями туберкулеза детей и подростков [10, 13]. Особенно велика и постоянно увеличивается заболеваемость туберкулезом детей в очагах семейного контакта с бактериовыделителями. В 2007 г. она составила 1050,1 на 100 тыс. [20], что в 64 раза выше, чем общий показатель заболеваемости детей.

В течение последних десятилетий осуществлены мероприятия, позволяющие говорить о новом этапе борьбы с туберкулезом в России. При этом учитываются особенности национальной системы здравоохранения, достижения отечественной науки и практики, международный опыт. Эпидемическая вспышка туберкулеза, в том числе и среди детей, свидетелями которой граждане многих стран стали сегодня, возникла в весьма своеобразных условиях. Ей предшествовали значительные успехи в борьбе с этим заболеванием, остававшимся спутником человечества на протяжении всей его истории [44].

В России продолжает проводиться интенсивное изучение туберкулезной инфекции в РФ по следующим направлениям: А.Г. Хоменко, М.М. Авербах (иммунитет, патогенез), И.Р. Дорожкова (этиология и лабораторная диагностика), В.Ф. Елуфимова (педиатрия), Л.А. Митинская (специфическая профилактика), М.И. Перельман (хирургия), Н.М. Рудой (санитарно-профилактические мероприятия). В 2008 г. была предложена новая медицинская технология «Лечение детей и подростков с латентной туберкулезной инфекцией» под редакцией В.А. Аксеновой (НИИ фтизиопульмонологии, г. Москва) [1]. В данной разработке предложены протоколы профилактического лечения с дифференциальным подходом к назначению противотуберкулезных препаратов в зависимости от факторов риска заболевания туберкулезом, характера туберкулиновой чувствительности, показателей иммунологической реактивности организма и сопутствующей па-

тологии детей и подростков. В настоящее время в литературе ведется бурное обсуждение эффективности данных протоколов. Такой подход позволяет снизить заболеваемость туберкулезом в несколько раз [2, 44]. Большое значение для эффективности превентивной терапии туберкулеза имеет распространение туберкулезной инфекции среди населения и уровень туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью [22, 43].

Тем не менее, сегодня приходится констатировать наличие разных подходов к проведению химиопрофилактики и превентивной терапии латентной туберкулезной инфекции в России и за рубежом, что делает актуальным проведение мониторинга применяющихся схем химиопрофилактики и оценки их эффективности по единому критерию [3, 20]. Хотя метод лечения DOTS, рекомендованный ВОЗ, эффективен при обычных формах туберкулеза, уничтожить новые резистентные штаммы гораздо труднее. Во многих публикациях рекомендовано как можно быстрее применять стандартные программы DOTS у всех больных туберкулезом [30, 45, 46]. В тех регионах, где превалирует полирезистентная туберкулезная инфекция, они предлагали скорейшее внедрение программ DOTS-Plus под наблюдением ВОЗ [44].

Следует отметить, что до настоящего времени ни одна стратегия, пропагандируемая специалистами разных стран, в том числе российскими, не способна справиться с теперешней эпидемией. Опыт применения DOTS среди заключенных и населения в городах Томске, Иваново, Кемерово и Республике Марий Эл привел к неоднозначным результатам. Однако разочарование вызвано не столько недостатками DOTS, сколько распространенностью лекарственной устойчивости и неправильным диспансерным наблюдением [12, 41].

Таким образом, сегодня сформулированы основные причины повышения заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков. Это снижение уровня жизни значительной части населения России, повлекшее ухудшение качества питания в семьях, имеющих детей; возросшая миграция населения из эпидемически неблагополучных районов, в частности из всех территорий Дальнего Востока России, уменьшение масштабов и качества проведения комплекса противотуберкулезных мероприятий повсеместно и появление устойчивых к специфической терапии штаммов. Чтобы снизить остроту проблемы, Министерство здравоохранения и социального развития РФ определило в качестве главных компонентов программы борьбы с этой болезнью активное выявление больных и иммунизацию против туберкулеза [12].

По мнению специалистов, на данном этапе в России назрела необходимость распространения положительного опыта профильных федеральных институтов, региональных проектов по борьбе с туберкулезом, проводимых с международным участием, и российских региональных противотуберкулезных

служб, касающихся повышения результативности системы противотуберкулезных мероприятий и улучшения организации фтизиатрической помощи населению в современных социально-эпидемических условиях [11]. Открытая дискуссия, обмен опытом будут способствовать повышению эффективности реа-

лизации Федеральной целевой программы по борьбе с туберкулезом и Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, что, в конечном итоге, позволит определить пути по улучшению эпидемической ситуации по туберкулезу в Российской Федерации в целом [16, 20].

## Список литературы

1. Аксенова, В. А. Лечение детей и подростков с латентной туберкулезной инфекцией / В. А. Аксенова, Л. А. Барышникова, С. Ю. Медведев, О. В. Карпова, И. С. Довгалюк. – М., 2008. – 20 с.
2. Антонова, Н. В. Перспективы лекарственного обеспечения лечения туберкулеза / Н. В. Антонова // Всероссийское совещание главных врачей и руководителей организационно-методических отделов противотуберкулезных учреждений РФ. – М., 2007. – С. 33–35.
3. Бармина, Н. А. Эффективность применения ронколейкина в комплексной терапии инфильтративного туберкулеза у подростков: автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 24 с.
4. Богородская, Е. М. Способ расчета потребности в противотуберкулезных препаратах / Е. М. Богородская, Н. В. Антонова, М. И. Перельман, К. Г. Пучков, Т. Н. Иванушкина, С. А. Стерликов // Проблемы туберкулеза. – 2008. – № 3. – С. 3–10.
5. Бурухина, Л. В. Разработка и внедрение инновационных здоровьесберегающих технологий диагностики и лечения туберкулеза легких у детей и подростков / Л. В. Бурухина // Сборник отчетов по региональным грантам РФНФ. Результаты научных исследований, полученных за 2007 год. – Пермь, 2008. – С. 141–146.
6. Власова, Е. Ю. Профилактика туберкулеза у детей из групп повышенного риска заболеть с использованием специфических и неспецифических средств: автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб, 2009. – 24 с.
7. Здоровье в исправительных учреждениях: руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы: пер. с англ. / ВОЗ. – Женева: Медицина, 2008. – С. 81–92.
8. Казанцева, Л. А. Туберкулез как одна из приоритетных методико-социальных проблем здоровья населения крупного промышленного города / Л. А. Казанцева. – М., 2005. – 26 с.
9. Мацковский, М. С. Российская семья в изменяющемся мире / М. С. Мацковский // Семья в России. – 1995. – № 3–4.
10. Мотанова, Л. Н. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей и подростков в Приморском крае и меры ее стабилизации / Л. Н. Мотанова и др. // Материалы VIII Российского съезда фтизиатров «Туберкулез в России». – М., 2007. – С. 220–221.
11. Новикова, Н. М. Современные аспекты туберкулезной инфекции у детей в Западной Сибири / Н. М. Новикова, С. Г. Силайкина // Пробл. туберкулеза. – 2003. – № 2. – С. 17–19.
12. Перельман, М. И. Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне: пособие для врачей / под ред. М. И. Перельмана. – М., 2007.
13. Плеханова, М. А. Ранняя диагностика туберкулеза и его профилактика у детей дошкольного возраста из групп «риска»: автореф. дис. канд. мед. наук. – Новосибирск: Новосиб. гос. мед. акад., 2007. – 24 с.
14. Рзянкина, М. Ф. Совершенствование медико-социальной помощи детям подросткового возраста крупного индустриального центра: автореф. дис. д-ра мед. наук. – Хабаровск, 2005. – 46 с.
15. Сиренко, И. А. Инфицированность туберкулезом детей и характер туберкулиновой чувствительности у инфицированных / И. А. Сиренко и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 3. – С. 13–15.
16. Скачкова, Е. И. Научное обоснование и разработка региональной модели организации борьбы с туберкулезом в современных социально-экономических и эпидемиологических условиях: дис. д-ра. мед. наук. – М., 2008. – 305 с.
17. Тютина, Е. А. Психолого-педагогическое сопровождение детей, больных туберкулезом: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2005. – 26 с.
18. Феценко, Ю. І. Туберкульоз у дітей та підлітків в Україні, динаміка основних показників за 10 років / Ю. І. Феценко, О. І. Білогорцева // Український пульмонологічний журнал. – 2005. – № 3. – С. 5–10.
19. Чичерин, Л. П. Проблемы общественного здравоохранения применительно к педиатрической службе / Л. П. Чичерин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2005. – № 3–4. – С. 4–10.
20. Шилова, М. В. Туберкулез в России в 2005 году / М. В. Шилова. – Воронеж, 2006. – С. 127.
21. Cooch, V. M. Legislating for health and human rights: model law on drug use and HIV/AIDS / V. M. Cooch // Infect. Immun. – 2005. – № 3(73). – P. 1428–1490.
22. Corbett, E. L. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic / E. L. Corbett, C. J. Watt, N. Walker, D. Maher, B. G. Williams, M. C. Raviglione // Dye C. Archives of internal medicine. – 2003. – № 163. – P. 1009–1021.
23. Dahlgren, G. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health / G. Dahlgren, M. Whitehead // World Health Organization Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2006. – (Studies on social and economic determinants of population health; № 3).



24. Dewan, P. K. *Public-private mix in India: improving tuberculosis control through intersectoral partnerships* / P. K. Dewan et al. // *British Medical Journal*. – 2006. – № 332. – P. 574–578.
25. Drobniowski, F. A. *Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners* / F. A. Drobniowski et al. // *European Respiratory Journal*. – 2005. – № 26(2). – P. 298–304.
26. Drucker, E. *Harm reduction drug policies and practice: international developments and domestic initiatives* / E. Drucker, J. A. Hantman // *Bull NY Acad Med*. – 1995. – 72(2). – P. 335–338.
27. Drucker, E. *Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV* / E. Drucker, P. Lurie, P. Wodak, P. Alcabas // *AIDS* 1998. – 12(Suppl. A). – S. 217–230.
28. Dye, C. *Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country* / C. Dye, S. Scheele, P. Dolin, V. Pathania, M. C. Raviglione // *JAMA*. – 1999. – 282(7). – P. 677–686.
29. Elifson, K. W. *HIV seroprevalence and risk factors among clients of female and male prostitutes* / K. W. Elifson, J. Boles, W. W. Darrow, C. E. Sterk // *JAIDS*. – 1999. – № 29(2). – P. 195–200.
30. Farmer, P. E. *Poverty, inequality, and drug resistance: meeting community needs* / P. E. Farmer, J. Bayona, M. Becerra, J. Daily et al. // *Proceedings of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease North American Region Conference*. – 1997. – Feb. 27 – Mar. 2. – P. 88–102.
31. Fauci, A. S. *The AIDS epidemic. Considerations for the 21st century* / A. S. Fauci // *New England Journal of Medicine*. – 1999. – № 341. – P. 1046–1050.
32. Hanratty, B. *How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review* / B. Hanratty, T. Zhang, M. Whitehead // *International Journal of Health Services*. – 2007. – № 37. – P. 89–109.
33. Irawati, S. R. *Hospital DOTS linkage in Indonesia: a model for DOTS expansion into government and private hospitals* / S. R. Irawati // *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. – 2007. – № 11(1). – P. 33–39.
34. Ji, B. *Effectiveness of rifampin, rifabutin and rifapentine for preventive therapy of tuberculosis in mice* / B. Ji, C. Truffot-Pernot, C. Lacroix et al. // *Am Rev Respir Dis*. – 1993. – № 148. – P. 1541–1546.
35. Lavy, A. *A 10 year survey of Mycobacterium tuberculosis isolates in Israel and their drug resistance* / A. Lavy, A. Mates // *Israeli J Med Sci*. – 1994. – № 30(11). – P. 805–810.
36. Loveday, M. *A health systems assessment of the Kwazulu-Natal tuberculosis programme in the context of increasing drug resistance* / M. Loveday et al. // *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. – 2008. – № 12(9). – P. 1042–1047.
37. Maher, D. *Community contribution to tuberculosis care in countries with high tuberculosis prevalence: past, present and future* / D. Maher, J. L. C van Gorkom et al. // *International journal of tuberculosis and lung disease*. – 1999. – № 3. – P. 762–768.
38. Martin, V. *Incidence of tuberculosis and the importance of treatment of latent tuberculosis infection in a Spanish prison population* / V. Martin et al. // *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*. – 2001. – № 5(10). – P. 926–932.
39. Narayan, D. *Голоса бедных: может ли кто-нибудь слышать нас?* // D. Narayan et al. / *Всемирный банк*. – Oxford: Oxford University Press, 2000.
40. Niveau, G. *Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review* / G. Niveau // *Public Health*. – 2006. – № 120. – P. 33–41.
41. *Treatment of multidrug-resistant tuberculosis during pregnancy: long-term follow-up of 6 children with intrauterine exposure to second-line agents* / G. Etohi // *Clin Infect Dis*. – 2005. – № 40. – P. 1689–1692.
42. Uplekar, M. *Stopping tuberculosis: time to turn urgent attention to hospitals [editorial]* / M. Uplekar // *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. – 2008. – 12(9). – P. 986.
43. Van Beekhuizen, H. J. *Tuberculosis score chart in children in Aitape, Papua New Guinea* / H. J. Van Beekhuizen // *Tropical doctor*. – 1998. – № 28. – P. 155–160.
44. *WHO Global Report 2009: Global tuberculosis control-epidemiology, strategy, financing*.
45. *World Health Organization. Community contribution to TB care: practice and policy*. – Geneva, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.312).
46. *World Health Organization. Guidelines for the management of drug-resistant Tuberculosis*. – Geneva, 1997 (WHO/TB/96.210 – Rev. 1).
47. Xu, K. *Protecting households from catastrophic health expenditures* / K. Xu et al. // *Health Affairs*. – 2007. – № 6. – P. 972–983.

# ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

удк 616-006:614.2 (571.620) "2020"

## **Концепция развития онкологической службы в Хабаровском крае до 2020 года**

**(согласована с В.И. Чиссовым\* и утверждена А.В. Витько\*\*)**

*Министерство здравоохранения Хабаровского края,  
г. Хабаровск*

***The Concept of the Development of Cancer Care in the Khabarovsk Territory  
(agreed with V.I. Chissov and approved by A.V. Vitko)***

### **Резюме**

Представлены результаты, характеризующие состояние онкологической помощи в Хабаровском крае. Предложена модель управления онкологической помощью на региональном уровне, каким является территория Хабаровского края. Совершенствование онкологической помощи населению требует четырехуровневой организации оказания специализированной помощи.

**Ключевые слова:** организация онкологической помощи, Хабаровский край.

### **Summary**

The article presents the results of the condition of cancer care facilities in the Khabarovsk Territory. The model of cancer care management is given at regional level that is the Khabarovsk Territory. The mastering of cancer care delivery to the population requires a four-level organization of specialized care.

**Key words:** organization of cancer care, Khabarovsk Territory.

Концепция развития онкологической службы в Хабаровском крае до 2020 года (далее – Концепция) разработана на основе анализа состояния медицинской помощи в Хабаровском крае, оказываемой гражданам, имеющим злокачественные новообразования, в соответствии с Конституцией РФ, основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, законодательством Российской Федерации и Хабаровского края в сфере здравоохранения, Стратегией развития здравоохранения РФ до 2020 года, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Минздравсоцразвития РФ, методическими рекомендациями Минздравсоцразвития РФ и Ассоци-

ации онкологов России в области организации онкологической службы с использованием материалов национальной и территориальной онкологических программ.

### **Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения**

Хабаровский край занимает 5 % территории Российской Федерации с численностью постоянно проживающего населения (на 01.01.2010 г.) 1400,6 тыс. человек, с низкой плотностью населения и концентрацией его в районных административных центрах. Административная структура края включает 17 муниципальных районов и 2 городских округа (г. Хабаровск, г. Комсомольск-на-Амуре).

---

\* Директор ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена», профессор, академик РАМН, главный онколог России.

\*\* Министр здравоохранения Хабаровского края.

Актуальность проблемы обусловлена устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, достигшей высоких показателей, которые в ближайшем будущем будут нарастать.

Ежегодно в крае регистрируется более 4 тыс. новых случаев злокачественных новообразований (4771 случай в 2009 г.).

«Грубый» показатель заболеваемости составляет 340,3 на 100 тыс. населения, что ниже федерального уровня (345,6), однако стандартизованный показатель заболеваемости (366,8) превышает федеральный и отличается неравномерностью по отдельным муниципальным районам: значительно превышает краевой уровень показатель заболеваемости в Аяно-Майском, Николаевском, Вяземском, Верхнебуреинском муниципальных районах.

Ежегодный прирост в среднем составляет более 2,5 %, особенно значителен прирост в Аяно-Майском, им. П. Осипенко, Верхнебуреинском, Вяземском районах. С 1992 г. суммарный прирост заболеваемости составил 43,5 %.

В структуре онкологической заболеваемости по краю первое место занимает рак легкого – 13,5 % (у мужчин – 23,8 %), второе – рак кожи – 12,8 % (у женщин – 15 %), третье – рак молочной железы – 11,3 % (у женщин – 20,7 %), рак желудка – 7,8 %.

Удельный вес смертности составляет 12,8 %, занимает третье место в структуре смертности (после сердечно-сосудистых заболеваний и травматизма).

Показатель смертности от злокачественных заболеваний, несмотря на динамическое снижение с 2006 г. (193,8 на 100 тыс. населения), составляет 184,3 на 100 тыс. населения. Самый высокий показатель смертности в Аяно-Майском, Николаевском, Ульчском, Нанайском муниципальных районах и в г. Комсомольске-на-Амуре.

47,3 % впервые регистрируемых больных выявляются в III–IV стадии (РФ – 60 %), в том числе с отдаленными метастазами – 21,9 %. Это характеризует качество диагностического компонента, в том числе и профессиональную подготовку кадров.

В крае высокие показатели запущенности злокачественных новообразований (ЗНО) отмечены у больных раком желудка – 43,1 % (в том числе по Ульчскому, Комсомольскому, Верхнебуреинскому, им. П. Осипенко районам), раком полости рта (41,3 %), раком простаты (36,9 %) (в том числе по Амурскому, им. С. Лазо районам). Кроме того, высокий уровень запущенности регистрируется при раке легкого по Ульчскому, Верхнебуреинскому, Комсомольскому, Нанайскому, Хабаровскому, им. С. Лазо районам; при раке молочной железы – по Амурскому и Бикинскому районам, что свидетельствует о плохой организации диагностики злокачественного процесса в этих территориях.

В структуре смертности от онкологических заболеваний преобладает смертность от рака легких

(23,2 %), рака желудка (21,2 %), рака молочной железы (13,2 %).

Каждый четвертый вновь зарегистрированный онкологический больной умирает в течение первого года жизни после установления диагноза ЗНО; летальность составляет 24,6 %. Несмотря на положительную тенденцию к снижению этого показателя в последние 10 лет, одногодичная летальность превышает средний краевой уровень при раке пищевода (62,3 %), раке легких (49,4 %), раке желудка (41 %), раке полости рта (38,1 %), раке яичника (35,4 %), в том числе по Аяно-Майскому, Ульчскому, им. П. Осипенко, Верхнебуреинскому, им. С. Лазо, Бикинскому, Нанайскому, Комсомольскому районам.

На диспансерном учете состоит 22 453 человека (1,6 % населения края; в РФ – 1,7 %). Показатель распространенности, обусловленный ростом первичной заболеваемости и увеличением выживаемости онкологических больных, составляет 1601 случай на 100 тыс. населения; он вырос по сравнению с 1992 годом на 75 %, но значительно ниже федерального уровня (РФ – 1836).

Пятилетняя выживаемость онкологических больных не превышает 43,4 %. Самая низкая выживаемость онкологических больных регистрируется при ЗНО кожи (15,7 %), предстательной железы (22,4 %), пищевода (25,5 %), мочевого пузыря (29,7 %), легких (31,4 %), полости рта (38,6). Индекс накопления контингентов стабильно, медленно увеличивается, но еще не достиг федерального уровня (в РФ – 5,7 в 2008 г.).

Показатель выявления злокачественных заболеваний при профилактических осмотрах (по данным дополнительной диспансеризации 2008–2009 гг.) составляет 0,68–1,13 случая на 1000 человек, охваченных медицинскими осмотрами, и 10 % от впервые выявленных онкологических больных, что ниже федерального уровня.

По сравнению с 1996 годом доля больных, выявленных активно, выросла на 72,4 %. Показатель раннего выявления ЗНО в крае составляет 52,7 %.

Анализ амбулаторно-поликлинической службы свидетельствует об отсутствии в муниципальных учреждениях здравоохранения системы профилактических и скрининговых обследований населения, особенно сельских жителей.

Удельный вес морфологически подтвержденного диагноза онкологического заболевания составляет 84,2 %.

В 2009 г. первичный выход на инвалидность по причине злокачественного новообразования составил 18,3 % (1540 человек) от общего числа инвалидов (второе место после системы кровообращения) и 32 % от впервые выявленных больных.

Высока стоимость лечения и реабилитационных мероприятий: наименее затратными при лечении являются онкологические больные I стадии, лечение во

II стадии стоит в 3 раза дороже, в III стадии – в 5 раз дороже, в IV стадии – в 5,5 раза дороже.

Обеспеченность края врачами-онкологами составляет 0,82 на 10 тыс. населения, в том числе амбулаторными – 0,35 на 10 тыс. населения. Укомплектованность онкологическими кадрами с учетом совместительства составляет 93 %, в том числе амбулаторными – 87 %, без учета совместительства – 52,7 %, в том числе амбулаторными – 53,7 %.

В рамках территориальной программы государственных гарантий в 2009 г. стационарную помощь получили 310,6 тыс. человек, в том числе 10 028 человек – по поводу ЗНО (3,2 %). Направлено за пределы края в ФСМУ (в рамках федеральных квот) – 44 человека, в том числе детей – 6.

В течение последних пяти лет улучшились показатели оказания медицинской помощи больным, страдающим онкологическими заболеваниями. Несмотря на стабильную тенденцию к росту удельного веса больных, получивших специальное лечение (43,9 % в 2009 г. с 41 % в 2004 г.), уровень охвата специализированной помощью онкологических больных ниже, чем в целом по РФ. Это свидетельствует о низкой эффективности организации онкологической службы в крае, недостаточной квалификации врачей и слабой их мотивации к профессиональному совершенствованию.

Основными проблемами управления медицинскими кадрами является уравнильный подход к оплате труда медицинского персонала, без учета их результативности, низкая социальная защищенность, низкая информированность медицинских работников о современных методиках диагностики и лечения онкологических заболеваний.

Обеспеченность специализированными онкологическими койками составляет 3,1 на 10 тыс. населения (в РФ – 2,7), в том числе радиологическими – 0,64 на 10 тыс. населения (в РФ – 0,5).

Потребность специализированного коечного фонда с учетом уровня заболеваемости в крае, а также с учетом численности населения, составляет 500 коек, в том числе 350 хирургических, 90 радиологических, 60 химиотерапевтических.

Фактическое наличие специализированных онкологических коек в крае – 397, в том числе 192 хирургических, 90 радиологических, 25 детских, 90 химиотерапевтических. Дефицит хирургических коек составляет 158 коек.

Кроме того учреждения края оказывают специализированную онкологическую помощь в профильных отделениях (по профилю отделений).

Так, в 2009 г. 102 профильные койки были заняты онкологическими больными, которым была оказана специализированная хирургическая (62 %), химиотерапевтическая (38 %) помощь. По профилям онкогематология, оториноларингология, стоматология, костная система, урология (ГУЗ ККБ № 1), нейроонкология,

костная система (ГУЗ ККБ № 2), урология, проктология, офтальмология (МУЗ ГКБ № 10 г. Хабаровска), нейроонкология, костная система (МУЗ ГБ № 7 г. Комсомольска-на-Амуре), урология (МУЗ ГБ № 2 г. Комсомольска-на-Амуре). При отсутствии должного взаимодействия между лечебными учреждениями эти больные не охвачены динамическим диспансерным наблюдением врачами-онкологами.

Анализ онкологической службы показал низкую эффективность ее функционирования, показатели онкологического здоровья населения края неадекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования организации онкологической помощи.

**Основной целью Концепции** является сохранение здоровья населения края, улучшение демографической ситуации, основанной на снижении смертности, инвалидизации населения от злокачественных новообразований в трудоспособном возрасте, а также повышение продолжительности жизни и улучшение ее качества у онкологических больных.

### **Основные задачи Концепции:**

1. Совершенствование структуры онкологической службы края, достижение эффективности ее функционирования на всех уровнях, динамичности и экономичности с целью обеспечения комплексности, доступности, минимизации очередности, максимальной удовлетворенности пациентов качеством оказанной онкологической помощи.

2. Реформирование инфраструктуры и ресурсного обеспечения, в том числе лекарственного, на основе инновационных подходов и принципов стандартизации.

3. Совершенствование кадровой политики подготовки, закрепления и непрерывного повышения профессионализма медицинского персонала.

4. Информатизация учреждений, в том числе развитие телемедицинских технологий, для достижения рационального управления онкологической службой.

**Основные направления решения поставленных задач** определены с учетом основных приоритетов развития и совершенствования организации онкологической помощи на всех структурных уровнях:

– повышение эффективности профилактической работы, активное выявление и лечение больных на ранних стадиях на основе внедрения программ массового скрининга, обладающих высокой медико-экономической эффективностью;

– рациональная организация работы врачей первичного контакта, районных онкологов, формирование четкой схемы взаимодействия между лечебными учреждениями края, оптимизация маршрута пациента от установления диагноза до лечения и реабилитации, персональная ответственность онкологов за выполнение поставленных задач, особенно обеспече-

ние мониторинга лечения, создание единой системы регистрации заболеваемости, смертности, эффективное лечение на разных уровнях диспансерного наблюдения;

– окончательное обследование, постановка диагноза и лечение лиц со злокачественными новообразованиями на основе соблюдения принципов доказательной медицины;

– оказание лечебно-диагностической помощи онкологическим больным целесообразно проводить в специализированных учреждениях с учетом многофакторности, многоэтапности лечения и соблюдения условий для мониторинга.

### **Структура онкологической службы края**

Руководителем онкологической службы является ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии». Координация деятельности службы осуществляется министерством здравоохранения края во главе с главным внештатным онкологом.

Онкологическая служба края, являясь четырехуровневой системой оказания медицинской помощи, требует оптимизации на основе структурной и технологической модернизации:

1. Организация четкого взаимодействия между лечебными учреждениями, создание системы управления, системы анализа ситуации и контроля организации онкологической помощи.

2. Организация единого персонифицированного учета и диспансерного наблюдения всего краевого контингента онкологических больных.

3. Организация ежеквартального анализа заболеваемости и смертности от злокачественных заболеваний на принципах достоверности; совершенствование анализа эффективности деятельности онкологических учреждений и отделений края.

4. Внедрение систематического методического руководства, контроль проведения мероприятий по раннему выявлению злокачественных опухолей.

5. Создание службы патронажа и реабилитации онкологических больных.

6. Организация центра реконструктивно-пластической хирургии для решения вопросов реабилитационного лечения после проведенных высокотехнологичных и агрессивных методов лечения, что значительно повысит медико-экономическую эффективность лечебных мероприятий, уменьшит социально-экономические потери из-за низкой социальной и трудовой реабилитации.

**Первый уровень.** Врачи первичного контакта (врачи общего профиля: гинекологи, урологи, стоматологи, ЛОР-врачи, хирурги) всех учреждений здравоохранения края, в том числе, средние медицинские работники ФАП 17 муниципальных районов края и 2 городских округов.

*Основная цель:* раннее выявление предопухолевых заболеваний и злокачественных образований.

*Перспективным направлением* в раннем выявлении является организация скрининга визуальных локализаций (рака молочной железы, рака шейки матки, рака кожи, рака легких, рака полости рта, рака щитовидной железы), лабораторного скрининга рака простаты, рака яичника, рентгенологического и эндоскопического скрининга рака желудка.

*Основные задачи:*

1. Совершенствование профилактических мероприятий в первичном звене (информирование населения о мерах личной и общественной профилактики рака, распространение стандартов здорового образа жизни, проведение массовых социологических опросов), повышение роли первичной медико-санитарной службы в ранней диагностике предраковых и раковых заболеваний.

2. Расширение сети и совершенствование работы смотровых кабинетов как онкологического звена всеобщей диспансеризации населения.

3. Формирование групп повышенного риска развития онкологических заболеваний, адекватное их лечение и динамический контроль.

4. Проведение муниципальных скрининговых программ выявления заболеваний с учетом структуры и уровня заболеваемости в каждом районе, включая рентгено-ультразвуковой скрининг по выявлению рака молочной железы (УЗИ молочных желез с 25 лет, рентгеновской маммографии после 40 лет), цитологический скрининг выявления рака шейки матки (с 18 лет), флюорорентгенологический скрининг выявления рака легкого (обязательное флюорографическое исследование легких 1 раз в два года или рентгенография легких 1 раз в год), лабораторный скрининг выявления рака простаты, рака яичников.

5. Постоянное обучение врачей первичного контакта, фельдшеров онкологической настороженности, выявлению, профилактике онкологических заболеваний.

6. Создание отделений и палат сестринского ухода в учреждениях края, подбор необходимой обезболивающей терапии под контролем онколога, оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелыми больными с целью обеспечения доступности медицинской помощи и улучшения качества жизни больных, не подлежащих специализированным видам лечения.

7. Передача данных о каждом подозрительном или выявленном случае злокачественного новообразования в первичный онкологический кабинет.

8. Расширение использования выездных форм проведения массовых профилактических осмотров в труднодоступных и малонаселенных районах края, технологий «кольцевого забора крови» для проведения лабораторного скрининга краевыми специалистами.

**Второй уровень.** Организация онкологической помощи в первичных онкологических кабинетах при центральных районных больницах Комсомольского, Николаевского, Солнечного, Ульчского, Хабаровского, Нанайского, Советско-Гаванского, Ванинского, им. С. Лазо муниципальных районов, при центрах организации специализированных видов медицинской помощи Амурского, Вяземского, Бикинского, Верхнебуреинского районов, при ГУЗ «Территориальный консультативно-диагностический центр» и МУЗ «Городской онкологический диспансер» в г. Комсомольске-на-Амуре, ГУЗ «Консультативно-диагностический центр "Вивея"» и при поликлиниках г. Хабаровска (КДЦ, №№ 7, 10, 11, 16).

*Основное направление:* координация деятельности врачей первичного контакта, взаимодействие с онкологическими диспансерами и отделениями, клиническое обследование, направление пациентов на лечение, диспансерное наблюдение онкологических больных, в том числе используя технологии «активного вызова».

*Основные задачи:*

1. Совершенствование кадровой политики подготовки врачей-онкологов, повышение укомплектованности врачами-онкологами муниципальных районов.

2. Оснащение онкологических кабинетов, персонифицированный учет всех случаев заболеваемости, автоматизация территориального популяционного ракового регистра во всех муниципальных образованиях.

3. Проведение активной диагностики вирусных инфекций как предшественников рака, формирование групп повышенного риска, динамическое наблюдение за лицами, перенесшими вирусные инфекции.

**Третий уровень.** Городской онкологический диспансер в г. Комсомольске-на-Амуре, детское онкологическое отделение (ГУЗ «Детская краевая клиническая больница»), онкологическое поликлиническое отделение поликлиники № 7 г. Хабаровска и профильные отделения учреждений, оказывающих специализированную онкологическую помощь по профилю отделений.

*Основное направление:* проведение полного комплекса диагностических исследований и специализированного противоопухолевого лечения, динамическое наблюдение онкологических больных.

*Перспективным направлением* в оптимизации третьего уровня является:

1. Создание регионального онкологического диспансера в г. Комсомольске-на-Амуре, внедрение высокотехнологичных методов диагностики, комплексного лечения, включая химиолучевое лечение III–IV стадии, маршрутизация онкологических больных Амурского, Комсомольского, Солнечного, Советско-Гаванского, Ванинского районов, г. Комсомольска-на-Амуре в региональный диспансер.

2. Организация деятельности кураторов прикрепленных районов из числа онкологов онкологического диспансера г. Комсомольска-на-Амуре.

3. Информатизация учреждения, включая телекоммуникационные технологии, для обеспечения взаимосвязи с окружным онкологическим диспансером и федеральными специализированными учреждениями, дистанционных консультаций больных и непрерывного дистанционного обучения онкологических кадров.

**Четвертый уровень.** Региональный онкологический диспансер – ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии».

*Основная цель:* проведение высокоэффективных, высокотехнологичных методов диагностики и лечения сложных злокачественных опухолей, включая радионуклидную терапию и диагностику, химиолучевое лечение III–IV стадии.

*Перспективным направлением* является организация окружного онкологического диспансера на базе ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии», активное внедрение новейших технологий в практику для достижения социально-экономического эффекта лечения онкологических больных, оптимизация использования коечного фонда специализированных учреждений края.

*Основные задачи:*

1. Совершенствование руководства и управления онкологической службой края, повышение роли главного внештатного специалиста онколога края, кураторов территориальной онкологической службы из числа онкологов ГУЗ ККЦО на основе анализа, системного подхода и сотрудничества с учреждениями края, регионами ДФО.

2. Разработка нормативно-правовых документов по формированию и развитию онкологического общества и ассоциаций по различным профилям онкологической патологии.

3. Разработка системы стимулирования, поддержки развития и внедрения инновационных технологий.

4. Оптимизация работы организационно-методического отдела по учету, организации диспансерного наблюдения, формированию отчетности, анализа заболеваемости, оценки качества онкологической помощи населению края, планированию и организации методической работы, организации внедрения научных достижений по онкологии, прогнозированию в онкологии.

5. Оптимизация работы поликлиники, организация консультативного приема нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, детского онколога для диспансерного наблюдения профильных онкологических больных.

6. Совершенствование регионального ракового регистра, эпидемиологические исследования заболе-

ваемости, летальности и инвалидизации, оценка факторов окружающей среды, влияющих на развитие злокачественного процесса у жителей края. Улучшение системы разбора запущенных случаев с ежемесячным анализом и разработкой мероприятий по улучшению диагностики ЗНО в районах.

7. Разработка и внедрение противораковых мероприятий, комплексных региональных программ профилактики рака, популяционных скрининговых программ на основании медико-географических карт территориального распределения заболеваемости раком, анализа результатов работы центров здоровья. Разработка диагностических скрининговых программ, формирование групп диспансерного наблюдения для мониторинга и коррекции по нозологическому принципу с оценкой эффективности.

8. Разработка программ социально-трудовой реабилитации пациентов по нозологическому принципу с оценкой эффективности.

9. Разработка и внедрение регламента взаимодействия лечебных учреждений края в вопросах оказания специализированной помощи онкологическим больным от первичной диагностики до специализированного лечения и реабилитации.

10. Совершенствование работы маммологического центра, ведение всех больных раком молочной железы от момента выявления заболевания, лечения и завершения реабилитации, организация прогнозирования заболеваемости и разработки профилактических программ.

11. Создание организационной системы поэтапной реабилитации больных после получения интенсивного, высокотехнологичного лечения, включая психотерапевтическую помощь, реабилитацию лучевых повреждений, совершенствование противоболевой терапии.

12. Расширение спектра органосохраняющих и функционально-щадящих методов лечения, активное внедрение в онкологическую практику эндоскопических манипуляций, лапароскопических и робот-ассистированных операций.

13. Внедрение новых методик анестезиологии и реанимации, реконструктивно-пластических операций с применением микрохирургической аутоотрансплантации органов и тканей, использованием новых аутоотрансплантатов и протезов для замещения дефектов мягких и костных тканей.

14. Активизация использования ультразвуковой диагностики, эндоскопии для точной диагностики стадийности опухолей и последующего планирования лучевой терапии. Внедрение флуоресцентной диагностики, применение микроэндоскопии и эндоскопической робототехники.

15. Внедрение молекулярно-генетических исследований для выявления факторов риска, прогноза возникновения и течения ЗНО, индивиду-

ализации лечения и последующего его мониторинга.

16. Внедрение массового лабораторного скрининга рака простаты, рака яичника с использованием метода РИА, персонифицированного учета и формирования групп повышенного риска, с использованием технологий «кольцевого забора крови», активного «вызова на себя» для формирования групп повышенного риска, динамического наблюдения и раннего выявления злокачественности процесса на основе взаимодействия с учреждениями здравоохранения края.

17. Распространение использования серологических маркеров для уточнения распространенности процесса и организации мониторинга больных в процессе лечения.

18. Внедрение методов позитронно-эмиссионной томографии (создание ПЭТ-центра), магнитно-резонансной томографии для уточнения стадийности онкологического процесса и оптимизации планирования лучевой терапии.

19. Внедрение инновационных радиотерапевтических технологий: стереотаксического облучения, брахитерапии рака простаты, рака пищевода, рака бронхов, рака молочной железы, рака полости рта, лечения открытыми радионуклидами рака щитовидной железы.

20. Разработка и внедрение программы, регламента и технологии первичного скрининга выявления рака кожи совместно с ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер».

21. Совершенствование лекарственного обеспечения путем внедрения инновационных методик лечения – таргетной (направленной), антиангиогенной терапии современными химиопрепаратами, аутологичной трансплантации костного мозга.

22. Совершенствование подготовки врачей клинических специальностей не онкологического профиля для углубленного изучения патоморфологии, микроскопии, ультразвукового, рентгенологического, эндоскопического диагностического исследования при онкологических заболеваниях.

23. Разработка стандартов подготовки специалистов по оказанию онкологической помощи, формирование обязательных образовательных программ для врачей первичного контакта и онкологов всех уровней.

24. Информатизация учреждения, включая телекоммуникационные технологии, для обеспечения взаимосвязи с федеральными специализированными учреждениями, дистанционных консультаций больных и непрерывного дистанционного обучения онкологических кадров.

25. Создание регионального web-сайта с независимыми разделами по профилактической, профессиональной и популяционной информации населения о достижениях медицинской науки и практики в области

онкологии и деятельности специализированных онкологических учреждений края и России для обеспечения максимальной удовлетворенности населения края качеством оказания медицинской помощи.

**Для достижения поставленных целей Концепции определены основные этапы решения задач.** Конкретизация мероприятий основных этапов будет осуществляться ежегодной корректировкой (планами мероприятий) с целью определения возможности включения мероприятий в общенациональные программы и привлечения дополнительных инвестиций в рамках национальных программ.

#### **2010–2012 годы**

1. Оснащение смотровых кабинетов с целью раннего выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний.

2. Оснащение учреждений здравоохранения оборудованием для первичного скрининга.

3. Автоматизация регионального ракового регистра во всех муниципальных образованиях (онкологических кабинетах).

4. Организация мобильного онкологического кабинета на базе ГУЗ «Территориальный консультативно-диагностический центр» г. Комсомольска-на-Амуре и приобретение диагностического комплекса.

5. Строительство хирургического корпуса МУЗ «Городской онкологический диспансер» г. Комсомольска-на-Амуре (на 60 коек, 3 операционные), реорганизация его в ГУЗ. Информатизация учреждения, включая телекоммуникационные технологии.

6. Строительство ПЭТ-центра в ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» с приобретением аппарата магнитно-резонансной томографии.

#### **2013–2015 годы**

1. Строительство радиологического корпуса ГУЗ «Городской онкологический диспансер» г. Комсомольска-на-Амуре с приобретением магнитно-резонансного томографа.

2. Строительство онкогематологического корпуса ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии», включая отделение высокодозной химиотерапии, реанимацию, центр пересадки костного мозга, детскую онкологию, реконструкцию операционного блока.

#### **2016–2020 годы**

1. Реконструкция химиотерапевтического отделения, строительство поликлиники, пансионата в ГУЗ «Городской онкологический диспансер» г. Комсомольска-на-Амуре.

2. Строительство хирургического корпуса ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии», включая операционный блок, центр эндоскопической хирургии, центр реконструктивно-пластических операций. Строительство пансионата.

#### **Механизм реализации Концепции предполагает:**

1. Координацию действий органов государственной власти, органов местного самоуправления, онкологических учреждений, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению края.

2. Осуществление взаимоотношений в духе эффективного сотрудничества и административной практики посредством регулярного обмена информацией, консультаций, совместного участия в реализации мероприятий в рамках соглашений о сотрудничестве.

3. Разработку и реализацию краевых целевых программ и муниципальных планов мероприятий, направленных на решение основных задач, сформулированных в Концепции.

#### **Ожидаемые результаты**

1. Совершенствование онкологической службы и рациональное использование специализированного коечного фонда.

2. Внедрение инновационных технологий и сокращение продолжительности лечения на стационарной койке.

3. Совершенствование системы подготовки кадров в соответствии с потребностями онкологической службы, повышение профессиональной квалификации онкологических кадров. Формирование системы профессионального роста специалистов онкологической службы.

4. Поэтапный переход на оптимальную систему расстановки кадров, достижение соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала 1 к 7 для осуществления патронажной службы.

5. Повышение достоверности управленческих решений и качества медицинской помощи за счет информатизации онкологической службы.

6. Создание предпосылок для улучшения здоровья населения к 2020 году:

7. Улучшение показателя раннего выявления визуальных локализаций ЗНО I–II ст. до 70 %.

8. Снижение удельного веса одноступенчатой летальности до 18 %.

9. Снижение смертности трудоспособного населения до 75 на 100 тыс. населения.

10. Снижение первичного выхода на инвалидность до 10 %.

11. Увеличение удельного веса больных с ЗНО, наблюдаемых 5 лет и более, до 55 %.

12. Увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни пациентов онкологического профиля.

13. Создание современной системы оказания онкологической помощи, которая будет являться залогом улучшения демографической ситуации, повышения качества человеческого потенциала, устойчивого социально-экономического развития края.

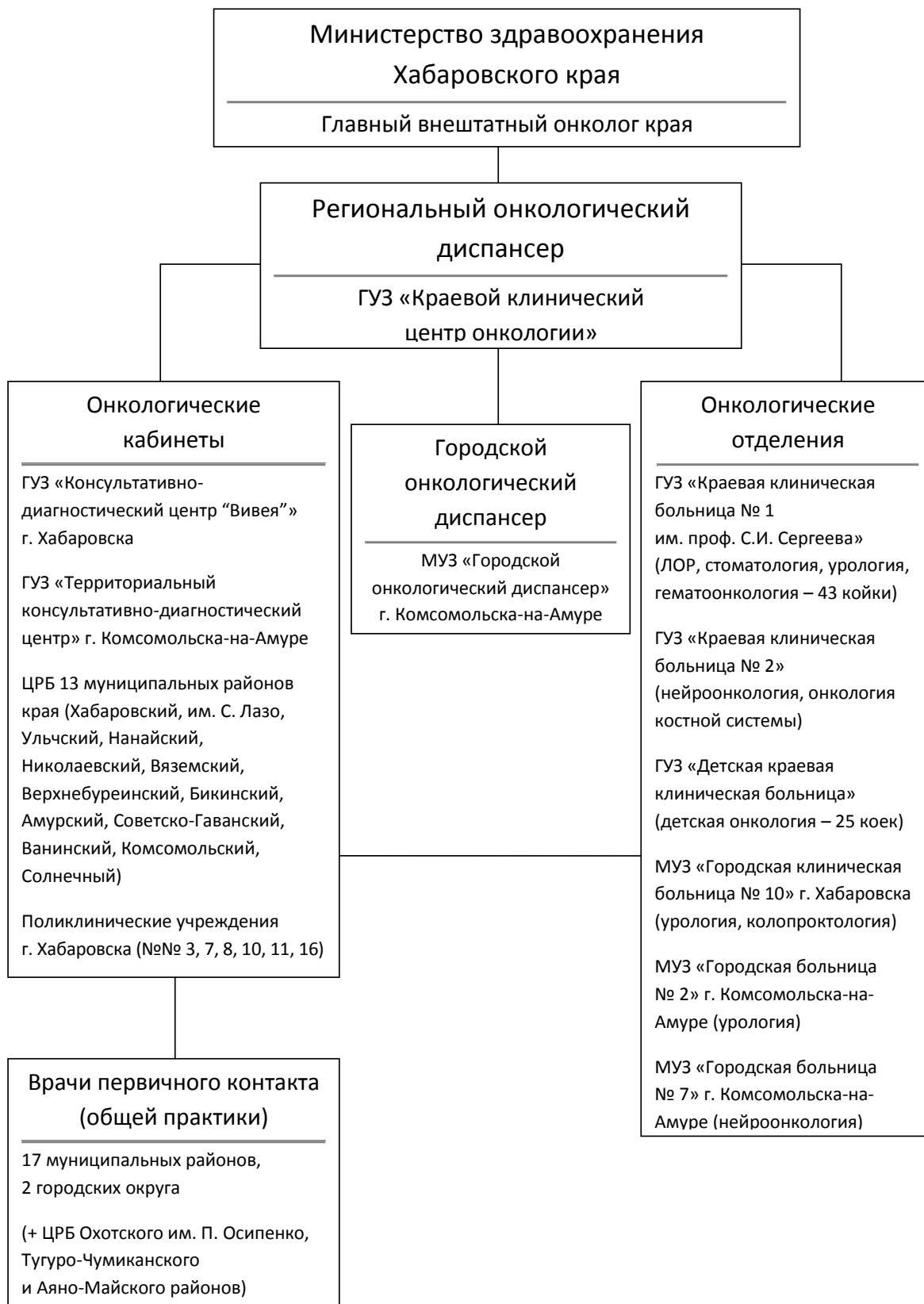
#### **Перечень предложений:**

Приложение 1. Структура онкологической службы Хабаровского края в 2010 году

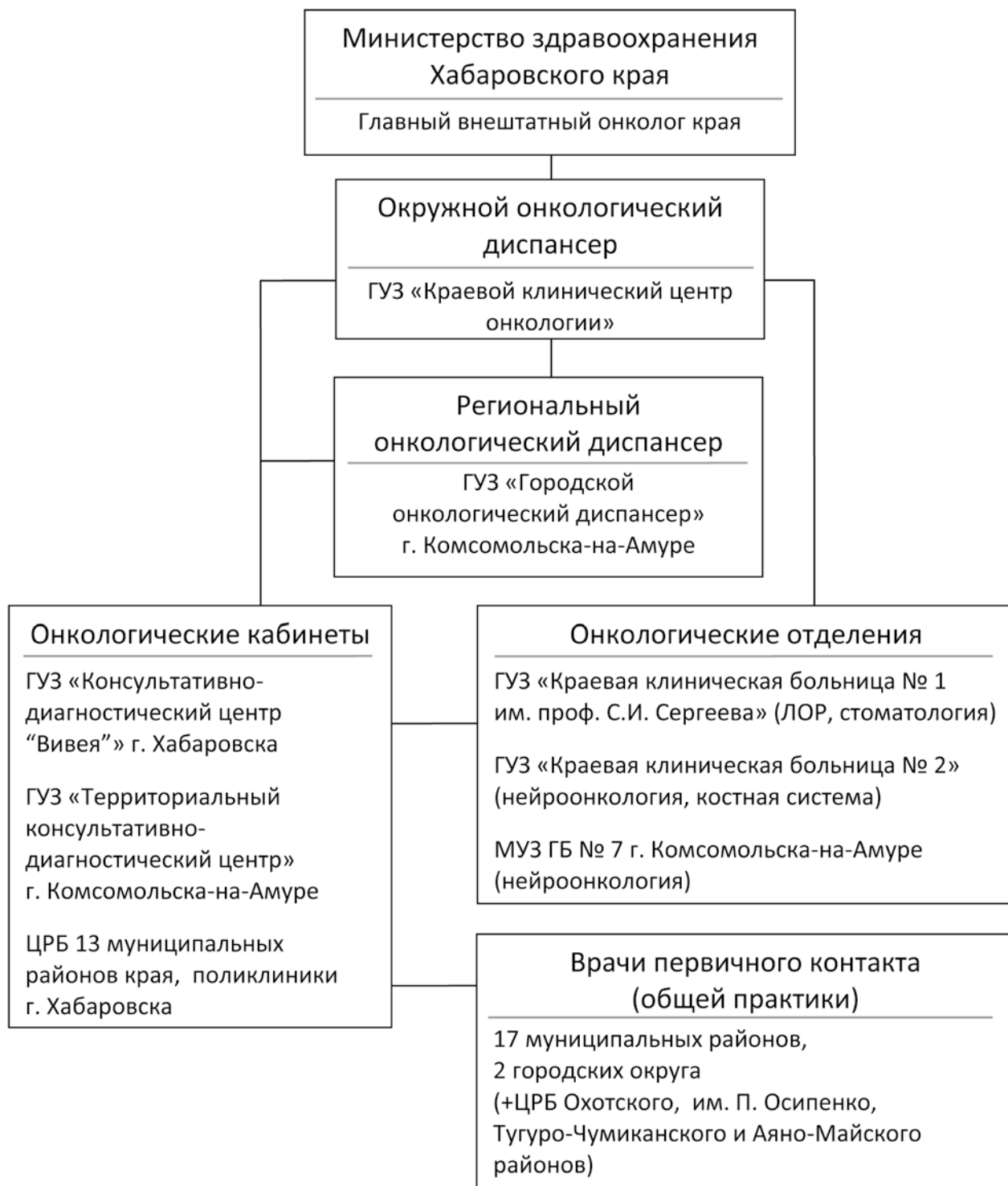
Приложение 2. Структура онкологической службы Хабаровского края в 2015 году



## Структура онкологической службы Хабаровского края в 2010 году



## Структура онкологической службы Хабаровского края в 2015 году



УДК 614.29 (571.620)

## Анализ дефектов направления на медико-социальную экспертизу в Хабаровском крае

**Н.Н. Щукин\*, Г.С. Белокрылова, С.В. Бондаренко, О.Г. Хмелевская, Н.А. Капитоненко**  
ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю»,  
ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Росздрава,  
г. Хабаровск

**N.N. Shchukin, G.S. Belokrylova, S.V. Bondarenko, O.G. Khmelevskaya, N.A. Kapitonenko**  
**Analysis of Defects in the Referrals for Medical and Social Expertise in the Khabarovsk Territory**

### Резюме

Некачественное направление медицинских документов на медико-социальную экспертизу может приводить к экспертным ошибкам, пролонгированию сроков освидетельствования, снижению объема планирования реабилитационных мероприятий инвалида. К основным ошибкам относятся недооценка степени нарушений функций и систем организма, определение основного диагноза, направление на экспертизу лиц с благоприятным клиническим прогнозом, отсутствие сведений о проведенных и планируемых реабилитационных мероприятиях.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, инвалид, индивидуальная программа реабилитации.

### Summary

Inadequate referrals of medical documents for medical and social expertise can lead to the expert errors, prolongation of examination time, cutting of rehabilitation measures planning of a disabled person. The main errors are underestimation of the extent of violations of body functions and systems, incorrect predominant diagnosis, referral for the expertise of a person with favorable clinical prognosis, lack of information about past and planned rehabilitation activities.

**Key words:** medical and social examination, a disabled person, an individual program of rehabilitation.

Качество экспертного решения при проведении медико-социальной экспертизы зависит от многих факторов. Наиболее значимыми из них являются уровень специальных знаний врачей-экспертов, наличие нормативной правовой базы и умение применять ее на практике, а также качественное оформление медико-экспертной документации [1, 2, 3].

Информативность медицинской документации, наличие объективных данных, подтверждающих вид и степень нарушения функций организма пациента и ограничений жизнедеятельности, является залогом вынесения правильного и обоснованного экспертного решения, как в части установления инвалидности, так и определения комплекса реабилитационных мероприятий [1, 3].

Анализ выявляемых ошибок, допущенных при вынесении экспертного решения комиссиями медико-социальной экспертизы (МСЭ), показал, что в 47 % случаев имеются дефекты при оформлении лечебно-профилактическими учреждениями направления на медико-социальную экспертизу [3].

Некачественное оформление направительных документов на МСЭ приводит к необходимости проведения больным дополнительного обследования, значительному увеличению сроков освидетельствования,

затруднению разработки индивидуальных программ реабилитации, дополнительной нагрузке на врачей-специалистов бюро МСЭ [1].

ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю» ежегодно проводит анализ дефектов направления граждан на медико-социальную экспертизу врачами лечебно-профилактических учреждений. По данным филиалов учреждения, 20 % направительных документов имеют дефекты в оформлении.

Специалистами главного бюро изучено 652 дефектных направления лечебно-профилактических учреждений на медико-социальную экспертизу (форма 088/у-06).

Анализ направлений выявил следующие основные группы недостатков оформления.

**1. Дефекты заполнения формы 088/у-06** наблюдались в 289 случаях (44 %): исправления, неточности, отсутствие даты заполнения, сведений о динамике наблюдения за последний год у повторно освидетельствованных, частоте, длительности обострений, о продолжительности временной утраты трудоспособности, о характере проводимого лечения, полученном от него эффекте; отсутствие антропометрических данных пациента.

\* expert@mse.kht.ru

Нередко в направительных документах описание статуса пациента подменяет диагноз, что затрудняет оценку клинико-функционального проявления состояния органов и систем организма освидетельствуемого.

В соответствии с п. 16 Правил признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 95, организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Выполнение условий п. 16 вышеуказанного постановления является обязательным для лечебно-профилактического учреждения.

Вопреки приведенному пункту, имеет место практика направления на МСЭ лиц без должной объективизации имеющихся нарушений. Так, документы больных кардиологического профиля зачастую не содержат данных холтер-мониторирования, УЗИ сердца. При освидетельствовании лиц, страдающих сколиозом, могут отсутствовать данные осмотра кардиолога, пульмонолога, невролога, результаты исследования ФВД, УЗИ сердца. Лица с хронической обструктивной болезнью легких не направляются на консультацию пульмонолога, кардиолога, нет ультразвукового исследования сердца и т. д.

В 228 случаях (35 %) представленные документы не позволяли объективизировать имеющуюся у пациента степень нарушения функций организма, что влекло за собой необходимость направления на дообследование. Как правило, это вызывает недовольство освидетельствуемых и приводит к конфликтным ситуациям.

### **2. Ошибки при определении основного диагноза**

В качестве основного направительного диагноза должно указываться то заболевание, которое влечет за собой наиболее выраженные стойкие расстройства функции организма. Однако в 52 случаях (8 %) при направлении на медико-социальную экспертизу лечащие врачи не придерживались данного принципа, направительный диагноз был неполным, а порой даже противоречил имеющимся сведениям о состоянии здоровья пациентов.

### **3. Необоснованное направление на медико-социальную экспертизу**

В 92 случаях (14 %) обоснованность направления на медико-социальную экспертизу вызывает сомнение. На освидетельствование направлялись лица с возрастными изменениями и незначительно выраженными нарушениями функции организма, а также пациенты, в отношении которых вывод о наличии стойких нарушений функции и завершенности мероприятий по медицинской реабилитации носит преждевременный характер. Например: представление на освидетельствование работающего пациента

1965 г. р. спустя 31 день после перенесенного острого инфаркта миокарда.

Необоснованным направлением считаются случаи направления на медико-социальную экспертизу лиц, цель освидетельствования которых, согласно форме 088/у-06, указывается «для продления больничного листа».

В 2009 г. количество освидетельствованных комиссиями МСЭ края составило 37 817 человек, на дообследование в лечебно-профилактические учреждения направлено 2446 человек – 6,5 %. Из общего количества обратившихся граждан первично освидетельствовано для установления инвалидности 10 364 человека, из них не признано инвалидами 1214 человек – 11,7 %.

Из 1214 человек являлись временно нетрудоспособными 422 – 34,8 % и, согласно форме 088/у-06, несмотря на благоприятный прогноз, необоснованно направлялись в бюро медико-социальной экспертизы для продления больничного листа, что противоречит пп. 14 и 28 Порядка выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007 г. № 514.

Еще одним источником конфликтов является ситуация, когда ЛПУ направляют для прохождения освидетельствования больных, нуждающихся в проведении дорогостоящей терапии или специального питания, вопреки тому, что данный критерий определения инвалидности ныне действующим законодательством не предусмотрен.

### **4. Отсутствие рекомендаций по медицинской реабилитации**

В 78 случаях (12 %) лечащими врачами не планировались мероприятия медицинской реабилитации, не оформлялся п. 34 формы № 088/у-06. Отсутствие сведений по рекомендуемым мероприятиям медицинской реабилитации затрудняет разработку индивидуальных программ реабилитации инвалидов и программ реабилитации пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, что, в конечном итоге, отрицательно сказывается на своевременности и доступности проведения комплексной реабилитации инвалидам.

#### **Выводы**

1. Проведенные исследования показали, что в 20 % случаев имеются дефекты в оформлении направительных документов на медико-социальную экспертизу.

2. В 2009 г. из числа всех освидетельствованных граждан в филиалах учреждения 6,5 % направлены на дообследование в лечебно-профилактические учреждения края.

3. Основными недостатками при направлении граждан на медико-социальную экспертизу являются: неполное заполнение граф формы 088/у-06; недостаточное обследование больных, не позволяющее объективизировать установленный диагноз и степень выраженности нарушений функций организма; малоин-

формативность сведений о характере течения заболевания и эффекте от проводимых мероприятий медицинской реабилитации; направление на МСЭ граждан без достаточных оснований.

4. Врачебным комиссиям медицинских учреждений необходимо проводить обучение лечащих врачей

по вопросам, касающимся порядка направления граждан на медико-социальную экспертизу, в том числе лиц, находящихся на лечении по временной нетрудоспособности, и рекомендовать лечащим врачам принимать участие в проведении медико-социальной экспертизы направляемых ими граждан.

### Список литературы

1. Горшков, В. И. Организационно-клинические аспекты направления на медико-социальную экспертизу больных с гипертонической болезнью / В. И. Горшков // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. – 2008. – № 3. – С. 52–54.

2. Золоев, Г. К. Сложные и противоречивые аспекты медико-социальной экспертизы при обliterирующих заболеваниях артерий конечно-

стей / Г. К. Золоев // *Материалы Всерос. методологического семинара, Новокузнецк, 16–17 сентября 2008 г.* – Кемерово: ИД «Медицина и просвещение», 2008. – С. 121.

3. Науменко, Л. Л. Качество медико-социальной экспертизы в педиатрии / Л. Л. Науменко // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. – 2008. – № 2. – С. 5–9.

удк 617.735-002:616-053.32

## Организация работы по раннему выявлению ретинопатии недоношенных в Хабаровском крае

**В.В. Егоров\*, Г.П. Смолякова, О.И. Кашура, С.П. Бадогина**

Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»,

г. Хабаровск

**V.V. Egorov, G.P. Smolyakova, O.I. Khashura, S.P. Badogina**

**Organization of an Early Detection of Retinopathy in Premature Infants in the Khabarovsk Territory**

### Резюме

Проведен анализ проделанной работы по решению проблемы ретинопатии недоношенных в Хабаровском крае. Создан алгоритм действия всех заинтересованных лечебных структур по оказанию медицинской помощи детям из групп с высоким риском развития ретинопатии недоношенных, который утвержден министерством здравоохранения Хабаровского края.

Совместная работа специализированных центров края позволяет исключать ошибки в диагностике ретинопатии недоношенных, выявлять начало заболевания и своевременно проводить профилактическое лечение.

**Ключевые слова:** ретинопатия недоношенных, детская глазная инвалидность.

### Summary

The article presents an analysis of research work on the problem of retinopathy of prematurity in the Khabarovsk Territory. There was made an algorithm for all relevant medical institutions to provide medical care to children at high risk for ROP. The algorithm was approved by the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory.

Joint work of specialized centers helps to exclude errors in the diagnosis of retinopathy of prematurity, identify the onset of the disease and ensure appropriate and timely treatment.

**Key words:** retinopathy of prematurity, visual impairment in infants.

Ретинопатия недоношенных (РН) – это сосудисто-пролиферативное поражение сетчатки, которое нередко приводит к необратимой слепоте [1].

Заболевание встречается преимущественно у детей с массой тела при рождении менее 1500 г [3].

Частота РН в различных странах мира варьирует от 9 до 46,9 % случаев, а у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) – от 69 до 90 % случаев [2].

В Хабаровском крае в последние годы родилось более 17 тыс. детей, среди которых количество недо-

\* mail@khvmtk.ru

ношенных в 2008 г. составляло 64 случая на 1000 родившихся, в 2009 г. – 66 случаев на 1000 родившихся.

Проблема РН в России с каждым годом становится все более актуальной. Стремление отечественной медицины соответствовать международным стандартам по выхаживанию глубоко недоношенных детей способствует росту числа детей с наличием данной офтальмологической патологии.

Несмотря на достижения в выявлении и лечении РН, в настоящее время она остается одной из основных причин слепоты и слабovidения среди детей раннего возраста.

Необходимым условием профилактики в развитии слепоты при РН является правильная организация офтальмологической помощи недоношенным детям: своевременное выявление, правильная диагностика, мониторинг, профилактическое лечение.

Согласно данным современной литературы, единственным способом ранней диагностики РН является активный скрининг [4]. Во многих странах мира скрининговые программы являются государственными и направлены на выявление тяжелых форм заболевания и обеспечения своевременного лечения РН.

В основе клинического проявления РН лежит нарушение нормального васкулогенеза сетчатки, которое начинается на 16-й неделе внутриутробного развития и завершается лишь к моменту планового рождения ребенка (40 недель). Практически все дети, родившиеся раньше срока, имеют офтальмологические отличия от доношенных детей.

На периферии сетчатки у недоношенных детей обычно выявляются аваскулярные зоны, причем их протяженность тем больше, чем меньше гестационный возраст ребенка на момент осмотра. Наличие аваскулярных зон на периферии глазного дна не является проявлением РН, это лишь свидетельство недоразвития сетчатки, незавершенности васкулогенеза и соответственно возможности развития ретинопатии в дальнейшем.

#### **Цель исследования**

Оценка эффективности деятельности Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» и ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК по выявлению детей с РН в Хабаровском крае.

В Хабаровском крае в 2008 г. родилось 17,1 тыс. детей, что почти на 1000 детей больше, чем в 2007 г. Число преждевременных родов в последние годы стабильно составляет 10–15 % случаев. В то же время значительно возросло количество детей с ЭНМТ. Если в 2006 г. в отделении выхаживания недоношенных ГУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска находилось 37 детей с ЭНМТ, то в 2007 г. – уже 74 ребенка. Именно такие дети в значительной мере пополняют в последующем контингент инвалидов детства по зрению.

В 2008 г. в Хабаровском крае, по данным МСЭ, показатель общей детской инвалидности составил 27,9 человека на 10 тыс. детского населения; показатель первичной общей детской инвалидности – 13,8 человека на 10 тыс. населения. Из них у 16,8 % детей пер-

вичная инвалидность была оформлена по зрению. До 2008 г. причиной первичной инвалидности по зрению в 30–40 % случаев была терминальная стадия РН.

Среди причин высокой частоты терминальных стадий РН в структуре глазной инвалидности можно отметить следующие: отсутствие необходимого диагностического оборудования у окулистов в отделениях по выхаживанию недоношенных детей, отсутствие у врачей достаточных знаний по проблеме РН, недостаточная настороженность врачей и родителей, отсутствие четкого алгоритма действий всех заинтересованных лечебных структур по раннему выявлению, лечению и диспансеризации детей с РН.

По инициативе администрации Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» (далее – Филиал) в 2007–2008 гг. была проведена предварительная работа по решению проблемы РН в Хабаровском крае. Организован семинар для неонатологов г. Хабаровска и реаниматологов Перинатального центра, проведено заседание Краевого офтальмологического общества по проблемам ранней диагностики и лечению детей с РН. На базе филиала на рабочем месте прошли обучение многие офтальмологи Дальнего Востока. Специалисты детского, лазерного и витреоретинального отделений Филиала прошли обучение и стажировки на базе центральных клиник (Москва, Санкт-Петербург, Калуга.)

Практическим результатом проведенной предварительной работы явилось создание алгоритма действий всех заинтересованных лечебных структур Хабаровского края по оказанию медицинской помощи детям из группы с высоким риском развития РН (Приказ МЗ Хабаровского края от 07.05.08 № 200).

Положения данного приказа предусматривают следующее:

1. К группе с высоким риском развития ретинопатии недоношенных относятся новорожденные с массой тела при рождении менее 2000 г и сроком гестации до 34 недель, а также новорожденные, имеющие неонатальную патологию (тяжелое течение бактериальной инфекции, церебральную гипоксию – ишемию II–III степени, церебральные кровоизлияния II–IV степени), гипероксию, а также новорожденные, получающие искусственную вентиляцию легких более 3 суток и/или кислородную терапию более 1 месяца.

2. Необходимость мониторинга за детьми с риском развития РН.

2.1. Детям из группы риска по РН необходимо проходить консультацию у врача-офтальмолога с 3-х суток после рождения.

2.2. Осмотр новорожденных при отсутствии симптомов заболевания РН в отделениях выхаживания недоношенных или РАО новорожденных должны проводиться каждые 2 недели.

2.3. Родителям новорожденных детей из группы риска по РН при выписке из родильного отделения или из отделений по выхаживанию недоношенных необходимо выдавать документ с описанием офтальмологического статуса, диагнозом, указанием сроков сле-

дующего осмотра и направлением на консультацию к врачу-офтальмологу в детскую поликлинику по месту жительства или в кабинет охраны зрения ГУЗ «Перинатальный центр» через 2 недели после выписки.

2.4. В возрасте 1 месяца после рождения всем новорожденным из группы риска по РН обязателен консультативный осмотр врача-офтальмолога в кабинете охраны зрения ГУЗ «Перинатальный центр».

2.5. Последующие осмотры детей из группы риска по РН при отсутствии симптомов заболевания осуществляются врачом-офтальмологом в поликлинике по месту жительства 1 раз в 2 недели до 6-месячного возраста новорожденного, старше 6 месяцев и в дальнейшем – 2 раза в год.

3. При подозрении или выявлении симптомов РН или иных неинфекционных заболеваний глаза у новорожденных и детей в возрасте до 6 месяцев в экстренном порядке проводится консультация в Хабаровском филиале ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии».

4. Лечение и диспансерное наблюдение детей с РН осуществляется в Филиале в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи.

Углубленное офтальмологическое обследование недоношенных детей включает в себя оценку остроты зрения (поведенческие реакции фиксации и слежения, реакции зрачка на свет), биомикроскопию, обратную бинокулярную офтальмоскопию, ультразвуковую биометрию, тонометрию.

Осмотр осуществляется с применением векорасширителя под местной анестезией (0,4 % раствор инокаина) с медикаментозным мидриазом (1,0 % раствор тропикамида, 10 % раствор ирифрина).

С 2008 года ранняя диагностика, своевременное определение показаний к лечению пороговых стадий РН и дальнейшее послеоперационное динамическое наблюдение за состоянием сетчатки осуществляются с помощью цифровой ретинальной педиатрической системы Ret Cam II (США).

В 2009 г. Перинатальным центром была приобретена цифровая ретинальная педиатрическая система Ret Cam II (США), и на рабочем месте Филиала прошел обучение врач-офтальмолог. В связи с этим в Филиал для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении стали направлять не всех детей из группы риска, что привело к изменению структуры стадий РН у детей, обследованных в Филиале (табл. 1).

**Таблица 1**

**Частота и структура выявленной РН**

Год	Осмотрено (первично, чел.)	Выявлено РН, чел.	Стадии РН, %					AP-ROP*
			I	II	III	IV	V	
2008	144	62	32,3	32,3	12,1	7,1	7,1	9,1
2009	142	95	21,3	35,8	18,9	5,2	7,3	11,5

**Примечание:** \* AP-ROP – задняя агрессивная стадия.

Изменение структуры РН в 2009 г. в сторону увеличения I–II стадий заболевания (54,7 %) обусловлено тем, что скрининг детей с пороговыми стадиями стал осуществляться в Перинатальном центре, а в Филиал стали направляться только дети, требующие специализированного лечения.

Первичное обращение при терминальных стадиях (IV–V стадии) и AP-ROP представлены в основном детьми из других регионов Дальнего Востока и детьми, родившимися с экстремально низкой массой тела.

**Заключение**

Таким образом, совместная работа двух крупных специализированных центров Хабаровского края – ГУЗ «Перинатальный центр» и Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» – позволяет исключать ошибки в диагностике РН, выявлять начало заболевания, диагностировать наступление его пороговых стадий и своевременно проводить профилактическое лечение.

**Список литературы**

1. Катаргина, Л. А. Ретинопатия недоношенных: избр. лекции по детской офтальмологии / Л. А. Катаргина, Л. В. Гоголева; под ред. В. В. Нероева. – М., 2009. – С. 27–61.

2. Фомина, Н. В. Анализ заболеваемости и исходов активной фазы ретинопатии недоношенных у детей с экстремально низкой массой тела при рождении (масса < 750 г) / Н. В. Фомина // Рос. педиатр. офтальмология. – 2007. – № 4. – С. 10–12.

3. Хватова, А. В. Опыт диагностики и лечения активной ретинопатии недоношенных / А. В. Хватова // Актуальные вопросы детской офтальмологии: материалы конф. – М., 1997. – С. 90–93.

4. Хватова, А. В. Состояние и перспективы исследований по проблеме ретинопатии недоношенных / А. В. Хватова, Л. А. Катаргина // Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных: материалы симп. – М., 2000. – С. 3–16.

## **Динамика первичной инвалидности среди детского населения г. Хабаровска за 2005–2009 годы**

**Е.В. Маркелова\*, Н.К. Зулина**

ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю», г. Хабаровск

**E.V. Markelova, N.K. Zulina**

**Dynamics of Primary Disability in Children in Khabarovsk in 2005–2009**

### **Резюме**

В статье проведен анализ динамики первичной инвалидности у детей в г. Хабаровске в динамике за 2005–2009 гг., представлены возрастная характеристика, нозологическая структура и уровень первичной инвалидности.

**Ключевые слова:** первичная инвалидность, детское население, г. Хабаровск.

### **Summary**

The article presents an analysis of dynamics of primary disability in children in Khabarovsk in 2005–2009, there has been presented the characteristic by age, the nosologic structure and the level of primary disability.

**Key words:** primary disability, children, Khabarovsk.

Детская инвалидность относится к одной из важнейших социальных проблем и является индикатором состояния здоровья детей. Показатели детской инвалидности характеризуют социально-экономическое развитие общества, уровень культуры и образования населения, экологическое состояние территории, качество и доступность медицинской помощи и профилактических мероприятий по охране материнства и детства.

В связи с этим мы рассмотрели наиболее важные показатели, характеризующие детскую инвалидность в г. Хабаровске за 2005–2009 гг.

Детское население в г. Хабаровске за анализируемый период сократилось с 103 902 в 2005 г. до 95 923 в 2009 г., т. е. на 7979 человек (7,7 %). Отмечается спад темпа убыли детского населения с 2,8 % в 2006 г. до 0,9 % в 2009 г. Интенсивный показатель первичной инвалидности (на 10 тыс. детского населения) с 2005 по 2008 гг. стабильно снижался и составлял соответственно 29,35 – 28,02 – 26,6 – 25,6. В 2009 г. уровень первичной инвалидности вырос до 28,25 (табл. 1), темп роста составил 12 %. Следует отметить, что уровень детской инвалидности в г. Хабаровске в 2005–2009 гг. превысил показатели первичной инвалидности по Хабаровскому краю, ДФО и РФ (табл. 2).

В структуре первичной инвалидности детей, с учетом нозологических форм болезней, в г. Хабаровске в течение последних пяти лет первое и второе места делят врожденные аномалии (23,6 %) и психи-

ческие расстройства (23,5 %), третье место занимают болезни нервной системы (18 %), четвертое место – болезни эндокринной системы (6,24 %), пятое место – болезни костно-мышечной системы (5,35 %), шестое место – болезни органов зрения (5,14 %), далее следуют травмы и отравления (4,1 %), болезни органов слуха (3,8 %), новообразования (3,6 %), болезни мочеполовой системы (1,35 %), болезни органов кровообращения (1,1 %), болезни органов дыхания (1,05 %), болезни органов пищеварения (0,93 %), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (0,14 %), прочие болезни составляют 2,1 % (табл. 3).

Наиболее высокий уровень первичной инвалидности в г. Хабаровске отмечается вследствие психических расстройств (7,3 в 2009 г.), врожденных аномалий (5,8 в 2009 г.), болезней нервной системы (5,5 в 2009 г.). Следует отметить, что с 2006 г. уровень первичной инвалидности при психических расстройствах в г. Хабаровске превышает данный показатель по РФ (6,04 в г. Хабаровске и 5,8 по РФ соответственно в 2006 г.; 7,13 по г. Хабаровску и 4,8 по РФ соответственно в 2008 г.) и занимает ведущее место среди классов болезней. Наиболее низкий уровень первичной инвалидности при заболеваниях органов пищеварения – 0,1, органов дыхания – 0,3, органов кровообращения – 0,4. В течение последних двух лет уровень первичной инвалидности при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, равен 0 (табл. 4).

\* expert@mse.kht.ru



**Таблица 1**

**Динамика численности детского населения и первичной инвалидности среди детского населения в г. Хабаровске за 2005–2009 гг.**

Годы	Детское население (абс. число)	Темп роста или убыли, %	Детская инвалидность		
			Абс. число	Темп роста или убыли, %	Уровень детской инвалидности (на 10 тыс. детского населения)
2005	103 902	–	305	–	29,35
2006	100 985	–2,8	283	–7,2	28,02
2007	98 446	–2,5	262	–7,4	26,6
2008	96 755	–1,75	242	–7,6	25,6
2009	95 923	–0,9	271	+12	28,25

**Таблица 2**

**Уровень первичной инвалидности у детей в г. Хабаровске, Хабаровском крае, ДФО, РФ в 2005–2009 гг. (на 10 тыс. детского населения до 18 лет)**

Годы	Уровень первичной инвалидности			
	г. Хабаровск	Хабаровский край	ДФО	РФ
2005	29,35	27,3	27,6	28,3
2006	28,02	27,9	30,4	29,0
2007	26,6	26,5	25,5	26,0
2008	25,6	27,9	24,5	25,4
2009	28,25	27,0	нет данных	нет данных

**Таблица 3**

**Структура первичной инвалидности детей с учетом нозологических форм болезней, %**

№ п/п	Классы болезней	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
		%	%	%	%	%
1	Психические расстройства	18	21,55	24,4	27,8	25,8
2	Врожденные аномалии	22,6	22,9	27,5	24,2	20,7
3	Болезни нервной системы	19	18,7	16,03	16,9	19,6
4	Болезни костно-мышечной системы	6,2	6	4,6	4,05	5,9
5	Травмы и отравления	5,3	6	3	2,8	3,3
6	Болезни эндокринной системы	6	6,4	6,9	5,3	6,6
7	Болезни органов дыхания	2,6	0	0,76	0,8	1,1
8	Болезни органов зрения	6	4,6	4,2	5,7	5,2
9	Болезни органов слуха	3,3	3,9	3,4	3,6	4,8
10	Болезни органов пищеварения	1,6	0,7	1,15	0,8	0,4
11	Новообразования	3,6	3,9	4,2	4,05	2,2
12	Болезни мочеполовой системы	1,6	1,8	0,76	0,4	2,2
13	Болезни органов кровообращения	1,6	0,35	0,4	1,6	1,5
14	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,3	0	0,4	0	0
15	Прочие болезни	2,3	3,2	2,3	2	0,7

**Уровень первичной инвалидности детского населения по ведущим классам болезней в г. Хабаровске, Хабаровском крае, РФ в 2005–2009 гг.**

№ п/п	Классы болезней	2005 г.			2006 г.			2007г.			2008 г.			2009 г.		
		город	край	РФ	город	край	РФ	город	край	РФ	город	край	РФ	город	край	РФ
1	Психические расстройства	5,3	5,8	5,4	6,04	6,2	5,8	6,5	7,5	5,1	7,13	8,0	4,8	7,3	7,6	Нет данных
2	Врожденные аномалии	6,6	6,7	5,8	6,4	6,6	6,1	7,3	6,6	5,9	6,2	6,7	5,8	5,8	6,2	Нет данных
3	Болезни нервной системы	5,6	3,8	4,7	5,25	4,5	4,8	4,3	4,1	4,2	4,3	5,0	4,5	5,5	5,2	Нет данных
4	Болезни костно-мышечной системы	1,8	1,5	1,6	1,7	1,8	1,8	1,2	1,3	1,3	1,03	1,4	1,2	1,7	1,3	Нет данных
5	Травмы и отравления	1,5	1,5	1,4	1,68	2,1	1,2	0,8	1,2	0,9	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	Нет данных
6	Болезни эндокринной системы	1,7	1,4	1,6	1,8	1,3	1,6	1,8	1,5	1,6	1,34	1,5	1,5	1,9	1,4	Нет данных
7	Болезни органов дыхания	0,8	0,5	1,0	0	0,1	0,8	0,2	0,2	0,7	0,2	0,2	0,6	0,3	0,2	Нет данных
8	Болезни органов зрения	1,7	1,3	1,4	1,3	1,1	1,3	1,2	0,8	2,1	1,45	1,3	1,3	1,46	1,1	Нет данных
9	Болезни органов слуха	0,96	0,9	0,9	1,09	0,8	1,1	0,9	0,6	1,2	0,9	0,9	0,9	1,35	0,9	Нет данных
10	Болезни органов пищеварения	0,5	0,3	0,5	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2	Нет данных
11	Новообразования	1,06	1,1	1,0	1,09	0,8	1,0	1,12	0,9	1,0	1,03	1,0	1,0	0,6	0,8	Нет данных
12	Болезни мочеполовой системы	0,5	0,5	0,6	0,5	0,3	0,6	0,2	0,2	0,6	0,1	0,3	0,5	0,6	0,4	Нет данных
13	Болезни органов кровообращения	0,5	0,3	0,4	0,1	0,2	0,5	0,1	0,1	1,0	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	Нет данных
14	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,09	0,5	0,3	0	0,5	0,3	0,1	0,3	0,3	0	0,1	0,2	0	0,1	Нет данных
15	Прочие болезни	0,7	0,7	1,1	0,9	0,9	1,2	0,6	0,6	1,0	0,5	0,5	0,9	0,2	0,4	Нет данных

В динамике за анализируемый период отмечается снижение темпов прироста уровня первичной инвалидности вследствие психических расстройств (с 14 % в 2006 г. до 2,4 % в 2009 г.) и врожденных аномалий (с –3 % в 2006 г. до –6,45 %

в 2009 г.). В 2009 г. отмечается прирост уровня первичной инвалидности к предыдущему году вследствие болезней нервной системы, который составил 27,9 %, и болезней эндокринной системы (41,8 %) (табл. 5).

**Таблица 5**

**Динамика уровня первичной инвалидности детей с учетом ведущей нозологической патологии**

№ п/п	Классы болезней	Показатель первичной инвалидности	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
1	Психические расстройства	Уровень инвалидности	5,3	6,04	6,5	7,13	7,3
		Абс. прирост/убыль	–	0,74	0,46	0,63	0,17
		Темп роста, %	–	114	107,6	109,7	102,4
		Темп прироста, %	–	14	7,6	9,7	2,4
2	Врожденные аномалии	Уровень инвалидности	6,6	6,4	7,3	6,2	5,8
		Абс. прирост/убыль	–	–0,2	0,9	–1,1	–0,4
		Темп роста, %	–	97	114	85	93,55
		Темп прироста, %	–	–3	14	–15	–6,45
3	Болезни нервной системы	Уровень инвалидности	5,6	5,25	4,3	4,3	5,5
		Абс. прирост/убыль	–	–0,35	–0,95	0	1,2
		Темп роста, %	–	93,75	81,9	0	127,9
		Темп прироста, %	–	–6,25	–18,1	0	27,9
4	Болезни эндокринной системы	Уровень инвалидности	1,7	1,8	1,8	1,34	1,9
		Абс. прирост/убыль	–	0,1	0	–0,46	0,56
		Темп роста, %	–	106	0	74,4	141,8
		Темп прироста, %	–	6	0	–25,5	41,8

Структура первичной инвалидности у детей в возрастном аспекте представлена в табл. 6, из которой видно, что на протяжении всего анализируемого периода наибольшее количество детей, впервые признанных инвалидами, относится к возрастной категории 0–3 лет (45,9 %), на 2-м

месте возрастная группа 8–14 лет (23,2 %), далее следует возрастная категория 4–7 лет (19,5 %), 15–17 лет (11,4 %). В возрастной категории 15–17 лет в динамике за 2005–2009 гг. отмечается снижение количества детей, впервые признанных инвалидами, на 49 %.

**Таблица 6**

**Структура первичной инвалидности детского населения по возрасту в г. Хабаровске в 2005–2009 гг.**

Годы	Всего (абс. число)	В том числе по возрасту							
		До 3 лет		4–7 лет		8–14 лет		15–17 лет	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
2005	305	137	44,9	57	18,7	66	21,65	45	14,75
2006	283	131	46,3	51	18,0	65	23	36	12,7
2007	262	119	45,4	56	21,4	55	21	32	12,2
2008	248	115	46,4	46	18,5	64	25,8	23	9,3
2009	271	126	46,5	56	20,7	67	24,7	22	8,1

Структура первичной инвалидности с учетом нозологических форм заболеваний и возраста характеризуется следующим:

– в возрасте 0–3 лет: 1-е и 2-е места занимают врожденные аномалии (30,7 – 38,9 – 41,2 – 43,5 – 33,9 % соответственно по годам) и болезни нервной системы (35,8 – 32 – 32,8 – 28,7 – 34,9 %), 3-е место до 2009 г. за-

нимали заболевания глаза и его придаточного аппарата (8,8 – 7,6 – 6,1 – 7,0 % соответственно по годам), в 2009 г. на 3-е место вышли заболевания уха и сосцевидного отростка (7,1 % в 2009 г.);

– в возрасте 4–7 лет: на 1-м месте находятся психические расстройства (28 – 35,3 – 50 – 54,4 – 48,2 % соответственно по годам), далее следуют заболевания

эндокринной системы, органов зрения, слуха, врожденные аномалии;

– в возрасте 8–14 лет: 1-е место занимают психические расстройства (30,3 – 40 – 40 – 41 – 49% соответственно по годам), на 2-м месте – врожденные аномалии (14 – 11 – 14,5 – 8 – 12%), 3-е, 4-е места делят заболевания костно-мышечной системы (12 – 9 – 13 – 6,25 – 9%) и эндокринные заболевания (12 – 6 – 13 – 8 – 6%), 5-е место занимают травмы (6 – 9 – 2 – 6,25 – 7,5%);

– в возрасте 15 лет и старше: 1-е место до 2009 г. занимали психические расстройства (29 – 28 – 22 – 39 – 9% соответственно по годам), в 2009 г. на 1-е место вышли заболевания эндокринной системы (27%), 3-е, 4-е места делят заболевания костно-мышечной системы и врожденные аномалии.

Таким образом, анализ первичной инвалидности детского населения в г. Хабаровске за период 2005–2009 гг. показал следующее:

1. Отмечается высокий уровень первичной инвалидности в г. Хабаровске, превышающий показатели Хабаровского края, Дальневосточного округа и Российской Федерации.

2. В 2009 г. темп роста детской инвалидности составил 12%.

3. В структуре первичной инвалидности, с учетом нозологических форм болезней, с 2008 г. 1-е ранговое место занимают психические расстройства, 2-е место – врожденные аномалии, 3-е – заболевания нервной системы.

4. Уровень первичной инвалидности вследствие психических расстройств в г. Хабаровске с 2006 г. превышает данный показатель по РФ.

5. Отмечается снижение темпа прироста уровня первичной инвалидности вследствие психических расстройств, увеличение темпа убыли уровня первичной инвалидности вследствие врожденных аномалий.

6. В 2009 г. темп прироста уровня инвалидности по заболеваниям нервной системы составил 27,5.

7. Среди детей, впервые признанных инвалидами, 45,9% составляют дети в возрасте до 4 лет.

8. В возрасте 0–3 лет в структуре первичной инвалидности, с учетом нозологических форм заболеваний, преобладают врожденные аномалии (38%) и болезни нервной системы (33%).

УДК 616.12-008.331.1-039.57

## **Социально-экономические аспекты лечения гипертонической болезни в амбулаторных условиях**

**Л.В. Конева, В.Г. Мякишев**  
Амбулатория МВД г. Тынды,  
г. Тынды, Амурская область

**L.V. Koneva, V.G. Myakishev**  
**Social and Economic Aspects of Treatment of Hypertension in the Outpatient Setting**

### **Резюме**

Проанализировано 317 случаев лечения больных ГБ в амбулаторных условиях с целью изучения социально-экономических аспектов. Показано, что регулярное лечение препаратами получают примерно  $50 \pm 5\%$  больных. Основной причиной нерегулярного приема гипотензивных препаратов является дороговизна лекарств, недостаточная осведомленность больных о процессе лечения, а также личностные факторы.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, социально-экономические аспекты.

### **Summary**

There were analyzed 317 cases of treatment of hypertensive disease in patients in the outpatient setting to study social and economic aspects. It is shown that approximately  $50 \pm 5\%$  of patients receive regular treatment with drugs. The main reason for the irregular antihypertensive drugs taking is the high cost of medicines, lack of awareness of patients about the treatment process, as well as personal factors.

**Key words:** hypertension, social and economic aspects.

Последние десятилетия характеризуются стремительным увеличением распространенности сер-

дечно-сосудистой патологии во всех странах мира. По данным О.М. Драпкиной и соавт. [2], распро-

страненность артериальной гипертонии (АГ) в России составляет среди мужчин 39,2 %, среди женщин – 41,1 %. Повышенное артериальное давление (АД) существенно увеличивает риск возникновения ишемической болезни сердца, инсультов, сердечной и почечной недостаточности и является ведущим фактором риска сердечно-сосудистой смертности [6].

Согласно оценке ряда авторов, гипертоническая болезнь (ГБ) является на сегодняшний день самым затратным заболеванием сердечно-сосудистой системы [5]. По данным моделирующего исследования, проведенного в России, расходы из бюджета на стационарное лечение больных неосложненной ГБ составляют 7,5 млрд руб. в год, на лечение ее сердечно-сосудистых осложнений – 35 млрд руб., общие экономические потери в производственной сфере в связи с данным заболеванием достигают 40 млрд руб. в год [1].

Низкая фармакоэкономическая эффективность проводимой терапии в ряде случаев обусловлена низкой комплаентностью – приверженностью больных к лечению [3]. Показано, что по этой причине значительно увеличиваются расходы на медицинское обслуживание вследствие возрастания частоты и длительности госпитализаций, увеличения числа осложнений ГБ – острого инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения [4].

По данным опросов больных ГБ, комплаентность составляет 39–78 %. Факторами, снижающими приверженность больных к лечению, являются нарушения режима дозирования, побочные эффекты, высокая цена медикаментов, быстрое снижение артериального давления, курение, молодой возраст, длительное лечение, суточные дежурства, постоянные служебные командировки, злоупотребление алкоголем, низкий уровень санитарной культуры, негативное отношение к лечению. Повышают комплаентность высокий исходный уровень АД, женский пол, высокий уровень образования, высокий уровень дохода, наличие брака, применение фиксированных комбинаций препаратов [7].

В исследованиях М. Мопале и соавт. и Н. Cardinal и соавт. была выявлена зависимость уровня комплаентности от класса применяемого гипотензивного средства. При этом самая низкая приверженность к лечению выявлена у больных, получавших диуретики. Наивысшая комплаентность отмечалась у больных, принимавших ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) и антагонисты кальция (АК).

#### **Цель исследования**

Изучение влияния социальных и экономических факторов на приверженность к амбулаторному лечению у больных ГБ.

#### **Материалы и методы**

Под наблюдением находилось 317 больных ГБ I–III стадии, лечившихся амбулаторно. Из них 77 женщин и 240 мужчин, что составило 34,8 % от общего числа

больных, лечившихся в амбулатории. Средний возраст респондентов составил  $20,1 \pm 56,1$  года. Все они являлись сотрудниками МВД. Продолжительность заболевания на момент начала исследования у 4,4 % пациентов составила менее 1 года, у 35,2 % – от 1 года до 5 лет, у 20,6 % – от 6 до 10 лет и 40,8 % – более 3 лет.

#### **Результаты и обсуждение**

Выявлено, что 90,8 % респондентов проводили медикаментозное лечение ГБ. Эти результаты более высокие, чему у других исследователей, что, вероятно, объясняется тяжестью контингента больных, получающих стационарное лечение. Пациенты, не получавшие антигипертензивную терапию, в подавляющем большинстве случаев (71,4 %) не знали о наличии у них ГБ.

Обращала на себя внимание высокая удельная доля больных, проводивших монотерапию ГБ, – 35,9 %, что значительно выше частоты назначений монотерапии, выявленной нами при анализе врачебных назначений в амбулаторных картах, – 16,7 %. Наиболее часто больные использовали в виде монотерапии или в составе комбинированной терапии иАПФ (64,9 случая на 100 пациентов), реже – диуретики (33,3 случая),  $\beta$ -адреноблокаторы (30,1 случая) и АК (10,9 случая). Остальные группы антигипертензивных препаратов (АГП) использовались в единичных случаях. Комбинированные средства назначались в 16,7 случая на 100 пациентов.

66 % респондентов считали, что они регулярно принимают гипотензивные препараты. В то же время при более подробном анализе ответов было выяснено, что ежедневно принимали АГП только 80 % «регулярно» лечащихся пациентов, еще 4 % больных принимали медикаменты «почти ежедневно», остальные 16 % – при повышении АД и/или ухудшении самочувствия. Таким образом, согласно результатам опроса, только 52,8 % больных ГБ были действительно комплаентны к лечению. Даже при расширении этой группы за счет включения больных, принимавших медикаменты «почти ежедневно», уровень комплаентности составил только 55,4 %. Обращает на себя внимание то, что 36,7 % комплаентных пациентов отметили от 1 до 6 причин, по которым они нарушают режим приема лекарств. Исходя из этого можно предположить, что уровень действительной комплаентности будет ниже полученного в ходе анкетирования результата.

84,2 % «регулярно» принимавших медикаменты больных полагали, что они строго соблюдают рекомендации лечащего врача. В то же время 10 % из них принимали АГП только при повышении АД и/или ухудшении самочувствия.

Наиболее часто больные не могли соблюдать предписанный режим лечения из-за недостатка финансовых средств при использовании комбинированных АГП и АК. Число больных, некомплаентных по данной причине, составляло соответственно 40 и

36 % от общего числа больных, получавших препараты данных групп. Значительно реже отмечалась некомплаентность по данной причине при лечении иАПФ, диуретиками и  $\beta$ -адреноблокаторами (29,7; 29,4 и 25 % соответственно). Это практически совпадает с ценовыми характеристиками вышеперечисленных групп АГП, наиболее дорогими из которых являются современные комбинированные препараты и АК, а наиболее дешевыми –  $\beta$ -адреноблокаторы. Врачи не игнорируют экономическую составляющую лечения, просто комбинированные АГП и АК являются самыми эффективными препаратами по данным доказательной медицины, в т. ч. и по влиянию на конечные точки заболевания.

В 31 случае на 100 пациентов нерегулярный прием лекарств объяснялся личностными особенностями больного: плохой памятью и рассеянностью. Наиболее часто эта причина наблюдалась у пациентов, имеющих среднее образование (37,7 % случаев), реже всего – у лиц с высшим образованием (6 %). Не выявлена достоверная связь между данной причиной некомплаентности и полом, возрастом пациента или продолжительностью заболевания, а также количеством наименований принимаемых пациентом медикаментов. В то же время отмечалась статистически значимая слабая корреляционная связь ( $p < 0,01$ ) между некомплаентностью по данной причине и кратностью приема медикаментов в течение дня.

Обращают на себя такие причины некомплаентности, как отсутствие желания лечиться (15,2 случая на 100 пациентов), незнание о необходимости регулярного приема медикаментов (9,5 случая), боязнь осложнений от проводимой терапии (8,2 случая). Все эти причины являются потенциально устранимыми и чаще всего свидетельствуют о недостаточном контакте врача и больного, неумении объяснить пациенту важность точного соблюдения предписаний врача, низком качестве проведения диспансеризации. Это утверждение подтверждает анализ количества врачебных посещений на одного больного ГБ в течение года: комплаентные больные осматривались врачом по поводу АГ более чем в 2 раза чаще, чем некомплаентные ( $10,0 \pm 10,8$  и  $4,2 \pm 5,4$  посещения в год соответственно).

Довольно часто (10,5 случая на 100 пациентов) причиной некомплаентности служила необходимость приема большого количества медикаментов. При этом 18,6 % больных полностью прекращали прием медикаментов.

Остальные указанные пациентами причины некомплаентности были значительно более редкими: неэффективность лечения – 3,3 случая на 100 пациентов, побочное действие лекарств – 4,1 случая, неудобный режим приема медикаментов – 3,3 случая.

У 57,6 % некомплаентных больных выявлена 1 причина невыполнения рекомендаций врача, у остальных – от 2 до 7 причин.

Среди пациентов, указавших 1 причину некомплаентности, наиболее часто встречались лица, у которых было недостаточно финансовых средств на приобретение медикаментов (36,8 %), что составило 37,3 % случаев некомплаентности по данной причине. Реже отмечались отсутствие желания у пациента лечиться (25 %), личностные особенности больного (14,5 %), незнание о необходимости постоянного приема медикаментов (9,2 %), побочное действие лекарственных средств (5,3 %). Остальные причины некомплаентности встречались в единичных случаях. Можно предположить, что в ряде случаев указание пациентом нескольких причин несоблюдения режима приема медикаментов было обусловлено осознанным или неосознанным его желанием уменьшить значимость основной причины, например, нежеланием признаться в финансовых трудностях или в плохой памяти, которая у многих людей ассоциируется со старостью.

Таким образом, регулярное лечение ГБ проводят менее 56 % пациентов с установленным диагнозом. Тем не менее, подавляющее большинство больных полагают, что они строго выполняют рекомендации врача. По нашему мнению, это свидетельствует о низкой осведомленности больных о принципах лечения ГБ, недостаточной работе медицинских работников по обучению больных АГ и проведению вторичной профилактики данного заболевания. На это указывает и значительная частота встречаемости таких причин некомплаентности, как отсутствие желания лечиться, незнание о необходимости регулярного приема медикаментов, боязнь осложнений от проводимой терапии, а также полное прекращение приема медикаментов в связи с необходимостью приема большого количества лекарств. Путем решения данной проблемы может явиться широкое использование «Школ здоровья для больных АГ», а также регулярное диспансерное наблюдение за больными ГБ.

В то же время необходимо отметить, что основными причинами некомплаентности больных являются социально-экономические факторы: низкие среднедушевые доходы при высокой стоимости медикаментозной терапии, недостаточный образовательный уровень пациентов. Изменить ситуацию только силами медицинских работников и органов управления здравоохранения в данном случае невозможно. К сожалению, действующая в настоящее время система бесплатного дополнительного лекарственного обеспечения распространяется в основном на лиц, у которых уже имеются тяжелые осложнения ГБ, приведшие их к инвалидности. Только внедрение на федеральном и местном уровнях механизмов экономической и социальной помощи, направленных на повышение доступности лекарственных средств для больного человека, позволит значительно повысить приверженность больных ГБ к лечению и тем самым улучшить качество лечения дан-

ного заболевания. Широкое использование региональных формуляров, основанных на фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследованиях, позволит снизить финансовые затраты, необходимые для обеспечения бесплатной лекарственной помощи при ГБ.

**Выводы**

1. Регулярное лечение АГП проводят приблизительно 55 % больных ГБ.
2. Основные причины некомплаентности (недостаток финансовых средств для приобретения АГП, личностные особенности больного (плохая память и

рассеянность) зависят от социально-экономических факторов: уровня среднедушевых доходов, стоимости медикаментозной терапии, образованности пациентов.

3. Повысить приверженность больных ГБ к лечению можно путем улучшения подготовки врачей по вопросам фармакоэкономики, усиления образовательных мероприятий для пациентов, повышения качества диспансерного наблюдения и работы «Школ здоровья для больных АГ», а также внедрения механизмов льготного лекарственного обеспечения больных АГ.

**Список литературы**

1. Белоусов, Ю. Б. Как у нас лечат артериальную гипертонию / Ю. Б. Белоусов, М. В. Леонова // *Мед. газета*. – 2005. – № 26. – С. 10–11.
2. Драпкина, О. М. Влияние терапевтического обучения больных с артериальной гипертонией на качество их жизни / О. М. Драпкина, А. В. Клименков, В. Т. Ивашкин // *Рос. кардиол. журн.* – 2002. – № 6. – С. 79–82.
3. Иванова, Н. В. Экономические затраты, обусловленные проблемами лекарственной терапии / Н. В. Иванова // *Сборник тезисов докладов на XI Российском нац. конгрессе «Человек и лекарство»*. – М., 2004. – С. 25.
4. Конради, А. О. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертонии: причины и пути коррекции / А. О. Конради, Е. В. Полуничева // *Артериальная гипертония*. – 2004. – № 3. – С. 137–143.
5. Остроумова, О. Д. Фармакоэкономические аспекты лечения артериальной гипертонии / О. Д. Остроумова, В. И. Мамаев // *Артериальная гипертония*. – 2002. – № 6. – С. 193–199.
6. Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, А. Д. Деев, Р. Г. Оганов, Д. Б. Шестов // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2002. – № 1. – С. 10–15.
7. Серов, В. А. Клинико-экономические аспекты антигипертензивной терапии гипертонической болезни: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Ульяновск, 2005.

# ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*УДК 617.51-001-036.22-053.8 (571.620)*

## **Клинико-эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы у взрослого населения Хабаровского края**

**К.Е. Пошатаев\*, В.М. Королев**

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК,  
г. Хабаровск

**K.E. Poshataev, V.M. Korolev**

***Clinical and Epidemiological Aspects of Craniocerebral Trauma in Adult Population of the Khabarovsk Territory***

### **Резюме**

Исследования проблемы черепно-мозговой травмы в Хабаровском крае подтвердили общие закономерности ее частоты и структуры. Среди пострадавших преобладали лица мужского пола, подросткового и трудоспособного возраста. Поражение часто сочеталось с алкогольным опьянением, было вызвано автотранспортной травмой, отмечалась большая доля легкой черепно-мозговой травмы. Авторы считают, что для решения задачи снижения последствий черепно-мозговой травмы в Хабаровском крае необходима централизованная разработка межведомственных управленческих решений на основе углубленного социально-экономического и медико-демографического анализа.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, эпидемиология, Хабаровский край.

### **Summary**

The research on craniocerebral trauma in the Khabarovsk Territory has confirmed the general principles of its frequency and structure. Males, teenagers and people of working age prevailed among the injured. An injury was often combined with alcoholic intoxication, got in accident; the liberal share of an easy craniocerebral trauma was registered. Authors presume that to decrease the consequences of craniocerebral trauma in the Khabarovsk Territory it is necessary to develop inter-institutional managerial decisions on the basis of the profound social, economic, medical and demographic analysis.

**Key words:** craniocerebral trauma, epidemiology, Khabarovsk Territory.

Проблема травматизма определяется его распространенностью, медицинской, социальной и экономической значимостью (высокие уровни смертности, инвалидности, высокая стоимость медицинской помощи, прямые и косвенные потери вследствие утраты трудового потенциала общества) [3, 10, 14].

По причине травм и различной патологии опорно-двигательного аппарата в России ежегодно не участвуют в трудовой деятельности свыше 6 млн человек [12]. Ежегодные потери от травм в 2,7 раза больше, чем от болезней системы кровообращения и новообразований вместе взятых [2], и достигают 2,6 % от ВВП [6].

От черепно-мозговой травмы (ЧМТ) ежегодно в мире погибают 1,5 млн человек, а 2,4 млн становятся инвалидами. На долю ЧМТ приходится от 60 до 80 % всех травм центральной нервной системы [1].

В России ежегодно ЧМТ получают около 600 тыс. человек, из них 50 тыс. погибают, а еще 50 тыс. становятся официальными инвалидами [6].

Важнейшей причиной ЧМТ являются дорожно-транспортные происшествия (ДТП). Во всем мире дорожно-транспортный травматизм занимает первое место по числу погибших и второе по числу травмируемых. Общая летальность при дорожно-транспортных

---

\* hospital@email.kht.ru



происшествиях (ДТП) в 12 раз выше, чем при других видах травм, инвалидность – в 6 раз выше. Пострадавшие нуждаются в госпитализации в 7 раз чаще. Больничная летальность таких больных в 4,5 раза превышает летальность пострадавших от других причин. Более половины (52,3 %) летальных исходов при ДТП наступает на месте происшествия, 38,8 % – в стационаре, 6 % – в приемных отделениях больниц и 2,5 % – при транспортировке пострадавших [<http://www.mintrans.ru>].

В России за последние пять лет летальность от ДТП увеличилась на 65 %, число погибших стойко держится на уровне 33–35 тыс. в год, а около 300 тыс. человек становятся инвалидами после аварий [8, 9]. При этом число погибших в нашей стране на порядок выше, чем в Японии или Великобритании [6]. Росту общего травматизма способствует увеличение количества транспортных средств и скорости их передвижения [5, 7].

Система этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП включает в себя оказание медицинской помощи на месте происшествия, в пути следования в лечебное учреждение и непосредственно в лечебном учреждении.

Наиболее важным и уязвимым, с точки зрения дальнейшего прогноза в спасении пострадавшего, является первый (догоспитальный) этап оказания медицинской помощи.

Термин «золотой час» очень точно отражает тенденции исходов травматической болезни, основные проявления которой начинаются именно в первые 60 минут [9]. Известно, что при оказании помощи в первые 15 минут удается спасти более 50 % пострадавших, если она оказана позже, то выживаемость уменьшается на 15 % каждые 20 минут в течение первого часа [13].

В Хабаровском крае, как, впрочем, и в Российской Федерации, большие расстояния, неразвитость связи, других средств и способов передачи информации о возникновении ДТП, отдаленность медицинских учреждений от дорог федерального значения, недостаточная оснащенность и подготовленность медицинского персонала, участвующего в обеспечении безопасности дорожного движения, по оказанию первой помощи, отсутствие системы оперативного оповещения и четкого взаимодействия между службами здравоохранения, подразделениями ГИБДД и МЧС, транспортными и дорожными организациями – все эти факторы приводят к большим человеческим потерям при ДТП.

В настоящее время наибольшее распространение получила немецкая модель организации помощи при травмах. Она основана на том, что помощь при политравмах оказывается в травмоцентрах, имеющих в своем составе реанимационное, общехирургическое, травматологическое и нейрохирургическое отделения. В структуру травмоцентра входит скорая медицинская помощь. Все травмоцентры привязаны к основным городским, междугородним и международ-

ным магистралям, и зона их обслуживания построена так, чтобы обеспечить доставку пострадавшего в течение 15–20 минут. Врач скорой помощи проводит первичную диагностику еще по пути следования в травмоцентр, постоянно связан с ним по радиотелефону, благодаря чему врачи травмоцентра готовы оказывать помощь немедленно с момента прибытия пострадавшего. Насыщенность высококлассной диагностической аппаратурой позволяет сократить время точной топической диагностики до получаса [11].

В рамках Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 гг.», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 100, для предотвращения гибели участников дорожного движения только в 2008–2010 гг. предусмотрено обеспечение медицинским оборудованием и санитарным автотранспортом 76 лечебных учреждений, расположенных вдоль федеральных трасс в 11 субъектах РФ.

В 2009 г. 13 регионов включены в федеральную целевую программу по совершенствованию помощи пострадавшим при ДТП: республики Адыгея, Башкортостан, Татарстан, Удмуртская, Чувашская, Пермский край, Архангельская, Владимирская, Вологодская, Ивановская, Московская, Нижегородская, Ярославская области. К 2013 г. планируется распространить программу на все субъекты РФ, по территории которых проходят федеральные трассы. В рамках программы планируется создание специализированных травмоцентров первого, второго и третьего уровней на базе учреждений здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований, расположенных вдоль федеральных автомобильных дорог, для оказания помощи пострадавшим при ДТП, оснащение травмоцентров специализированным оборудованием.

По словам министра здравоохранения и социального развития РФ Татьяны Голиковой, смертность при ДТП планируется снизить в 1,5 раза, а инвалидность – в 2,2 раза [4].

Уже в 2008 г. в России, благодаря совместной работе заинтересованных ведомств, смертность от травм, полученных в ДТП, удалось снизить на 7,8 % [<http://www.minzdravsoc.ru>].

В Хабаровском крае Законом Хабаровского края от 20.12.2006 № 91 «О краевой целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в Хабаровском крае в 2007–2012 гг.»» утверждены мероприятия по предупреждению дорожно-транспортного травматизма. Принятые меры позволили в крае в 2008 г., по сравнению с 2007 г., снизить количество ДТП на 6,7 % [<http://www.112.ru>].

В крае всем пострадавшим с черепно-мозговой травмой стационарная помощь оказывается в медицинских учреждениях различного уровня. Ведущим является государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения края, где развернуто 135 нейрохирургических коек. В г. Комсомольске-

на-Амуре развернуто нейрохирургическое отделение на 45 коек. В других муниципальных образованиях пациентам с ЧМТ помощь оказывается в хирургических и травматологических отделениях муниципальных больниц.

В настоящее время подготовлены документы для вступления в федеральную программу снижения смертности от дорожно-транспортного травматизма на федеральной трассе М-60 «Усури».

Нами проведен анализ эпидемиологических показателей, характеризующих распространенность ЧМТ среди населения Хабаровского края.

По данным Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования, в течение 2008 г. в крае было всего госпитализировано и пролечено амбулаторно 21 933 человека, что составило 15,6 случая на 1000 населения. Из них стационарное лечение получили 4355 пострадавших, амбулаторное – 17 578.

Среди госпитализированных и амбулаторных пациентов преобладали лица в возрасте от 15 до 60 лет (74,8 и 84,2 % соответственно). Лица мужского пола составили 72,2 %, женского – 27,8 %.

Из числа пострадавших, госпитализированных с черепно-мозговой травмой в учреждения здравоохранения края, сотрясение головного мозга диагностировано у 68,8 %, диффузная внутримозговая травма с ушибом головного мозга преимущественно средней тяжести – у 13,9 %, очаговая травма головного мозга – преимущественно тяжелая ЧМТ – у 14,6 %.

Летальность по краю среди пострадавших с различной тяжестью ЧМТ составила 5,3 %. Оперировано 21,1 % от всех пострадавших.

Причинами летальности явились: внутримозговая травма с ушибом тяжелой степени – 62,6 % и диффузная травма головного мозга – 24,8 %.

Нами исследованы медицинские карты 5686 пациентов с ЧМТ, лечившихся в ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения края в период 2006–2008 гг. Большинство пострадавших были жителями г. Хабаровска.

Всего обратились с черепно-мозговой травмой 27 942 пациента, в среднем 9314 обращений в год, что составило 15,97 случая на 1000 жителей г. Хабаровска в год. Госпитализировано 5986 (21,4 %) пострадавших, в среднем 1195 человек в год. Уровень госпитализации составил 3,4 на 1000 жителей г. Хабаровска в год.

Структура причин ЧМТ: бытовая травма – 1385 больных (24,4 %), дорожно-транспортная – 1136 (19,9 %), криминальная – 2756 (48,8 %), спортивная – 218 (4,0 %), производственная – 191 (3,3 %).

В алкогольном опьянении ЧМТ получили 1127 пациентов (19,8 %), из них криминальная травма – у 562 (49,8 %), бытовая – у 281 (24,9 %), дорожно-транспортная – у 225 (19,9 %).

Травма у пациентов в результате ДТП в г. Хабаровске возникала в 6 раз чаще, чем в целом по Хабаровскому краю, производственная травма – в 16,6 раза. Это обусловлено отличиями социально-экономических и

демографических показателей развития г. Хабаровска и районов Хабаровского края в целом.

Легкая ЧМТ составила 64,7 % (3672 больных), ЧМТ средней тяжести – 12,5 % (717 пациентов), тяжелая ЧМТ – 14,4 % (818 больных).

Средняя летальность за три года составила 10,1 %. Оперировано 758 пациентов, в среднем до 250 в год. Умерло после операции 210, послеоперационная летальность составила 27,7 %.

Результаты исследования подтвердили общие закономерности частоты и структуры нейротравмы. Это преобладание ЧМТ у мужчин, ее частое сочетание с алкогольным опьянением, преобладание в структуре ЧМТ лиц подросткового и трудоспособного возраста, большой удельный вес криминальной и транспортной травм, преобладание ЧМТ легкой и средней тяжести.

Основой повышения качества и доступности нейрохирургической помощи населению края при нейротравме является формирование многоуровневой интегрированной инфраструктуры, функционирующей на основе стандартизованных требований к ресурсному и технологическому обеспечению (регламенты и положения деятельности нейрохирургической службы в целом и ее отдельных организационных элементов, табеля оснащения медицинским оборудованием, квалификационные требования к специалистам, медико-экономические стандарты), нацеленной на достижение стандартизованных результатов медицинской деятельности на уровне субъекта федерации, отдельного муниципального образования, лечебного учреждения, его подразделений и специалистов.

#### **Выводы**

1. Результаты исследования подтвердили общие закономерности частоты и структуры нейротравмы. Это преобладание ЧМТ у мужчин, лиц подросткового и трудоспособного возраста, частое сочетание с алкогольным опьянением, транспортная травма, большая доля легкой ЧМТ.

2. Сочетанная ЧМТ в г. Хабаровске встречается чаще, чем в целом по краю. Это связано со значительными социальными и экономико-демографическими отличиями развития краевой столицы по отношению ко всему субъекту, повышенным уровнем техногенных рисков.

3. Для решения задачи снижения последствий нейротравмы необходима централизованная разработка межведомственных управленческих решений на основе углубленного социально-экономического и медико-демографического анализа. Одним из необходимых условий этой задачи является создание единой и унифицированной информационной системы учета показателей и качества оказания помощи больным с травмами вообще и нейротравмой в частности. Необходимо также создание алгоритмов оказания помощи пострадавшим на различных уровнях, табелей оснащения подразделений, программы подготовки специалистов муниципального и субъектового здравоохранения.

## Список литературы

1. Бабенко, А. И. Социологическая оценка организации медицинской помощи при черепно-мозговой травме / А. И. Бабенко, Г. Г. Орехова // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 2003. – № 5. – С. 40–42.
2. Ермаков, С. П. Потери трудового потенциала и оценка приоритетных проблем здоровья населения России / С. П. Ермаков, Ю. М. Комаров, В. Г. Семенов // *Окружающая среда и здоровье населения России: атлас / под ред. Фешбаха.* – М.: ПАИМС, 1995. – С. 335–344.
3. Ерюхин, И. А. Экстремальное состояние организма в хирургии повреждений. Теоретическая концепция и практические вопросы проблемы / И. А. Ерюхин // *Мед. акад. журн.* – 2002. – Т. 2, № 3. – С. 25–41.
4. Кучинская, В. Когда все решают минуты. – 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.og-irk.ru>.
5. Лебедев, В. В. Руководство по неотложной нейрохирургии / В. В. Лебедев, Л. Д. Быковников. – М.: Медицина, 1987. – 336 с.
6. Лихтерман, Б. Черепно-мозговая травма. Что делать? / Б. Лихтерман // *Мед. газета.* – 2009. – № 11.
7. Осипов, В. В. Особенности дорожно-транспортного травматизма в регионе и научное обоснование путей уменьшения его медицинских и социально-экономических последствий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Хабаровск, 2004. – 23 с.
8. Основные принципы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы / С. Ф. Багненко, А. С. Ермолов, В. В. Стожаров, А. Е. Чикин // *Скорая медицинская помощь.* – 2008. – № 3. – С. 3–7.
9. Политравма / В. В. Агаджанян, А. А. Пронских, И. М. Устьянцева и др. – Новосибирск: Наука, 2003. – 492 с.
10. Салахов, Э. Р. Травмы и отравления в России и за рубежом / Э. Р. Салахов, Е. П. Какорина // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 2004. – № 2. – С. 13–20.
11. Соколов, В. А. Множественные травмы / В. А. Соколов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 512 с.
12. Хетагурова, А. К. Медико-социальные аспекты травматизма в Тюменской области: современные подходы к совершенствованию травматологической помощи / А. К. Хетагурова, О. В. Галиулина // *Сестринское дело.* – 2008. – № 8. – С. 14–18.
13. Шумада, И. В. Совершенствование медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий на догоспитальном этапе / И. В. Шумада, А. И. Процык // *Ортопед. травматология.* – 1987. – № 3. – С. 41–44.
14. Scaela, T. Focused assessment with sonography for trauma (FAST): Result from an International Consensus Conference / T. Scaela // *J. Trauma.* – 1999. – Vol. 3. – P. 466–472.

УДК 617.735-002.16-08

## Анализ эффективности применения ингибитора ангиогенеза ранибизумаба в лечении хориоидальной неоваскуляризации у больных возрастной макулярной дегенерацией

**Л.П. Данилова\*, В.В. Егоров, Г.П. Смолякова, Л.П. Еманова, Н.С. Швачко**  
Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»,  
г. Хабаровск

**L.P. Danilova, V.V. Egorov, G.P. Smolyakova, L.P. Emanova, N.S. Shvachko**  
**Analysis of the Efficacy of Angiogenesis Inhibitor Ranibizumab in the Treatment of Choroidal Neovascularization in Patients with Age-related Macular Degeneration**

### Резюме

Проведен анализ клинической эффективности применения антиангиогенного препарата «Ранибизумаб» в лечении неоваскулярной возрастной макулярной дегенерации (ВМД). 65 пациентам с хориоидальной неоваскуляризацией (ХНВ), обусловленной ВМД, в витреальную полость вводили ранибизумаб в количестве 0,5 мг (0,05 мл). К окончанию исследования (9 месяцев) в 92,3 % случаев наступило повышение остроты зрения и стабилизация процесса. Применение ранибизумаба является эффективным методом функциональной реабили-

\* blt@khumntr.ru

тации больных с неоваскулярной ВМД. При хорошем ответе на лечение препарат уменьшает толщину сетчатки в макуле, позволяет остановить или замедлить прогрессирование ХНВ при ВМД.

**Ключевые слова:** ранибизумаб, возрастная макулярная дегенерация, хориоидальная неоваскуляризация.

### Summary

There was carried out an analysis of the clinical efficacy of antiangiogenic medicine ranibizumab in treating neovascular age-related macular degeneration (AMD). 65 patients with choroidal neovascularization (HNV) due to AMD were injected ranibizumab in the vitreal cavity in the amount of 0.5 mg (0.05 ml). By the end of the study (9 months) in 92.3 % of cases the improvement of visual acuity and stabilization of the process occurred. The use of ranibizumab is an effective method of functional rehabilitation of patients with neovascular AMD. With good response to treatment the medication reduces the thickness of the retina in the macula, can stop or slow the progression of AMD at HNV.

**Key words:** ranibizumab, age-related macular degeneration, choroidal neovascularization.

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – прогрессирующее заболевание, которое проявляет себя хроническим дегенеративным процессом в пигментном эпителии, мембране Бруха и хориокапиллярном слое макулярной сетчатки [1].

ВМД – основная причина стойкой утраты центрального зрения в развитых странах у людей старше 50 лет [3].

В большинстве случаев выраженное снижение зрения при ВМД связано с неоваскуляризацией (экссудативной формой этого заболевания), патологическим субстратом которой является хориоидальная неоваскуляризация (ХНВ) [2].

Как правило, при выявлении ХНВ в патологический процесс вовлекается область центральной ямки, поэтому лазерная коагуляция для ее лечения не может быть применена.

Хирургическое удаление ХНВ не получило широкого распространения из-за низких функциональных результатов и высокой частоты рецидивов [4].

Для разрушения новообразованных сосудов без повреждения нейросенсорной ткани был предложен метод фотодинамической терапии (ФДТ) с вертепорфином. В результате проведения ФДТ с вертепорфином доля пациентов с выраженным снижением зрения уменьшилась с 62 до 48 % случаев.

В начале 1980-х годов появились попытки фармакологического лечения ХНВ посредством подавления патологической неоваскуляризации.

При исследовании влажной формы ВМД в организме данных пациентов было обнаружено химическое ве-

щество, критический уровень которого является причиной роста аномальных кровеносных сосудов под сетчаткой. Его назвали фактором роста сосудистого эндотелия, или Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF).

В настоящее время удалось синтезировать новые лекарственные препараты, способные блокировать это химическое вещество (анти-VEGF). Они позволяют уменьшить рост аномальных кровеносных сосудов, снижают их проницаемость и способствуют замедлению потери зрения. Эти препараты можно считать шагом вперед в лечении ХНВ. К анти-VEGF относятся следующие препараты: ранибизумаб (луцентис), пегаптаниб и бевацизумаб (авастин).

Применение ранибизумаба для лечения ХНВ при ВМД в России было разрешено Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2008 г. (регистрационное удостоверение ЛСП-004567/08).

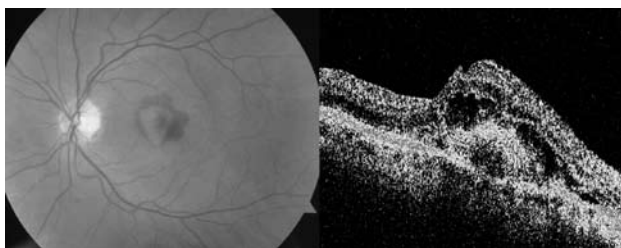
### Цель исследования

Представить клинические результаты эффективности антиангиогенной терапии с помощью ранибизумаба у пациентов с хориоидальной неоваскуляризацией при ВМД.

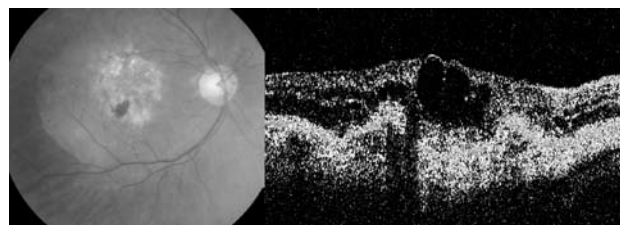
### Материалы и методы

В данном клиническом исследовании участвовали 65 пациентов (65 глаз) с наличием ХНВ, которая была обусловлена ВМД.

Отбор пациентов для данного исследования соответствовал следующим критериям: наличие только на одном глазу активной ХНВ, подтвержденной



**Рис. 1.** Глазное дно (в центре сетчатки очаг серого цвета с кровоизлияниями вокруг) и ОКТ (утолщение среза сетчатки, интравитреальные кисты) при классической ХНВ с геморрагиями



**Рис. 2.** Глазное дно (в центре отек с отслойкой пигментного эпителия, единичные геморрагии) и ОКТ (увеличение толщины сетчатки, интравитреальная киста в центре, под пигментным эпителием зона гиперрефлексивности) при скрытой ХНВ

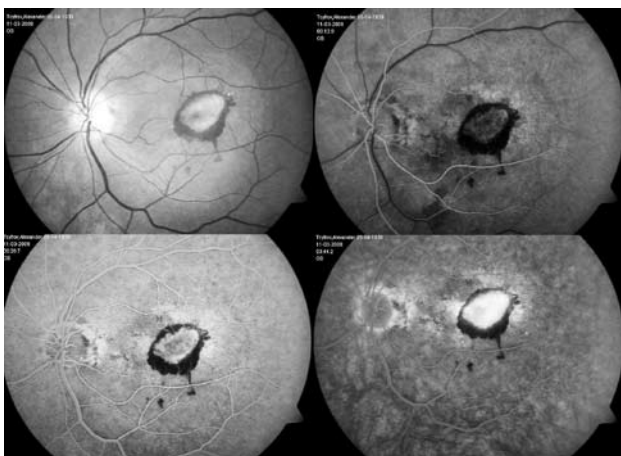
с помощью флюоресцентной ангиографии (ФАГ) и оптической когерентной томографии (ОКТ); отсутствие другой офтальмологической патологии, способной самостоятельно формировать в глазу преморбидный фон для развития ХНВ (миопия высокой степени с хориоретинальными осложнениями, поствоспалительные и посттравматические изменения сетчатки и хориоидеи, диабетическая ретинопатия и др.).

Возраст обследуемых пациентов варьировал от 55 до 70 лет (в среднем  $64,5 \pm 4,8$  года). Длительность снижения зрения у них составляла от 1 недели до 2 месяцев. На начало наблюдения по данным ФАГ и ОКТ у 40 человек имел место классический тип ХНВ (рис. 1), у 25 пациентов диагностировался скрытый тип ХНВ (рис. 2).

Введение ранибизумаба в полость стекловидного тела выполняли в условиях операционной. После инстилляционной анестезии 1 % раствором инокаина препарат вводили трансконъюнктивально в полость глаза через плоскую часть цилиарного тела в 3,5–4,0 мм от лимба в количестве 0,5 мг (0,05 мл).

По результатам наблюдения за динамикой неоваскулярного процесса интравитреальные инъекции ранибизумаба 30 пациентам выполняли однократно, 20 – повторяли 2 раза, 15 пациентам – 3 раза. Показанием для повторных интравитреальных инъекций ранибизумаба являлись неполная облитерация либо рецидив ХНВ с признаками экссудативной активности.

Помимо стандартного (визометрия, тонометрия, биомикроскопия) офтальмологическое обследование пациентов включало в себя ФАГ и ОКТ по программе Retinal Map (создание «карты сетчатки») на аппарате OCT-3 «Stratus» фирмы Carl Zeiss Meditec, на котором автоматически рассчитывалась толщина сетчатки в макулярной области. Всем пациентам проводилась фоторегистрация картины глазного дна на фундус-камере «Visual Lite» производства Carl Zeiss Meditec.



**Рис. 3. Флюоресцентные ангиограммы пациента Ц. с классической ХНВ через 6 месяцев после интравитреального введения ранибизумаба**

Все исследования проводили перед интравитреальным введением ранибизумаба и в последующем – через 1, 3, 6 и 9 месяцев после инъекции.

**Результаты и обсуждение**

Во время интравитреального введения ранибизумаба интраоперационных осложнений ни в одном случае не зарегистрировано.

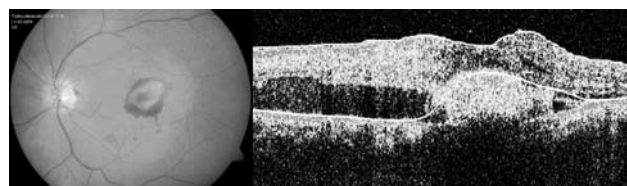
В послеоперационном периоде только в одном случае диагностировали воспаление, которое было купировано на третьи сутки после назначения противовоспалительной терапии.

Других осложнений (повышения ВГД, кровоизлияния в стекловидное тело, токсического воздействия препарата на внутриглазные структуры) не обнаружено.

Через один месяц после интравитреального введения ранибизумаба у 33 пациентов из 40 (82,5 %) с классическим типом ХНВ и у 23 человек из 25 (92 %) со скрытым типом ХНВ полностью прекратилось просачивание флюоресцеина из патологически измененных сосудов в позднюю венозную фазу. При этом отмечалось достоверное уменьшение высоты отека сетчатки в макулярной области (до  $297,66 \pm 11,5$  мк против  $398,72 \pm 17,6$  мк в исходном состоянии,  $p < 0,01$ ), что указывало на облитерацию ХНВ. У остальных 7 пациентов с классическим типом и у 2 со скрытым типом ХНВ в макулярной области сохранялась экссудативная активность. Об этом свидетельствовало отсутствие положительной динамики в показателях толщины сетчатки в макулярной области по данным ОКТ ( $385,36 \pm 22,5$  мк против  $387,92 \pm 24,1$  мк в исходном состоянии,  $p > 0,05$ ). Всем этим пациентам была выполнена повторная интравитреальная инъекция ранибизумаба.

Через три месяца с момента начала лечения рецидив ХНВ с выраженными признаками экссудативно-геморрагической активности имел место у 12 пациентов после однократной инъекции препарата и у 5 человек – после двукратного введения ранибизумаба. Это потребовало повторения интравитреальной инъекции препарата: второй – у 12 человек, третьей – у 5 человек.

Через шесть месяцев от начала наблюдения у большинства пациентов (56 человек – 86,2 %) произошла полная облитерация ХНВ (рис. 3) с максимальным регрессом отека сетчатки в макулярной области до  $270,61 \pm 11,05$  мк против  $386,44 \pm 15,1$  мк в исходном состоянии ( $p < 0,05$ ) (рис. 4).



**Рис. 4. ОКТ и глазное дно пациента Ц. с классической ХНВ через 6 месяцев после интравитреального введения ранибизумаба. Острота зрения 0,6**

В то же время к этому периоду наблюдения у 6 пациентов после одной инъекции и у 3 пациентов после двух инъекций ранибизумаба произошел рецидив экссудативной активности, признаками которого явились просачивание флюоресцеина из патологических сосудов по данным ФАГ и увеличение толщины макулярной сетчатки до  $405,22 \pm 20,6$  мк. Все эти 9 пациентов имели изначально классический тип ХНВ с большой площадью (более 12 площадей диска зрительного нерва) неоваскулярной мембраны. Неоваскулярный процесс удалось устранить у 3 из 9 пациентов после трех интравитреальных инъекций ранибизумаба и у 6 человек – после второй инъекции.

К окончанию сроков клинического исследования у всех обследуемых пациентов наступила полная облитерация ХНВ, исчез отек макулярной сетчатки с уменьшением ее толщины до  $278,91 \pm 11,15$  мк против  $392,54 \pm 17,21$  мк исходно ( $p < 0,05$ )

и восстановлением анатомического профиля сетчатки.

В связи с полученными данными представило интерес проанализировать в процессе проспективного исследования динамику остроты зрения (табл. 1). Перед началом наблюдения все обследуемые пациенты имели снижение остроты зрения от 0,05 до 0,4 (в среднем  $0,26 \pm 0,13$ ). При динамическом наблюдении через 1 месяц после интравитреального введения ранибизумаба у 86,2 % пациентов отмечалось улучшение остроты зрения в среднем на  $0,17 \pm 0,04$  выше исходной ( $p < 0,05$ ). К 9 месяцам наблюдения у 92,3 % больных (60 человек) отмечена стабилизация зрительных функций со средним показателем остроты зрения, превышающей исходный уровень на  $0,19 \pm 0,04$  ( $p < 0,05$ ). В остальных 5 случаях (7,7 %), несмотря на облитерацию ХНВ, острота зрения оставалась низкой (0,05–0,09) и соответствовала исходному уровню ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 1**

**Изменения остроты зрения в динамике наблюдения после интравитреального введения ранибизумаба**

Сроки наблюдения после введения препарата	Динамика остроты зрения по сравнению с исходной						M ± m
	Улучшение		Без перемен		Ухудшение		
	абс. число	M ± m, %	абс. число	M ± m, %	абс. число	M ± m, %	
До лечения							$0,26 \pm 0,13$
1 месяц	56	86,2	9	13,8	–	–	$0,43 \pm 0,09$
3 месяца	41	63,1	7	10,8	17	26,2	$0,39 \pm 0,05$
6 месяцев	51	78,5	5	7,7	9	13,8	$0,42 \pm 0,07$
9 месяцев	60	92,3	5	7,7	–	–	$0,45 \pm 0,11$

**Примечание:** различия достоверны по сравнению с исходными данными ( $p < 0,05$ ).

#### Выводы

1. Интравитреальное введение ранибизумаба при неоваскулярной ВМД приводит к облитерации неоваскулярных мембран, задерживает их реактивацию, уменьшает макулярный отек и способствует восстановлению анатомического профиля сетчатки при отсутствии серьезных и отягощающих побочных реакций со стороны глаза на его введение.

2. Применение ранибизумаба является эффективным методом функциональной реабилитации больных с неоваскулярной ВМД: в 92,3 % случаев при сроках наблюдения до 9 месяцев наступает повышение и стабилизация остроты зрения, а также снижается риск необратимой потери зрения.

### Список литературы

1. Клинические рекомендации. Офтальмология / под ред. Л. К. Мошетовой, А. П. Нестерова, Е. А. Егорова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 164–188.
2. Barouch, F.C. The role of inflammation and infection in age – related macular degeneration / F. C. Barouch, J. Miller // *Int. Ophthalmol. Clin.* – 2007. – Vol. 47, № 2. – P. 185–197.
3. Bressler, N. M. Age-related macular degeneration is the leading cause of blindness / N. M. Bressler // *J.A.M.A.* – 2004. – Vol. 291. – P. 1900–1901.
4. Rao, P. K. Update on surgical removal of choroidal neovascularization / P. K. Rao, M. A Thomas // *Curr. Opin. Ophthalmol.* – 2000. – Vol. 11, № 3. – P. 180–185.

# ОБМЕН ОПЫТОМ

*УДК 616.248-085.23:614.88*

## **Целесообразность применения пульмикорта для небулайзерной терапии с целью купирования приступа бронхиальной астмы в условиях работы врача скорой медицинской помощи**

**Е.А. Дудко, О.Р. Бобкова, Н.Н. Галынина, В.С. Пустовой\***

*МУЗ «Станция скорой медицинской помощи» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска,  
г. Хабаровск*

**E.A. Dudko, O.R. Bobkova, N.N. Galynina, V.S. Pustovoy**

**The Feasibility of Using Pulmicort for Nebulizer Therapy to Relieve Asthma Attacks in Terms of Medical Ambulance**

### **Резюме**

Нами проведено исследование по определению целесообразности применения пульмикорта для небулайзерной терапии с целью купирования приступа бронхиальной астмы в условиях работы врача скорой медицинской помощи. Критерии включения больных: бронхиальная астма, приступный период. В исследование включено 130 человек, которые были разделены на 2 группы. Средний возраст: мода 44 года, медиана 47 лет. Для купирования приступа бронхиальной астмы первой группе проводилась ингаляция пульмикорта с помощью небулайзерной терапии в дозе 2 мг. Второй группе внутривенно струйно вводился преднизолон в дозе 90 мг. Терапия преднизолоном по сравнению с пульмикортом в условиях работы врача скорой медицинской помощи более эффективна, так как полностью купирование приступа бронхиальной астмы в этом случае наблюдалось у 85 % больных. При применении пульмикорта – соответственно у 30 % больных.

**Ключевые слова:** пульмикорт, небулайзер, бронхиальная астма.

### **Summary**

We have conducted a study to determine the appropriateness of pulmicort for nebulizer therapy to relieve asthma attacks in terms of medical ambulance. Inclusion criteria were: bronchial asthma, seizure. The study included 130 patients who were divided into 2 groups. Average age: mode 44 years, median 47 years. To jugulate bronchial asthma kinks first group inhaled pulmicort using nebulizer therapy at a dose of 2 mg. The second group was administered prednisolone by intravenous bolus at a dose of 90 mg. Prednisolone therapy comparing to pulmicort in terms of medical first aid proved to be more effective, as it fully jugulated bronchial asthma kinks in 85 % of cases, while pulmicort – in 30 %.

**Key words:** pulmicort, nebulizer, bronchial asthma.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в развитии которого значительную роль играют множество клеток и клеточных элементов. Хроническое воспаление

вызывает сопутствующее повышение гиперреактивности дыхательных путей, приводящее к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашлю, особенно ночью или ран-

\* muz\_ssmp@medadmin.info

ним утром. Эти эпизоды связаны с бронхиальной обструкцией.

Бронхиальная астма – полиэтиологическое заболевание, в развитии которого играют роль как внутренние факторы риска, обуславливающие предрасположенность к ним человека, так и внешние факторы, которые вызывают развитие бронхиальной астмы у предрасположенных к этому людей.

Внутренние факторы (или врожденные характеристики организма) включают:

1. Генетическую предрасположенность к развитию либо бронхиальной астмы, либо аллергической сенсibilизации (т. е. атопии).

Существуют веские доказательства того, что бронхиальная астма является наследственным заболеванием. Имеются данные, что риск развития заболевания у ребенка, один из родителей которого также страдает этим заболеванием, составляет 50 % и возрастает до 65 %, если оба родителя болеют аллергическими болезнями. Известно, что если распространенность бронхиальной астмы в общей популяции составляет 4–10 %, то среди родственников первой степени родства она возрастает до 20–25 %.

Атопия определяется как способность к выработке повышенного количества Ig E в ответ на воздействие аллергенов окружающей среды. Атопия является наиболее важным фактором, предрасполагающим к развитию бронхиальной астмы.

2. Гиперактивность дыхательных путей – это состояние, при котором просвет бронхов сужается слишком легко или слишком мощно в ответ на воздействие внешних или внутренних раздражающих факторов. Гиперреактивность дыхательных путей является фактором риска развития бронхиальной астмы. Это состояние имеет наследственный компонент, тесно связанный с уровнем Ig E в сыворотке и воспалением дыхательных путей.

Внешние факторы содействуют развитию бронхиальной астмы у предрасположенных лиц. Аллергены и профессиональные сенсibilизаторы рассматриваются как наиболее важные причины бронхиальной астмы с учетом того, что они могут первоначально сенсibilизировать дыхательные пути, провоцировать начало заболевания и в дальнейшем поддерживать его развитие, вызывая появление аллергических приступов или длительное сохранение симптомов. К внешним потенциальным факторам риска бронхиальной астмы относятся:

1. Аллергены помещений (домашние клещи, аллергены животных, аллергены тараканов, грибы).

2. Внешние аллергены (аллергены пыльцы, плесневые и дрожжевые грибы).

3. Профессиональные и сенсibilизирующие агенты.

4. Факторы окружающей среды и поллютанты.

Согласно современной концепции патогенеза бронхиальной астмы, в его основе (независимо от сте-

пени тяжести заболевания) лежит хронический специфический воспалительный процесс в бронхиальной стенке, приводящий к спазму, отеку слизистой, гиперсекреции слизи и бронхиальной обструкции в ответ на воздействие различных триггеров. Триггеры – это пусковые факторы, вызывающие обострение бронхиальной астмы путем стимуляции воспаления или провоцирования острого бронхоспазма, или того и другого. Они включают длительное воздействие причинных факторов (аллергенов или профессиональных агентов), к которым уже сенсibilизированы дыхательные пути пациента с бронхиальной астмой. К тригграм также относят: воздействие физических нагрузок, холодного воздуха, погоды, чрезмерные эмоциональные нагрузки, респираторные инфекции, гастроэзофагеальный рефлюкс, беременность, лекарственные препараты.

Для воспаления при бронхиальной астме характерно увеличение в слизистой оболочке и просвете бронхиального дерева количества активированных эозинофилов, тучных клеток, макрофагов. Эти клетки выделяют большое количество биологически активных веществ, вызывающих развитие и персистенцию воспаления. В связи с тем, что атопия является одним из наиболее важных факторов развития бронхиальной астмы, в результате чего возникает бронхоспазм, поиск оптимальных медикаментозных средств, восстанавливающих в короткие сроки нарушенную проходимость бронхов при приступе бронхиальной астмы, является актуальной проблемой.

Глюкокортикостероиды представляют собой наиболее эффективные препараты для лечения бронхиальной астмы, т. к. они значительно уменьшают восстановительный процесс в легочной ткани, увеличивают число  $\beta_2$ -адренорецепторов бронхов и их чувствительность к  $\beta_2$ -антагонистам.

#### **Цель исследования**

Проведение сравнительного анализа эффективного купирования приступа бронхиальной астмы в условиях работы врача скорой медицинской помощи между ингаляционным глюкокортикостероидом пульмикортом, оптимальным средством доставки которого является небулайзер, и раствором преднизолона для парентерального введения.

#### **Материалы и методы**

Все больные, которые обратились за медицинской помощью по поводу приступа бронхиальной астмы, были разделены на две группы.

Первая группа – опытная. Этим больным для купирования приступа бронхиальной астмы проводилась ингаляция глюкокортикостероидом (пульмикортом) с помощью небулайзера в дозе 2 мг.

Вторая группа – контрольная. Этим больным для купирования приступа бронхиальной астмы вводился внутривенно струйно преднизолон в дозе 90 мг.



Численность каждой группы составила 65 человек, возраст которых составил от 22 до 72 лет. Средний возраст обратившихся: мода – 44 года, медиана – 47 лет.

В 1-й группе после проведения небулайзерной терапии приступ бронхиальной астмы купирован у 20 человек (30 %). Терапия оказалась неэффективной у 3 человек (5 %), вследствие чего они были госпитализированы в стационар. Не полностью купирован приступ у 42 человек (85 %).

Во 2-й группе после внутривенного введения раствора преднизолона приступ бронхиальной астмы полностью купирован у 55 человек (85 %). Терапия

оказалась неэффективной у 2 человек (3 %), в связи с чем они тоже были госпитализированы в стационар. Не полностью купирован приступ у 8 человек (12 %).

Полностью купирован приступ – одышка с затрудненным выдохом прекратилась. При аускультации свистящие хрипы не выслушиваются, но жесткое дыхание сохраняется.

Не полностью купирован приступ – одышка с затрудненным выдохом уменьшилась, но еще сохраняется. При аускультации выслушиваются свистящие хрипы, но в меньшем количестве, чем до проведения терапии.

Полученные результаты исследований отображены в табл. 1.

Таблица 1

### Сравнительная характеристика эффективности купирования приступа бронхиальной астмы

Степень эффективности купирования приступа бронхиальной астмы	1-я (опытная) группа		2-я (контрольная) группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Приступ купирован полностью	20	30	55	85
Приступ купирован не полностью	42	65	8	12
Приступ не купирован (госпитализирован)	3	5	2	3
Всего	65	100	65	100

Достоверность полученных результатов доказана на основании статистических критериев.

Необходимо также обратить внимание на тот факт, что максимальный терапевтический эффект после внутривенного введения преднизолона развивается на первом часу после его введения, но длительность его максимального действия продолжается в течение 2 часов.

При применении пульмикорта максимальное улучшение бронхиальной проводимости отмечено через 3–6 часов, но длительность его действия больше, чем у преднизолона, и составляет 12–14 часов.

### Выводы

1. Применение пульмикорта в условиях работы врача скорой медицинской помощи неприемлемо, так как одной из основных функциональных обязанностей работников данной области является оказание эффективной медицинской помощи в наиболее краткие сроки, а при применении пульмикорта улучшение бронхиальной проводимости наступает через 3–6 часов.

2. Поскольку для пульмикорта характерен высокий профиль безопасности, длительное и стойкое улучшение бронхиальной проходимости, то из этого можно заключить, что он является препаратом для базисной терапии бронхиальной астмы.

### Список литературы

1. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения: пособие для врачей. – М., 2005.

2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы, пересмотр. – Б. м., 2004.

3. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: Амосфера, 2002.

4. Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы. – М., 2005.

## **Клиническая оценка метода атравматической реставрационной терапии**

**Е.Б. Ганичева\*, В.М. Павленко, Л.Е. Васяева, С.В. Тармаева**

*МУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 22»,*

*ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», г. Хабаровск*

**E.B. Ganicheva, V.M. Pavlenko, L.E. Vasyaeva, S.V. Tarmaeva**

**Clinical Assessment of the Method of Atraumatic Restorative Treatment**

### **Резюме**

В статье представлено изучение и проведение анализа результатов применения методики атравматического восстановительного лечения в молочных зубах у детей. Данная методика заключается в обработке кариозной полости экскаватором с последующим пломбированием сформированной полости стеклоиономерным цементом. Преимущества ее в минимальной инвазивности, что в большинстве случаев позволяет избежать развитие чувства страха перед стоматологическим лечением в детском возрасте. А применение стеклоиономерного цемента обеспечивает профилактику вторичного кариеса за счет постоянного выделения ионов фтора.

**Ключевые слова:** молочные зубы, кариозный процесс, атравматическая реставрационная терапия.

### **Summary**

The paper presents a study and analysis of the results of atraumatic restorative treatment technique in primary teeth in children. This technique represents the handling of the cavity by excavator, followed by filling the cavity with glass-cement. The advantage of such technique is a minimal invasiveness, which in most cases helps to avoid apprehension about dental treatment in children. And the use of glass-cement prevents secondary caries due to the continuous separation of fluoride ions.

**Key words:** primary teeth, carious process, atraumatic restoration therapy.

Впервые метод атравматической реставрационной терапии (АРТ) был предложен в 1994 году голландским врачом Тасо Pilot. Метод заключается в обработке кариозной полости экскаватором с последующим пломбированием сформированной полости стеклоиономерным цементом.

Преимуществами данного метода является ее минимальная инвазивность, применение только ручных инструментов. Благодаря этому нет необходимости в применении инъекционной анестезии. В нашей стране данный метод в детской практике является особенно актуальным, поскольку распространенность кариеса у детей остается на высоком уровне, а уровень технического оснащения детских стоматологических поликлиник зачастую оставляет желать лучшего. Методика атравматического лечения кариеса в большинстве случаев позволяет избежать развития чувства страха перед стоматологическим лечением в детском возрасте.

Идеальным материалом для атравматической реставрационной терапии является стеклоиономерный цемент (СИЦ). Химическая адгезия к эма-

ли и дентину, кариес-статическое действие благодаря выделению фторидов, отличная биосовместимость – вот те необходимые качества, которые позволяют успешно применять СИЦ в данной методике. Кроме этого, данный материал допускает присутствие влаги.

Для лечения по методу АРТ можно использовать стеклоиономерные цементы отечественного производства «Цемион-АРТ» и «Аквион-АРТ» фирмы «ВладМиВа», а также Ketac Molar Easy mix компании 3М ESPE.

В работе использовали материал Ketac Molar Easy mix.

### **Цель исследования**

Изучение и проведение анализа результатов применения методики атравматического восстановительного лечения молочных зубов у детей.

Обработка полости проводилась с помощью специальных ручных инструментов, а препарирование бормашиной требовалось иногда только для снятия нависающих краев эмали и формирования доступа к кариозной полости.

\* muz\_ps@medadmin.info

### Результаты

В процессе исследования с 2007 по 2008 гг. было пролечено 36 детей в возрасте от 3 до 6 лет и поставлено 70 пломб. Из них 50 пломб составляли 1-й класс по Блеку, 20 пломб – 2-й класс по Блеку. За последние годы в связи с улучшающейся гигиеной полости рта уменьшилась частота кариеса в пришеечной области, поэтому такие полости не рассматривались. Все дети были взяты на диспансерное наблюдение. В обследуемой группе (36 детей) 10 детей имели компенсированную форму кариеса (индекс кп (кариес, пломба) – 1), 25 детей имели субкомпенсированную форму кариеса (кп – 3–4), 1 ребенок имел декомпенсированную форму кариеса (кп – 6) (табл. 1).

Таблица 1

#### Структура обследованных лиц по активности кариозного процесса

Степень активности кариозного процесса	Количество обследованных детей	
	абс. число	%
Компенсированная	10	27,4
Субкомпенсированная	25	69
Декомпенсированная	1	3,6

Исходя из клинической ситуации и состояния полости рта, для детей была разработана программа профилактических мероприятий, которая включала обучение гигиене полости рта родителей, использование средств индикации зубного налета, реминерализующие зубные пасты, рекомендации по питанию.

Качество пломб оценивалось по маргинальной целостности, наличию рецидивного кариеса, цветового соответствия (табл. 2).

Критерии оценки пломб

Критерии оценки	Рекомендации	Количество пломб	
		1-й класс по Блеку	2-й класс по Блеку
Пломба в хорошем состоянии, краевое прилегание не нарушено	Замена пломбы не требуется	40	9
Пломба присутствует, но имеется краевой дефект (не глубже 0,5 мм) в одном крае	Замена пломбы не требуется	9	8
Пломба присутствует, но имеется дефект глубже 1 мм	Требуется замена пломбы	1	2
Пломба полностью выпала	Требуется лечение	–	1

Было отмечено, что метод АРТ высокоэффективен и хорошо переносится детьми. Процесс сохранности пломб в течение 2-летнего наблюдения был высоким (94%).

### Вывод

Методика восстановительного атравматического лечения с применением СИЦ при минимальных затратах позволяет обеспечить:

Из 70 пломб только 4 потребовали замены и дальнейшего лечения. Из них у ребенка с субкомпенсированной формой кариеса 2-го класса по Блеку – 2 пломбы, что связано с более обширным дефектом полости. У ребенка с декомпенсированной формой кариеса в 1 зубе (1-й класс по Блеку) было нарушено краевое прилегание пломбы и имелся обширный дефект глубже 1 мм, и 1 пломба (2-й класс по Блеку) выпала полностью.

Исходя из полученных результатов обследования всех поставленных пломб, можно сделать вывод об эффективности применения метода АРТ при лечении молочных зубов у детей (диаграмма 1).

Диаграмма 1

#### Эффективность применения метода АРТ при лечении молочных зубов

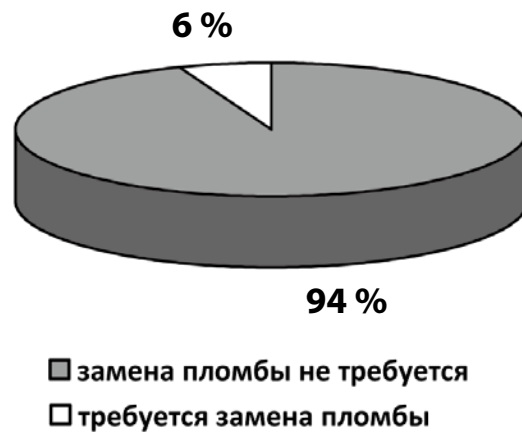


Таблица 2

- профилактику вторичного кариеса за счет постоянного выделения ионов фтора;
- профилактику кариеса зубов за счет поддержания более высокой концентрации ионов фтора в ротовой жидкости;
- значительное сокращение затрат труда и времени врача-стоматолога за счет упрощенной

технологии применения пломбировочных материалов.

В условиях детского приема Ketac Molar Easymix является предпочтительным материалом, так как маленькие пациенты зачастую не могут долгое время держать рот открытым, что требует от врача макси-

мально быстрого выполнения лечебных манипуляций. А트равматическая реставрационная терапия кариеса зубов получила признание во многих странах. Метод АРТ является научно доказанным и клинически обоснованным, поэтому его можно без колебания применять в стоматологической практике.

## Список литературы

1. Атравматичное лечение кариеса зубов материалами фирмы «ВладМиВа» / В. В. Чуев, Л. А. Лягина, В. Ф. Посохова, И. М. Макеева // *Институт стоматологии*. – 2005. – № 1. – С. 120–122.

2. Виноградова, Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т. Ф. Виноградова. – М., 1988.

3. Николаев, А. Н. *Практическая терапевтическая стоматология* / А. Н. Николаев, Л. М. Цепов.

4. Пахомов, Г. Н. Атравматичное восстановительное лечение кариеса зубов / Г. Н. Пахомов, В. К. Леонтьев. – Швейцария: Инкорал.

5. *Справочник по стоматологии* / под ред. А. И. Рыбакова. – М.: Медицина, 1993.

УДК 616.216.1-002-036.11-085.33

## Опыт применения кларитромицина (клабакса) в терапии острых синуситов

**М.Н. Рыбина\*, П.Я. Побережный, И.Ю. Панова, Т.В. Корякова**

ФГУ «301 Окружной военный клинический госпиталь ДВО» МО РФ,

ФГУ «368 Консультативно-диагностическая поликлиника ДВО» МО РФ,  
г. Хабаровск

**M.N. Rybina, P.Y. Poberezhnyi, I.J. Panova, T.V. Koryakova**

**The Use of Clarithromycin (Klabax) in the Treatment of Acute Sinusitis**

### Резюме

В статье сравнивается эффективность лечения синуситов кларитромицином и другими антибиотиками в стационарных и амбулаторных условиях. Эффективность препаратов оценивалась по динамике клинических проявлений, рентгенологических и лабораторных исследований. Результаты исследования показывают большую эффективность кларитромицина по сравнению с другими антибактериальными средствами.

**Ключевые слова:** кларитромицин, клабакс, синусит, лечение.

### Summary

The authors of the article analyse the efficacy of clarithromycin and other antibiotics in the treatment of sinusitis at hospital and outpatiently. Effectiveness of the drugs was estimated by the dynamics of clinical manifestations, radiological and laboratory investigations. The results of the study show better effect of clarithromycin in comparison with other antibacterial agents.

**Key words:** clarithromycin, klabax, sinusitis, treatment.

Неуклонный рост числа инфекционных заболеваний, в том числе и острых синуситов, в отоларингологической практике ставит проблемы антибактериальной терапии на одно из первых мест в системе медикаментозного лечения [1]. Согласно эпидемиологическим исследованиям последних лет в среднем 5–15% взрослого населения страдают той или иной формой острого бактериального синусита. Наиболее частыми возбудителями

острого синусита являются *S. pneumoniae* (25–36%) и *H. Influenzae* [2, 3]. Препаратами выбора для лечения острой гнойной патологии в отоларингологии должны быть антибиотики, обладающие активностью в отношении основных возбудителей указанных заболеваний, а также минимальным количеством побочных эффектов и минимальной антибиотикорезистентностью к ним микроорганизмов [3].

\* marianna@ipkszh.khv.ru

**Цель исследования**

Оценка эффективности использования антибактериального препарата «Кларитромицин 500 мг» («Клабакс», производитель Ranbaxy, Индия) при лечении острых синуситов в условиях стационара и поликлиники.

**Материалы и методы**

В исследовании использован опыт лечения 168 пациентов с острым синуситом, которые нами разделены на 2 группы: в первую вошли 90 пациентов, получавших терапию кларитромицином (клабаксом) в суточной дозе 500 мг 2 раза в день; вторую контрольную группу составили 78 пациентов, получавших терапию другими препаратами (ампициллином, амоксициллином, амоксиклавом). При этом пациенты обеих групп получали дополнительное лечение (пункции

гайморовых пазух, физиолечение, антигистаминные и сосудосуживающие препараты).

Амбулаторное лечение получали 99 человек, 69 пациентов проходили лечение стационарно. В сравниваемых группах соотношение мужчин и женщин составило 77,8 и 22,2 % в 1-й группе и 79,5 и 20,5 % во 2-й группе соответственно. Средний возраст пациентов 1-й группы составил  $35,6 \pm 2,3$  года, во 2-й –  $37,1 \pm 3,1$ . Оценка эффективности лечения проводилась на основании клинической картины заболевания: клинические симптомы течения заболевания оценивались на 3-и и 8-е сутки лечения, лабораторные и рентгенологические данные – на 1-е и 8-е сутки. Оценка безопасности проводилась по частоте побочных эффектов действия.

**Результаты**

Результаты исследования представлены в табл. 1.

**Таблица 1****Сравнительная характеристика терапии острых синуситов кларитромицином (клабаксом) и другими антибактериальными препаратами**

№ п/п	Симптомы	Кларитромицин (клабакс) (n = 90)		Контрольная группа (n = 78)	
		3-и сутки	8-е сутки	3-и сутки	8-е сутки
1	Нормализация температуры, %	$95,5 \pm 2,5$	100	$79,5 \pm 2,7$	100
2	Головная боль, %	$84,4 \pm 2,2$	0	$82,0 \pm 2,3$	0
3	Патологические выделения из носа, %	$95,5 \pm 2,5$	$4,4 \pm 1,7$	$94,8 \pm 2,6$	$5,2 \pm 1,8$
		1-е сутки	8-е сутки	1-е сутки	8-е сутки
4	Ускорение СОЭ, лейкоцитоз, %	$88,8 \pm 2,3$	$6,6 \pm 1,9$	$89,7 \pm 2,5$	$12,5 \pm 2,0$
5	Положительная рентгенологическая картина, %	–	$97,8 \pm 1,4$	–	$96,2 \pm 1,5$
6	Наличие патологического отделяемого при пункциях верхнечелюстных пазух, %	100	7,7 (5-е сутки)	100	19,2 (5-е сутки)
7	Средние сроки лечения, сут.	$10,1 \pm 1,1$		$12,9 \pm 1,2$	
8	Наличие побочных действий препарата (непереносимость), %	3,3		12,8	

У больных с острым синуситом, получавших кларитромицин, на 3-и сутки лечения нормализация температуры тела наблюдалась у  $95,5 \pm 2,5$  % в сравнении с  $79,5 \pm 2,7$  % в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

У больных с острым синуситом, получавших кларитромицин, был достоверно ( $p < 0,05$ ) более выраженный клинический эффект по результатам лабораторного (динамика СОЭ, лейкоцитоз) исследования на 8-е сутки лечения в сравнении с контрольной группой. На 8-е сутки лечения изменения в анализе крови (СОЭ, лейкоцитоз) сохранялись у  $6,6 \pm 1,9$  % пациентов, получавших кларитромицин, в контрольной группе этот показатель составил  $12,5 \pm 2,0$  %.

При проведении лечебно-диагностических пункций верхнечелюстных пазух в 1-е сутки у всех пациен-

тов было получено патологическое отделяемое. При повторных пункциях на 5-е сутки у больных, получавших кларитромицин, в 7,7 % случаев сохранялись незначительные патологические выделения по сравнению с 19,2 % случаев у больных, получавших другие антибактериальные препараты.

Достоверных различий ( $p > 0,05$ ) в оценке других клинических, рентгенологических и лабораторных показателей не выявлено.

Средние сроки лечения острого синусита кларитромицином составили  $10,1 \pm 1,1$  суток, а в контрольной группе –  $12,9 \pm 1,2$ .

Кларитромицин (клабакс) безопасен в использовании. Лишь у 3 пациентов (3,3 %) отмечались побочные действия в виде тошноты, диспепсии, что досто-

верно ниже в сравнении с контрольной группой, где 10 пациентов (12,8 %) имели побочные действия от приема антибактериального препарата.

#### **Выводы**

Таким образом, кларитромицин (клабакс), относящийся к полусинтетическим макролидам последнего поколения, обладает достаточно выраженным кли-

ническим эффектом при терапии острых синуситов и снижает средние сроки лечения. При этом препарат имеет минимум побочных действий, оптимальное соотношение эффективности и курсовой стоимости лечения. Кларитромицин (клабакс), имеющий широкий спектр антибактериального действия, можно считать препаратом выбора в терапии острых синуситов.

### **Список литературы**

1. Гуров, А. В. Роль и место кларитромицина в терапии острых бактериальных заболеваний ЛОР-органов / А. В. Гуров, А. В. Полякова // *Русский мед. журн. «Болезни дыхательных путей»*. – 2004. – Т. 12, № 21. – С. 23–29.

2. Крюков, А. И. Современная лекарственная терапия острых синуситов / А. И. Крюков, А. А. Седикин. – СПб, 2005. – С. 1–5.

3. Сравнительный анализ эффективности применения различных антибиотиков при острых инфекционных заболеваниях ЛОР-органов / В. Т. Пальчун, Л. И. Кафарская, Н. Л. Кунельская, М. Е. Артемьев, А. В. Гуров // *Вестн. отоларингологии*. – 2005. – № 5. – С. 36–40.

УДК 616.831.9-002-022.7-036.22-053.2

## **Клинико-эпидемиологические особенности менингококковой инфекции у детей на современном этапе**

**Т.Е. Макарова\***

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

**T.E. Makarova**

***Clinical and Epidemiological Features of Meningococcal Infection in Children at the Present Stage***

#### **Резюме**

В статье представлен сравнительный анализ заболеваемости и клинических проявлений менингококковой инфекции у детей, госпитализированных в детскую инфекционную больницу. Выявлены современные эпидемиологические, клинические и параклинические особенности течения менингококковой инфекции у детей. Определена зависимость клиники менингококковой инфекции от сероварианта менингококка. Проанализированы причины летальных исходов у детей, больных менингококковой инфекцией.

**Ключевые слова:** менингококковая инфекция, дети, серогруппы менингококка, менингококцемия, церебральная форма, инфекционно-токсический шок.

#### **Summary**

The article presents a comparative analysis of morbidity and clinical manifestations of meningococcal infection in children admitted to children infectious diseases hospital. The modern epidemiological, clinical and laboratory features of the course of meningococcal disease in children were identified. The dependence of the clinic of meningococcal infection on its serologic variant was defined. The causes of deaths from meningococcal infection in children were analysed.

**Key words:** meningococcal disease, children, serological group of meningococcus, meningococemia, cerebral form, an infectious-toxic shock.

Ежегодно в мире регистрируется 300 000 случаев менингококкового менингита, из них 30 000 с летальным исходом (Извекова И.Л., 2005). В послед-

ние годы по РФ отмечается тенденция к снижению заболеваемости менингококковой инфекции (МИ) от 3,0 на 100 тыс. населения в 2003 г. до 1,87 в 2008 г.

\* rec@ipkszh.khv.ru

На территории нашей страны первая вспышка МИ была зарегистрирована в 1904–1907 гг., следующая – в 1925–1945 гг. Причем в 1925 г. отмечен резкий подъем заболеваемости, затем спад в 1930 г., вновь резкий скачок в 1937 г., затем спад до эпидемических значений в 1945 г. До 1967 г. МИ регистрировалась в стране на цифрах 0,68 на 100 тыс. населения. В г. Хабаровске первые случаи заболеваемости начали регистрироваться с 1964 г. Подъем заболеваемости начался с 1975 г. Максимальный уровень пришелся на 1984 г. – 19 случаев на 100 тыс. населения.

Согласно статистическим данным в РФ в 2008 г. отмечено снижение заболеваемости менингококковой инфекцией на 14,8 %. Однако на территории Хабаровского края менингококковая инфекция продолжает оставаться актуальной проблемой, и если по России заболеваемость составляет 2–3 случая на 100 тыс. населения, в Хабаровском крае она превышает эти показатели в 2 раза.

Нами была проанализирована заболеваемость и клинические особенности МИ по данным Детской инфекционной больницы г. Хабаровска за последние пять лет по сравнению с заболеваемостью, зарегистрированной с 1980 по 1990 годы.

Традиционно принято считать, что МИ чаще всего регистрируется в зимне-весеннее время. За последние годы МИ постепенно утрачивает свою сезонность и регистрируется в течение всего года, в отдельные годы преобладает в летние месяцы. За последние два года летом было зарегистрировано от 16 до 24 % заболевших. Поскольку летом у нас отмечается повышенная заболеваемость менингитами энтеровирусной этиологии, дифференциальная диагностика МИ в это время года должна проводиться особенно тщательно. Что касается связи заболевания с половой принадлежностью, то на протяжении многих лет по-прежнему мальчики болеют чаще девочек (58 и 42 % соответственно).

Анализируя заболеваемость МИ в возрастном аспекте, мы пришли к выводу, что чаще стали болеть дети первого года жизни, и что особенно важно – дети первых месяцев жизни (они составили 7,8 % от общего числа заболевших).

В структуре генерализованных форм 30 лет назад преобладал менингит в виде чистой церебральной формы и формы, протекавшей с менингококцемией. В настоящее время увеличилось количество больных с «чистой» менингококцемией (48–50 %). По-прежнему основную массу больных составляют больные средне-тяжелой и тяжелой формами заболевания.

По нашим данным, острейшее начало заболевания при МИ стало регистрироваться в 2 раза реже. Катаральный синдром предшествовал заболеванию у  $1/5$  больных (раннее – у 40 % больных), и у 4 % больных заболевание начиналось с кишечного синдрома.

Следует отметить, что при всех формах МИ температура тела в среднем редко превышала 39 °С. У одного больного заболевание протекало на фоне нормальной температуры (легкая форма менингококцемии). У детей с поражением мозговых оболочек продолжительность лихорадки в среднем составила 5,6 и 3,5 дня при «чистой» менингококцемии. Ранее лихорадка сохранялась в течение 7,9 и 5,6 дня соответственно.

Менингеальный синдром у большей части больных был умеренно выраженным и купировался через 2,9 дня (ранее через 3,7 дня).

Интересные закономерности получены при анализе характера сыпи у больных с менингококковой инфекцией. В настоящее время у больных преобладает необильная петехиальная сыпь или смешанная (необильная геморрагическая и пятнистая и пятнисто-папулезная). Крупная геморрагическая сыпь в настоящее время встречается реже, а геморрагическая с некрозами – крайне редко. За последние пять лет не зарегистрировано случаев МИ с развитием глубоких некрозов, требующих оперативного вмешательства. В 80-е годы XX столетия ежегодно больные переводились в хирургическое отделение для проведения некротомии после обильной геморрагической сыпи с некрозами.

В начале заболевания у больных с МИ стал чаще регистрироваться судорожный синдром. Судороги чаще регистрировались у больных с «чистой» менингококцемией (от 2 до 13 %) и от 1 до 4 % – у больных с поражением мозговых оболочек. Судороги были однократными, носили тонико-клонический характер и купировались самостоятельно.

Изменения в спинномозговой жидкости у больных МИ характеризовались нейтрофильным плеоцитозом и повышением уровня белка разной степени выраженности. Среднее количество клеток было четырехзначным (от 2,5 до 5,5 тыс.), а уровень белка в ликворе повышался умеренно и составлял 1,4 г/л – при менингите, 1,7 г/л – при смешанной форме менингококковой инфекции. Следует отметить, что разницы этих показателей во временном отрезке не получено.

Самым грозным осложнением МИ является инфекционно-токсический шок (ИТШ). Частота развития ИТШ в разные годы была различной и в среднем составила 5,8 %. Частота развития отека головного мозга была меньшей и составляет 3,5 %. По данным статистики, артриты встречаются у 5 % детей с МИ и чаще поражаются мелкие суставы – межфаланговые. По нашим данным, частота артритов не превышает 0,5 %. На всем временном отрезке времени в процесс вовлекались крупные суставы, и, как правило, они возникали на фоне менингококцемии.

В последние годы бактериологическая подтверждаемость МИ увеличилась с 26 до 46–53 %.

Что касается этиологической расшифровки МИ, то нами выявлены следующие закономерности. Если в

80–90-е годы преобладала серогруппа А, то затем эту серогруппу вытеснили менингококки серогруппы В и С, а также нетипируемые менингококки.

Несмотря на совершенствование терапии МИ, летальность остается высокой и в отдельные годы колеблется от 1,3 до 9 %. Основной причиной летальных исходов по-прежнему является инфекционно-токсический шок.

Продолжительность антибактериальной терапии с 1964 года значительно сократилась. Если раньше она составляла в среднем 25 дней, то в настоящее время – 9,5 дня. Связано это, очевидно, с тем, что в качестве стартовой терапии больных менингококковой инфекцией мы применяем цефалоспорины III поколения – цефатоксим в дозе 150 мг/кг при раннем поступлении и 200 мг/кг – при позднем. Если речь идет о менингококцемии – тактика осталась прежней – суцинат левомецетина с последующим переходом на цефалоспорины. Соответственно сократился почти в 4 раза и койко-день у больных с МИ.

Мы попытались проанализировать, как влияет серогруппа менингококка на клинические проявления заболевания и частоту осложнений. У больных до 1 года чаще встречались менингококки серогруппы А и В, старше 7 лет – С и А. Весной чаще регистрировалась серогруппа В, осенью – А, С и негруппируемый менингококк. В структуре генерализованных форм при менингококковом сепсисе доминировала серогруппа В и негруппируемый менингококк. Что касается распределения больных по формам тяжести, то оказалось, что тяжелые формы заболевания чаще вызывают негруппируемые менингококки и менингококки серогруппы В. Продолжительность лихорадки была большей при МИ, вызванной негруппируемым менингококком (4,8 дня), меньшей – при серогруппе А (1,8 дня). Судорожный синдром чаще встречался при серогруппе В (25,7 %) и у детей, выделявших негруппируемый менингококк (20,0 %). Катаральный синдром, по нашим данным, практически не регистрировался у больных с негруппируемым менингококком.

Характер сыпи также зависел от типа менингококка. Геморрагическая сыпь, от петехиальной до звездчатой, чаще регистрировалась у детей с серогруппой А, а пятнистая и пятнисто-папулезная – у больных с серогруппой В и С. Сроки санации ликвора также зависели от серогруппы менингококка. При МИ, подтвержденной высевом серогруппы А, СМЖ санировалась через 5,2 дня, а при высеve негруппируемого менингококка требовалось 9,7 дня. Соответственно от типа менингококка зависела и продолжительность койко-дня, которая была больше при МИ, подтвержденной высевом негруппируемого менингококка.

### **Выводы**

В г. Хабаровске проблема МИ остается актуальной в связи с повышенной заболеваемостью менингококковой инфекцией, превышающей общероссийские показатели.

Эпидемиологическими особенностями МИ являются:

- отсутствие четкой сезонности;
- изменение возрастной структуры заболевших в сторону еще большего «омоложения» (чаще стали болеть дети первых месяцев жизни).

3. Клиническими особенностями МИ являются:

- более постепенное начало заболевания;
- умеренная и непродолжительная лихорадка;
- необильная сыпь, смешанного характера (пятнисто-папулезная, пятнистая + геморрагическая).

Редко регистрируется сыпь с некрозами;

- увеличившаяся частота судорожного синдрома, причем чаще – при «чистой» менингококцемии;
- частота суставного синдрома остается на прежних цифрах и не превышает 0,5 %.

4. Летальность при МИ остается по-прежнему высокой, и основной причиной летальных исходов является ИТШ.

5. Имеется четкая взаимосвязь между видом возбудителя и особенностями клиники менингококковой инфекции.

## **Список литературы**

1. Коршунов, М. Ф. Менингококковая инфекция у детей / М. Ф. Коршунов. – Воронеж, 1999.

2. Платонов, А. Е. Заболеваемость гнойными менингитами у детей в возрасте до 5 лет в регионах России / А. Е. Платонов, М. И. Николаев // Эпиде-

миология и инфекционные болезни. – 2007. – № 3. – С. 10–17.

3. Скрипченко, Н. В. Бактериальные менингиты у детей / Н. В. Скрипченко, М. Н. Сорокина, В. В. Иванова. – М.: Медицина, 2003. – 313 с.



УДК 618-006.52-085.37

## Опыт применения аллокина-альфа в терапии папилломавирусной инфекции гениталий у женщин

**Е.В. Самышева, Л.С. Матюшкина\*, С.Г. Нагорнюк, О.В. Москалюк**

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава»,  
Медицинский центр «САНАС»,  
г. Владивосток, Приморский край

**E.V. Samysheva, L.S. Matyushkina, S.G. Nagornyuk, O.V. Moskalyuk**

**The Use of Allokin-alpha in the Treatment of Genital Human Papilloma Virus Infection in Women**

### Резюме

В настоящее время папилломавирусная инфекция занимает ведущее место среди вирусных заболеваний, передающихся преимущественно половым путем. С целью повышения эффективности терапии папилломавирусной инфекции было проведено обследование и лечение 26 больных. В качестве терапии использовали парентеральное введение иммуномодулятора «Аллокин-альфа». Показано, что применение аллокина-альфа в лечении больных папилломавирусной инфекцией приводит к исчезновению жалоб, а также клиническому выздоровлению, что подтверждено данными вирусологических исследований у 88,5 % пациенток.

**Ключевые слова:** папилломавирусная инфекция, лечение, иммуномодуляторы, аллокин-альфа.

### Summary

Today human papilloma virus infection takes the leading position among sexually transmitted diseases. To improve the effectiveness of human papilloma virus therapy an examination and treatment of 26 patients was performed. Parenteral injection of Allokin-alpha immunomodulator was used as a therapy. It was shown that the use of Allokin-alpha in patients with papilloma virus contributed to disappearance of complaints and clinical recovery that was proved by viral researches in 88.5 % of female patients.

**Key words:** human papilloma virus, treatment, immunomodulator, Allokin-alpha.

Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), привлекают внимание различных специалистов в связи с резким ростом инфицированности населения данным возбудителем, значительной его контагиозностью и способностью вызывать злокачественную патологию.

В настоящее время известно более 100 типов вируса, способных вызывать пролиферативные процессы различной локализации. В связи со специфичностью ВПЧ объединили в группы кожных и генитальных типов в соответствии с вызываемыми поражениями. Генитальные типы обычно инфицируют эпителий слизистых оболочек. Из всех идентифицированных типов вирусов папилломы 34 типа ассоциированы с поражением аногенитальной области. В 1992 г. были установлены наиболее часто встречающиеся типы папилломавирусной инфекции (ПВИ) гениталий, которые распределены в группе низкого и высокого онкогенного риска. Так, типы 6, 11, 42, 44 отнесены к группе низкого риска опухолевой трансформации инфицированного эпителия, типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 48, 51, 52, 58 – высокого риска [4].

Наиболее важным для практической диагностики считается клиничко-визуальный метод, кольпоскопия, ПЦР или DIGENE-тест, морфологические – Пап-тест, а также гистологическое исследование прицельного биоптата шейки матки [1, 2].

Лечение папилломавирусной инфекции проводится в соответствии с локализацией, характером процесса (наличие или отсутствие CIN) и учетом сопутствующих заболеваний (другие инфекции, нарушение микробиоценоза влагалища). К сожалению, специфических лекарственных средств, полностью элиминирующих ВПЧ, на сегодняшний день не создано. При изучении состояния иммунной системы у женщин, инфицированных вирусом папилломы человека и другими урогенитальными инфекциями, были выявлены нарушения различных ее звеньев на локальном и системном уровнях. Это свидетельствует о целесообразности поиска средств иммунокоррекции, способствующих нормализации нарушенных звеньев иммунной системы [2, 5].

В нашем исследовании мы изучили терапевтическую эффективность и безопасность отечественного препарата нового типа «Аллокин-альфа».

\* doctor-lsm@ya.ru

Основным компонентом аллокина-альфа является цитокиноподобный пептид аллоферон-1, представитель нового семейства противовирусных пептидов природного происхождения. Действие аллокина-альфа направлено на усиление распознавания вирусных антигенов и инфицированных клеток натуральными киллерами (НК), нейтрофилами и другими эффекторными системами естественного иммунитета, ответственными за элиминацию вируса. Такой механизм действия особенно актуален при лечении ПВИ. Как показали исследования последних лет, ВПЧ защищает инфицированную клетку-хозяина от уничтожения цитотоксическими лимфоцитами, блокируя активность Т-клеток и НК. Этим объясняется развитие хронического процесса при этой инфекции. Применение аллокина-альфа улучшает распознавание пораженных клеток и позволяет подавить очаги репликации вируса. В отличие от известных индукторов интерферона (ИФН), аллокин-альфа выступает в качестве кофактора, позволяя продуцирующим ИФН- $\alpha$  лейкоцитам эффективно реагировать на вирусный антиген. Это дает возможность сфокусировать действие препарата в месте размножения вируса и избежать избыточной реакции лейкоцитов за пределами очага инфекции [3].

Данные литературы свидетельствуют о том, что применение аллокина-альфа приводит к нормализации показателей циркулирующего сывороточного и спонтанно вырабатываемого ИФН, а также ИФН-ингибирующей активности сыворотки крови, повышается способность к продукции ИФН- $\gamma$ . Эти же исследования выявили усиление продукции цитокинов, способствующих формированию преимущественно Тх1-иммунного ответа, который имеет решающее значение в санации организма. Препарат «Аллокин-альфа» не формирует резистентных форм вирусов, т. к. активированные им натуральные киллеры просто уничтожают пораженные вирусом клетки вместе с их содержимым [3, 4].

Проведено комплексное обследование и лечение 26 женщин с различными формами папилломавирусной инфекции в возрасте от 17 до 45 лет.

Всем пациенткам проводили клиническое обследование, расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование мазков, микроскопию мазков, окрашенных по Грамму. Методом полимеразной цепной реакции, РИФ, бактериологическими посевами определяли наличие следующих микроорганизмов: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Candida albicans*, *Herpes simplex virus*, *Cytomegalovirus*. По показаниям выполняли биопсию шейки матки с последующим морфологическим изучением биоптатов с окраской по Ван-Гизону. У всех больных методом полимеразной цепной реакции с типоспецифическими маркерами определяли содержание и тип вируса папилломы человека в материале, взятом из очагов поражения.

Распределение ВПЧ-инфекции у пациенток в нашем исследовании выглядит так: тип 6/11 – 2, тип 16/18 – 6, тип 31/35 – 10, тип 52/59 – 8 пациенток.

При проведении расширенной кольпоскопии отмечены аномальные кольпоскопические картины, в виде мозаики, пунктации, йоднегативных зон у 46,2 % женщин, фоновые состояния шейки матки и признаки цервицита выявлены в 38,5 % случаев.

До начала лечения около 70 % больных предъявляли жалобы на обильные бели (53,8 %), зуд, жжение, дискомфорт во влагалище, дисурические явления.

Смешанные инфекции были диагностированы у 16 (61,5%) пациенток. Наряду с папилломавирусной инфекцией, чаще в качестве сопутствующих генитальных инфекций, был обнаружен генитальный кандидоз (46,2%) и уреоплазмоз (*Ureaplasma urealyticum* в клинически значимых концентрациях). Кроме того, 12 (46,2%) женщин ранее имели проявления генитального герпеса.

Проведенное обследование иммунного статуса выявило ряд нарушений клеточного и гуморального звена. Мы установили, что уровень CD4, CD8 Т-лимфоцитов у пациентов с различными типами ВПЧ отличается от нормы, соотношение CD4/CD8 лимфоцитов снижается, что приводит к неблагоприятному течению инфекции. Дополнительно выявлено снижение фагоцитарного числа и показателя, а также изменение концентрации Ig G, A.

Всем больным с учетом данных обследования была проведена соответствующая этиотропная терапия. При наличии смешанной инфекции параллельно использовали необходимые методы специфической терапии. В качестве противовирусного препарата применялся аллокин-альфа 1,0 № 6 подкожно через день.

После проведенного лечения на протяжении трех месяцев проводилось наблюдение за пациентками, включавшее кольпоскопию, цитологические исследования, контроль за элиминацией выделенных микроорганизмов с помощью полимеразной цепной реакции.

В результате проведенной работы было отмечено, что жалобы на обильные бели, зуд и жжение в области половых органов регрессировали у всех больных. Определение генома вирусов папилломы человека показало клинко-вирусологическое подтверждение излеченности у 23 (88,5%) .

Признаков негативного влияния аллокина-альфа на показатели иммунного статуса не наблюдалось. Под влиянием аллокина-альфа у больных происходило повышение содержания натуральных киллеров. Полученные данные подтверждают сделанный ранее вывод, что аллокин-альфа является селективным специфическим стимулятором активности НК, что, вероятно, связано с усилением цитотоксической активности этих клеток.

У всех женщин, получавших аллокин-альфа путем подкожного введения, не было зарегистрировано тяжелых местных и общих побочных реакций. Применение аллокина-альфа у больных с предрасположен-

ностью к аллергическим реакциям в анамнезе оказалось полностью безопасным. Подкожное введение аллокина-альфа удовлетворительно переносилось пациентками. Случаев отказа от лечения не было. Это позволяет говорить о высокой комплаентности использования препарата.

#### Выводы

1. Папилломавирусная инфекция гениталий характеризуется высокой частотой смешанных инфекций, синергетически агрессивно воздействующих на организм.

2. Системное применение аллокина-альфа позволяет добиться клинического и вирусологического выздоровления в 88,5 % наблюдений.

3. Отмечена хорошая переносимость лекарственного средства: отсутствие как местных, так и общих токсических и аллергических реакций.

4. Корректирующее влияние аллокина-альфа на несколько этапов иммунного ответа позволяет использовать данный препарат в качестве монотерапии папилломавирусной инфекции гениталий.

### Список литературы

1. Коханевич, Е. В. Патология шейки и тела матки / Е. В. Коханевич. – М.: Гидромакс, 2009. – 352 с.
2. Молочков, В. А. Генитальные вирусные инфекции / В. А. Молочков. – М.: БИНОМ, 2009. – 208 с.
3. Новое в лечении герпесвирусных и папилломавирусных инфекций: терапевтические свойства алломедина / С. И. Черныш, Н. Р. Сафронникова, Н. Б. Серебряная // Terra Medica. – 2005. – № 4. – С. 27–30.

4. Роговская, С. И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: рук. для практического врача / С. И. Роговская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 142 с.: ил.
5. Черныш, С. И. Аллокины, противовирусные и противоопухолевые препараты нового типа / С. И. Черныш // Материалы XII Нац. конгресса «Человек и лекарство». – М., 2005.

УДК 616.89-008.48-053.2

## Профилактика и коррекция аффективного поведения ребенка в адаптационный период

**С.С. Левченко, Т.И. Николаевская\*, Г.М. Петухова**  
МУЗ «Дом ребенка специализированный № 2»,  
г. Хабаровск

**S.S. Levchenko, T.I. Nikolaevskaya, G.M. Petukhova**  
**Prevention and Correction of the Affective Behavior of a Child in an Adjustment Period**

#### Резюме

В статье представлен анализ формирования определенного типа социального поведения ребенка в зависимости от микросоциальной среды, в которой он находится. Зная периоды и особенности формирования адаптационного синдрома, можно создать условия для облегчения адаптации и предотвращения развития тяжелого адаптационного синдрома.

**Ключевые слова:** адаптационный синдром, адаптация, дом ребенка, микросоциальная среда.

#### Summary

The article presents an analysis of a certain type of social behaviour of a child, depending on a micro social environment in which he or she resides. The information on the periods and peculiarities of the formation of adaptation syndrome can create conditions to facilitate the adaptation and prevent the development of severe adaptation syndrome.

**Key words:** adaptation syndrome, adaptation, child care center, micro-social environment.

У ребенка в первые годы жизни формируется определенный тип социального поведения, отражающий требования микросоциальной среды, в которой он растет и развивается. Изменение среды диктует и изменение поведения, что является трудной задачей

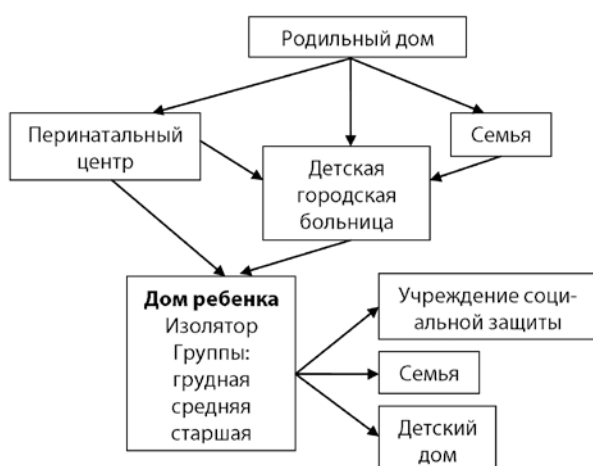
в раннем возрасте и часто влечет за собой развитие так называемого адаптационного синдрома.

При поступлении детей в детские закрытые учреждения идет речь о переходе ребенка в особую микросоциальную среду. Особенности таких учреж-

\* uz\_dr2@medadmin.info

дений являются: длительное совместное пребывание большого количества детей; определенные педагогические стандарты в подходах к детям, что сковывает индивидуальность ребенка и может привести к отрицательным проявлениям в поведении; дети лишены эмоционального контакта с родными и близкими, раньше начинают общаться со сверстниками, контактировать со многими взрослыми.

Дети, оставшиеся без попечения родителей, неоднократно сталкиваются с изменениями социальной среды. На схеме 1 представлены пути возможного поступления детей в дом ребенка.



**Схема 1. Варианты возможного поступления детей в дом ребенка**

В каждом случае развивается адаптационный синдром.

Адаптация – приспособление, понятие, характерное для всего живого. Чем выше организм стоит на эволюционной лестнице, тем выше его адаптационные возможности. Адаптация может быть физиологической и патологической.

Дети, воспитываемые в доме ребенка, чаще всего имеют неблагоприятный фон для своевременного и качественного развития всех функциональных систем.

После рождения ребенок попадает в среду, преобразованную человеком. В результате воздействия взрослых и собственной активной деятельности у него вырабатываются соответствующие поведенческие реакции, наиболее адекватные для этой среды. В разные возрастные периоды дети неоднократно сталкиваются с изменениями социальной среды, что требует такого поведения, которое было бы адекватно для данных конкретных условий. Ряд реакций формируется по типу динамического стереотипа с первых месяцев жизни. В течение первого года жизни реакции такого типа формируются на режим, способ вскармливания, способы подхода к ребенку, микроклимат, то есть он привыкает к тому, как его кормят, укладывают, как организовано его бодрствование и др.

В возрасте 9–10 месяцев формируется привязанность к обслуживающему ребенка взрослому. В доме ребенка эта реакция недостаточно хорошо формируется. С возрастом у ребенка расширяются возможности сознательно воспринимать впечатления от окружающего мира и активно действовать, но это осуществляется только с помощью взрослого, постоянно находящегося рядом. Стереотипы на способы подхода к ребенку закрепляются также через взрослого.

Раннее формирование и тренировка адаптационных возможностей в социальном плане представляет собой важную сторону в развитии личности, так как позволяет адекватно вести себя в разных ситуациях.

В Дом ребенка № 2 все дети поступают из стационаров города. Большинство детей попадают туда из родильных домов, с рождения лишены материнской любви и ласки, так как были рождены нежеланными и оставлены своими матерями сразу после рождения. Такие дети, как правило, переводятся к нам в раннем возрасте и адаптируются к условиям дома ребенка легче и быстрее. Чем моложе ребенок, тем легче он приспосабливается к новым условиям. Искусственная задержка здорового (или с небольшими отклонениями) ребенка в стационаре является грубой ошибкой, так как это накладывает отпечаток как на состояние здоровья ребенка (он поступает ослабленным), так и на его развитие, – в этом случае мы имеем дело с отставанием и физического, и психического развития.

Дети, воспитываемые в доме ребенка, имеют меньше возможности тренировки адаптационных механизмов и у них более низкий уровень социальной адаптированности. Постоянное пребывание в условиях группы, малые контакты с внешним миром приводят к жестко закрепленным стереотипам поведения в данных условиях. Поэтому всякий переход в изменившиеся условия (госпитализация, другая группа) является сильным стрессовым фактором. Также все дети в доме ребенка имеют отягощенный биологический и социальный анамнез, нарушения в состоянии здоровья и сниженные показатели развития. Это снижает выносливость и работоспособность центральной нервной системы и способствует возникновению стрессовых реакций.

Возрастная незрелость системы адаптационных механизмов приводит при изменении среды к психическому напряжению, что вызывает нарушения в эмоциональном состоянии и поведении – у детей появляются проблемы со сном, снижается аппетит, они отказываются играть с другими детьми. Возникают сдвиги в других функциональных системах – вегетативной, системе реактивности, снижаются защитные силы организма, что может способствовать заболеванию ребенка в этот период.

Комплексное рассмотрение всех проявлений состояния адаптации позволило определить основные этапы при привыкании к новым условиям среды, факторы, определяющие степень тяжести адаптационного периода и наметить пути профилактики тяжелой адаптации.

Период привыкания делится на три этапа:

Острый период (дизадаптация) – имеется более или менее выраженное рассогласование между привычными поведенческими стереотипами и требованиями новой социальной среды. В это время наиболее выражены сдвиги по поведенческим параметрам, взаимоотношениям со взрослыми и детьми, речевой активности, игре, в вегетативной нервной системе, некоторых показателях соматического состояния.

Подострый – собственно адаптация. Ребенок активно осваивает новую среду, вырабатывая соответствующие ей формы поведения. В это время постепенно уменьшается выраженность сдвигов по системам. Из параметров поведения быстрее всего нормализуется аппетит; более продолжительны нарушения сна и эмоционального состояния; медленнее всего восстанавливается игровая деятельность и речевая активность (до 60 дней).

Период компенсации – адаптированности. Все показатели достигают исходного уровня, а иногда и превышают.

По степени тяжести адаптация делится на степени: легкая, средней тяжести, тяжелая.

Для детей дома ребенка наиболее важными неблагоприятными факторами социального плана являются: нарушение возрастного режима; нарушение режима сна, приводящее к трудному засыпанию, отсутствию дневного и укорочению ночного; нарушение методики кормления, приводящее к срыгиванию и рвоте после еды; неправильная организация бодрствования.

Особенно тяжело переносят изменения условий дети от 11 месяцев до 1,5 года. В этой возрастной группе число детей с легкой адаптацией минимально, что объективно обоснованно. Подвижность нервных процессов в этом возрасте невелика, что усугубляет трудность перестройки восприятия окружающего, а также в этом возрасте еще несовершенна иммунная система.

Факторы анамнеза позволяют заранее прогнозировать степень тяжести адаптационного периода и принимать соответствующие меры для облегчения его у конкретного ребенка. Наиболее тяжелую адаптацию имеют дети с сочетанием неблагоприятных биологических и социальных факторов.

Важно целенаправленно формировать и тренировать адаптационные возможности ребенка для обеспечения адекватного поведения его в различных ситуациях. Вопрос о тренировке адаптационных возможностей – один из главных в организации жизни детей в условиях дома ребенка. Следует стремиться к тому, чтобы ребенок справлялся с трудностями привыкания к новой среде на уровне легкой адаптации и не допускать проявления тяжелой.

Организация жизни детей в условиях дома ребенка включает в себя все элементы оздоровительно-воспитательной работы, необходимые для формиро-

вания и тренировки адаптационных возможностей ребенка: обеспечение оптимального состояния здоровья и уровня развития ребенка; ограничение числа лиц, обслуживающих детей в возрасте до двух лет. С 12–13 месяцев необходимо знакомить ребенка, через постоянно обслуживающего его взрослого, с другими взрослыми и более старшими детьми, с различными помещениями дома ребенка, животными, уличным транспортом. На третьем году жизни надо активно выводить детей за пределы дома ребенка. К вновь поступающим детям нужен индивидуальный подход в зависимости от того, откуда поступает ребенок. Если из стационара, то в первое время важно сохранять режим того учреждения, где ребенок находился раньше, осторожно менять режим питания. При переводе ребенка из группы в группу надо заранее знакомить его с интерьером новой группы, персоналом, детьми, чаще ласкать ребенка, брать его на руки, разрешить принести какую-нибудь игрушку из прежней группы, не менять режим в адаптационном периоде.

При поступлении в дом ребенка из семьи ситуация более сложная. Резко меняются все привычные условия, ребенок теряет близких, он чувствует себя потерянным и никому не нужным. В результате дети испытывают сильный стресс. Они тяжело адаптируются, степень адаптации чаще тяжелая или средней тяжести. У таких детей снижен аппетит, нарушен сон, отмечается неустойчивое поведение и нарушение эмоционального состояния, что приводит к снижению иммунитета и заболеванию ребенка. В этом случае задача персонала обеспечить возможно больший личный контакт с ребенком, не реагировать отрицательно на нарушение поведения, которое является результатом стрессового состояния.

Дети, поступающие в дом ребенка, сначала поступают в изолятор, а только потом в группу, то есть ребенок проходит двойную адаптацию. Перевод ребенка в детский дом также является стрессовой ситуацией, к которой ребенка надо готовить заранее, путем целенаправленного оздоровления и психологической подготовки. Желательно переводить не одного, а несколько человек, хорошо бы организовать «экскурсию» – познакомиться с персоналом, детьми, помещением.

Особая ситуация возникает при усыновлении. С одной стороны, ребенку обеспечивают наиболее оптимальные условия жизни, он получает заботу и ласку от людей, которые должны стать ему близкими и родными. Как правил, люди, стремящиеся усыновить ребенка, преисполнены самых благих намерений, искренне хотят ребенку добра. И вдруг оказывается, что прежде такой славный малыш становится озлобленным, капризничает, не ест и не спит и в итоге заболевает или дает выраженные неврологические реакции – у него развивается тяжелый адаптационный синдром. Если правильно провести процесс усыновления, этого можно избежать или в значительной степени ослабить неблагоприятные проявления. Будущие родители должны заранее, в течение длительного времени навещать ребенка, озна-

комиться с особенностями его поведения в группе, завязать с ним личностные эмоционально положительные контакты и пройти необходимый курс обучения у психолога. Процесс усыновления – сложный и длительный процесс. Взрослые должны быть знакомы со всеми сложностями процесса адаптации ребенка и путями их преодоления.

Дети, поступающие в дом ребенка с неврологической патологией, более чувствительны к стрессовым воздействиям. Такие дети нуждаются в наблюдении невролога и назначении в периоде адаптации лекарственной терапии, направленной на нормализацию возбудимости коры головного мозга.

Детям первого и второго года жизни на время адаптации лучше назначить режим на один возрастной период ниже. Нормализация показателей поведения является сигналом к переводу ребенка на физиологический возрастной режим.

При поступлении детей в дом ребенка особенно важна совместная работа всего персонала. Согласованность в работе сотрудников сказывается на степени адаптации. Специалистами медико-психолого-педагогической комиссии, после осмотра ребенка, даются необходимые рекомендации воспитателю для облегчения адаптации ребенка. По завершении периода адаптации врачом проводится заключение и указываются необходимые рекомендации при переводе ребенка в группу. Знание персоналом дома ребенка проявлений адаптационного синдрома и ситуаций, которые утяжеляют период привыкания малыша к новым условиям, позволяет осуществить систему мероприятий по предотвращению развития тяжелого адаптационного синдрома. Это крайне важно еще и потому, что в случае тяжелого адаптационного синдрома при

первой социальной адаптации ребенок плохо адаптируется и в дальнейшем. А каждая повторная тяжелая адаптация значительно затрудняет оптимальное развитие личности.

Анализируя работу за последние три года, мы сделали вывод, что преобладает адаптация легкой степени. Как правило, вновь поступающие дети – это малыши до года (75–83 %). Дети, поступившие в раннем возрасте, легче и быстрее адаптируются к условиям дома ребенка. Адаптация средней и тяжелой степени отмечалась у детей с тяжелой патологией (болезнь Дауна, различные пороки развития), поступивших к нам в более старшем возрасте или после длительного пребывания в стационарах и имевших фоновую патологию – гипотрофию II–III степени, анемию средней степени тяжести, что является неблагоприятным фоном для своевременного и оптимального развития функциональных систем и делает их более ранимыми.

Для снижения риска развития тяжелого адаптационного синдрома мы перешли к структурным изменениям в Доме ребенка путем создания разновозрастных групп «семейного типа», что предполагает стабильность окружения и повышение социальной отзывчивости персонала. Благодаря национальной программе президента, направленной на поддержку семьи, появилась возможность у российских граждан усыновлять детей или чаще всего идти на другие формы жизнеустройства детей-сирот – это опека или приемная семья. За последние три года были под опеку 35 детей, устроены в приемную семью 33 ребенка, 25 детей вернулись в биологическую семью. Сократились сроки пребывания детей в стационарах города, а это снижает развитие у них госпитализма и улучшает адаптацию.

# КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 616.314.18

## **Апексогенез при обнажении пульпы зубов с несформированными верхушками корней (клинический случай)**

**А.Ю. Астахова\*, Н.С. Петухова**

ООО «Стоматологическая клиника «Сона Плюс»,  
г. Владивосток, Приморский край

**A.Y. Astakhova, N.S. Petukhova**

**Apexogenesis at an Exposure of the Pulp of Teeth with Unformed Root Apex (Clinical Case)**

### **Резюме**

В статье описан клинический случай апексогенеза центральных постоянных зубов верхней челюсти с несформированной верхушкой корня.

**Ключевые слова:** апексогенез, цемент Pro Root МТА, постоянные зубы.

### **Summary**

This article describes a clinical case of apexogenesis of central permanent teeth of the upper jaw with unformed root apex.

**Key words:** apexogenesis, cement Pro Root МТА, permanent teeth.

Лечение постоянных зубов с несформированными корнями всегда является сложной задачей для стоматолога. Это связано с анатомией несформированного корня, когда апексальная часть имеет форму раструба. Эндодонтическое лечение таких зубов обычно бывает довольно сложным, поскольку стенки каналов расходящиеся, а апексы – несформированные, препарирование и obturation весьма затруднены. Основным принципом лечения зубов с несформированной верхушкой корня является максимально длительное сохранение витальности пульпы до завершения процесса образования верхушки корня. Это является предпочтительным вариантом лечения, потому что предполагает излечение зуба путем регенерации, а не реставрации.

Апексогенез является одним из консервативных методик лечения зубов с несформированными корнями, создающей условия для завершения роста корня и формирования физиологического апексального сужения.

В настоящее время с целью апексогенеза широкое применение получили лечебные пасты на основе гидроксида кальция. Основная масса препаратов гидроксида кальция – это нетвердеющие пасты на во-

дной основе, они могут быть использованы только на промежуточных этапах лечения, поскольку со временем растворяются и не обеспечивают герметичной obturation. Идеальный реставрационный материал должен обеспечивать:

- надежную краевую герметизацию;
- благоприятные условия для репаративных процессов;
- легкость клинического применения;
- рентгенконтрастность.

В своей практике с целью апексогенеза мы применяли цемент Pro Root МТА, или минеральный триоксидный агрегат (Dentsply).

Pro Root МТА состоит из трикальций силиката, трикальций алюмината, трикальций оксида и кремния оксида. Гидратация порошка приводит к образованию коллоидного геля, состоящего из кристаллов оксида кальция аморфной структуры. МТА может вызывать образование твердых тканей в тканях пульпы и способствовать быстрому росту клеток in vitro. МТА вызывает образование более толстого дентинного мостика по сравнению с гидроокисью кальция.

\* tms76@mail.ru

Представляем клинический случай. Пациент Т., 7 лет, обратился с жалобами на отлом коронки 1.1 зуба. Из анамнеза выяснили, что ребенок получил травму зуба 1.1 на занятиях спортом. Через 4 часа после травмы пациент обратился за помощью к врачу-стоматологу.

Объективно: скол коронковой части 1.1 зуба на уровне десны, коронковая часть пульпы обнажена. На прицельной рентгенограмме: стадия незакрытой верхушки корня 1.1. Диагноз: травматический пульпит 1.1 зуба, перелом коронки 1.1 зуба.

План лечения: под инфильтрационной анестезией Ultrakaini 1:200000 1,0 ml проведено: глубокая ампутация коронковой пульпы, медикаментозная обработка полости и культи пульпы раствором натрия хлорида 0,9 % с последующей герметичной obturацией МТА, восстановление коронковой части зуба стеклоиономерным цементом (СИЦ) Vetrimer. Контрольное рентгенографическое обследование через 1, 3, 6, 12 месяцев (рис. 1, 2, 3, 4).



**Рис. 1. Рентгенограмма от 13.10.06 г.**  
Снимок на момент обращения. Стадия несформированного корня



**Рис. 2. Рентгенограмма от 30.11.06 г.**  
На культи пульпы наложена паста Pro Root МТА. Стадия несформированного корня



**Рис. 3. Рентгенограмма от 10.10.07 г.**  
Формирование дентинного мостика в коронковой части 1.1 зуба. Удлинение корня зуба. Стадия незакрытого апекса



**Рис. 4. Рентгенограмма от 17.12.08 г.**  
Сформирован дентинный мостик в коронковой части 1.1 зуба. Корень 1.1 зуба сформирован. Длина корня аналогична длине рядом стоящего 2.1 зуба. Стадия незакрытой верхушки. Наблюдение продолжается

### **Выводы**

При травме постоянных зубов с несформированными корнями существует риск гибели ростковой зоны, остановки роста корня в длину, развития хронического гранулирующего периодонтита. Поэтому необходимо своевременная и качественная стоматологическая помощь детям с травмой постоянных несформированных зубов.

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что особое значение применения Pro Root МТА

имеет на детском приеме. Pro Root МТА – единственный реставрационный материал, на поверхности которого происходит активация синтетической активности клеток, продуцирующих минерализованные ткани. Использование этого материала обеспечивает одномоментную, постоянную герметизацию, позволяет значительно сократить сроки лечения и тем самым гарантирует клиническую эффективность (формирование минерализованного тканевого барьера).

### **Список литературы**

1. Баргхольц, К. Клиническое применение Минерал Триоксид Агрегата / К. Баргхольц // Дентал Ай Кью. – 2004. – № 4. – С. 34–41.

2. Быков, В. Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека / В. Л. Быков. – СПб., 1996. – С. 188–200.



3. Виноградова, Т. Ф. *Стоматология детского возраста: рук. для врачей* / Т. Ф. Виноградова. – М.: Медицина, 1987.

4. Камерон, А. *Справочник по детской стоматологии* / А. Камерон, Р. Уидмер. – М.: Медпресс-информ, 2003. – С. 140–172.

5. Коэн, С. *Эндодонтия* / С. Коэн. – М.: ООО «Интерлайн», 2000.

6. Максимовский, Ю. М. *Терапевтическая стоматология* / Ю. М. Максимовский, Л. Н. Макси-

мовская, Л. Ю. Орехова. – М.: Медицина, 2002. – С. 116–134.

7. *Применение современных технологий для лечения детей с периодонтитами* / Г. К. Бурда, И. Е. Герасимова, С. С. Степанова, Н. В. Блинкова // *Стоматология детского возраста*. – 2001. – № 2. – С. 51–53.

8. Торабинеджад, М. *Минерал Триоксид Агрегат* / М. Торабинеджад // *Дентал Ай Кью*. – 2004. – № 4. – С. 33.

УДК 616.718.19-089.87

## **Гемипельвэктомия в лечении опухолей костей и мягких тканей нижних конечностей**

**В.Л. Коваленко\*, В.Е. Воловик, А.В. Банников**

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,  
ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» МЗ ХК,

г. Хабаровск

**V.L. Kovalenko, V.E. Volovik, A.V. Bannikov**

**Hemipelvectomy in the Treatment of Bone Tumors and Soft Tissue of Pelvic Limbs**

### **Резюме**

Гемипельвэктомия – операция по удалению половины таза. Показанием к гемипельвэктомии являются злокачественные опухоли костей таза и мягких тканей с поражением тазовых костей. Несмотря на то что гемипельвэктомия – тяжелое инвалидизирующее вмешательство с высоким уровнем послеоперационной летальности, при благоприятном течении послеоперационного периода возможно добиться стойкого выздоровления.

**Ключевые слова:** гемипельвэктомия, саркома, хирургическое лечение.

### **Summary**

Hemipelvectomy is an operation to remove half of the pelvis. Indications for hemipelvectomy are malignant tumors of the pelvic bones and soft tissues with involvement in pelvic bones. Despite the fact that hemipelvectomy is a serious disabling intervention with high postoperative mortality, in case of favorable postoperative period patients may achieve stable recovery.

**Key words:** hemipelvectomy, sarcoma, surgical treatment.

Термин «гемипельвэктомия» включает в себя все ампутации, при которых частично или полностью удаляют половину таза. Вмешательство не всегда можно ограничить двигателем аппаратом, иногда приходится удалять экстра- и интраперитонеально расположенные органы. Из истории медицины известно, что первую гемипельвэктомию без смертельного исхода выполнил в 1895 г. Ch. Girard (Берн). В 1902 г. M. Savariaud представил данные о первой гемипельвэктомии, выполненной T. Bilroth, но пациент умер после операции. К этому времени Ch. Girard имел опыт четырех подобных вмешательств. В России профессор А. Саличев (г. Томск) к 1900 г. выполнил 13 подобных вмешательств, причем 9 из них с летальным исходом. J. Ransohoff (Cincinnati, США) в 1909 г. выполнил

гемипельвэктомию по поводу туберкулезного поражения бедренной кости, что стало первым успешным вмешательством подобного рода в США. Однако пациент умер в течение месяца от неуправляемого сепсиса. Первый доклад об успешной гемипельвэктомии, выполненной в Англии, принадлежит J. Morton в 1942 г., причем к 1952 г. накоплен опыт семи таких операций. В клинике Mayo гемипельвэктомия произведена в 1943 г., и в последующие 11 лет было выполнено 52 подобные операции [4].

Основным показанием к гемипельвэктомии служат злокачественные опухоли костей или мягких тканей бедра и таза. Реже эту операцию проводят по поводу компрессионных повреждений и гангрены [1, 3].

\* kov-onc@mail.ru

Применение органосохраняющих операций в сочетании с химиотерапией и/или лучевой терапией позволяет существенно ограничить показания для выполнения данной операции. Тем не менее, ряд пациентов нуждается в ней. Так, например, гемипельвэктомия является ведущей в лечении злокачественных опухолей жирового и хрящевого генеза ввиду их низкой радио- и химиочувствительности. При этом, учитывая высокую травматичность операции и послеоперационную летальность, необходим тщательный отбор больных для данного вмешательства.

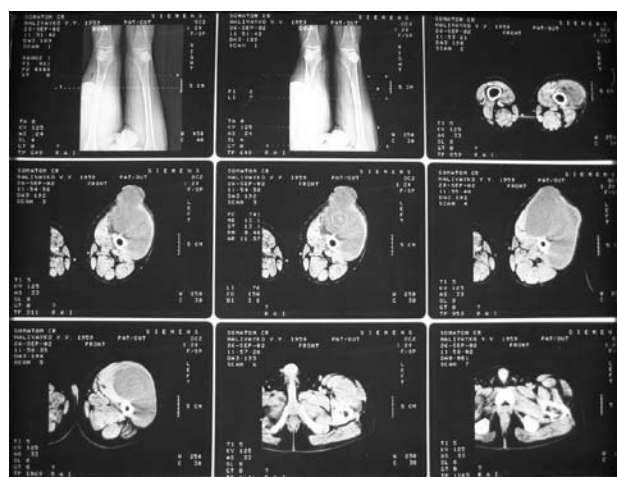
Гемипельвэктомия является довольно тяжелым, инвалидизирующим вмешательством. Если при экзартикуляции в тазобедренном суставе пациент лишается вертельного массива в качестве поверхности для сидения, то при гемипельвэктомии это усугубляется удалением бугра седалищной кости. Потеря крыла подвздошной кости увеличивает асимметрию тела. Корзина корсета таза утрачивает важную стабильную контактную систему. Тяжесть операции особенно велика, если опухоль ограничена областью тазобедренного сустава и таза, и для ее удаления необходимо вычлнять всю нижнюю конечность с подвздошной костью. В классическом варианте гемипельвэктомия подразумевает удаление части тазового кольца от симфиза до средней части подвздошной кости, тазобедренного сустава и проксимальной части бедренной кости до межвертельной линии. Но существует несколько модификаций в зависимости от локализации и объема пораженных тканей [2].

Ввиду редкости подобных операций представляют интерес наши наблюдения двух пациентов, которым выполнена гемипельвэктомия.

Больной Н., 43 лет, поступил в хирургическое отделение Краевого онкологического диспансера (с 2004 г. – ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии») 20.09.2002 с жалобами на наличие опухоли в области левого бедра и боли в левой конечности. Из анамнеза установлено, что впервые образование на наружной поверхности верхней трети левого бедра больной заметил около 1,5 года назад. За последние 9 месяцев быстрый рост опухоли с увеличением левого бедра по сравнению с правым в 2 раза. Далее присоединился выраженный болевой синдром.

При клиническом осмотре больного всю переднюю и наружную поверхность левого бедра, начиная от паховой складки до нижней трети бедра, занимает массивная малоподвижная опухоль.

Компьютерная томография левого бедра от 16.09.2002 (рис. 1): по переднелатеральной поверхности левого бедра почти на всем его протяжении имеется крупных размеров опухоль, исходящая из мягких тканей. Бедренная кость без признаков деструкции. Патологоанатомическое исследование биопсийного материала установило наличие миксоидной липосаркомы эмбрионального типа. Учи-



**Рис. 1. Серия компьютерных томограмм больного Н. Переднелатеральную поверхность левого бедра занимает крупных размеров опухоль, исходящая из мягких тканей. Бедренная кость без признаков деструкции**

тывая объем опухолевого поражения мягких тканей бедра с распространением на паховую область, решено выполнить операцию в объеме гемипельвэктомии слева.

02.10.2002 операция: гемипельвэктомия слева (хирург В.Л. Коваленко). Разрез кожи в левой подвздошной области параллельно и на 2 см выше паховой связки с рассечением мягких тканей передней брюшной стенки с обнажением забрюшинного пространства. Выделены и перевязаны общая подвздошная артерия и вена, а также их ветви, отходящие к стенкам таза, ягодичной области, мочевому пузырю и прямой кишке. Кожный разрез продолжен на ягодичную область с выкраиванием заднего кожно-мышечного лоскута из большой ягодичной мышцы. После обнажения левой лонной кости произведено отделение ее от симфиза. Отсечение от тазовой кости связок и мышц, прикрепляющихся к тазовым костям и крестцу на уровне большого и малого седалищных отверстий и крестца. Пересечение подвздошно-поясничной мышцы и пояснично-тазовой связки с обработкой ветвей крестцового сплетения. Алкоголизация последних. Вычленение левой тазовой кости вместе с нижней конечностью путем рассечения подвздошно-крестцового сочленения. Ушивание раны путем формирования заднего кожно-мышечного лоскута.

Длительность операции 6 часов 40 минут. Кровопотеря составила около 1000,0 мл. Патологоанатомическое исследование: левая нижняя конечность с костями таза. Бедро за счет опухоли резко увеличено в объеме, по окружности около 110 см, ближе к латеральной стороне бедра на участке до 10 см имеется выход опухоли на кожу с изъязвлением. На разрезе опухоль миксоидного вида, размером 30 × 20 см, расположена преимущественно в толще мышечного фут-



**Рис. 2. Внешний вид раны после гемипельвэктомии справа до ее закрытия задним кожно-мышечным лоскутом**



**Рис. 3. Вид раны после гемипельвэктомии справа после ее закрытия задним кожно-мышечным лоскутом**

ляра. Гистологически: опухоль имеет строение миксоидной эмбриональной липосаркомы.

Течение после операции без осложнений. В настоящее время, спустя семь лет и пять месяцев, пациент жив, работает на дому.

Больная Д., 61 года, поступила в онкоцентр 15.08.2007 с жалобами на боли в правой подвздошной области. Больная в июле 2007 г. находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Краевой клинической больницы № 1 по поводу ожирения III степени, зоба I степени и лихорадки неясного генеза. При обследовании выявлена опухоль, занимающая правую половину таза. Спиральная компьютерная томография от 07.08.2007: в области гребня, тела правой подвздошной кости с переходом на вертлужную впадину и правую седалищную кость определяется массивная опухоль. При биопсии опухоли установлен диагноз хондросаркомы. В общем анализе крови анемия со снижением гемоглобина до 77 г/л; лейкоцитов  $10 \times 10^9/\text{л}$  с незначительным сдвигом формулы влево; СОЭ – 58 мм/ч. При посеве крови на стерильность выросли колонии золотистого стафилококка. Получала предоперационную подготовку, включая антибактериальную, инфузионную и иммунотерапию.

05.09.2007 операция: гемипельвэктомия справа с резекцией крестца, нижней полой вены и аорты с пластикой последней. Разрез мягких тканей произведен в правой подвздошной области с внебрюшинным обнажением опухоли подвздошной кости. Опухоль с тела подвздошной кости переходит на крестец и прорастает аорту и нижнюю полую вену в зоне их бифуркаций. После пересечения указанных сосудов наложен анастомоз между аортой и левой общей подвздошной артерией путем замещения дефекта участком правой на-

ружной подвздошной артерии. После перевязки нижней полой вены – отток от левой нижней конечности адекватный. Продолжение разреза на ягодичную область и промежность с мобилизацией правой стенки мочевого пузыря и прямой кишки. Пересечение лонного сочленения. Отсечение мышц ягодичной области от задней поверхности крестца, копчика, седалищного бугра, боковой стенки влагалища. Обнажение крестца после пересечения подвздошно-позвоночной связки, перевязка корешков крестцового сплетения. Гемипельвэктомия с резекцией правой боковой и частично задней стенки крестца. Закрытие раны задним кожно-мышечным лоскутом (рис. 2 и 3).

Продолжительность операции 8 часов 30 минут. Кровопотеря составила около 3000,0 мл. Патологоанатомическое исследование: правая нижняя конечность с костями таза. Подвздошная кость практически полностью разрушена, рыхлая, крошащаяся. Гистологически: низкодифференцированная хондросаркома с обширными очагами некроза.

Течение послеоперационного периода тяжелое, обусловленное объемом операции и сопутствующей патологией (хронический сепсис, артериальная гипертензия, ожирение). На 12-е сутки нагноение раны таза с нарастанием явлений синдрома системного воспалительного ответа и сепсиса. Несмотря на проводимую массивную интенсивную терапию, на 30-е сутки наступила смерть больной от сепсиса и полиорганной недостаточности.

Таким образом, гемипельвэктомия, несмотря на то что является тяжелым инвалидизирующим вмешательством с высоким уровнем послеоперационной летальности, позволяет при благоприятном течении послеоперационного периода добиться длительного выздоровления.

## Список литературы

1. Использование эндоскопической техники при резекциях крестца: клинический пример / М. Д. Алиев, И. Г. Комаров и др. // Вопросы онкологии. – 2005. – Т. 51. – С. 369–371.

2. Шугабейкер, П. Х. Хирургия сарком мягких тканей и костей / П. Х. Шугабейкер и др. – М.: Медицина, 1996. – 439 с.

3. Amputatio interilio-abdominalis по поводу гигантской хондросаркомы таза / В. Ф. Касаткин, Е. М. Непомнящая и др. // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53. – С. 487–490.

4. Ravitch, M. M. Long-term results of hemipelvectomy / M. M. Ravitch, T. C. Wilson // Ann. Surg. – 1964. – Vol. 159. – P. 667–682.

# В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

*УДК 617.741-007.21-089*

## **Метод одномоментной коррекции афакии и роговичного астигматизма при проведении факоэмульсификации катаракты**

**Г.А. Федяшев\*, М.В. Евстифеев, В.В. Егоров, Г.П. Смолякова**

*Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии», г. Хабаровск*

**G.A. Fedyashev, M.V. Evstifeev, V.V. Egorov, G.P. Smolyakova**

*The Method of One-stage Correction of Aphakia and Corneal Astigmatism during Phacoemulsification of Cataract*

### **Резюме**

Приведена оценка эффективности использования интраокулярных линз «AcrySof Toric» (Alkon, США) для коррекции афакии у пациентов с исходным роговичным астигматизмом. Предложенная технология позволила значительно улучшить остроту зрения у большинства пациентов (29 человек, 78,4 %) за счет нейтрализации роговичного астигматизма.

Биомикроскопия переднего отрезка глаза показала отсутствие ротации линзы в капсульном мешке.

**Ключевые слова:** катаракта возрастная, астигматизм роговичный, интраокулярная линза торическая.

### **Summary**

The article presents an assessment of the effectiveness of the use of intraocular lenses «AcrySof Toric» (Alkon, USA) for correction of aphakia in patients with baseline corneal astigmatism. The proposed technology has significantly improved visual acuity in most patients (29 people, 78.4 %) due to the neutralization of corneal astigmatism.

Biomicroscopy of the anterior segment of eyes showed lack of rotation of the lens in the capsular bag.

**Key words:** cataract age, astigmatism, corneal, toric intraocular lens.

В настоящее время в хирургии катаракты основное внимание уделяется не столько методикам безопасного удаления помутневшего хрусталика, сколько достижению наилучшего послеоперационного результата. В связи с этим офтальмохирурги обращают особое внимание на рефракционный исход операции и достижение высоких зрительных функций в наиболее ранние сроки после операции.

В то же время, по данным различных авторов, у 27 % больных, оперированных по поводу возрастной катаракты (ВК), имел место дооперационный астигматизм, превышающий 1,25 дптр, а в 8 % случаев составляющий более 2,25 дптр [2, 5]. Он приводит к снижению остроты зрения в после-

операционном периоде, как с коррекцией, так и без нее [3, 9].

При общей тенденции в катарактальной хирургии на уменьшение неастигматических разрезов сегодня можно исправлять уже существующий астигматизм при катаракте. Использование лимбальных расслабляющих разрезов понижает вплоть до 3,5 дптр существующий астигматизм путем нанесения разрезов глубиной 600 мкм на лимб в высоком меридиане [4].

Поиск приемлемых вариантов одномоментной коррекции афакии и роговичного астигматизма привел к созданию и внедрению в клиническую практику торических интраокулярных линз (ИОЛ), использование которых позволило избежать многих недостат-

---

\* mail@khvmntk.ru

ков, возникающих при проведении рефракционных операций на роговице [1, 6, 7, 8].

Преимуществом этих линз является возможность одновременно с экстракцией катаракты, без дополнительного хирургического вмешательства, провести коррекцию исходного роговичного астигматизма и получить в раннем послеоперационном периоде высокую остроту зрения без очковой коррекции.

#### **Цель исследования**

Оценить эффективность использования линз «AcrySof Toric» (Alcon, США) после факэмульсификации катаракты у пациентов с исходным роговичным астигматизмом.

#### **Материалы и методы**

За период с августа 2009 по февраль 2010 года в Хабаровском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» по данной технологии было прооперировано 37 пациентов (37 глаз) с роговичным астигматизмом от 2,0 до 4,5 дптр, в возрасте от 35 до 74 лет (в среднем  $56 \pm 9,4$  года). Группа пациентов была представлена в 27 случаях (73 %) глазами с прямым астигматизмом, на 7 глазах (18,9 %) имеется косой астигматизм и на 3 глазах (8,1 %) был обратный астигматизм. На одном глазу в прошлом была проведена рефракционная операция – радиальная кератотомия.

Во всех случаях была имплантирована ИОЛ «AcrySof Toric» модели T5 (возможность нейтрализации роговичного астигматизма 2,0–2,5 дптр). Торическая ИОЛ выполнена из акрилового полимера и имеет фильтры для ультрафиолетовой и голубой части спектра. На задней поверхности ИОЛ имеются метки оси цилиндра, что облегчает интраоперационную центрацию ее после имплантации в капсульный мешок. Патентованная конструкция гаптики ИОЛ обеспечивает центральное положение линзы в капсульном мешке и нейтрализует ее смещение вдоль оптической оси.

Интраоперационная разметка проводилась до начала операции при помощи кольца Мендеса (Hans Gender, GmbH). Для расчета рабочей оси линзы использовалась расчетная online номограмма, представленная компанией Alcon.

В предоперационном периоде всем больным осуществлялось общепринятое офтальмологическое обследование. Визометрию проводили монокулярно вдаль без коррекции и с максимальной коррекцией с использованием сменяющихся опто типов на фароптере АСР-6 (Торсон, Япония), рефрактометрию и офтальмометрию – с помощью авторефрактометра KR-3500 той же фирмы, эхобиометрию проводили на ультразвуковом А-скане Mentor A/P III, В-сканирование глазного яблока на аппарате Tomey UD-6000, тонометрию по методу Маклакова с грузом 10 г. Для биомикроскопии использовали щелевую лампу Carl Zeiss.

Всем пациентам в обязательном порядке проводилась кератотопография роговицы на приборе Tomey для выявления нерегулярности астигматизма и исследования силы роговицы в оптической зоне. Дан-

ные этого исследования как наиболее точные вводились в программу расчета положения оси ИОЛ.

В послеоперационном периоде на день выписки и через месяц после операции проводился анализ остроты зрения с коррекцией и без, сравнивалась степень исходного и остаточного астигматизма, оценивалась ротационная стабильность ИОЛ.

#### **Результаты и обсуждение**

В ранние сроки после операции (2–3-е сутки) у всех пациентов отмечалось ослабление оптической силы роговицы в меридиане проведения хирургического доступа. Степень индуцированного астигматизма на эти сроки колебалась в пределах 0,25–1,25 дптр (в среднем  $0,75 \pm 0,11$  дптр). Через месяц индуцированный астигматизм значительно уменьшился и составил 0–0,25 дптр (в среднем  $0,22 \pm 0,09$  дптр).

Динамика общего астигматизма глаза в течение первых дней через месяц после операции выглядела следующим образом. Было выявлено расчетное снижение роговичного астигматизма на 1,75–2,25 дптр (в среднем на  $1,86 \pm 0,18$  дптр) в первые дни после операции. При обследовании через месяц значения общего астигматизма снизились еще более значительно на 2,0–2,5 дптр по сравнению с исходными показателями (в среднем на  $2,32 \pm 0,18$  дптр).

Острота зрения без коррекции в раннем послеоперационном периоде колебалась от 0,3 до 1,0. В соответствии с предварительными расчетами у большинства пациентов (30 человек – 81 %) была получена небольшая миопия в пределах 0,25–1,0 дптр, у остальных 7 человек (19 %) получена эмметропическая рефракция.

У большинства пациентов (29 человек – 78,4 %) через месяц после операции достигнута почти полная нейтрализация роговичного астигматизма и острота зрения со сферической коррекцией от –0,25 до –1,0 дптр составила 0,8–1,0. У 6 пациентов (16,2 %) острота зрения со сферической коррекцией составила 0,5–0,6, а для достижения более высоких ее значений (0,8–1,0) им потребовалась дополнительная цилиндрическая коррекция. Это обусловлено тем, что исходный роговичный астигматизм превышал оптическую силу имплантированной цилиндрической ИОЛ на 0,75–1,25 дптр. Еще у 2 человек (5,4 %) острота зрения с максимальной коррекцией не превышала 0,5–0,6, что связано с наличием у этих пациентов амблиопии.

Биомикроскопия, проводившаяся в раннем послеоперационном периоде и через 1 месяц после операции, показала отсутствие ротации линзы в капсульном мешке.

Таким образом, имплантация ИОЛ AcrySof Toric является одним из эффективных способов одновременной коррекции афакии и роговичного астигматизма у пациентов, оперированных по поводу катаракты методом ФЭК, так как позволяет значительно улучшить остроту зрения с коррекцией и без нее и значительно сократить сроки медико-социальной реабилитации данной категории пациентов.

### Список литературы

1. Малюгин, Б. Э. Методическое обоснование, результаты метода по лиартифакии для одномоментной коррекции афакии и астигматизма при факоэмульсификации катаракты / Б. Э. Малюгин, В. О. Филиппов, А. Н. Бессарабов // *Офтальмохирургия и терапия*. – 2004. – № 3. – С. 12–18.
2. Малюгин, Б. Э. Первый опыт коррекции роговичного астигматизма при факоэмульсификации с помощью сфероцилиндрических ИОЛ / Б. Э. Малюгин, В. О. Филиппов // *Новое в офтальмологии*. – 2001. – № 1. – С. 15–16.
3. Тахчиди, Х. П. Интраоперационная коррекция в хирургии осложненной катаракты / Х. П. Тахчиди, Э. В. Егорова, А. И. Толчинская. – М., 2004. – 176 с.
4. Хоффман, Р. С. Нормализация зрения пациентов после удаления хрусталика и имплантации ИОЛ [Электронный ресурс] / Р. С. Хоффман, Г. Файн, М. Пакер. – Режим доступа: <http://www.eyenews.ru>.
5. Эль Маатауи, Л. М. Профилактика индуцированного и коррекция исходного роговичного астигматизма при факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ: дис. ... канд. мед. наук / Л. М. Эль Маатауи. – 2002. – С. 56–61.
6. Manalis, N. Correction of astigmatism during cataract surgery / N. Manalis // *J. of Cataract & Refractive Surgery*. – 2009. – Vol. 35. – P. 403–404.
7. Mendicute, J. Toric intraocular lens versus opposite clear corneal incisions to correct astigmatism in eyes having cataract surgery / J. Mendicute // *J. of Cataract & Refractive Surgery*. – 2009. – Vol. 35. – P. 451–458.
8. Novis, C. Astigmatism and toric intraocular lenses / C. Novis // *Curr. Opin. Ophthalmol.* – 2007. – Vol. 11, № 1. – P. 47–50.
9. Stefens, S. Торическая ИОЛ «Акрисоф» обеспечивает высокий уровень независимости от очковой коррекции. ИОЛ [электронный ресурс] / S. Stefens. – Режим доступа: <http://www.esrcs.org>.

УДК 616.341-006.6

## **Карциноиды тонкой кишки: клиника, диагностика, результаты лечения**

**В.Л. Коваленко\*, К.Н. Тирон**

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,  
ФГУ «301 Окружной военный клинический госпиталь ДВО» МО РФ,  
г. Хабаровск

**V.L. Kovalenko, K.N. Tiron**

**Carcinoid of the Small Intestine – Clinical Picture, Diagnosis, Treatment Results**

### Резюме

Авторы приводят данные литературы и собственные результаты диагностики и лечения больных с карциноидными опухолями тонкой кишки. Демонстрируют длительную (более 10 лет) выживаемость больной карциноидной опухолью с метастазами в печень, достигнутую благодаря применению современного метода лечения – внутривенной химиотерапии.

**Ключевые слова:** карциноидная опухоль, диагностика, лечение.

### Summary

The authors of the article present scientific data and results of diagnosis and treatment of carcinoid tumors of the small intestine in patients. There was demonstrated a long-term (more than 10 years) survival of patients with carcinoid tumor with liver metastases, achieved through the use of modern methods of treatment - intrahepatic chemotherapy.

**Key words:** carcinoid tumor, diagnosis, treatment.

Карциноид – своеобразная относительно редко встречающаяся опухоль (0,1–0,5 % от всех опухолей), которая развивается из клеток диффузной нейроэндокринной системы. Впервые карциноид описал Любарш в 1888 г. [1] как особый вид опухоли, обладающей инфильтрирующим ростом с редким ме-

тастазированием. Термин «карциноид» предложен S. Oberndorfer в 1907 г.

Этиология и патогенез карциноидов до конца неясен. У большинства больных (90 %) карциноиды встречаются в органах желудочно-кишечного тракта, значительно реже (10 %) – в бронхолегочной системе

\* kov-onc@mail.ru

[1, 9]. Первичная опухоль, расположенная в желудочно-кишечном тракте, чаще всего выявляется в тонкой (42 %) и прямой кишке (27 %), реже – желудке (9 %) [5, 6]. Карциномы, в соответствии с развитием из тех или иных отделов эмбриональной кишечной трубки, делятся на верхние, средние и нижние. Карциномы составляют 1–2 случая на 100 тыс. населения: верхние 2–9 %, средние 75–87 %, нижние 1–8 %, неизвестной локализации 2–15 % [4].

К верхним карциномам относят опухоли легкого, тимуса, желудка, поджелудочной железы. Для этой локализации характерна низкая секреция серотонина, повышенная секреция гистамина и различных гормонов, что клинически проявляется атипичным течением карциномидного синдрома, часто выявляются метастазы в кости. Средние карциномы локализуются в тонкой и правых отделах толстой кишки, обычно сопровождаются карциномидным синдромом. При нижних карциномах опухоль выявляется в левой половине ободочной кишки или в прямой кишке. Для этой локализации не характерен карциномидный синдром, но более высока частота метастазирования в печень. Прогноз заболевания обусловлен распространенностью процесса. При наличии только первичной опухоли 5-летняя выживаемость составляет 94 % (до 75 % при карциноме тонкой кишки, до 99 % при поражении аппендикса). При вовлечении в процесс регионарных лимфоузлов 5-летняя выживаемость снижается до 64 % (для опухолей желудка – до 23 %). У пациентов с отдаленными метастазами выживаемость не превышает 18 %. Для всех стадий благоприятный прогноз наблюдается при поражении аппендикса (99 %), бронхов (87 %), прямой кишки (83 %), далее – толстой и тонкой кишки (52–54 %) и желудка (52 %) [4].

Особенностями карциномидных опухолей тонкой кишки считаются:

1) длительное бессимптомное (до 10 лет и более) развитие опухоли, которая чаще всего диагностируется в связи с возникновением таких осложнений, как кишечная непроходимость, кишечное кровотечение, реже – случайно во время абдоминальной операции или на аутопсии [4, 5, 7, 9];

2) развитие у 10–15 % больных карциномидного синдрома, клинически проявляющегося приступами гиперемии кожи лица, образованием телеангиоэктазий, обильным потоотделением, диареей, бронхоспазмом вследствие выработки опухолью биологически активных веществ (серотонин, гистамин, простагландины и др.). Считается, что карциномидный синдром проявляется при наличии распространенной опухоли и особенно метастазов в печень [4, 7, 9];

3) варибельность течения, от доброкачественного до злокачественного, определяется отсутствием или наличием метастазирования (50–70 % больных) в регионарные лимфатические узлы либо в отдаленные органы (преимущественно в печень, реже – в легкие и кости) [1, 2, 4, 6, 7, 9]. Отличить эти два варианта гистологически весьма сложно;

4) микроскопически наиболее типичным является аргантофинный карциномид альвеолярного строения с палисадообразным расположением мноморфных клеток по периферии опухолевых тяжей [2, 3, 4];

5) обнаружение в моче больных метаболита серотонина 5-гидроксииндолуксусной кислоты [1, 4, 9].

При функционирующем карциноме продуцируется ряд биологически активных субстанций: серотонин, гистамин, простагландины, адреноректоротропный гормон, гастрин, кальцитонин, гормоны роста и другие биогенные пептиды. Присутствие в крови той или иной комбинации нейропептидов и определяет специфическую клинику карциномидного синдрома.

Хотя карциномидные опухоли известны с начала века, сам синдром был описан впервые лишь в 1954 г. группой исследователей под руководством А. Waldenstrom. Принято считать, что ключевую роль в его клинике и патогенезе играет серотонин. Выраженность проявлений синдрома напрямую коррелирует с размером опухоли и наличием метастазов (особенно при их локализации в печени). Основными проявлениями синдрома являются приливы, диарея, боли в животе, бронхоспазм, изменения сердца и тремор. Характерно развитие белковой недостаточности вследствие повышенного потребления триптофана на синтез серотонина [3].

К функционирующим следует отнести также карциномид со «скрытым синдромом», при котором повышение биохимических маркеров не сопровождается клиническими проявлениями. Наиболее опасным следствием функционирующего карциноида является характерное поражение сердца – карциномидный кардиальный синдром (синдром Хедингера), который в ряде случаев имеет фатальные последствия [7]. Воздействие высоких концентраций биологически активных субстанций, продуцируемых опухолью, на мышечную и соединительную ткань сердца приводит к развитию фиброзных изменений в эндо- и миокарде правых отделов сердца, недостаточности его клапанов и последующей сердечной недостаточности. Характерны стеноз и недостаточность трехстворчатого клапана и клапана легочной артерии. Однако основной причиной гибели больных является недостаточность правого желудочка.

Вероятность повреждения сердца высока в тех случаях, когда значимо повышенный (более 75 мг/сут) уровень 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ГИУК) определяется в моче в течение длительного времени, и маловероятна, если суточная экскреция 5-ГИУК низкая (менее 50 мг/сут). Всем больным с карциномидным синдромом в обязательном порядке должна быть выполнена эхокардиография, которая позволяет не только выявить развитие повреждений сердца на ранних этапах, но и вовремя начать соответствующее лечение.

Примерно у половины больных, особенно при наличии синдрома, наблюдается избыточное образование фиброзной ткани с развитием интраабдоминаль-

ного и ретроперитонеального фиброза, болезни Пейрони, артропатий и тромбоза мезентериальных сосудов. Осложнениями ретроперитонеального фиброза является мезентериальная ишемия, спаечная стриктура мочеточников. Развившийся фиброз может затруднять объективную оценку размеров опухоли. Более редко развивается легочный фиброз [4]. Эффективных препаратов для лечения этих осложнений не существует, поэтому значительную роль играет своевременное назначение аналогов соматостатина (октреотида и его пролонгированных форм), которые потенциально снижают темпы развития фиброза. Их эффективность продемонстрирована в ряде исследований, проведенных в Европе и США [10].

Диагноз функционирующего карциноида базируется на определении специфических биохимических маркеров: 5-ГИУК и хромогранин А (ХГ-А). По уровню 5-ГИУК в суточной моче можно судить об уровне циркулирующего в крови серотонина: чувствительность метода составляет 73 %, специфичность – 100 %. Уровень 5-ГИУК прямо коррелирует с выраженностью симптомов карциноида и является маркером эффективности лечения. Выявление повышенного уровня 5-ГИУК позволяет своевременно назначить лекарственное лечение, предотвратить или приостановить развитие кардиальных и фиброзных изменений.

Основной метод лечения карциноидной опухоли – хирургический. Пятилетняя выживаемость после радикальных операций составляет 70–90 %, а при наличии отдаленных метастазов – около 2 лет [8]. Карциноид не чувствителен к лучевой терапии. До настоящего времени нет эффективных методов химиотерапии, хотя определенное воздействие оказывают такие препараты, как 5-фторурацил, циклофосфан, доксорубин, метотрексат, заносар [1, 8].

Приводим наши наблюдения.

Больной А., 18 лет, поступил в хирургическое отделение 26.02.1991 с жалобами на вздутие и схваткообразные боли в правой половине живота, задержку газов. Болен с июля 1989 г., когда стали беспокоить периодические схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся затрудненным отхождением газов. Дважды госпитализировался по месту жительства, где получал лечение по поводу аппендикулярной колики, пищевого отравления. С января 1991 г. боли участились, а с 25.02.1991 стали постоянными, не купируемыми консервативными средствами. Доставлен в госпиталь с диагнозом кишечной непроходимости.

При поступлении живот вздут, преимущественно за счет правой половины, в акте дыхания участвует неравномерно. На расстоянии слышны кишечные шумы. При осмотре в правой подвздошной области видны волны усиленной перистальтики кишки. Пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный, в правой половине определяется «шум плеска». Печень не увеличена. На обзорной рентгенограмме определяются тонкокишечные горизонтальные уровни. В анализе крови лейкоцитоз  $17,3 \times 10^9/\text{л}$ .

Срочно оперирован с диагнозом острой обтурационной тонкокишечной непроходимости. В брюшной полости 100 мл серозной жидкости, в 50 см от илеоцекального угла подвздошная кишка обтурирована плотной эндофитной циркулярной опухолью размером  $2 \times 1,5$  см. Кишка выше опухоли значительно увеличена в объеме, содержит жидкость, ниже опухоли – спавшаяся. Раздутый кишечник опорожнен через назогастроинтестинальный зонд (удалено около 3 л жидкого кишечного содержимого). При дальнейшей ревизии брюшной полости обнаружены мелкие множественные метастазы по поверхности обеих долей печени, канцероматоз брюшины малого таза. Результат экспресс-биопсии образований печени: метастазы карциноида. Операция закончена резекцией 50 см тонкой кишки и наложением анастомоза «бок в бок». При гистологическом исследовании резецированной кишки установлен карциноид с прорастанием мышечного слоя. Послеоперационное течение без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии. Спустя 7 лет состояние пациента удовлетворительное, признаков онкологического заболевания нет.

Это наблюдение согласуется с данными литературы, указывающими на возможность у некоторых больных регрессии отдаленных метастазов карциноида после удаления первичной опухоли [1].

Больной Д., 49 лет, поступил в хирургическое отделение 25.11.1993 с жалобами на редкие схваткообразные боли в животе и рвоту. Впервые боли в животе появились около 2 недель назад, носили неинтенсивный характер, сопровождались метеоризмом. Госпитализирован для обследования и лечения. При поступлении состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Внутренние органы без особенностей. Живот вне приступа более обычной формы, при пальпации мягкий безболезненный. 07.12.1993 возник приступ схваткообразных болей в животе с типичной картиной тонкокишечной непроходимости, подтвержденной рентгенологически.

Экстренная лапаротомия – в брюшной полости 150 мл серозного выпота, в 60 см от илеоцекального угла обнаружена циркулярная опухоль подвздошной кишки около 5 см в диаметре, прорастающая серозную оболочку, в корне брыжейки подвздошной кишки увеличенные лимфатические узлы. Проксимальнее опухоли кишка раздута (до 7 см в диаметре), содержит жидкость и газ. Произведены назогастроинтестинальная интубация, резекция 45 см подвздошной кишки с опухолью и конгломератом брыжеечных лимфатических узлов, энтеро-энтероанастомоз «бок в бок». Гистологическое заключение: карциноид с прорастанием всех слоев кишки, брыжейки и метастазами в лимфатические узлы. Послеоперационное течение без осложнений. Осмотрен через 5 лет: здоров.

Больная Д., 56 лет, медсестра, наблюдается у онколога с апреля 1996 г. С мая 1995 г. через месяц после холецистэктомии по поводу гангренозного холе-



цистита стала отмечать периодические боли в правой половине живота. Лечилась в поликлинике с диагнозом спаечной болезни. В связи с учащением и нарастанием болевых приступов, появлением признаков кишечной непроходимости госпитализирована в хирургическое отделение по месту жительства и 27.02.1996 в плановом порядке оперирована. При ревизии брюшной полости обнаружена опухоль подвздошной кишки с множественными метастазами в обе доли печени и массивным метастазом в корень брыжейки подвздошной кишки.

Операция ограничена наложением илеотрансверзоанастомоза и биопсией метастаза корня брыжейки. Гистологическое заключение: карциноид. Послеоперационное течение без осложнений. 01.04.1996 выполнена компьютерная томография печени, на которой подтверждено наличие множественных метастазов в обеих долях печени (рис. 1.). С мая по сентябрь 1996 г. проведено четыре курса системной полихимиотерапии по схеме: заносар, циклофосфан, 5-фторурацил по 1000 мг в 1-й и 8-й день внутривенно.



**Рис. 1. Компьютерная томография печени больной Д. Имеются множественные метастазы в обеих долях печени**

Повторная лапаротомия 04.11.1996. При ревизии органов брюшной полости в обеих долях печени выявлены множественные метастазы размером от нескольких миллиметров до 3–4,5 см, крупный (до 6 см в диаметре) метастатический узел в корне брыжейки подвздошной кишки, в области ранее «отключенной» части кишечника явления венозного стаза и выраженный спаечный процесс. С техническими трудностями выполнена правосторонняя гемиколэктомия с резекцией 130 см подвздошной кишки вместе с метастазом корня брыжейки. Гистологическое заключение: карциноид подвздошной кишки в 70 см от илеоцекального угла размером около 1 см с изъязвлением, прорастанием всей толщи стенки, массивным метастазом в брыжейку, спайки тонкой кишки с участками расстройства кровообращения и язвенно-гранулирующего воспаления. Послеоперационное течение без осложнений.



**Рис. 2. Ангиография печеночных сосудов больной Д. после катетеризации аорты по Сельдингеру**



**Рис. 3. Компьютерная томография печени больной Д. Полный регресс метастазов в печени после девяти курсов химиотерапии**

Ввиду отсутствия заносара до марта 1997 г. химиотерапию не проводили. В марте при осмотре самочув-

ствии больной удовлетворительное, прибавила в весе тела 5 кг, однако отмечала, что с февраля появились и нарастают общая слабость и тупые боли в области правого подреберья.

11.03.1997 госпитализирована для обследования и химиотерапии. При поступлении состояние больной удовлетворительное. Внутренние органы без особенностей. Стул кашицеобразный до 4–6 раз в сутки (синдром «укороченного кишечника»). Биохимические показатели крови, в том числе печеночные пробы, в норме. По данным иммунограммы выявлено угнетение всех показателей иммунной системы, лейкопения –  $2,8 \times 10^9/\text{л}$ . При УЗИ печени от 12.03.1997 и сравнении с данными от 30.10.1996 отмечена отрицательная динамика в виде увеличения ранее определяемых метастазов и появления новых.

На фоне проводимой терапии гепатопротекторами, антибиотиками, иммунной гемокоррекции (реферон, лейкомакс) после нормализации показателей лейкоформулы через аортальный катетер в систему печеночной артерии (рис. 2) 18.03. и 27.03.1996 введен заносар в дозах 300 мг и 1000 мг с последующей внутривенной инфузией 27.03.1997 циклофосфана и 5-фторурацила (по 1000 мг).

Спустя 5 суток после повторной внутриартериальной химиотерапии состояние больной стало прогрессивно ухудшаться за счет печеночной недостаточности на фоне выраженной иммунодепрессии. Отмечалось резкое повышение активности трансаминаз и данных печеночных проб. Несмотря на проводимую антибактериальную, инфузионную терапию, ингибиторы ферментов, ГБО, плазмаферез, иммунокоррекцию, у больной развился острый сепсис с множественными гнойными очагами в подкожной клетчатке, которые были вскрыты 08, 11 и 16.04.1997. 18 апреля на фоне тяжелого септического состояния возникла острая спаечная тонкокишечная непроходимость, консервативное лечение которой оказалось неэффективным.

19.04.1997 выполнена лапаротомия, устранение спаечной непроходимости, трансанальная интубация кишечника. Во время операции осмотрена левая доля печени – визуально и пальпаторно метастазы в ней не определялись (правую долю осмотреть не удалось из-за окутывания ее большим сальником).

Течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периода крайне тяжелое с развитием полиорганной недостаточности, преимущественно дыхательной (пневмония, экссудативные плевриты, гнойный трахеобронхит), почечной (олигурия, выраженная азотемия) и сердечной (инфекционно-токсический

миокардит). В течение 35 суток проводили ИВЛ через трахеостому. Интенсивная терапия, включающая антибиотики (три антибиотика, диоксидин, метронидазол внутривенно), переливание антистафилококковой и одногруппной плазмы, введение гамма-глобулина, плазмаферез, УФО крови, экстракорпоральное подключение ксеноселезенки (свиной) (17.04 и 22.04.1997) привели к постепенному выздоровлению.

Компьютерная томография печени 30.05.1997 показала значительную регрессию мелких и крупных метастазов печени. Больная выписана домой 19.06.1997 в относительно удовлетворительном состоянии при нормальных показателях клинических и биохимических анализов крови. С сентября 1997 г. ей продолжена внутривенная системная химиотерапия по вышеприведенной схеме. Лечение закончено в мае 1998 г. после 4 курсов полихимиотерапии (всего проведено 9 курсов). При анализе контрольных компьютерных томограмм отмечается дальнейшая регрессия метастатических очагов печени, 25.05.1998 очаги в паренхиме печени не определяются (рис. 3).

В настоящее время, в январе 2010 г., через 13 лет после оперативного лечения карциноида подвздошной кишки с множественными метастазами в печень пациентка жива и ее состояние относительно удовлетворительное.

Таким образом, приведенные клинические наблюдения карциноида тонкой кишки показывают:

- 1) наличие распространенного опухолевого процесса с поражением печени не является обязательным условием развития карциноидного синдрома;
- 2) во всех наших наблюдениях клинические проявления заболевания были обусловлены развитием кишечной непроходимости;
- 3) злокачественное течение опухоли с поражением отдаленных органов и (или) регионарных лимфатических узлов;
- 4) иногда после удаления первичной опухоли возможна регрессия отдаленных метастазов (первый больной), либо, несмотря на удаление первичной опухоли, при отсутствии противоопухолевой лекарственной терапии наблюдаются дальнейший рост метастазов, появление новых (третья больная);
- 5) при распространенной опухоли с поражением отдаленных органов показано удаление первичной опухоли с назначением адъювантной полихимиотерапии;
- 6) при метастазах карциноида в печень высокоэффективным методом лечения является регионарная внутриартериальная химиотерапия.

## Список литературы

1. Андрианов, А. В. Множественные карциноиды тонкой кишки / А. В. Андрианов, С. Я. Иванов // *Хирургия*. – 1992. – № 3. – С. 109–110.  
2. Дерижанова, И. С. О гистологической классификации карциноидных опухолей / И. С. Дерижанова

ва // *Арх. патологии*. – 1979. – № 3. – С. 18–24.  
3. Дробни, Ш. Хирургия кишечника / Ш. Дробни. – *Будапешт: Изд-во Акад. наук*, 1983. – С. 138–140.  
4. Клинический случай карциноида тонкой кишки / И. А. Лурин, Я. Л. Заруцкий, А. А. Шудрак и

др. // Колопроктология. – 2009. – № 4. – С. 46–50.

5. Кургузов, О. П. Злокачественные опухоли тонкой кишки / О. П. Кургузов, Н. А. Кузнецов, Е. Г. Артюхина // Хирургия. – 1990. – № 3. – С. 128–134.

6. Ладур, А. И. Паллиативная резекция тонкой кишки по поводу первично-множественного злокачественного карциноида / А. И. Ладур, С. Э. Золотухин, В. А. Тимошук // Клин. хирургия. – 1998. – № 5. – С. 45.

7. Логинов, А. С. Диагностика трех случаев карциноида / А. С. Логинов, Г. В. Сухарева, С. Д. Шепелева // Терапевт. арх. – 1998. – № 2. – С. 62–67.

8. Первый опыт внутриартериальной химиотерапии метастазов карциноида подвздошной кишки в печень / В. Л. Коваленко, С. В. Колбин, А. Д. Степанов и др. // Дальневост. мед. журн. – 1997. – № 4. – С. 12–14.

9. Симоненко, В. Б. Карциноидные опухоли / В. Б. Симоненко, П. А. Дулин, М. А. Маканин // Клин. медицина. – 1998. – № 12. – С. 57–59.

10. Soga, J. Carcinoids of the colon and ileocecal region: a statistical evaluation of 363 cases collected from the literature / J. Soga // J. exp. Clin. Oncol. – 1998. – Vol. 17, № 2. – P. 139–148.

**УДК 616.441-053.2(571.620):31**

## **Патология щитовидной железы у детей на территории Хабаровского края: статистика и оценка ситуации**

**И.К. Присяжнюк, Г.А. Лузянина, К.П. Топалов\***

ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК,

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

**I.K. Prisyazhnyuk, G.A. Luzyanina, K.P. Topalov**

**Thyroid Pathology in Children in the Khabarovsk Territory: Statistics and Estimation**

### **Резюме**

В статье дан анализ структуры детского населения Хабаровского края за 1992–2009 гг. Проведен системный анализ состояния эндокринологической помощи детям за 1992–2009 гг. Дана статистика и оценка ситуации с патологией щитовидной железы среди детей и подростков по основным нозологическим формам за 2000–2009 гг.

**Ключевые слова:** эндокринные болезни у детей, патология щитовидной железы в детском возрасте.

### **Summary**

The article analyzes the structure of children population of the Khabarovsk territory in 1992–2009. A systematic analysis of endocrinological care for children in 1992–2009 is performed. The statistics and assessment of the situation concerning thyroid pathology of the main nosologic forms in children and adolescents during 2000–2009 is also presented.

**Key words:** endocrine diseases in children, thyroid pathology in children.

Демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения России, остаются низкими по сравнению с зарубежными странами. Такая ситуация характерна не только для взрослого населения, но и для детей и подростков, составляющих генофонд России. Это связано с социально-экономическими переменами и накопившимися проблемами в здравоохранении. Особенно остро эти вопросы касаются Дальневосточного федерального округа, в частности Хабаровского края, где выражены миграционные оттоки, сокращается численность населения, снижается качество жизни, растёт общая и первичная заболеваемость населения. Особое

внимание заслуживают патология системы кровообращения, новообразования, болезни костно-мышечной системы, а также микронутриентная недостаточность, в частности ликвидация дефицита йода.

За 15 лет проблема ликвидации дефицита йода и ассоциированных с ним спектра заболеваний щитовидной железы в России не решена по многим причинам. Дефицит йода до настоящего времени остаётся острой проблемой для оценки состояния населения, особенно в группах критического (дети, подростки) и повышенного риска (беременные, кормящие матери, новорожденные).

\* ktopalov@mail.ru

В структуре эндокринных заболеваний у детей и подростков Хабаровского края преобладает патология щитовидной железы (ЩЖ), гормоны которой являются жизненно важными для растущего организма, особенно плода [3]. Йоддефицитный фон создает угрозу развития гипотиреоидных состояний и заболеваний; провоцирует тиреотоксические аденомы ЩЖ, гиперплазию паренхимы железы, узловую трансформацию; является фактором риска аутоагрессивных, аутоиммунных заболеваний [7].

Хабаровский край, как и многие территории России, относится к регионам легкого йодного дефицита [1]. Эффект йодного дефицита усиливается при наличии материнского и фетального гипотиреоидизма, что, в свою очередь, способствует врожденному дизонтогенезу высших психических функций, формированию состояний умственной отсталости различной степени, при легких формах – пограничных или частичных нарушений интеллекта.

Многочисленные исследования показали, что в последние годы наблюдается устойчивый рост числа детей с заболеваниями щитовидной железы [4, 5], и это связано непосредственно с йодным дефицитом в большинстве субъектов Российской Федерации. Рост патологии ЩЖ обусловлен недостаточной эффективностью проводимых корригирующих мероприятий вследствие отсутствия сведений об истинной распространенности данной патологии, несовершенства системы диагностических и лечебно-профилактических медицинских услуг.

Экологическая обстановка во многих субъектах РФ, в том числе и Хабаровском крае, остается сложной; она характеризуется многофакторностью йодных и эндо-экзогенных воздействий на человека, особенно на растущий детский организм. Именно по этой причине маркером экологического благополучия региона следует считать распространенность эндокринной патологии у детей, особенно заболеваний ЩЖ [6,8].

#### Цель исследования

Изучить динамику и структуру детского населения Хабаровского края за 1992–2009 годы; дать характеристику распространенности нозологических форм заболеваний щитовидной железы у детей и подростков среди всей эндокринной патологии.

#### Материалы и методы

Была изучена динамика населения детского (0–14 лет) и подросткового (15–17 лет) возраста Хабаровского края за период с 1992 по 2009 гг. на основании анализа данных статистического управления Хабаровского края. Распространенность и заболеваемость эндокринной патологией, в том числе болезнями щитовидной железы, изучалась на основе ежегодных статистических отчетов медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ). Статистические расчеты проводили с использованием программного пакета MS Excel. Использован клинический опыт работы с больными детьми с патологией ЩЖ в стационаре и поликлинике.

#### Результаты

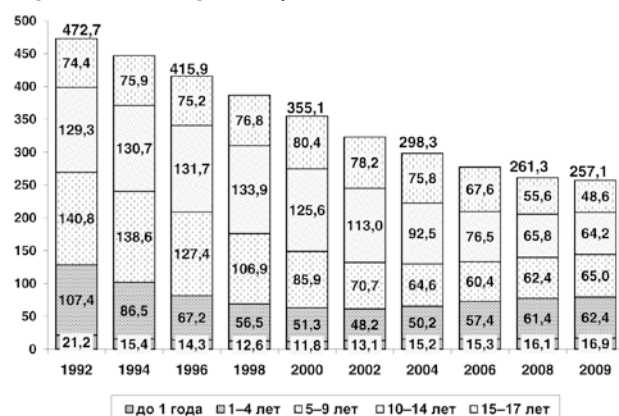
В структуре всего населения Хабаровского края (1 401 915 человек) на 1 января 2009 г. дети (0–14 лет) составили 14,9 % (208,5 тыс.), подростки (15–17 лет) – 3,5 % (48,6 тыс.); в РФ соответственно 14,8 и 3,9 %. За изучаемый период (1992–2009 гг.) детское население сократилось на 45,6 %, или на 2,5 % ежегодно (диаграмма 1).

Самая низкая численность детей до года жизни была зарегистрирована в 2000 г. (11,3 тыс.); в 2009 г. число детей первого года жизни сократилось на 44,3 % по сравнению с 1992 г. С 2000 г. ежегодно темпы роста детей до года жизни составили 4,32 %. Количество детей в возрасте 1–4 лет за 1992–2009 гг. сократилось на 41,9 %; самая низкая их численность была выявлена в 2002 г. С 2003 г. ежегодный темп их роста составил 4,21 %.

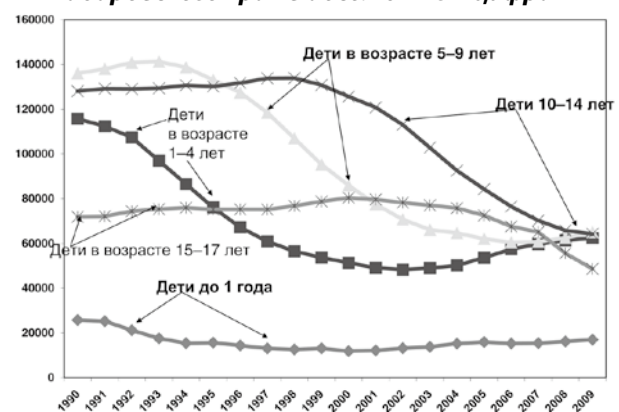
Количество детей в возрасте 5–9 лет за 1992–2009 гг. сократилось на 53,8 %: минимальная их численность была зарегистрирована в 2006 г.; с 2007 г. ежегодные темпы роста детей этого возраста составили 2,54 %.

Численность детей 10–14 лет с 1992 г. сократилась на 50,3 %; ежегодные темпы снижения составили 2,8 %. Количество детей в возрасте 15–17 лет снизилось за 1992–2009 гг. на 34,7 %; ежегодные темпы снижения составили 1,93 %.

**Диаграмма 1**  
**Структура детского населения Хабаровского края на 1 января текущего года, тыс. человек**



**Диаграмма 2**  
**Структура детского населения Хабаровского края в абсолютных цифрах**



Анализ кривых (диаграмма 2) в зависимости от возраста детей показал, что снижение численности на протяжении 7–10 лет каждой возрастной группы задерживается на 3–5 лет. Поэтому прогноз на увеличение детского контингента в целом в течение ближайших 7–10 лет не предвидится.

Уровень заболеваемости эндокринной патологией по обращаемости (общая заболеваемость или распространенность) детей и подростков в течение последних 18 лет (1992–2009 гг.) вырос в 4,1 раза. Темпы роста распространенности эндокринной патологии у подростков были выше, чем у детей, в 1,4–1,5 раза (диаграмма 3).

**Диаграмма 3**

**Распространенность (болезненность) эндокринной патологии среди детского населения Хабаровского края (на 1000 детей соответствующего возраста)**



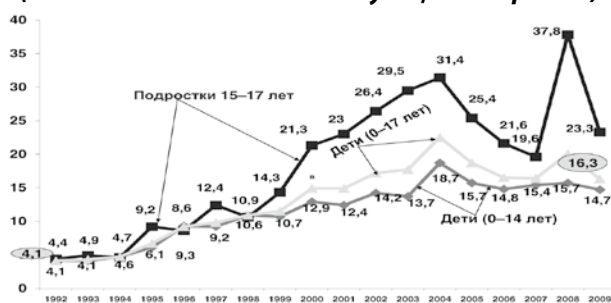
При анализе общей заболеваемости по двум периодам времени выявлено, что в 1992–2000 гг. распространенность эндокринными болезнями увеличилась у детей (0–14 лет) в 3 раза, среди подростков (15–17 лет) – в 4,4 раза; в 2001–2009 гг. общая заболеваемость выросла соответственно на 21,3 и 10,3 %. Выше краевого значения за 2009 г. (38,2 случая на 100 тыс. детского населения в возрасте 0–17 лет) болезненность эндокринными болезнями была зарегистрирована в районе им. П. Осипенко (75,5), Охотском районе (75,3), Хабаровске (43,9) и Комсомольске-на-Амуре (42,2). Подобная картина наблюдалась и в 2008 г.: при краевом значении в 42,2 случая на 100 тыс. детей в возрасте 0–17 лет общая заболеваемость в вышеперечисленных муниципальных образованиях составила соответственно 75,1; 81,4; 45,7 и 43,8 случая на 100 тыс. детей в возрасте 0–17 лет.

Показатели распространенности эндокринной патологии среди детей в возрасте 0–14 лет в крае ниже, чем в РФ, где этот показатель в течение 2004–2008 гг. остается на уровне 43–44 случая на 100 тыс. соответствующего возраста.

Уровень первичной заболеваемости эндокринной патологией детей подросткового возраста (диаграмма 4) во все годы был в 1,4–1,5 раза выше уровня заболеваемости детей (от 0 до 14 лет).

При анализе заболеваемости по двум периодам времени оказалось, что в 1992–2000 гг. показатели первичной заболеваемости выросли у подростков

**Диаграмма 4**  
**Заболеваемость эндокринными болезнями с впервые установленным диагнозом среди детского населения Хабаровского края (на 1000 детей соответствующего возраста)**

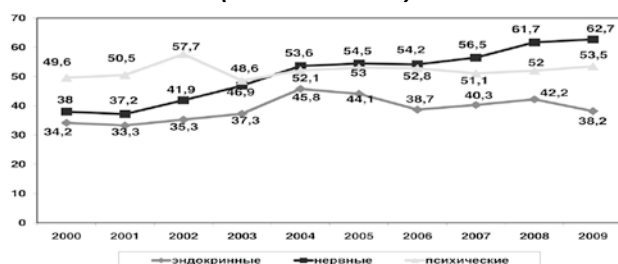


в 4,8 раза, у детей соответственно в 3,1 раза; в 2001–2009 гг. эти показатели соответственно увеличились на 14 и 9,4 %. Выше краевого показателя (16,3 случая на 100 тыс. детского населения в возрасте от 0 до 17 лет) первичная заболеваемость эндокринными болезнями в 2009 г. была зарегистрирована в Комсомольске-на-Амуре (35,9), Аяно-Майском районе (20,1), Хабаровске (19,1). Подобная картина наблюдалась и в 2008 г.: при краевом значении 20,1 случая на 100 тыс. детей в возрасте 0–17 лет было зарегистрировано в Комсомольске-на-Амуре и Хабаровске соответственно 33,3 и 18,3 случая на 100 тыс. детей в возрасте 0–17 лет; в Охотском районе – соответственно 23,4 случая. Это обусловлено наличием врачей-эндокринологов в Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре, выездами специалистов в районы края.

Между коэффициентами общей и первичной заболеваемости в динамике за изучаемый период отмечается прямая отчетливая корреляционная зависимость: среди детей в возрасте 0–14 лет ( $r_{xy} = 0,85, p < 0,001$ ), среди подростков ( $r_{xy} = 0,64, p < 0,05$ ).

Показатели первичной эндокринной патологии среди детей в возрасте 0–14 лет в крае ниже, чем в РФ, где этот показатель в течение 2004–2008 гг. остается на уровне 18,2–18,6 случая на 100 тыс. соответствующего возраста. При изучении связи между общей заболеваемостью эндокринной патологией и нервными болезнями и психическими расстройствами установлено, что в возрасте 0–17 лет наблюдается отчетливая тенденция к росту перечисленных болезней (диаграмма 5).

**Диаграмма 5**  
**Болезненность эндокринными, нервными и психическими болезнями среди детского населения в возрасте 0–17 лет (на 1000 детей)**



Имеется четкая корреляционная связь между распространенностью эндокринной патологии и психическими расстройствами среди подростков ( $r_{xy} = 0,84$ ,  $t = 4,30$ ), а также между первичной заболеваемостью эндокринной патологией и психическими расстройствами ( $r_{xy} = 0,54$ ,  $t = 1,82$ ).

Патология ЩЖ йоддефицитной этиологии является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний среди детского населения в

возрасте 0–17 лет. Темпы ее снижения у подростков оказались ниже, чем у детей от 0 до 14 лет, в 2,1 раза. При анализе в динамике отмечено достоверное снижение патологии ЩЖ среди детей 0–14 лет ( $t = 8,78$ ) и подростков ( $t = 4,15$ ). Однако с учетом структуры детского контингента отмечено (табл. 1), что в возрастных группах 0–4 лет и 10–14 лет наблюдается рост болезней ЩЖ (соответственно  $t = 2,39$ ,  $p < 0,05$  и  $t = 1,96$ ,  $p < 0,05$ ).

Таблица 1

**Распространенность патологии ЩЖ среди детей Хабаровского края  
(на 100 тыс. детского населения)**

Годы	0–4 лет		5–9 лет		10–14 лет		15–17 лет	
	М	± m	М	± m	М	± m	М	± m
2000	11,3	4,26	570,3	26,42	1114,3	30,07	2703,3	58,13
2001	53,9	9,38	753,1	31,88	1151,2	31,38	2063,1	51,13
2002	40,3	8,06	361,1	22,98	1697,4	39,66	2527,2	57,05
2003	31,2	6,99	267,7	20,24	1393,3	37,77	2816,7	60,72
2004	22,2	5,74	336,4	23,05	1419,6	40,07	2820,4	61,68
2005	31,0	6,60	251,6	20,27	1572,3	44,23	2425,9	58,85
2006	71,7	9,85	371,5	24,77	1255,7	41,38	2115,3	57,17
2007	90,4	10,89	449,8	27,03	1475,6	46,59	2325,8	62,93
2008	65,0	9,11	389,3	24,72	1380,3	46,09	2580,4	70,39
2009	29,0	6,05	289,3	21,10	1217,8	43,55	2480,5	71,46
t Стьюдента	2,39		8,31		1,96		2,42	

Таблица 2

**Болезненность (распространенность) патологии ЩЖ среди детского населения Хабаровского края**

Годы	0–4 лет			5–9 лет			10–14 лет			15–17 лет		
	на 100 тыс.	± m	t	на 100 тыс.	± m	t	на 100 тыс.	± m	t	на 100 тыс.	± m	t
<b>Патология щитовидной железы в целом</b>												
2000–2004	73,5	10,77		523,4	27,23		1505,7	37,54		2992,8	62,27	
2005–2009	149,3	14,04	4,28	416,0	25,82	–2,86	1614,4	47,96	1,78	2746,5	68,33	–2,66
<b>Болезненность диффузным зобом</b>												
2000–2004	31,6	7,06		470,1	25,81		1341,7	35,44		2582,3	57,75	
2005–2009	57,5	8,71	2,31	349,9	23,68	–3,43	1387,0	44,46	0,80	2374,0	63,52	–2,43
<b>Болезненность многоузловым зобом</b>												
2000–2004	0,6	1,00		3,1	2,10		19,8	4,31		92,2	10,91	
2005–2009	2,6	1,87	0,94	2,6	2,03	–0,17	37,9	7,35	2,12	83,3	11,90	–0,55
<b>Болезненность субклиническим гипотиреозом</b>												
2000–2004	20,2	5,65		23,0	5,70		48,5	6,74		98,2	11,26	
2005–2009	71,5	9,71	4,57	32,7	7,24	1,05	55,9	8,92	0,66	127,8	14,74	1,60
<b>Болезненность тиреотоксикозом</b>												
2000–2004	0,0	0,00		5,7	2,83		27,7	5,09		49,6	8,00	
2005–2009	0,5	0,83	0,60	5,1	2,87	–0,15	30,2	6,56	0,30	39,8	8,22	–0,85
<b>Болезненность тиреоидитом</b>												
2000–2004	6,3	3,16		17,9	5,03		65,0	7,80		166,9	14,68	
2005–2009	1,8	1,56	–1,28	19,9	5,64	0,26	100,9	11,99	2,51	118,30	14,18	–2,38

В остальных возрастных группах достоверное снижение общей заболеваемости патологией ЩЖ. В табл. 2 представлены данные по структуре патологии ЩЖ.

Анализ общей заболеваемости патологией ЩЖ в зависимости от двух изучаемых периодов показал, что увеличение патологии ЩЖ в возрасте 0–4 лет ( $t = 4,28$ ) обусловлено достоверным увеличением частоты диффузного зоба ( $t = 2,31$ ), субклинического гипотиреоза ( $t = 4,57$ ). Наблюдаемая тенденция к росту общей заболеваемости в возрасте 10–14 лет обусловлена достоверным ростом частоты многоузлового зоба ( $t = 2,12$ ) и тиреоидита ( $t = 2,51$ ). В возрастных группах 5–9 и 15–17 лет выявлено снижение общей заболеваемости патологией, в том числе всей изучаемой структуры болезней ЩЖ, обусловленной йодной недостаточностью. Эти факты требуют дополнительного изучения со стороны эндокринологов.

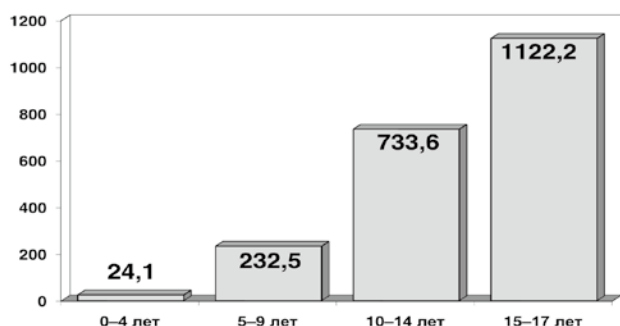
Первичная заболеваемость патологией ЩЖ в рассматриваемых периодах достоверно снизилась, причем темпы снижения у детей подросткового возраста были ниже (1,66), чем у детей от 0 до 14 лет (4,19), в 2,5 раза.

Между коэффициентами общей и первичной заболеваемости патологией ЩЖ в динамике за изучаемый период отмечается прямая отчетливая корреляционная зависимость: среди детей в возрасте 0–14 лет ( $r_{xy} = 0,93$ ,  $p < 0,001$ ), среди подростков ( $r_{xy} = 0,94$ ,  $p < 0,001$ ).

Как показал наш клинический опыт, своевременная диагностика и адекватные лечебно-профилактические мероприятия в детском и подростковом возрастах позволяют успешно провести коррекцию функциональных нарушений ЩЖ, носящих обратимый характер. Это подтверждено снижением выявляемой патологии в возрастных группах 5–9 и 15–17 лет.

Из всей определяемой первичной патологии ЩЖ наибольший удельный вес приходится на диффузный зоб. С возрастом частота этой патологии достоверно возрастает (диаграмма 6), которая отражает уровень

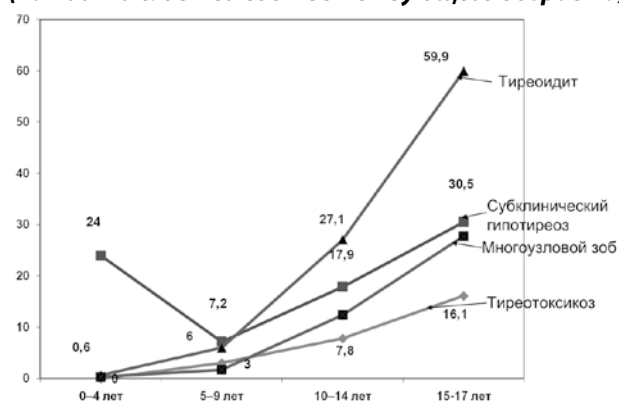
**Диаграмма 6**  
**Заболеваемость диффузным зобом среди детского населения Хабаровского края с впервые в жизни установленным диагнозом (на 100 тыс. детей соответствующего возраста)**



йодной недостаточности и тяжесть зобной эндемии в регионе [2].

Подобная закономерность отмечается и в отношении установленных впервые в жизни тиреотоксикоза, субклинического гипотиреоза, тиреоидита и многоузлового зоба; их частота зависит от возраста детей (диаграмма 7).

**Диаграмма 7**  
**Заболеваемость тиреотоксикозом, субклиническим гипотиреозом, тиреоидитом и многоузловым зобом с впервые в жизни установленным диагнозом среди детского населения Хабаровского края (на 100 тыс. детей соответствующего возраста)**



Анализ первичной заболеваемости патологией ЩЖ в зависимости от двух изучаемых периодов показал (табл. 3), что увеличение патологии ЩЖ в возрасте 0–4 лет ( $t = 2,60$ ) обусловлено достоверным увеличением частоты субклинического гипотиреоза ( $t = 3,15$ ). В остальных возрастных группах установлено снижение первичной заболеваемости патологией ЩЖ, очевидно, за счет своевременной коррекции выявленных изменений в паренхиме железы.

### Выводы

1. Наблюдается рост эндокринной патологии как общей, так и первичной заболеваемости среди детского населения Хабаровского края, особенно среди детей подросткового возраста.
2. Установлена достоверная связь между частотой эндокринной патологии и психических расстройств у детей в возрасте 0–14 лет.
3. Выявлена прямая закономерность роста диффузного зоба в зависимости от возраста детей, что подчеркивает значимость йодной недостаточности и тяжесть зобной эндемии в крае.
4. Отмечен рост патологии щитовидной железы у детей в возрасте 0–4 лет за счет увеличения частоты субклинического гипотиреоза и диффузного увеличения паренхимы ЩЖ, что сказывается на развитии головного мозга, дистрофии нейронов, замедленной миелинизации нервных стволов, формировании энцефалопатии.
5. Наблюдается рост общей заболеваемости патологией ЩЖ у детей 10–14 лет за счет аутоиммунных процессов в ткани ЩЖ и формирования очагов узлообразования в паренхиме железы.

**Заболеваемость с впервые установленным диагнозом патологии щитовидной железы среди детского населения Хабаровского края**

Годы	0–4 лет			5–9 лет			10–14 лет			15–17 лет		
	на 100 тыс.	± m	t	на 100 тыс.	± m	t	на 100 тыс.	± m	t	на 100 тыс.	± m	t
<b>Патология щитовидной железы в целом</b>												
2000–2004	35,4	7,47		285,4	20,11		882,3	28,74		1412,6	42,71	
2005–2009	66,5	9,37	2,60	211,5	18,41	–2,71	672,0	30,94	–4,98	1027,0	41,78	–6,45
<b>Заболеваемость впервые в жизни установленным диагнозом диффузного зоба</b>												
2000–2004	20,2	5,65		267,2	19,46		810,8	27,55		1270,2	40,51	
2005–2009	27,4	6,02	0,87	193,2	17,60	–2,82	616,1	29,63	–4,81	927,4	39,70	–6,04
<b>Заболеваемость впервые в жизни установленным диагнозом многоузлового зоба</b>												
2000–2004	0,3	0,71		2,3	1,79		12,2	3,37		34,1	6,64	
2005–2009	0,3	0,59	0,00	1,0	1,24	–0,60	12,8	4,27	0,11	19,4	5,74	–1,67
<b>Заболеваемость впервые в жизни установленным диагнозом субклинического гипотиреоза</b>												
2000–2004	10,4	4,05		6,5	3,04		18,5	4,17		36,2	6,83	
2005–2009	35,4	6,83	3,15	8,0	3,58	0,32	16,8	4,89	–0,26	23,1	6,27	–1,41
<b>Заболеваемость впервые в жизни установленным диагнозом тиреотоксикоза</b>												
2000–2004	0,0	0,00		4,0	2,37		9,4	2,96		11,1	3,79	
2005–2009	0,0	0,00	0,00	1,9	1,76	–0,71	5,4	2,78	–0,99	22,8	6,22	1,61
<b>Заболеваемость впервые в жизни установленным диагнозом тиреоидита</b>												
2000–2004	0,6	1,00		4,8	2,61		31,3	5,41		61,0	8,87	
2005–2009	0,5	0,83	–0,08	7,4	3,44	0,60	20,8	5,44	–1,37	58,5	9,97	–0,19

6. Установлена зависимость выявленной эндокринной патологии, в том числе изменений в ЩЖ, среди детского контингента от наличия специалистов – врачей-эндокринологов.

7. Отмечено достоверное увеличение первичной эндокринной патологии у детей Комсомольска-на-Амуре, что требует специаль-

ного изучения йодных и эндо-экзогенных факторов в этом городе.

8. Необходимо в крае в ближайшие 2–3 года создать региональный эндокринологический центр на базе ГУЗ «Перинатальный центр» для улучшения специализированной медицинской помощи детям при патологии эндокринных органов.

### Список литературы

1. Захаренко, Р. В. Йоддефицитные заболевания в Хабаровском крае. Эпидемиология, клинкоморфологическая структура тиреоидной патологии в различных возрастных группах: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – Хабаровск, 2004. – 49 с.

2. Касаткина, Э. П. Актуальные проблемы тиреодологии: профилактика йоддефицитных заболеваний / Э. П. Касаткина // Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т. 52, № 6. – С. 30–33.

3. Кобозева, Н. В. Перинатальная эндокринология: (рук. для врачей) / Н. В. Кобозева, Ю. А. Гуркин. – Л.: Медицина, 1986. – 312 с.

4. Лузьянина, Г. А. Состояние эндокринологической помощи детям в крае / Г. А. Лузьянина // Дальневост. мед. журн. – 1996. – № 4. – С. 77–79.

5. Организация скрининговых исследований по вы-

явлению заболеваний щитовидной железы у детей / Р. М. Тахауов, Т. В. Блохина, Е. Б. Кравец и др. // Здравоохранение РФ. – 2005. – № 4. – С. 44–47.

6. Тлиашинова, А. М. Многокомпонентная система в развитии заболеваний щитовидной железы (йод и эндо-экзогенные факторы) / А. М. Тлиашинова, С. А. Рустембекова // Рус. мед. журн. – 2005. – Т. 12, № 28. – С. 1924–1926.

7. Фадеев, В. В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение / В. В. Фадеев. – М.: Изд. дом Видар-М, 2005. – 240 с.

8. Шубина, Е. В. Состояние здоровья детей в условиях эндемической болезни в Ярославле / Е. В. Шубина, Н. Л. Черная, Ю. К. Александров и др. // Проблемы эндокринологии. – 2002. – Т. 48, № 6. – С. 3–7.



# КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

УДК 616.12-008.331.1:618.2

## Артериальная гипертензия и беременность: актуальные аспекты

**Ю.М. Бухонкина\***

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

**Y.M. Buhonkina**

**Arterial Hypertension and Pregnancy: Current Issues**

### Резюме

В статье изложены основные материалы, касающиеся эпидемиологии, классификации, диагностики и лечения артериальной гипертензии у беременных. Отдельно рассмотрена тактика ведения пациенток в период гестации, родов и послеродовом периоде.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, беременность, актуальные аспекты.

### Summary

The article presents basic materials concerning epidemiology, classification, diagnosis and treatment of hypertension in pregnant women. The approach to case management for pregnant women in the period of gestation, childbirth and postpartum is highlighted.

**Key words:** arterial hypertension, pregnancy, current issues.

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности остается одной из ведущих проблем как в терапевтической, так и в акушерской практике [14]. За последние 10 лет, несмотря на определенные успехи в изучении различных аспектов патогенеза, разработке новых методов диагностики и терапии, частота АГ при беременности остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению [1, 8].

АГ является серьезным признаком нарушения физиологического баланса между матерью и плодом. Для матери она опасна развитием геморрагического инсульта, отека легких, ДВС-синдрома, а для плода – внутриутробной гипоксией, задержкой роста, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и гибелью плода [9, 11, 14].

Частота возникновения АГ при беременности колеблется в значительных пределах. По данным ряда авторов, АГ беременных диагностируется примерно в 7–10 % случаев беременностей и обуславливает 30 % материнской и 12,5 % перинатальной смертности [5, 16, 25]. Частота гипертензивных состояний у беременных в разных странах колеблется от 15 до 20 %, в регионах России – от 7 до 20 % случаев [14, 25]. В США за послед-

ние годы смертность среди беременных с АГ увеличилась с 11 до 230 на 100 000 беременностей [15].

У женщин с хронической АГ частота осложнений беременности увеличивается: гестоз развивается у 20–30 %, задержка внутриутробного развития плода – у 10–20 %, преждевременные роды – у 10–15 %, отслойка нормально расположенной плаценты – у 5–10 % беременных [1].

На долю хронической гипертонии (куда входит гипертоническая болезнь (ГБ) и симптоматическая АГ (САГ) у беременных, по данным разных источников, приходится 1–40 % случаев [4, 12].

Частота встречаемости гестационной гипертонии (ГАГ) так же неоднородна. Так, в современной российской литературе ГАГ диагностируется от 1,5 до 23,2 %, в зарубежной литературе – от 8 до 17,4 % случаев гипертонии [14, 15].

У больных АГ с наличием в анамнезе гипертензивного синдрома в период беременности в последующем заболевание протекает тяжелее (выше риск развития поражений органов-мишеней (ПОМ), раньше наблюдаются цереброваскулярные заболевания, ИБС), чем у больных АГ без наличия в анамнезе гипер-

\* rec@ipkszh.khv.ru

тензии во время беременности. Поэтому синдром АГ во время беременности должен рассматриваться как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний [6].

Как в отечественной, так и в зарубежной литературе имеется недостаточная и противоречивая информация о частоте встречаемости первичных, вторичных гипертензий у беременных, а также гестозов. Окончательных цифр по гипертензивным состояниям нет. Это обусловлено отсутствием универсальной классификации гипертензивных состояний у беременных, различием в интерпретации полученных клинических и лабораторных данных [1, 9, 14].

Наиболее удобная классификация для клинического использования принята Европейским кардиологическим обществом (2006), в которой предлагается различать следующие формы артериальной гипертензии у беременных:

Хроническая гипертензия – артериальная гипертензия, которая обнаруживается ранее 20-й недели беременности или сохраняется дольше 6 недель после родов. В нее входят как ГБ, так и САГ.

ГБ классифицируют по стадиям (ВОЗ/МОГ, 2004):

ГБ I стадии: повышенное АД без ПОМ.

ГБ II стадии: субклиническое поражение 1 или нескольких органов-мишеней.

ГБ III стадии: наличие ассоциированных клинических состояний.

Гестационная артериальная гипертензия (ГАГ) – артериальная гипертензия, вызванная беременностью, возникает не ранее 20-й недели беременности и исчезает в течение 6 недель после родов.

Преэклампсия-эклампсия – состояние, при котором после 20-й недели беременности развивается артериальная гипертензия наряду с протеинурией и (или) генерализованным отеком. Это тяжелая полиорганная патология (табл. 1).

**Таблица 1**

**Критерии степени тяжести преэклампсии (ПЭ)**

Показатель	Умеренная ПЭ	Тяжелая ПЭ
АД, мм рт. ст.	≥ 140/90	> 160/110
Протеинурия, г/сут	0,3–5	> 5
Креатинин, мкмоль/л	норма	> 90
Олигурия	–	< 500 мл/сут
Функция печени	норма	повышение АЛТ, АСТ
Тромбоциты, 10 <sup>9</sup> /л	норма	< 100
Гемолиз	–	+
Неврологические симптомы	–	+
Задержка внутриутробного развития плода	–/+	+

При умеренной ПЭ показана госпитализация в акушерский стационар, мониторинг состояния беременной и плода, но при этом возможно пролонгирование беременности. При тяжелой ПЭ необходимо немедленное родоразрешение после стабилизации состояния.

Преэклампсия на фоне ГБ или САГ – состояние, при котором на фоне уже имеющейся до беременности хронической гипертензии развивается преэклампсия [5].

Факторами риска, влияющими на прогноз при беременности, являются: значения систолического и диастолического АД, курение, преэклампсия в анамнезе, тромбофилические состояния, хроническая почечная недостаточность, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2 типа, абдоминальное ожирение [6].

Прогностическое значение имеют субклинические поражения органов-мишеней:

1) ЭКГ-признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ);

2) эхокардиографические признаки гипертрофии миокарда ЛЖ – индекс массы миокарда ЛЖ ≥ 110 г/м<sup>2</sup>;

3) скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны > 12 м/с;

4) лодыжечно-плечевой индекс < 0,9;

5) повышение уровня креатинина плазмы до 107–124 мкмоль/л;

6) скорость клубочковой фильтрации < 60 мл/мин;

7) микроальбуминурия 30–300 мг/сут.

Основным методом диагностики АГ является измерение АД. Среднесуточные значения АД имеют преимущества перед измеренными врачом показателями, так как более тесно коррелируют с ПОМ и их динамикой на фоне лечения, позволяют предсказать появление протеинурии, риск преждевременных родов и в целом исходы гестации.

Показаниями к проведению суточного мониторинга АД (СМАД) у беременных являются: артериальная гипертензия, гипертензия «белого халата», заболевания почек, прегестационный сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, тиреотоксикоз, тромбофилия, системная красная волчанка, ожирение, преэклампсия [7] (табл. 2).

**Таблица 2**

**Нормальные значения АД по данным СМАД (мм рт. ст.)**

Показатели	Нормотония	Гипертензия
24-часовое АД	130/80	> 135/85
Дневное АД	< 135/85	> 140/90
Ночное АД	< 120/70	> 125/75

Лабораторные и инструментальные методы исследования у беременных с АГ включают следующие:

1. Общий анализ крови: количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, уровня гемоглобина, гематокрита, лейкоцитарная формула, скорость оседания эритроцитов.
2. Общий анализ мочи: оценивается при каждом посещении врача, при наличии протеинурии ее оценивают в суточном количестве мочи.
3. Определение микроальбуминурии.
4. Биохимический анализ крови: электролиты, холестерин, липидный профиль, глюкоза, креатинин, общий белок, печеночные трансаминазы, мочевиная кислота, щелочная фосфатаза.
5. Электрокардиография (ЭКГ): возможно наличие признаков гипертрофии миокарда левого желудочка.
6. ЭхоКГ: гипертрофия миокарда межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, повышение индекса массы миокарда левого желудочка.
7. Исследование сосудов глазного дна.
8. По показаниям выполняют: дуплексное исследование сосудов, УЗИ почек, надпочечников для исключения САГ; анализ мочи по Зимницкому и Нечипоренко, посев мочи, скорость клубочковой фильтрации; нагрузочные тесты (велозергометрия, тредмил), холтеровское мониторирование ЭКГ.

При планировании беременности женщины с АГ должны пройти комплексное клиничко-лабораторное исследование с целью оценки функционального со-

стояния органов-мишеней, определения степени и стадии АГ, коррекции антигипертензивной терапии, оценки прогноза для матери и плода.

Выделяют 3 степени риска развития осложнений беременности у женщин с ХАГ:

I ст. риска – минимальная, наблюдается при ГБ I стадии. Риск развития тяжелых форм ПЭ не превышает 10–15 %. Беременность допустима, протекает относительно удовлетворительно.

II ст. риска – высокая, наблюдается при ГБ II стадии. Риск развития тяжелых форм ПЭ составляет 25–45 %. Беременность потенциально опасна для матери и плода.

III ст. риска – максимальная, наблюдается при ГБ III стадии. Риск развития тяжелых форм ПЭ составляет 70–100 %. Беременность противопоказана. В случае отказа пациентки от прерывания беременности она должна быть поставлена в известность о риске материнской и перинатальной смертности с соответствующим оформлением медицинской документации.

Терапевтическое вмешательство на уровне нервных центров и путей, вовлеченных в регуляцию симпатической активности на уровне ЦНС, способно привести к снижению АД и уменьшению осложнений со стороны матери и плода, вызванных АГ.

Однако спектр возможных для использования во время беременности антигипертензивных средств сильно ограничен. В настоящее время препаратами выбора у беременных с АГ являются метилдопа, β-адреноблокаторы и антагонисты кальция дигидропиридинового ряда [24] (табл. 3).

Таблица 3

**Антигипертензивные препараты, рекомендованные к применению во время беременности**

Препарат/категория FDA	Доза	Примечания
Метилдопа (B)	0,25–2,0 г/сут в 2–3 приема	Не рекомендуется в 16–20 нед. гестации из-за влияния на дофаминовые рецепторы плода
Нифедипин (C)	30–180 мг/сут, с медленным высвобождением активного вещества	Вызывает тахикардию, обладает токолитическим действием
Кардиоселективные β-адреноблокаторы (C) (метопролол, бисопролол, бетаксоллол, небиволол)	Зависит от препарата	Могут способствовать уменьшению плацентарного кровотока, в больших дозах повышают риск неонатальной гипогликемии и тонус миометрия
Гидрохлортиазид (C)	6,5–25,0 мг/сут	Может развиваться снижение ОЦК и гипокалиемия

В основе механизма действия антагонистов β-адренорецепторов лежит отрицательное инотропное и хронотропное действие, связанное с влиянием катехоламинов на β<sub>1</sub>-адренорецепторы сердца, а также релаксацию гладкомышечных клеток сосудов, которая опосредована активацией β<sub>2</sub>-адренорецепторов [10, 20, 21]. Эффекты β-блокады на активность центральных отделов симпатической нервной системы

(СНС) неоднозначны и изучены в меньшей степени [18]. В одних исследованиях β-адреноблокаторы приводили к снижению активности СНС, в других исследованиях какого-либо центрального действия этих препаратов установлено не было. В то же время исследования, в которых была бы установлена активация СНС на фоне постоянного приема β-блокаторов, на данный момент отсутствуют [7].

Предпочтение при назначении препаратов этой группы в период беременности рекомендуют отдавать кардиоселективным  $\beta$ -адреноблокаторам, так как они вызывают меньше побочных эффектов, связанных с блокадой  $\beta_2$ -адренорецепторов: повышение тонуса миометрия и нарушение периферического кровообращения. Одним из представителей этой группы является бисопролол, который в экспериментальных исследованиях по изучению репродуктивных особенностей животных не оказывал тератогенного действия, но была отмечена его фетотоксичность в сверхмаксимальных дозах [3, 6]. Однако опыт применения бисопролола при беременности ограничен.

К настоящему времени опубликовано много сообщений о применении  $\beta$ -адреноблокаторов у беременных с АГ. В 2003 г. был обобщен опыт применения  $\beta$ -адреноблокаторов для лечения мягкой и умеренной АГ беременных по данным систематических обзоров Кокрановской библиотеки и данным различных регистров [22]. Авторы проанализировали 29 клинических исследований (КИ) (примерно 2500 женщин), в которых сравнивалась эффективность и безопасность  $\beta$ -адреноблокаторов с плацебо, отсутствием терапии или другими антигипертензивными препаратами.

Было показано, что оральный прием  $\beta$ -адреноблокаторов снижал риск развития тяжелой гипертензии [RR 0.37, CI<sub>95%</sub> (0.26-0.53); 11 КИ, n = 1128 женщин] и необходимость назначения дополнительной антигипертензивной терапии [RR 0.44, CI<sub>95%</sub> (0.31-0.62); 7 КИ, n = 856 женщин]. Авторы не делают выводов по влиянию  $\beta$ -адреноблокаторов на показатели смертности и преждевременное рождение плода, в связи с отсутствием достаточного количества информации в анализируемых КИ. Однако применение  $\beta$ -адреноблокаторов ассоциировалось с увеличением новорожденных с малым гестационным сроком [RR 1.36, CI<sub>95%</sub> (1.02-1.82); 12 КИ, n = 1346 женщин], при этом отмечалось увеличение неонатальной брадикардии и снижение респираторного дистресс-синдрома у новорожденного, но эти конечные точки анализировались в небольшом количестве КИ. Абсолютно правомерен вывод авторов о том, что улучшение по контролю АД у матери с АГ  $\beta$ -адреноблокаторами может быть полезным только при условии существенной пользы для матери и/или ребенка, однако проанализированные КИ ответ на поставленный вопрос не дали.

Анализ данных 45 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) выявил обратную зависимость между снижением среднего АД при лечении  $\beta$ -адреноблокаторами и частотой появления на свет новорожденных, размеры которых не соответствуют их гестационному возрасту. Снижение среднего АД на каждые 10 мм рт. ст. сопровождалось уменьшением массы тела при рождении на 145 г (при 95 % доверительном интервале от 5 до 285 г). Однако зависимости между продолжительностью антигипертензивной терапии и средней массой тела при рождении не было выявлено [2].

Основной механизм действия дигидропиридиновых антагонистов кальция связан с периферической вазодилатацией вследствие блокады медленных потенциалзависимых кальциевых каналов L-типа и уменьшения внутриклеточной концентрации  $Ca^{2+}$ , а также стимуляцией синтеза эндотелием NO и брадикинина [10]. Компенсаторной реакцией организма на системную вазодилатацию является активация САС. Однако в ряде исследований показано, что не все препараты данной группы обладают подобным эффектом. Как правило, к симпатической активации с развитием рефлекторной тахикардии приводят лекарственные формы нифедипина короткого действия, в то время как на фоне применения формы нифедипина пролонгированного действия повышения ЧСС зарегистрировано не было [29].

Установлена высокая антигипертензивная эффективность антагонистов кальция первого поколения. Рандомизированное двойное слепое исследование эффектов нифедипина и лабеталола при неотложных гипертензивных состояниях в период беременности продемонстрировало, что при пероральном применении нифедипина желаемый эффект достигался быстрее, чем при внутривенном введении лабеталола [17]. В литературе имеются данные о том, что антигипертензивный эффект нифедипина был сопоставим с эффектами метилдопы,  $\beta$ -адреноблокаторов и их комбинаций у пациенток с преэклампсией [19, 26, 28]. Тем не менее, нельзя не отметить такие существенные недостатки антагонистов кальция первого поколения, как низкая биодоступность препаратов, недостаточная тканевая селективность и особенно – быстрая элиминация, которая обуславливает непродолжительное клиническое действие, и как следствие, необходимость приема 2–4 раза в сутки.

Результаты многоцентрового рандомизированного исследования свидетельствуют о том, что рутинное назначение нифедипина пролонгированного действия при легкой и среднетяжелой АГ во II триместре беременности не оказывает положительного влияния на исходы беременности, но и не сопряжено с повышенным риском отрицательных эффектов на плод [19]. Нифедипин не приводил к повышению частоты врожденных аномалий у 57 детей, подвергшихся его действию в I триместре беременности [30]. В клинических исследованиях, включавших от 20 до 99 детей, подвергшихся внутриутробному воздействию препарата во II и III триместрах беременности, также не удалось выявить нежелательных последствий лечения [31].

Таким образом, на сегодняшний день антигипертензивная терапия беременных с АГ является актуальной, сложной и нерешенной задачей медицины. Проведенные исследования не дают четкого ответа на вопрос, с чем ассоциировано развитие неблагоприятных исходов как со стороны матери (гестоз), так и со стороны плода (хроническая внутриутробная гипоксия, задержка внутриутробного развития): с наличием у ма-

тери АГ или с приемом ею антигипертензивных препаратов в период беременности.

АГ сама по себе не является показанием к абдоминальному родоразрешению, при удовлетворительном состоянии матери и плода и отсутствии акушерских показаний к кесареву сечению целесообразным является родоразрешение через естественные родовые пути. С целью обезболивания используют эпидуральную анестезию, которая дополнительно дает гипотензивный эффект. При недостаточной эффективности лечения в периоде изгнания плода рекомендуется исключение потуг [13].

Кесарево сечение проводят в случае: преждевременной отслойки плаценты, отслойки сетчатки, резистентной АГ в сочетании с изменениями глазного дна, развития сердечной или почечной недостаточности.

В послеродовом периоде у пациенток с АГ наблюдается подъем АД за счет физиологического увеличения объема жидкости и мобилизации ее в сосудистое русло. Выбор лекарственного средства определяется кормлением грудью, но обычно рекомендуют те же препараты, которые пациентка получала во время гестации.

Контролируемые исследования, оценивающие неонатальные эффекты антигипертензивных препаратов,

которые принимает мать, в настоящее время отсутствуют. Известно, что факторами, способствующими проникновению препаратов в материнское молоко, являются: малый объем молока, слабое связывание с белками плазмы, высокая растворимость препарата в липидах, сниженный физиологический рН молока.

Воздействие лекарственного средства на ребенка зависит от объема съеденного молока, интервала между приемом препарата и кормлением, особенностей фармакокинетики и фармакодинамики препарата и способности ребенка к его элиминации. Неонатальное воздействие метилдопы при кормлении грудью признано безопасным. Метопролол накапливается в грудном молоке в концентрации, которая может оказать негативное воздействие на ребенка, в то время как подобного влияния при применении пропранолола не отмечено. В отношении таких кардиоселективных  $\beta$ -адреноблокаторов, как бисопролол, бетаксол, небиволол, сведений о неонатальном воздействии при грудном вскармливании не получено. Относительно безопасности ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента информация существует только о двух препаратах – каптоприле и эналаприле. Диуретики могут уменьшать образование молока, но при необходимости возможно их использование [29].

## Список литературы

1. Ариас, Ф. *Беременность и роды высокого риска: пер. с англ.* / Ф. Ариас. – М.: Медицина, 1989. – 656 с.
2. Бартош, Л. Ф. *Артериальные гипертензии у беременных* / Л. Ф. Бартош, И. В. Дорогова. – М.: Деком, 2007. – 148 с.
3. *Бисопролол в лечении сложных нарушений сердечного ритма при беременности* / Р. И. Стрюк, Ю. М. Бухонкина, Я. В. Брыткова и др. // *Эффектив. фармакотерапия в кардиологии и ангиологии.* – 2008. – № 1. – С. 42–45.
4. Демченко, Е. Ю. *Течение и исход беременности, состояние центральной и маточно-плацентарной гемодинамики при неосложненном течении беременности и осложнении ее ОПГ-гестозом: дис. ... д-ра мед. наук.* – М., 1996. – 477 с.
5. *Доклад Рабочей группы Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по высокому артериальному давлению при беременности* – М., 2006. – 45 с.
6. Захарова, Т. Г. *Артериальная гипертензия у беременных* / Т. Г. Захарова, М. М. Петрова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 108 с.
7. *Кардиология / под ред. Б. Гриффина, Э. Тополя.* – М.: Практика, 2008. – 450 с.
8. Кобалава, Ж. Д. *Артериальная гипертензия* / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская. – М.: Наука, 2001. – 208 с.
9. Кобалава, Ж. Д. *Артериальная гипертензия и ассоциированные расстройства при беременности* / Ж. Д. Кобалава, К. Г. Серебрянникова // *Сердце.* – 2002. – № 5. – С. 244–250.
10. Лупанов, В. П. *Дигидропиридиновые антагонисты кальция в лечении больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией* / В. П. Лупанов // *Рус. мед. журн.* – 2005. – Т. 13, № 19. – С. 1282–1286.
11. Макаров, О. В. *Артериальная гипертензия у беременных* / О. В. Макаров, Н. Н. Николаев, Е. В. Волкова // *Акушерство и гинекология.* – 2002. – № 3. – С. 3–6.
12. Минкин, Р. И. *Течение беременности при «сочетанном» гестозе на фоне артериальной гипертензии* / Р. И. Минкин, А. А. Кулавский, А. Ш. Файзуллин // *Здравоохранение Башкортостана.* – 1999. – № 2: спец. вып. – С. 136–137.
13. Стрюк, Р. И. *Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность* / Р. И. Стрюк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 277 с.
14. Шехтман, М. М. *Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных* / М. М. Шехтман. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
15. Шибай, Б. М. *Артериальная гипертензия у беременных* / Б. М. Шибай // *Рус. мед. журн.* – 1999. – Т. 7, № 18. – С. 22–28.
16. Шустов, С. Б. *Артериальные гипертензии* / С. Б. Шустов, В. А. Яковлева, В. П. Баранов. – СПб., 1997. – 64 с.
17. *A randomized, double-blind trial of oral nifedipine and intravenous labetalol in hypertensive emergencies of pregnancy* / S. T. Vermillion, J. A. Scardo, R. B. Newman, S. P. Chauhan // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 181, № 4. – P. 858–861.

18. Differential activation of cardiac and peripheral sympathetic nervous system by nifedipine: role of pharmacokinetics / R. R. Wenzel, G. Allegranza, C. Binggeli et al. // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 1997. – Vol. 29, № 15. – P. 1607–1614.
19. Duley, L. Drugs for rapid treatment of very high blood pressure during pregnancy / L. Duley, D. J. Henderson-Smart // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2000. – № 1. – P. 51–59.
20. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis / P. Von Dadelzen, M. P. Ornstein, S. B. Bull et al. // *Lancet.* – 2000. – Vol. 355, № 1. – P. 87–92.
21. Grossman, T. Calcium antagonists / T. Grossman, F. H. Messerli // *Progr. Cardiovasc. Dis.* – 2004. – Vol. 47, № 1. – P. 34–57.
22. Hypertension / ed. S. Mackenzie, I. B. Wilkinson, R. J. Cockcroft. – Philadelphia, 2005. – 390 p.
23. Levin, A. C. Use of nifedipine in the hypertensive diseases of pregnancy / A. C. Levin, P. L. Doering, R. C. Hatton // *Ann. Pharmacotherapy.* – 1994. – Vol. 28, № 12. – P. 1371–1378.
24. Magee, L. A. Oral beta-blockers for mild to moderate hypertension during pregnancy // L. A. Magee, L. Duley // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2003. – Issue 3. – P. 42–56.
25. Maternal hypertension and neurodevelopmental outcome in very preterm infants / P. H. Grey, M. J. O'Callaghan, H. A. Mohay et al. // *Arch. Dis. Child.* – 1998. – Vol. 79, № 2. – P. 88–93.
26. Nifedipine or prazosin as a second agent to control early severe hypertension in pregnancy: a randomised controlled trial // D. R. Hall, H. J. Odendaal, D. W. Steyn, M. I. Smith // *BJOG.* – 2000. – Vol. 107, № 6. – P. 79–765.
27. Perloff, J. K. Pregnancy in women with congenital heart disease: specific lesions / J. K. Perloff. – Режум доцмына: <http://www.uptodate.com>.
28. Randomized controlled trial of atenolol and pindolol in human pregnancy: effects on fetal haemodynamics / S. Montan, I. Ingemarsson, K. Marsal, N. O. Sjoberg // *BMJ.* – 1992. – Vol. 304. – P. 946–949.
29. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert Consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // *Eur Heart J.* – 2003. – № 24. – P. 761–781.
30. The use of hydralazine and nifedipine in hypertensive emergencies during pregnancy / M. R. Mesquita, A. N. Atallah, N. S. Rocha et al. // *Rev. Bras. Ginec. Obstet.* – 1995. – Vol. 17, № 2. – P. 103–111.

# ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

УДК 616-07

## Планирование клинического исследования\*

**С.М. Белобородов\*\***

Компания «Новартис Фарма»,  
г. Москва

**S.M. Beloborodov**

**Design of a Clinical Research**

В различных областях отечественной медицины по всем внешним признакам кипит научная жизнь. Защищаются десятки диссертаций, сотнями публикуются научные труды, появляются новые книги, издаются журналы, проводятся конференции всероссийского и местного значения. Почему же при такой высокой активности ее практически не видно за пределами страны? Железный занавес убрали, английский язык выучили, международные конференции посещаем.

В чем же причина того, что:

- Из всех статей по бесплодию, имеющихся в базе Национальной медицинской библиотеки США (Medline), статьи российских авторов составляют лишь 0,12 % (одна из тысячи).

- Из российских журналов по репродукции и смежным специальностям ни один не реферирован в Medline.

- Из всех авторитетных структурированных обзоров и мета-анализов последних лет по репродукции человека только один раз была процитирована российская работа (Daya, 2002, ссылка на работу Н.В. Корнилова и соавт.).

На международных конгрессах мы активно слушаем, но практически не выступаем. Так, в 2002 г. на Европейском конгрессе по репродукции человека и эмбриологии (ECHRE) в Вене российская делегация была одной из самых многочисленных (более 60 человек), но российских докладов было только два (П.А. Гоголевский и соавт., С.М. Белобородов и соавт.) из 760.

Одной из причин такого положения является несоответствие отечественных научных работ современным требованиям к клиническим исследованиям.

В то время как во всем мире все более прочные позиции завоевывает методология доказательной медицины, мы продолжаем «лепить» научные труды по старинке. В результате мы гарантированно оставляем себя за бортом глобального научного мира.

Доказательная медицина сегодня – это прежде всего выполнение объективных клинических исследований. Т.е. проспективных, рандомизированных, контролируемых, слепых, многоцентровых, с перспективой включения в мета-анализ и т. д.

Доказательная медицина начинается с планирования исследования. Если этот этап выполнен некорректно, то вся дальнейшая работа может оказаться бесполезной. Все, что сказано далее, относится к клиническим исследованиям, ставящим своей целью оценить методы диагностики или лечения. Некоторые методы могут применяться и для решения других задач.

### Этапы планирования клинического исследования

Самое главное в планировании исследования – не начинать работу и не включать в анализ данные, полученные до момента его завершения.

В процессе подготовки к исследованию можно выделить следующие этапы:

- определение цели;
- формулировка задачи в виде конкретного вопроса;
- построение дизайна, формирование исследуемой группы;
- определение статистических методов, составление протокола исследования, регистрационной карты и др.;

\* Впервые опубликовано: ж-л «Проблемы репродукции». – 2003. – № 2.

\*\* gaudeamus.igitur@inbox.ru

– при необходимости – согласование с этическим комитетом и другими инстанциями.

Определение цели и постановка вопроса – не синонимы. Например, цель – увеличить эффективность индукции суперовуляции. Вопрос (задача): какой из семи используемых препаратов позволяет получить максимальное число фолликулов (или беременностей – критерий любой)?

Наиболее частой ошибкой бывает изучение проблемы вообще, без постановки конкретного вопроса. Тема, целью которой является «изучение явления» и набор материала в надежде, что из данных что-нибудь да получится, заведомо обречена на неудачу.

Ценная клиническая работа может получиться лишь тогда, когда поставлен конкретный, желательный, один вопрос, и все силы брошены на его решение. Например: какова эффективность лечения? Насколько точен метод диагностики? Какова роль исследуемых факторов в патогенезе?

Преимущество постановки одного конкретного вопроса в том, что можно сформировать группы сравнения, которые будут отличаться только по одному признаку, что позволит оценить влияние именно этого признака.

Иногда, чтобы ответить на один вопрос, надо изучить много признаков. Например, вопрос: какой из доступов предпочтительнее при хирургическом лечении СПКЯ – эндоскопический или лапаротомический? Мы должны сравнивать различные группы по различным критериям. Но при каждом сравнении эти группы должны различаться только по одному признаку.

Если же мы будем пациентов лечить в одной группе препаратом А, а в другой препаратами С и D и по-

лучим лучший эффект во второй группе, то будет невозможно ответить на вопрос, что повлияло на хороший результат: эффективность препарата С или эффективность препарата D, или препарат D только мешал, или препараты способны потенцировать действие друг друга.

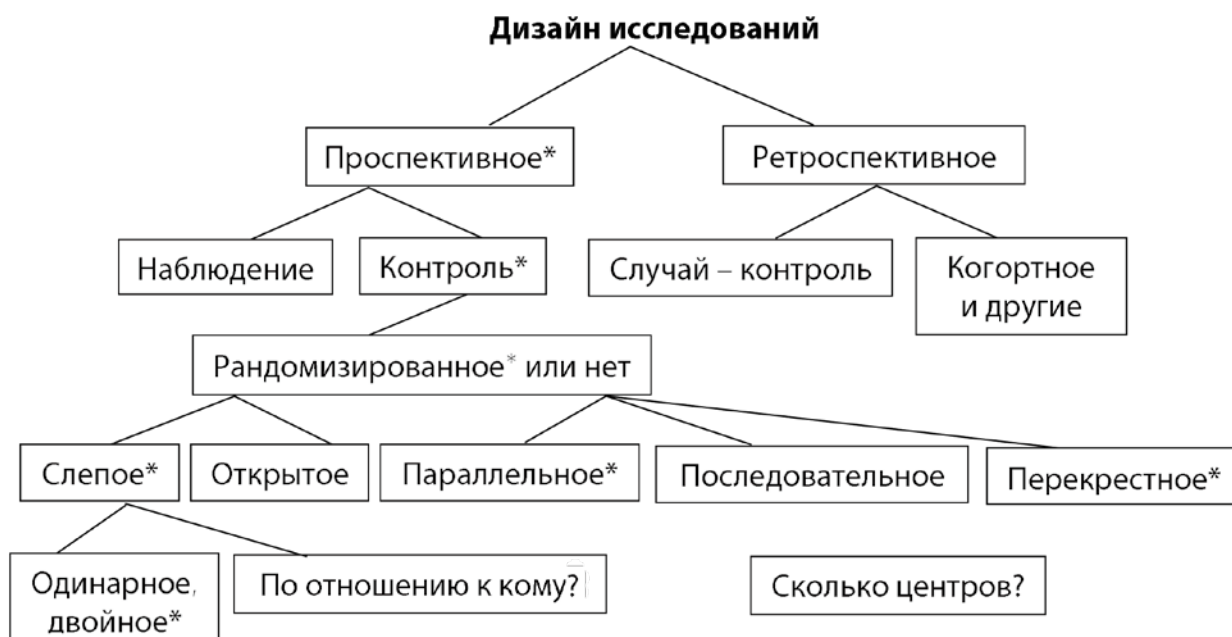
### **Оригинальность**

Оригинальность не может быть самоцелью. Более того, повторение корректно сделанной научной работы поможет включению Вашего исследования в последующий мета-анализ, т. е. результаты действительно будут востребованы. С другой стороны, читая литературу на этапе планирования исследования, старайтесь увидеть пробелы и ошибки авторов, которые помешали им прийти к однозначным выводам. Критическое чтение – частый источник свежих идей.

### **Документация**

В последние годы с появлением стандартов GCP (*good clinical practice*) все больше документации сопровождает клинические испытания. Действительно необходимыми к моменту начала исследования являются следующие:

- протокол исследования (краткое описание хода и условий исследования, обязательно указать критерии включения и критерии исключения);
- карта клинического наблюдения (документ, где собираются именно те данные, которые потом будут анализироваться), история болезни не заменяет и не дополняет карту;
- бланк информированного согласия (в соответствии с Хельсинской декларацией мы должны уважать права человека, информировать его о том,



**Рис. 1. Возможные варианты организации исследований**

\* – предпочтительные варианты.



что он участвует в исследовании, и получать его разрешение на любые действия).

**Дизайн исследования**

В любом международном журнале, когда Вы пришлете свою статью, первое, на что посмотрят, – какков дизайн Вашего исследования (рис. 1). Т. е. как оно было организовано:

- во времени (проспективное или ретроспективное);
- была ли группа контроля и какая (контролируемое исследование или нет, контроль параллельный или исторический);
- как достигалась сопоставимость групп пациентов (рандомизированное исследование, перекрестное и т. д.);
- какие методы были применены для повышения объективности анализа данных (слепой);
- степень репрезентативности результатов (число пациентов, число участвовавших исследовательских центров).

**Проспективное или ретроспективное?**

Если планирование исследования предшествует сбору материала, то исследование называют **проспективным**. Если же после того, как Вы спланировали исследование, анализ данных осуществлялся по архивным материалам, историям болезней, то такое исследование называют **ретроспективным**. У ретроспективных исследований огромное число недостатков, таких как неполнота данных, отсутствие строгого протокола, подбор групп без соблюдения принципов случайности, возможное искажение и небрежность архивных записей.

В принципе невозможно, чтобы группы пациентов, набранные в ретроспективном исследовании, были сопоставимы. У одних в прошлом году применялся препарат А, у других – препарат В. Если у врача была возможность выбора между препаратами, значит, он использовал какие-то критерии выбора назначения препаратов А и В, значит, пациенты распределялись по группам в соответствии с этим критерием, следовательно, группы заведомо неравнозначны именно по этому критерию. Если у врача не было выбора, просто сначала в его руках был препарат А, потом препарат В, значит, группы набирались в разное время, за этот период наверняка произошли какие-то перемены – опять группы несопоставимы.

Если Вы претендуете на исследование, которое будет всем интересно, его следует планировать как проспективное. Т. е. сначала спланировать, потом набирать группы пациентов, потом их лечить или обследовать по протоколу исследования, потом собирать данные.

В российской научной практике популярны проспективно-ретроспективные исследования (часть группы набирается по архивам, часть за время аспирантуры), но такого понятия нет в международном научном мире, потому что это совершенно разные подходы и смешивать их нельзя.

**Группа контроля**

Исследования бывают **контролируемыми** и **неконтролируемыми**. Контролируемые исследования никто не контролирует, как может показаться из названия. Просто в них есть группа сравнения, т. е. группа контроля.

Очевидно, что данные контролируемого исследования значительно более интересны, чем данные работы, в которой нет возможности сравнить эффекты. В неконтролируемом исследовании Вы получаете эффект от нового метода обследования или лечения на выбранной популяции пациентов. И никто не знает, хороший этот эффект или плохой, пока Вы не сопоставите его с другим методом диагностики или лечения. Несравнимые исследования проводятся лишь на доклиническом этапе внедрения новых методов с целью оценки безопасности (фаза 1-го и 2-го клинических испытаний).

Необходимо правильно планировать сравнительные, контролируемые исследования, причем для сравнения должен выбираться не тот метод диагностики или лечения, что применяется в вашей практике, а тот, который известен на сегодняшний день как «золотой стандарт» или «препарат выбора», и желательно, самый исследованный и наиболее распространенный из аналогов.

Альтернативой «золотому стандарту» (если его нет) может быть применение плацебо.

Если исследование ретроспективное, но контролируемое, его называют **случай – контроль** (*case-control*). Чтобы исследование случай – контроль имело научную значимость, нужно стремиться к получению очень большой выборки, желательно, популяционной, с привлечением нескольких центров, городов.

Группа контроля может набираться параллельно, последовательно или исторически (табл. 1). Исторический подход (т. е. для контроля берутся данные из архива, а основная группа набирается проспективно) в корне неверен, так как имеет все недостатки ретроспективных исследований плюс абсолютное несовпадение групп по времени, а значит, условиям лечения. К сожалению, именно исторический контроль доминирует в работах отечественных ученых.

**Таблица 1**  
**Выбор группы контроля**

Неправильно	Правильно	Идеально
Исторический	Параллельные группы	Рандомизированные группы
Последовательный	Перекрестные группы	Слепая выборка
Другая клиника		
Другой врач		

Другим неправильным подходом может быть создание группы контроля из пациентов, проходящих лечение у другого врача (в соседнем кабинете) или в другой клинике. Очевидно, что Вы получаете различие между группами не только по исследуемому методу лечения или диагностики, но и по множеству других факторов, которые могут вообще выпасть из поля зрения. Классический пример – испытание Селье открытого им гормона надпочечников – кортизола. Действие кортизола изучали на двух этажах одного и того же института и получили прямо противоположные результаты. Много недель прошло, пока объяснение случайно (!) было найдено в различной технике введения препарата крысам двумя сотрудниками двух разных лабораторий, хотя руководствовались они одной и той же инструкцией.

Правильно проводить набор пациентов в группы сравнения параллельно, т. е. одновременно (рис. 2). При этом по всем остальным показателям группы также должны быть сопоставимы.

#### **Как сделать группы сопоставимыми**

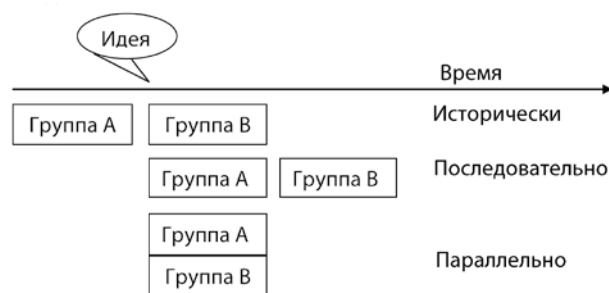
Если Ваше исследование сравнительное, т. е. сопоставляются разные методы лечения или диагностики, то главное, чтобы сравниваемые группы пациентов были сопоставимы. Этого можно достичь сочетанием следующих условий.

1. Одинаковое воздействие в группах (различие только по одному признаку).
2. Параллельное проспективное сравнение.
3. Рандомизация.

Различие групп, согласно протоколу исследования, только по одному признаку, а также то, почему ретроспективные исследования всегда имеют несопоставимость групп, мы уже обсуждали. Также очевидно, что только параллельность исследования обеспечит сопоставимость групп по условиям выполнения работы (соответствие одному и тому же протоколу, один и тот же отрезок времени и т. д.).

Рассмотрим рандомизированные исследования.

Врач, зная пациентов, всегда может составить группы так, чтобы хорошо отвечающие на лечение попали в одну группу, а плохо отвечающие – в другую. Даже если исследователь будет стараться строго соблюдать объективность, все равно подсознательно он будет использовать те или иные критерии, чтобы включать пациентов в группу 1, а не в группу 2.



**Рис. 2. Возможные вариации времени набора группы контроля**

Рандомизация позволяет включать пациентов в группы случайным образом, т. е. не врач определяет, получит пациент препарат А или В, а случай. Техника рандомизации может быть различной. Есть годные и негодные методы рандомизации.

#### *Годные методы рандомизации:*

1. Таблицы случайных чисел.
2. Специальные программы (компьютерная программа методом случайных чисел определяет, какой метод будет применяться у конкретного пациента).
3. Центры рандомизации (при проведении транснациональных многоцентровых исследований координатор соответствующей программы, ничего не знающий о пациентах, определяет, какой препарат – А или В – будет назначен).

Метод конвертов (готовится определенное число конвертов, запечатанных, внутри написано «препарат А» или «препарат В», по вскрытии заполняется вложенная форма, ставится дата ее заполнения, фамилия пациента и др.).

В условиях исследования, проводимого без спонсорской поддержки, оптимальным является применение метода конвертов.

#### *Относительно годные методы рандомизации:*

1. Использование монет (обычным «орел» или «решка» определяется препарат А или В, недостатком является возможность всегда кинуть еще раз, пока никто не видит).
2. Использование билетов (недостатком является возможность всегда выбрать нужный билет, пока никто не видит).

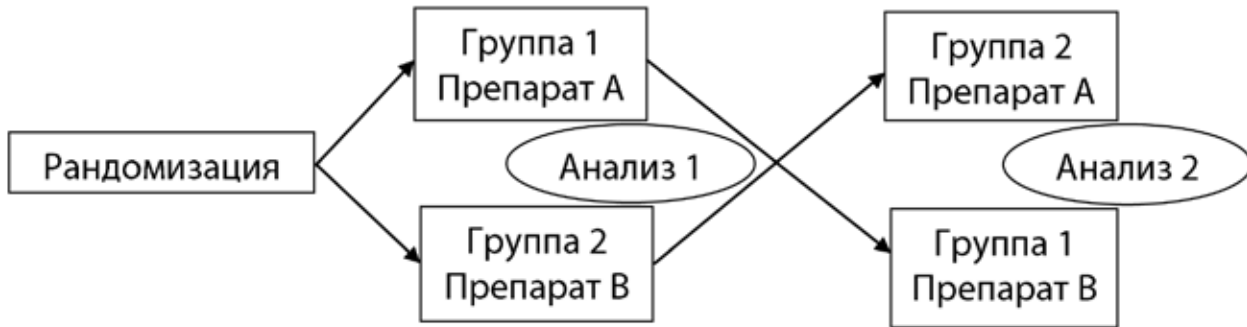
#### *Негодные методы рандомизации:*

1. Методы негодны по причине того, что врач еще до включения пациента в исследование будет знать, какой метод – А или В – будет применяться, значит, мо-

Анализ соответствия критериям включения и исключения	Включение, оформление регистрационной карты	Рандомизация	Применение сравниваемых методов
--	---	--------------	---------------------------------

Время →

**Рис. 3. Последовательность действий при рандомизированном исследовании для каждого пациента**



жет манипулировать результатами, не включая в исследование нежелательных пациентов.

2. По дню поступления (четный или нечетный), назначение через одного.

3. По алфавиту (по гласной или согласной первой букве в фамилии больного).

4. По номеру истории болезни (четный или нечетный).

5. По фамилии врача.

6. По другому неслучайному признаку.

Метод «закрытых глаз» (наивный метод, когда врач перед назначением как бы абстрагируется от клинической ситуации и выбирает между А и В – «пальцем в небо»).

Важен момент, когда происходит рандомизация, т. е. когда определяется, какой метод будет применяться для пациента – А или В. Это должно происходить после включения пациента в исследование. Необходимо, чтобы были оформлены какие-либо документы, подтверждающие включение пациента в исследование (рис. 3).

Например, заведена регистрационная карта, подписано информированное согласие. Тогда у исследователя не будет возможности не включать пациента в исследование, если по результатам рандоми-

зации выпадет нежелательная группа. Если пациентам в рамках исследования предстоит длительное лечение или повторные курсы лечения, то оправдано проведение **рандомизированных перекрестных исследований** (Randomized Cross-Over Trial). Они позволяют получить группы сравнения, абсолютно совпадающие по набранным пациентам. Что такое перекрестное исследование, поясняет рис. 4.

Будет неправильно сначала применить ко всем пациентам один метод, а в следующем курсе лечения – другой метод. Тогда исследование будет нерандомизированным, а контроль будет не параллельным, а последовательным. Группы будут различаться по времени лечения.

*Продолжение следует*

**Читайте в следующем номере:**

- Как определить необходимый размер выборки?
- Слепые исследования.
- Как избавиться от субъективности при оценке результатов?
- Какие показатели должны не теряться при сборе данных?
- Зачем нам многоцентровые исследования?

**Список литературы**

1. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология / Р. Флетчер и др. – М.: МедиаСфера, 1998.

# ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 61 (092)

**РОХЛИН НАТАН НАУМОВИЧ**



Седьмого июня 2010 года – столетняя годовщина со дня рождения Рохлина Натана Наумовича, поистине настоящего врача, мудрого, глубокого, высоко эрудированного человека, философа и педагога, доцента кафедры болезней уха, горла и носа ДВГМУ, заслуженного врача РСФСР.

Н.Н. Рохлин родился в местечке Паричи в Белоруссии в семье служащего, с 5 лет обучался в хедере, росмышленным крепким мальчиком, стремился к знаниям. Окончив обычную школу, поступил на дефектологический факультет Ленинградского педагогического института им. Герцена. Учился сам, без материальной поддержки, разгружал по ночам вагоны, обучал неграмотных в рамках борьбы с неграмотностью. Окончив с отличием педагогический институт в 1935 году, поступил в медицинский институт. После его окончания, в 1940 году, уехал на Дальний Восток, где работал в школе для глухих сурдопедагогом и одновременно ординатором ЛОР-отделения Краевой больницы, а с 1948 года был заведующим отделения. Выполнял весь спектр врачебной деятельности: это и напряженная хирургическая работа, и дежурства, и научная работа.

Необходимо отметить, что у Натана Наумовича были прекрасные учителя, такие как профессор Борис Абрамович Шварц, блестящий хирург и ученый, Вольф Самуилович Лянде, который воспитал во многих практических врачах научное направление. Н.Н. Рохлиным было опубликовано 17 научных работ, а в 1964 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Субъективные шумы при поражениях слухового аппарата».

Натану Наумовичу было присуще стремление к постоянному самообучению и совершенствованию своих знаний и освоению новейших достижений медицины. Он постоянно был в курсе всех новаций и с удовольствием ими делился. Особое умение отличало его в чтении лекций. Это были насыщенные передовым материалом, удачно иллюстрированные историческими экскурсами и примерами, украшенные латин-

скими и греческими выражениями выступления, которые слушали, боясь пропустить хотя бы одну фразу, буквально открыв рот.

Н.Н. Рохлин был ассистентом, а затем доцентом кафедры болезней уха, горла и носа, что в те времена являлось высоким признанием. В течение некоторого времени он возглавлял кафедру. Он был «узким специалистом с широчайшим кругозором», как сказал о нем Б.А. Шварц. Усилиями Н.Н. Рохлина был организован первый на Дальнем Востоке слухоречевой кабинет, куда приезжали пациенты и специалисты со всего Дальнего Востока. Для него лечебная работа была искусством, и он был сам искусным врачом.

Натан Наумович много сил отдавал подготовке молодых врачей, был постоянно открытым и доступным для молодежи, и многие, ныне здравствующие врачи, с гордостью называют себя его учениками. Он умел сопереживать чужому горю, выслушать, вселить надежду на выздоровление, принять участие в дальнейшей судьбе больного, его отличала доброта, непоказное сочувствие, острый ум и хороший юмор с грустинкой. Его консультации никогда не ограничивались рамками времени и превращались в школу для молодых специалистов.

Он очень много читал, вел активный образ жизни. Прожил с женой Раисой Зиновьевной в любви и согласии 50 лет, очень любил свою семью. Его дети пошли по стопам отца. Дочь Нина Натановна Сандлер – детский врач. Все мы знаем, помним и чтим память нашего коллеги Сергея Натановича Рохлина.

При жизни Н.Н. Рохлин получил признательность больных, коллег и государства, был награжден рядом правительственных наград и званием «Заслуженный врач РСФСР».

В нашей памяти Натан Наумович навсегда останется мудрым, добрым врачом, умным, ироничным и светлым человеком. За 45 лет работы в Хабаровске он вырастил много учеников, он находил счастье в своем нелегком труде, всегда был нужен пациентам и коллегам. Его путь – это путь красивого, умного, благородного человека и врача.

**Коллектив кафедры оториноларингологии ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» и МУЗ «Городская больница № 2 им. Д. Н. Матвеева» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска**

# ПРИЛОЖЕНИЕ

УДК 331.2:61

## **Оплата труда медицинских работников в новых экономических условиях**

*Наши проблемы не исчезнут от того, что мы закроем глаза и перестанем на них смотреть.*

*Жан-Жак Руссо*

## **Новые системы оплаты труда в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Практический опыт, проблемы и пути решения**

**И.Н. Радомская, В.С. Ступак, В.М. Савкова, И.Г. Слободянюк, Е.В. Белозерова, Ю.В. Сулкина, Т.Н. Шишкина, М.Г. Свередюк, Н.Н. Шишова**

16–17 марта 2010 года в ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», согласно утвержденному учебно-производственному плану Института повышения квалификации специалистов здравоохранения на 2010 год, состоялся семинар по теме: «Оплата труда медицинских работников в новых экономических условиях». Семинар организован и проведен кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения.

Одной из задач семинара явилось обсуждение назревших проблем, обмен практическим опытом, выработка научно-практических рекомендаций и механизмов по повышению эффективности стимулирующих факторов оплаты труда. Учитывая актуальность рассматриваемых вопросов, в семинаре приняли участие ведущие специалисты министерства здравоохранения Хабаровского края, главные врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, заместители главных врачей по экономическим вопросам, специалисты кадровой службы, планово-экономического отдела, работники бухгалтерии и юристы. Всего в семинаре участвовало около 120 человек.

Были заслушаны и обсуждены все запланированные доклады. Изложение выступлений подготовлено по материалам, представленным авторами в виде электронных презентаций и текстов выступлений в оргкомитет семинара.

С докладом «**Нормативно-правовые основы новой системы оплаты труда в системе здравоохранения Хабаровского края. Проблемы, пути решения**» выступила **Радомская Ирина Николаевна**, заместитель министра здравоохранения Хабаровского края.

В докладе представлены единые принципы формирования системы оплаты труда работников бюджетных учреждений:

а) верховенство Конституции Российской Федерации, федеральных законов и общепризнанных принципов и норм международного права на всей территории Российской Федерации;

б) установление государственными и муниципальными учреждениями систем оплаты труда в коллективных договорах, соглашениях и локальных нормативных актах в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права;

в) обеспечение зависимости заработной платы каждого работника от его квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда без ограничения ее максимальным размером;

г) обеспечение работодателем равной оплаты за труд, равной ценности при установлении размеров окладов (должностных окладов), ставок заработной платы, выплат компенсационного и стимулирующе-

го характера, недопущение дискриминации – различий, исключений и предпочтений, не связанных с деловыми качествами работников;

д) обеспечение повышения уровня реального содержания заработной платы работников учреждений бюджетной сферы и других гарантий по оплате труда, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.

Учреждения здравоохранения руководствуются следующими нормативными правовыми актами министерства здравоохранения края, регулирующими новую систему оплаты труда:

1. Распоряжение министерства здравоохранения Хабаровского края от 22 сентября 2008 № 624-р «Об исполнении плана мероприятий по переходу на новые системы оплаты труда государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края» (предусмотрены мероприятия по оптимизации штатной численности);

2. Постановление Правительства Хабаровского края от 30.01.2009 № 25-пр «О введении новой системы оплаты труда работников государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края» (утверждены базовые оклады работников по профессиональным квалификационным группам и определен срок введения новой системы оплаты труда – с 01 апреля 2009 г.);

3. Распоряжение министерства здравоохранения Хабаровского края от 30 января 2009 № 66-р «Об утверждении перечня должностей работников, которые относятся к основному персоналу по видам экономической деятельности, для расчета средней заработной платы и определения должностных окладов руководителей государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края»;

4. Приказ от 10 февраля 2009 № 15 «О введении новой системы оплаты труда работников государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края» (утверждено «Примерное положение об оплате труда работников государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края»).

Реформа системы оплаты труда направлена не только на увеличение объемов медицинских услуг, но и на повышение качества оказываемой медицинской помощи, повышение эффективности использования бюджетных средств, оптимизацию числа работников, расширение полномочий руководителя учреждений здравоохранения с целью улучшения системы управления внутри ЛПУ. Руководителю необходимо искать пути более эффективного использования имеющихся средств на локальном уровне управления.

В докладе затронуты вопросы по оптимизации расходов на заработную плату, предусматривающие основные резервы:

– пересмотр штатного расписания учреждения и сокращение необоснованно введенных должностей;

– провести анализ обоснованности существования бригадных форм;

– обеспечить наличие и обоснованность расчетов надтарифного фонда (фонда надбавок и доплат) и эффективность его использования;

– обосновать расчеты расходов на замену лиц, уходящих в отпуск;

– правильность расчетов оплаты труда в праздничные дни;

– учет экономии средств в связи с оплатой сотрудникам больничных листов;

– оплату труда за совмещение профессий и исполнение обязанностей временно отсутствующих работников производить в соответствии с фактическим объемом выполняемых работ;

– совместно с профсоюзной организацией уточнить перечень должностей, имеющих право на доплату за работу в ночное время в размере, предусмотренном для лиц, оказывающих экстренную медицинскую помощь;

– пересмотреть перечни, отражающие опасные для здоровья и особо тяжелые условия труда, исключив из них работников, необоснованно включенных в перечни и не имеющих право на установление повышений;

– четкое обоснование отнесения работников, занимающих конкретные должности, к работникам с ненормированным рабочим днем;

– оптимизация численности руководителей различного уровня;

– рассмотреть возможность укрупнения подразделений (особенно с низкой укомплектованностью физическими лицами) с сокращением числа заведующих отделениями;

– в учреждениях, оказывающих платные услуги, разделить штатные должности не только основного, но и общеучрежденческого персонала (бухгалтеров, экономистов, хозяйственной службы и т. д.) по источникам финансирования.

– пересмотреть систему индикаторов качества медицинской помощи и использовать показатели качества в тех подразделениях, в которых они ранее не использовались;

– пересмотреть в установленном порядке коллективные договоры и положения по оплате труда, исключив из них при недостатке финансовых средств пункты, предусматривающие выплаты, не носящие гарантированного характера;

– изменение в установленном порядке норм нагрузки.

С информацией «**Оплата труда в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения края. Подходы и рекомендации по установлению выплат компенсационного и стимулирующего характера**» поделились **Слободянюк Ирина Георгиевна**, начальник планово-экономического отдела министерства здравоохранения Хабаровского края, и **Духовникова Светлана Александровна**, консультант отдела экономического планирования и

прогнозирования министерства здравоохранения Хабаровского края.

Заработная плата состоит из должностного оклада, выплат компенсационного и стимулирующего характера. При определении заработной платы работников учреждений здравоохранения учитываются единые принципы оплаты труда учреждений:

– размеры базовых окладов по профессиональным квалификационным группам;

– виды, условия осуществления, размеры и порядок установления выплат компенсационного характера в соответствии с перечнем видов выплат компенсационного характера в государственных учреждениях Хабаровского края, утвержденных Постановлением Правительства Хабаровского края от 04 августа 2008 г. № 178-пр;

– рекомендуемые виды выплат стимулирующего характера и критерии их установления в соответствии с перечнем видов выплат стимулирующего характера, утвержденных Постановлением Правительства Хабаровского края от 04 августа 2008 г. № 179-пр.

Выплаты стимулирующего характера – выплаты, предусматривающие систему оплаты труда работников учреждений с целью повышения мотивации качественного труда работников и их поощрения за результаты труда. Условия оплаты труда, включая размер базового оклада (базового должностного оклада) работника, повышающие коэффициенты к базовым окладам и иные выплаты стимулирующего характера, выплаты компенсационного характера, являются обязательными для включения в трудовой договор.

Заработная плата работников учреждений (без учета премий и иных стимулирующих выплат), устанавливаемая в соответствии с новой системой оплаты труда, не может быть меньше заработной платы (без учета премий и иных стимулирующих выплат), выплачиваемой до введения новой системы оплаты труда, при условии сохранения объема должностных обязанностей работников и выполнения ими работ той же квалификации. Заработная плата работника предельными размерами не ограничивается.

Интересный опыт работы представлен **Белозеровой Еленой Викторовной**, начальником планово-экономического отдела управления здравоохранения администрации г. Хабаровска.

Серьезной проблемой, с которой сталкиваются руководители лечебно-профилактических учреждений, является низкая конкурентоспособность заработной платы в бюджетных учреждениях на рынке труда. При найме главным становится не профессионализм работника, а его готовность продать свой труд за предлагаемое сравнительно низкое вознаграждение. Как следствие, многие вакансии остаются незаполненными, значительна доля вынужденного совместительства. А в результате стимулирующие выплаты, предусмотренные системой оплаты труда, зачастую используются для того, чтобы привлечь работника в учреждение, являясь постоянным дополнением к окладу. Это в свою очередь значительно огра-

ничивает, а в ряде случаев практически не позволяет использовать систему оплаты труда в качестве элемента управления персоналом.

До перехода на новую систему оплаты труда в структуре планового фонда оплаты труда учреждений здравоохранения г. Хабаровска отсутствовали средства на стимулирующие выплаты. Увеличение заработной платы сотрудникам было возможно только за счет вакантного фонда. Руководители учреждений, да и сами работники, не заинтересованы снижать коэффициент совместительства в учреждении, так как это приведет к уменьшению реальной заработной платы конкретных людей. В то же время персонал учреждений в данной ситуации работает с повышенной нагрузкой, что неизменно ведет к снижению качества оказания медицинской помощи.

При этом были отмечены преимущества новой системы оплаты труда (НСОТ) перед единой тарифной сеткой (ЕТС):

1. Разделение сотрудников по видам экономической деятельности. Фактически это даже не отраслевая, а ведомственная система оплаты труда, что позволяет учесть специфику каждого учреждения.

2. Руководителю передаются большие полномочия в вопросах распределения фонда оплаты труда и найма тех специалистов, которые необходимы. Более того, руководитель сам может принимать решение о количестве сотрудников для решения тех или иных задач. При этом заработная плата самого руководителя напрямую зависит от средней заработной платы основного персонала, а также от достижения учреждением показателей эффективности работы.

3. Создание условий для роста оплаты труда работников бюджетных учреждений одновременно с повышением самостоятельности и ответственности руководителей за результаты деятельности учреждений, что позволит повысить качество предоставляемых услуг.

Муниципальные учреждения здравоохранения г. Хабаровска различны по типу оказываемых медицинских услуг и организационной структуре. В 2009 году все учреждения здравоохранения г. Хабаровска переведены на новую систему оплаты труда. Управлением здравоохранения администрации г. Хабаровска в рамках подготовки к переходу на новую систему оплаты труда в течение года проводились семинары, аппаратные совещания с руководителями и специалистами экономической службы ЛПУ, в ходе которых были выявлены основные проблемы, ошибки при формировании критериев оценки деятельности персонала, учтено мнение медицинской общественности по установлению единых подходов к формированию новой системы оплаты труда.

По результатам данной работы были приняты нормативные правовые акты, определяющие единые подходы к переводу муниципальных учреждений здравоохранения на новую систему оплаты труда: установлены минимальные должностные оклады, рекомендованы виды, размеры и условия компенсационных и стимулирующих выплат:

1. Постановление от 30.04.2009 № 1488 «О введении новой системы оплаты труда работников муниципальных учреждений здравоохранения г. Хабаровска, финансирование оплаты труда которых осуществляется за счет средств субвенций из краевого бюджета и средств фонда обязательного медицинского страхования».

2. Постановление от 09.06.2009 № 1970 «О введении новой системы оплаты труда работников муниципальных учреждений здравоохранения г. Хабаровска, финансирование оплаты труда которых осуществляется за счет собственных доходов городского округа "Город Хабаровск"».

3. Постановление от 19.06.2009 № 2125 «Об утверждении порядка и условий осуществления стимулирующих выплат и порядка и условий осуществления дополнительной оплаты труда за организацию предпринимательской деятельности руководителям муниципальных учреждений здравоохранения г. Хабаровска, в которых введена новая система оплаты труда». Приняты и другие документы.

Поскольку размеры и условия выплаты надбавок за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемых работ, премиальные выплаты по итогам работы нормативными документами не регламентируются, разработка именно этих положений вызывает определенные трудности.

В этой связи весьма актуальной задачей является разработка стимулирующей системы оплаты труда на основе использования показателей, наиболее полно отражающих трудовой вклад конкретного работника и коллектива в целом.

Цель этой работы – создать понятный сотрудникам алгоритм расчета стимулирующих выплат: на входе – показатели труда, на которые сотрудник реально может влиять, на выходе – размер его стимулирующей выплаты. При этом всегда требуется ввести в систему учета организации новые регистры. Затем необходимо 2–3 временных цикла выявления результатов труда, проверочного расчета надбавок по составленной математической модели. Все это сначала без «денежных выводов», с осмыслением справедливости получающихся итогов, с анализом соответствия их целям организации. После таких уточнений рекомендуется установить внутренние правила расчета стимулирующих выплат и обязательно ознакомить с ними сотрудников. *Именно понятные изначально условия материального стимулирования направляют поведение человека к достижению заданного результата.*

Поэтому разработка и обкатка новых систем мотивации на практике не является делом быстрым. По опыту коммерческого сектора можно сказать, что если внедрение происходит без формализма и насилия над сотрудниками, то оно не может завершить менее чем за 1,5–2 года.

Системные функции подразделения определяют выбор показателей для оценки результатов индивидуальной трудовой деятельности работников. Целью функционирования основных структурных подраз-

делений учреждения является адекватная лечебно-профилактическая деятельность, направленная на сохранение и укрепление состояния здоровья пациентов, внедрение ресурсосберегающих технологий. В отделениях обеспечения в первую очередь должна стимулироваться оптимальная ресурсосберегающая деятельность, в подразделениях управления – экономическая эффективность деятельности и показатели выполнения контрольных функций, соответствия численности персонала объема работ и т. д.

Позитивное материальное подкрепление должно быть адекватным по величине стимулирующих доплат, чтобы *вызвать реальную заинтересованность сотрудников в достижении лучших результатов своего труда и соответствовать индивидуальным затратам труда.*

Необходимо учитывать социально-психологические факторы, обеспечивая активное вовлечение сотрудников в разработку и внедрение методики материального стимулирования. Оценка результатов индивидуальной деятельности должна проводиться на основании документальных данных.

В муниципальных учреждениях здравоохранения г. Хабаровска сложилось несколько систем распределения надбавки за интенсивность и результативность труда, которые условно можно назвать «рейтинговая система и накопительная балльная система». В обеих системах сначала определяется фонд, подлежащий распределению между работниками в виде надбавки за интенсивность и высокие результаты работы в соответствии с критериями оценки их деятельности.

Фонд, подлежащий распределению (Финт), рассчитывается в следующем порядке:

1. Определяется месячный фонд оплаты труда, который рассчитывается в зависимости от суммы средств, заработанных учреждением по реестрам оказанных услуг:

$$\text{ФОТмес} = \text{Усл} - \text{Рмед} - \text{Рпит} - \text{Рмяг}, \text{ где}$$

Усл – стоимость услуг по тарифам обязательного медицинского страхования (ОМС),

Рмед – расходы на медикаменты по тарифам на единицу помощи,

Рпит – расходы на питание по тарифам на единицу помощи,

Рмяг – расходы на мягкий инвентарь по тарифам на единицу помощи.

2. Из расчетного фонда оплаты труда исключаются средства, необходимые для уплаты страховых взносов (пенсионный фонд, медицинское страхование, социальное страхование):

$$\text{ФОТз/пл} = \text{ФОТмес} / 1,262, \text{ где } 1,262 - \text{коэффициент, учитывающий размер страховых взносов.}$$

3. Из фонда заработной платы исключается резерв отпусков. Так как отпуска работникам предоставляются в течение года неравномерно, необходимо создание такого резерва:

$$\text{ФОТопл} = \text{ФОТз/пл} / (1 + \text{Котп}), \text{ где Котп} - \text{коэффициент резерва отпусков, равный доле начисленных отпусков в общем фонде оплаты труда за предыдущий год.}$$



4. Из фонда оплаты труда исключаются постоянные выплаты, начисленные работникам в текущем месяце:

**Финт = ФОТопл – Σокл – Σкомп – Σстим. пост**, где

Σокл – суммы, начисленные по должностным окладам, согласно табелю учета рабочего времени,

Σкомп – компенсационные выплаты, начисленные работникам в текущем месяце в соответствии с приказами (доплаты за вредные условия, за работу в ночное время, за совмещение профессий, расширенную зону обслуживания),

Σстим. пост – стимулирующие выплаты, установленные в процентах к должностному окладу (за стаж работы в учреждениях здравоохранения, за профессиональное мастерство при наличии квалификационной категории, за наличие звания).

Сумма надбавки за интенсивность и высокие результаты работы каждому работнику учреждения определяется произведением количества баллов набранного сотрудником в отчетном периоде на единую стоимость одного балла:

**Синт. раб = Nб × Цб**, где

Nб – количество баллов, заработанных каждым сотрудником в отчетном периоде,

Цб – цена одного балла в текущем месяце.

Единая стоимость 1 балла определяется путем деления общего фонда подлежащего распределению (Финт) на общее количество баллов, набранных всеми сотрудниками учреждения в соответствии с критериями оценки:

**Цб = Финт / ΣNб**, где ΣNб – количество баллов, набранных всеми сотрудниками учреждения.

Теперь рассмотрим, как определяется количество баллов каждого сотрудника в разных системах.

#### 1. Рейтинговая система

Каждому сотруднику в зависимости от занимаемой должности устанавливается рейтинговый коэффициент (балл), который корректируется в зависимости от отработанного времени и критериев оценки деятельности в текущем месяце. При этом критерии оценки деятельности существуют как повышающие, так и понижающие.

Результаты работы обсуждаются ежемесячно на совете отделения и оформляются соответствующим протоколом.

Рейтинговый коэффициент сотрудников может увеличиваться по решению совета отделения за выполнение дополнительной работы, выполнение общественных поручений и т. п. согласно классификатору поощрений труда.

### Критерии оценки деятельности, повышающие рейтинговый коэффициент

Наименование критерия	Источник информации	Нормативный показатель	Размер увеличения	Ответственный исполнитель
<b>Врачи-специалисты</b>				
Выполнение плана индивидуальной нагрузки	Талоны амбулаторных больных	100 % плана посещений	На процент увеличения	Заведующий отделением
Обслуживание участка с преобладанием частного сектора	Схема участков	–	0,1 балла	Заведующий отделением
Работа без медицинской сестры в течение месяца	Журнал учета работы	Дни месяца	1,7	Заведующий отделением
Работа без санитарки в течение месяца	Журнал учета работы	Дни месяца	1,0	Заведующий отделением
Выполнение плана прививок и др.	Журнал учета прививочной работы	Не менее 98 %	0,1 балла	–
<b>Медицинские сестры</b>				
Выполнение плана индивидуальной нагрузки врачом	Талоны амбулаторных больных	100 % плана посещений	На процент увеличения	Старшая медицинская сестра
Обслуживание участка с преобладанием частного сектора	Схема участков	–	0,1 балла	Старшая медицинская сестра
Выполнение назначений на дополнительном участке в течение месяца	Журнал учета работы	Дни месяца	0,1	Старшая медицинская сестра
Выписка приглашений на прививки в течение месяца на дополнительном участке и др.	Журнал учета	–	0,1 балла	Старшая медицинская сестра

К работникам, виновным в снижении качества медицинской помощи, нарушении трудовой и производственной дисциплины, могут применяться

штрафные санкции, снижающие величину рейтингового коэффициента согласно классификатору дефектов труда.

**Критерии оценки деятельности, понижающие рейтинговый коэффициент**

Наименование критерия	Источник информации	Нормативный показатель	Размер снижения	Ответственный исполнитель
<b>Медицинские работники</b>				
Невыполнение плана индивидуальной нагрузки	Талоны амбулаторных больных	100 % плана посещений	100 %	Заведующий отделением
Наличие обоснованной жалобы	Журнал учета жалоб	нет	100 %	Заведующий отделением
Наличие административных взысканий – замечание – выговор	Приказы	нет	20 % 100 %	Заведующий отделением
Нарушение порядка ведения медицинской документации – 1–2 замечания – более 2 замечаний	Экспертиза документации	нет	10 % 20 %	Заведующий отделением

**Пример расчета рейтингового коэффициента работника за месяц**

ФИО	Должность	Базовый рейтинг	Отработано дней	Рейтинг на отработанные дни	Повышающие критерии						Понижающие критерии			Всего
					Выполнение плана		Работа без медсестры	План прививок		Итого	Ведение документации		Итого снижение	
					Процент выполнения	Увеличение		Процент выполнения	Увеличение		Количество	Процент снижения		
Иванова О.П.	врач	2,2	20	2,1	107	2,25	1,6	99	0,1	3,9	2	10	0,39	3,51
						$2,1 \times 107\% =$	$1,7 / 21 \times 20$			$2,2 + 1,6 + 0,1$				

**2. Накопительная бальная система**

При накопительной бальной системе каждый критерий оценки деятельности имеет свой вес в баллах,

и при подведении итогов количество баллов, заработанных каждым сотрудником, рассчитывается путем простого суммирования.

## Пример оценки деятельности по накопительной бальной системе

Наименование критерия	Источник информации для расчета	Единица измерения	Критерии оценки	Оценка (баллы)	Частота оценки	Ответственный исполнитель
Количество пролеченных больных	Данные по выполнению Территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ)	Пролеченный больной за отчетный период	100 и более % выполнения плана Невыполнение плана	3 0	Ежемесячно	Зам. главного врача по лечебной работе
Количество койко-дней	Данные по выполнению ТПГГ	Кол-во койко-дней за отчетный период	100 и более % выполнения плана Невыполнение плана	3 0	Ежемесячно	Зам. главного врача по лечебной работе
Необоснованные отказы в госпитализации	Журнал отказов в госпитализации	Кол-во жалоб на отказ в госпитализации	Отсутствие жалоб Наличие жалоб (1 и более)	0 -3	Ежемесячно	Зам. главного врача по лечебной работе
Послеоперационные осложнения	Операционный журнал	Послеоперационное осложнение	Отсутствие Наличие	3 0	Ежемесячно	Зам. главного врача по лечебной работе
Выполнение стандартов обследования и лечения (клинико-статистические группы (КСГ))	История болезни, акты эксп. страх. комп., журнал эксперт. качества	Кол-во случаев несоответствия КСГ	Уровень качества лечения (УКЛ) = 0,84–1,0 УКЛ = 0,75–0,84 УКЛ = менее 0,75	3 2 0	Ежемесячно	Зам. главного врача по лечебной работе
Оформление медицинской документации	История болезни	Кол-во замечаний	Отсутствие 1 случай 2 случая 3 и более	3 2 1 0	Ежемесячно	Зам. главного врача по лечебной работе
Обоснованные жалобы пациентов и их родственников	Журнал учета жалоб	Число обоснованных жалоб	Отсутствие Наличие	3 -3	Ежемесячно	Зам. главного врача по лечебной работе

Наиболее частыми ошибками при установлении критериев оценки деятельности и их оценки являются следующие:

1) Наименование критерия оценки не конкретное и предполагает субъективную оценку, например:

- качественное оказание медицинской помощи (как определить, что является качественным, а что некачественным) – должен быть конкретный показатель, который сможет ответить на эти вопросы;

- образцовое выполнение должностных обязанностей – что является образцом?

- качественное (некачественное) ведение документации и т. п.

2) Критерии не имеют конкретной величины оценки, например:

- наличие замечаний – от 10 до 50 % (от 1 до 5 баллов). Вопрос: независимо от количества? Как определяется от и до?

Во избежание некорректных оценок труда необходима стандартизация оцениваемых показателей. При выборе критериев оценки деятельности медицинского персонала следует учитывать, что критерии должны:

- учитывать наличие различных групп медицинских работников в соответствии с должностью и специальностью;

- отражать специфику деятельности медицинского персонала и тип учреждения;

- быть систематизированными по качественным и количественным характеристикам;

– максимально отражать личный вклад медицинского работника в достижении планируемого конечного результата;

– быть объективными для осуществления оперативной оценки;

– быть конкретными, не допускающими двояких интерпретаций;

– быть информативными.

При выборе критериев качества медицинской помощи следует иметь в виду, что для оценки необходимо осуществлять сбор информации. *Исходя из этого целесообразно отбирать такие критерии, которые позволяют получить необходимый для анализа объем информации с минимальными затратами людских и материальных ресурсов.*

Выплата надбавки за интенсивность и высокие результаты работы руководителю осуществляется с учетом результатов деятельности возглавляемого им учреждения:

1. Расчет надбавки за интенсивность и высокие результаты работы руководителю учреждения:

**Сстим = Окл × Кинт × Крез**, где

Сстим – сумма надбавки за интенсивность и высокие результаты работы,

Окл – должностной оклад руководителя,

Кинт – коэффициент интенсивности работы,

Крез – интегральный коэффициент результативности.

2. Коэффициент интенсивности работы устанавливается руководителю в зависимости от мощности учреждения, вида оказываемых услуг, профилей структурных подразделений, наличия отдельно стоящих и удаленных друг от друга структурных подразделений и других факторов и определяется как сумма всех факторов, умноженных на цену каждого фактора в баллах, но не более 2 баллов:

**Кинт =  $\sum(\Phi_i \times \text{Ц}\Phi_i)$** , где

$\Phi_i$  – количество факторов, определяющих структуру учреждения,

Ц $\Phi_i$  – цена одного фактора в баллах.

Величина коэффициента интенсивности работы руководителя учреждения рассчитывается ежегодно перед заключением трудового договора.

3. Расчет интегрального коэффициента результативности производится ежемесячно по критериям оценки качества и эффективности деятельности учреждения:

**Крез =  $\sum \text{Зкррез} / \text{Нпок}$** , где

Зкррез – значение коэффициента результативности по каждому показателю оценки качества и эффективности деятельности учреждения,

Нпок – количество показателей, оцениваемых в данном учреждении.

4. Итоги выполнения плановых показателей для оценки качества и эффективности деятельности руководителей учреждений подводятся персонально по каждому учреждению ежемесячно на заседании комиссии по премированию управления здравоохранения администрации г. Хабаровска.

Критерии оценки качества и эффективности деятельности муниципальных учреждений здравоохранения г. Хабаровска:

– выполнение территориальной программы государственных гарантий;

– выполнение показателей по профилактике и раннему выявлению заболеваний;

– обеспечение качественных показателей по основной деятельности;

– финансово-экономическая деятельность учреждения;

– общеуправленческая деятельность.

Выполнение плановых объемных показателей оценивается по результатам работы учреждения нарастающим итогом с начала года.

Принципы, заложенные в основу предлагаемых методических подходов к материальному стимулированию, позволят повысить медицинскую и экономическую эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Чтобы экономическая эффективность учреждений здравоохранения стала реальностью, необходимо предоставленную реформами свободу использовать во благо пациента (расширяя ассортимент услуг), работника (поощряя его трудовую активность материально), общества (достигая наивысшего уровня здоровья).

С докладом «**Современные подходы в организации внебюджетной деятельности и формировании системы оплаты труда в ГУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея»**» выступила **Сулкина Юлия Владимировна**, заместитель главного врача по экономическим вопросам.

Актуальность развития внебюджетной деятельности учреждений здравоохранения объясняется заинтересованностью руководителей в развитии медицинских учреждений, поскольку денежные средства, полученные от их предоставления, идут на материальное стимулирование работников, приобретение современной медицинской аппаратуры, развитие новых направлений и технологий.

В соответствии со ст. 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан «граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных не запрещенных законодательством источников».

Таким образом, можно считать, что платные медицинские услуги – это правомерное дополнение к законодательно гарантированному объему бесплатной медицинской помощи.

Но это при грамотном подходе к их организации в строгом соответствии с действующим законодательством. Основными документами, напрямую регулирующими порядок их организации, являются:

1. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г.

2. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

3. Постановление Губернатора ХК от 27.02.2007 № 29 « О мерах по обеспечению гарантий прав граждан Хабаровского края при оказании медицинских услуг в краевых государственных учреждениях здравоохранения».

4. Постановление Правительства ХК от 19.10.2009 № 319-пр «Об утверждении положения о порядке введения платных услуг краевыми государственными учреждениями и осуществления контроля за его применением».

Формированием внутренней законодательной среды медицинское учреждение занимается самостоятельно. Опираясь на положения действующего законодательства, учреждение разрабатывает основные локальные акты: положения, приказы, регламенты, которые находятся в полной зависимости от особенностей и потребностей медицинского учреждения. Это самое сложное. Процесс закрепления порядка организации платных услуг в конкретных документах, грамотное оформление документов, четкое распределение полномочий и функций должностных лиц, установление системы контроля – это очень серьезная работа, которая от начала и до конца должна быть проведена администрацией учреждения.

Основными направлениями поведения на рынке медицинских услуг для учреждения являются: выявление соответствия возможностей учреждения потребностям потребителей, формирование перечня услуг и тарифов, определение направлений дальнейшего развития и расширения сегмента рынка.

Очень важный организационный аспект оказания платных медицинских услуг – информирование пациентов; по требованию действующего законодательства медицинские учреждения обязаны обеспечить граждан бесплатной и достоверной информацией, включающей в себя условия предоставления и получения этих услуг.

Это могут быть и общие информационные стенды и информационные стенды отделений, информационные папки и информационные буклеты, а также электронные информационные киоски – главным требованием является их общедоступность.

В нашем учреждении закреплены приказом места размещения информационных стендов и папок, перечень информации, содержащейся на них, порядок формирования информации и ответственные лица за своевременность корректировки информации в случае ее изменения. Перечень предоставляемой информации должен быть исчерпывающим: лицензия, специальное разрешение, правила оказания платных медицинских услуг, территориальная программа ОМС на текущий год, форма договора на ока-

зание платных медицинских услуг, перечень платных тарифов, сведения о квалификации и сертификации специалистов, график работы специалистов по предоставлению платных медицинских услуг, нормативно-правовые документы.

На этапе организации качественного информирования должно быть обеспечено максимальное количество доступных и понятных указателей, вывесок, табличек на кабинетах со всей необходимой информацией, если нужно, информация на направлениях или каких-либо памятках.

Часто происходит, что оформление пациента происходит не в том месте, где он зашел в учреждение, а где-то на другом этаже, в другом крыле и т. д. Получив направления или необходимую информацию, пациент отправляется искать кассу, затем идут поиски кабинетов, где услуги будут оказаны, и, наконец, поиски обратного выхода. И если пациент на это потратил достаточно времени, то его повторное посещение учреждения будет под сомнением.

Например: по результатам проведенного анкетирования об удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощи были опрошены пациенты, которые получали медицинскую помощь с самостоятельной организацией данного процесса, и пациенты, которых сопровождали медицинские регистраторы. Перечень оказываемых услуг и специалисты, их оказывающие, были одни и те же. В итоге все пациенты, которые были сопровождены, были удовлетворены полностью, а те, которые самоорганизовывались, лишь 50 %. Конечно, сопровождать каждого пациента мы не в состоянии, но полноценно и качественно его информировать вполне в наших силах, необходимо лишь представить себя на месте пациента, впервые обратившегося к Вам и «пройти его маршрутом».

Следующий важный момент – ассортиментная политика учреждения. Какой бы подход к формированию прейскуранта не был выбран, либо это комплексные медицинские услуги, либо это разделение услуг на отдельные простые, ассортиментная политика должна быть направлена на учет всех деталей оказываемых услуг – до самой простой услуги. В процессе расчета тарифов должны принимать активное участие исполнители этих услуг с той целью, чтобы тариф был полным и потом не оказалось, что при его формировании упустили, например, какой-либо дорогостоящий расходный материал.

С другой стороны, исполнитель уже на стадии его разработки будет иметь представление о том, из чего складывается услуга, как сформирована его заработная плата за данную услугу, сколько расходных материалов на данную услугу он может максимально израсходовать.

Перечень услуг нужно стараться постоянно пополнять – это тоже является одним из факторов успешного развития внебюджетной деятельности. При введении новых услуг по возможности озвучивайте и само их введение, и преимущества услуг для паци-

ентов, например, сроки проведения, применение различного инструментария, уникальность методики или исполнителей.

Основным из стимулирующих факторов развития платных услуг является возможность получения дополнительной заработной платы. И здесь может возникнуть проблема «теневой оплаты». Для того чтобы это исключить, первым шагом должно быть установлено отчисление на дополнительную оплату исполнителя медицинской услуги в максимально возможном размере. Этот шаг является необходимым на стадии внедрения и развития услуг. С другой стороны, у учреждения будет меньше возможностей направления средств на развитие учреждения, тем не менее, это будет способствовать переводу «теневой оплаты» медицинских услуг в кассу.

Другим шагом является развитие услуг, оказываемых по договорам, когда оплата является предварительной и осуществляется безналичным путем (по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), юридическими и физическими лицами). Но в этом случае учреждение должно заинтересовать контрагентов к работе на основании договора (например, скидкой пусть даже 1–2 %, закреплением за лечащим врачом, по типу участковости, оформлением постоянной карты, возможностью бригадного обслуживания пациентов за пределами медицинского учреждения – вакцинация, профилактические осмотры и т. д.). Обязательным условием таких договоров должно быть условие о предоплате – для того чтобы учреждение имело возможность своевременно оплатить специалистам заработную плату за оказанные услуги, а специалисты, в свою очередь, были заинтересованы в их оказании.

Маркетинговыми шагами также могут являться, например, договоры на получение медицинской помощи (комплекса услуг) какого-либо одного направления – «паспорт здоровья», «здоровье женщины» и т. д., которые можно организовывать и проводить в сжатые сроки (за один или несколько дней) при одномоментной записи, тогда как отдельно на каждую из услуг должна осуществляться отдельная запись. При данном направлении учреждение может включать также в комплекс услуг, например, какую-либо услугу из установленного государственного задания по ОМС и оказывать ее в рамках этого пакета услуг пациенту на основании полиса, результатом чего будет и выполнение установленного планового задания по ОМС, и привлечение дополнительного источника финансовых средств.

Важным моментом в организации лечебного процесса является обратная связь с пациентами, которая позволяет оценить такой критерий работы учреждения, как удовлетворенность пациентов. Это могут быть и различные опросные листы, анкеты, общение на сайтах учреждений и т. д. Это позволяет вовремя исправить какие-то недостатки в организации, вовремя среагировать на какие-либо объективные замечания. Очень эффективный метод в организации рабо-

ты. А пациенты, в свою очередь, чувствуют, что их понимают или хотя бы пытаются понять.

Очень существенным этапом работы в учреждении является регулирование такого направления в деятельности учреждения, как закупки: полное и своевременное планирование общих расходных обязательств; своевременность исполнения учреждением договорных обязательств перед контрагентами (и как следствие – отсутствие кредиторской и дебиторской задолженности); бесперебойность всего рабочего процесса.

Важно это еще и потому, что в соответствии с Постановлением Губернатора ХК от 27.02.2007 № 29 «О мерах по обеспечению гарантий прав граждан ХК при оказании медицинских услуг в краевых государственных учреждениях здравоохранения» доходы, полученные от оказания платных медицинских услуг, направляются учреждениями здравоохранения на покрытие расходов, связанных с их оказанием. Оставшиеся средства направляются на содержание и развитие материально-технической базы; до 50 % оставшихся средств могут направляться на выплаты стимулирующего характера медицинскому персоналу, непосредственно оказывающему платные медицинские услуги.

Каждый работник (исполнитель медицинских услуг) в учреждении должен четко понимать, что каждый излишне израсходованный учреждением рубль (будь то карандаш, бумага или неэкономия коммунальных услуг и т. д.) мог бы, грубо говоря, наполовину пойти в фонд их оплаты (стимулирующие выплаты, премирование и т. д.).

Очень эффективно и необходимо с целью мотивации работников проводить анализ расхода медикаментов по подразделениям в разрезе оказываемых услуг.

Существует калькуляция услуг, о которой должны знать не только экономическая служба, но и непосредственные исполнители. Каждую услугу можно разложить по видам затрат, вплоть до резинки и карандаша. Экономия на расходных материалах можно направлять на стимулирующие выплаты исполнителям услуг данного подразделения, что не может их не интересовать.

Конечно, реализовать это можно реальнее всего только при применении каких-то программных продуктов. В нашем учреждении данный программный продукт разработан и позволяет провести четкий анализ фактических затрат по каждому виду оказанных услуг и по каждому наименованию расходных материалов.

Например, в нашем учреждении разработано положение о договорной работе с установлением ответственных лиц по направлениям расходов, сроков планирования, порядка организации закупок и документооборота, ведением и исполнением договоров и закреплением ответственности за каждое направление. Неисполнение возложенных обязанностей или нару-

шение их сроков обязательно учитывается при оплате труда работников, ответственных за данный раздел. Здесь нужно понимание каждого сотрудника о важности своего участия в данном процессе. На уровне исполнителей услуг – формирование реальной и объективной потребности в приобретаемом товаре либо услуге, расчет ее объема и формирование своевременной заявки. На уровне ответственного лица – выбор товара (услуги) с оптимальным соотношением цены и качества и сопровождение договора (либо контракта) на стадии его исполнения. На уровне финансовых служб – правильное, обоснованное и своевременное отражение плановых расходов в бюджетных сметах и исполнение расчетно-платежных операций.

Также необходимо обратить внимание на такую форму взаимодействия медицинского учреждения со сторонними организациями, как аутсорсинг – передача на договорной основе неключевых функций другим организациям, которые специализируются в конкретной области. Все учреждения так или иначе с этим сталкиваются: это и стирка белья, и техническое обслуживание оборудования, и т. д.

Проблемой на пути аутсорсинга стоит многоканальное финансирование – когда заработная плата финансируется за счет средств ОМС, а финансирование услуг сторонних организаций производится за счет бюджета.

У нас в учреждении с 2008 года был применен аутсорсинг в части услуг по уборке здания – так называемые клининговые услуги. В момент, когда на территории минимальный размер оплаты труда (МРОТ) Хабаровского края увеличился до 5629,0 рубля, нами был произведен расчет среднемесячных расходов на уборку зданий:

Зарплата всего штата уборщиков исходя из МРОТ + начисления на их заработную плату + расходы на приобретение чистящих, моющих средств и прочих сопутствующих им хозматериалов. Даже при очень грубом расчете получилось:

Зарплата –  $5629 \times 18$  ставок = 101 322

Налоги –  $101\,322 \times 26,2\%$  = 26 546

Хозматериал ~ 25 000 рублей

Итого в среднем 150 000 рублей

В тот же период у нас сложилась экономия в части предпринимательской деятельности по результатам проведения процедур закупок согласно экономической статье «Услуги по содержанию имущества», и было принято решение о проведении аукциона на клининговые услуги. Как оказалось, на рынке очень много фирм, специализирующихся в данной области. Первоначальная цена по результатам аукциона составила 125 000 рублей. В настоящее время уже заключен третий государственный контракт, и стоимость уборки 1 кв. м с каждым разом снижается. Последний раз в аукционе принимали участие 4 участника. А с нашей стороны в контракты добавляются дополнительные условия: это и уборка снега с крыш здания, и обработка газонов, и помывка внешних фасадов. И на сегодняшний день мы за те же средства получаем уже более широкий спектр услуг.

Преимущества клининга: кроме экономической выгоды добавилось более высокое качество услуг, отпала кадровая проблема укомплектования низкооплачиваемых должностей уборщиков, выполнение работы является непрерывной, нет понятий «отпуск», «больничный лист» и т. д. – этим занимается аутсорсер. При неудовлетворительном качестве оказания услуг предусмотрены как штрафные санкции, так и возможности расторжения контракта. Но данной проблемы даже не возникает при условии жесткого и постоянного контроля. И даже в случае ее возникновения сменить поставщика услуг проще, чем сменить штатный персонал.

Еще одним из направлений развития учреждения, в том числе и по внебюджетной деятельности, является разработанная система оплаты труда, направленная на стимулирование работников за конкретно выполненные объемы.

Целесообразнее всего эту работу начинать с нормирования. Нормирование трудозатрат важно для понимания сотрудниками того, что заработная плата – это именно оплата за работу и снижение сомнений работников в том, что его недооценили. Нормирование труда должно быть понятно работникам и принято ими не как ухудшение, а как рычаг объективной оценки их работы. Нормирование необходимо проводить по всем категориям персонала – это возможно и необходимо. Возможно потому, что затраты времени на любую составляющую работы можно измерить, а необходимо для того, чтобы человек реально понимал, что весь его труд объективно оценен и оплачен. Это позволяет также прорабатывать и внедрять в жизнь должностные инструкции, которые модифицированы под реальные имеющиеся на сегодняшний день условия, функции и требования.

Большинство должностных инструкций у персонала являются типовыми, что зачастую затрудняет рабочий процесс, поскольку работник не считает решение какой-либо возникшей задачи своей трудовой функцией. В настоящее время работа сотрудников, даже занимающих одинаковые должности, вряд ли является одинаковой: например, старшая медицинская сестра консультативного отделения и старшая медицинская сестра клинично-диагностической лаборатории. Может быть, по общему объему работы и отличаются несущественно, но текущие функции все же различны.

Очень важным является включение в должностные инструкции работников в раздел обязанностей: «обязан выполнять отдельные служебные поручения руководителя, не предусмотренные данной должностной инструкцией, но необходимые в определенный момент», что позволяет в отдельных случаях мобильно решить какой-либо внезапно возникший вопрос.

Каким образом лучше всего проводить нормирование, покажет, естественно, хронометраж. Но первым

шагом к его проведению эффективным является проведение самофотографии рабочего дня, когда работник самостоятельно фиксирует в заведенном журнале в течение какого-либо периода времени все выполняемые направления работы. С одной стороны, сам работник заинтересован отразить их максимально. Также на данном этапе сам работник произвольно анализирует распределение своего рабочего времени.

Дальнейшее проведение хронометража и оформление норм производится комиссией, создаваемой в учреждении. Работникам необходимо объяснять, что нормирование, главным образом, нацелено защитить их интересы – тогда оно принимается ими достаточно позитивно.

Оценка работы персонала должна проводиться также индивидуально.

При установлении стимулирующих надбавок на сегодняшний день основной является надбавка за интенсивность, в основном, в связи с перевыполнением норм. Но при разработанных и применяемых в учреждении объективных и реальных нормах нагрузки у каждого работника есть предел его возможностей, на практике работник не может за одну и ту же единицу времени выполнить двойной или тройной объем работы без ущерба качеству.

И здесь уже становится необходимым введение показателей, характеризующих качество выполняемых работ.

На этом этапе можно обязать руководителей подразделений ежемесячно проводить контрольные мероприятия по проверке ведения медицинской документации по каждому сотруднику и представлять отчет о качестве работы сотрудников, где, например, отражены следующие показатели (количество случаев), которые возможно измерить и оценить: несоответствие стандартов лечения; несоблюдение порядка оформления медицинской документации; наличие обоснованных жалоб и т. п., то есть те показатели, которые реально подтверждены каким-либо документом с той целью, чтобы работник не считал снижение субъективным мнением руководителя. При наличии хотя бы одного из показателей происходит снижение стимулирующей надбавки на определенный процент, соответственно, выявленные нарушения можно применять в качестве понижающих коэффициентов при высоком выполнении плановых показателей.

В качестве повышающих показателей стимулирующих выплат могут быть: оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи, развитие новой технологии, участие в выполнении важных работ и мероприятий, работы, направленные на развитие и продвижение отдельных услуг, и т. д. В каждом случае должно быть письменное подтверждение выполненной работы, позволяющее объективно ее оценить (с указанием времени, затраченного на выполнение, сложности, важности, степени самостоятельности и ответственности работника и другие факторы).

В нашем учреждении внедрена и активно применяется система оценки работы административно-управленческого и вспомогательного персонала по качественным показателям – в части ежемесячного премирования из средств предпринимательской деятельности. К данному персоналу относятся также заведующие отделениями и старшие медицинские сестры.

Сумма заработной платы для данных работников условно разделена на постоянную и переменную части. Постоянная изменению не подлежит, а переменная предполагает собой повышающие коэффициенты: за эффективность работы структурного подразделения; трудовую дисциплину, организованность, деловую этику; оперативность и соблюдение сроков выполнения заданий; внедрение новых технологий.

Итоги оценки работы по каждому сотруднику производится ежемесячно руководителями подразделений с установлением либо не установлением повышающих коэффициентов. Данная система является достаточно эффективным рычагом воздействия и управления.

При установлении системы премирования по итогам периода (квартал, год) необходимо акцентировать внимание работников на взаимосвязи показателей работы каждого месяца с размером премиальной выплаты.

Поощрить персонал учреждения за хороший труд руководитель может, только сэкономив бюджетную часть фонда оплаты труда (ФОТ), или за счет средств, поступивших из внебюджетных источников.

Единственной возможностью экономии бюджетного ФОТ (или ФОТ за счет ОМС) на сегодняшний день у учреждений является пересмотр надбавки за стаж непрерывной работы в учреждениях здравоохранения, поскольку в условиях новой системы оплаты труда она отнесена к выплатам стимулирующего характера, выплачиваемых исключительно за счет экономии. В дальнейшем возможно увязать данную надбавку, например, не только с периодом непрерывной работы в учреждении, но и с качеством ее выполнения, а также предусмотреть критерии, позволяющие снижать ее по объективным причинам.

При установлении любых повышающих или понижающих критериев оценки работы сотрудника обязательно должна быть проведена разъяснительная работа еще на стадии их введения, что это не прессинг со стороны администрации, а необходимая мера, поскольку само учреждение находится в ситуации дефицита бюджетных средств, а работа учреждения в целом оценивается по тем же критериям, и финансовая составляющая его деятельности напрямую зависит от данных показателей.

Основные этапы формирования эффективной системы оплаты труда: грамотное распределение трудовых функций и составление должностных инструкций; нормирование трудозатрат по всем направлениям и категориям персонала; информированность сотрудников и проведение разъяснительной работы; уста-



новление только объективно измеряемых показателей оценки работы.

Система оплаты труда должна обладать максимальной прозрачностью, поскольку данное обстоятельство формирует доверие между сотрудниками и администрацией. На стадии формирования положения об оплате труда, при внесении в него изменений, необходимо привлечь внимание каждого сотрудника к данному документу, поскольку он является документом, отражающим политику медицинского учреждения в сфере оплаты труда работников. Только если система оплаты труда понятна всем сотрудникам и поддерживается ими, она достигает поставленных целей. Не экономьте времени на разъяснительную работу. Необходимо встречаться с коллективом: с отделениями, отдельными категориями работников, отдельными работниками. Ведь если у человека возникает какое-либо сомнение по поводу оценки его работы и он не смог обсудить его с Вами, он обязательно обсудит это с кем-то другим, и зерно сомнения начнет расти, а до каких размеров оно будет расти, неизвестно. А если человеку удалось обсудить проблему с Вами на стадии ее появления, даже если это не решит ее, у человека останется чувство, что его понимают и поддерживают.

Самое главное всегда помнить о том, что основным ресурсом медицинского учреждения, безусловно, являются люди (кадры, персонал), поскольку именно они приводят в действие все остальные ресурсы, чтобы удовлетворять потребности пациентов.

С докладом «**Дискуссионные вопросы финансовых и правовых отношений в системе государственного и муниципального здравоохранения**» выступила **Савкова Валентина Михайловна**, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, к.ф.н., главный врач МУЗ ГП № 5 управления здравоохранения г. Хабаровска.

Охрана здоровья граждан, независимо от источников ее финансирования, происходит на уровне получения гражданами товаров, работ и услуг медицинского назначения. При этом государство лишь собирает налоги и финансирует свои социальные обязательства, но само по себе не производит и не реализует медицинские услуги. Это делают только медицинские работники.

Новая система оплаты труда призвана стимулировать и мотивировать деятельность персонала по оказанию качественных медицинских услуг. Во всем мире мотивацией медицинских работников является рост их личного благосостояния, а мотивацией медицинских организаций, выступающих субъектами медицинской деятельности в экономическом обороте, является рост их доходов над расходами, увеличение денежных и неденежных капиталов, чтобы развиваться и вновь стимулировать и мотивировать медицинский персонал. Иными словами, от того, какой будет величина вознаграждения работника, во многом зави-

сит эффективность медицинских услуг. По идее, выше качество труда – выше уровень его оплаты.

Однако оплата труда медицинских работников зависит не только от результатов его работы. Она прежде всего зависит от экономической деятельности ЛПУ как хозяйствующего субъекта. Если хозяйствующий субъект в лице ЛПУ нерентабелен, то он будет вынужден сокращать штат, чтобы выплачивать хотя бы какую-то зарплату. И напротив, чем более экономически эффективен хозяйствующий субъект, тем большую заработную плату он в состоянии выплачивать своим сотрудникам.

Свои доходы ЛПУ получают от оплаты оказанных медицинских услуг по договорам со страховщиками-плательщиками по закону в пользу третьей стороны, т. е. застрахованных граждан. Оплата производится за счет средств ОМС (казны), и этих средств должно быть достаточно для того, чтобы граждане получали медицинские услуги бесплатно для себя, а медицинские работники – вознаграждение, обеспечивающее производство услуг, улучшающих здоровье граждан. Если этих средств недостаточно, то не по вине учреждений здравоохранения: юридические лица, созданные органами власти, не отвечают по их обязательствам (12, п. 2, ст. 126).

Общепринято, что методы оплаты медицинских услуг и содержащейся в них заработной платы будут эффективными, если цена отдельной услуги покрывает издержки ее производства и создает прибавочную стоимость. В частном здравоохранении ценообразование на медицинские услуги рыночное. В системе ОМС медицинские услуги оплачиваются по тарифам, которые, согласно закону об ОМС, должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи (2, ст. 24 Закона о медицинском страховании граждан РФ). Однако на практике тарифы не обеспечивают даже простого воспроизводства медицинских услуг, вследствие чего заработная плата в ЛПУ остается крайне низкой, а проблема кадрового дефицита продолжает обостряться. Вечный вопрос: кто виноват и что делать?

Мировая практика сводит общие требования к рациональной системе оплаты медицинских услуг к четырем позициям. Во-первых, система оплаты должна стимулировать врачей к оказанию качественных медицинских услуг при наименьших затратах. Для этого объем средств ОМС (казны) должен обеспечивать оплату медицинских услуг по единым экономическим стандартам. Во-вторых, расходы на оказание медицинских услуг должны быть предсказуемы и адекватны. И это не только стоимость материальных затрат, но и стоимость самих действий в составе услуги, т. е. стоимость трудовых ресурсов. В-третьих, административные расходы должны быть не только минимальными, но и разумными.

Для сравнения: сегодня порядка 30% от цены медицинской услуги в мире достигают административных расходов. При этом в штатных расписаниях пред-

усмотрены и финансовый директор, и администраторы, и юристы, и психологи, и специалисты по работе с персоналом. Это совершенно оправданно, что должно быть и у нас. И наконец, оплата различных этапов оказания медицинской помощи внутри лечебно-профилактического учреждения должна сочетаться друг с другом, обеспечивая экономическую заинтересованность всех участников оказания медицинских услуг и не сталкивать интересы, например, узких специалистов и участковых терапевтов, руководителей структурных подразделений и врачей.

Изложенные требования полностью корреспондируются с задачами модернизации здравоохранения, сформулированными Президентом РФ Д.А. Медведевым на Красноярском экономическом форуме 15 февраля 2008 года.

С докладом «**Результаты мониторинга оплаты труда медицинских работников в системе здравоохранения по данным правовой инспекции труда профсоюзов**» выступила **Конonenko Галина Анатольевна**, председатель Хабаровской краевой организации профсоюза работников здравоохранения РФ.

В соответствии с правом, предоставленным профсоюзам, осуществлялся мониторинг введения НСОТ в учреждения здравоохранения. Проводились консультации по подготовке проектов положения об оплате труда, осуществлялись проверки по соблюдению трудового законодательства при переходе на НСОТ.

Наиболее типичные нарушения прав работников:

1. Нарушения при уведомлении о предстоящем изменении условий трудового договора.

В соответствии со ст. 74 ТК работник должен быть уведомлен за 2 месяца о предстоящих изменениях в трудовом договоре, в котором в соответствии со ст. 135 устанавливается заработная плата работнику. Соответственно уведомления должны были содержать информацию об изменении оклада, размере компенсационных и стимулирующих выплат.

В большинстве случаев в уведомлениях указывался только новый оклад и дата его установления.

2. Введение НСОТ в ряде случаев без учета мнения представительного органа работников, что противоречит ст. 135, 144 ТК РФ.

3. Не везде соблюдено условие: уровень заработной платы работников (без учета премий и иных стимулирующих выплат) при переходе на НСОТ не может быть меньше заработной платы (без учета премий и иных стимулирующих выплат), выплачиваемой по ЕТС при условии сохранения объема должностных обязанностей работников и выполнения ими работ той же квалификации.

4. Изменение размера повышения оплаты труда за работу в ночное время осуществлялось руководителем в одностороннем порядке, в то время как в соответствии со ст. 154 ТК РФ «Конкретные размеры повышения оплаты труда за работу в ночное время» устанавливаются коллективным договором, локальным нормативным актом, принимаемым с учетом мнения представительного органа работников, трудовым договором.

5. Отождествление стимулирующих и компенсационных выплат в части выполнения дополнительных объемов работ.

Интенсивность – стимулирующая выплата, которая регулируется положением о стимулирующих выплатах.

Увеличение объема работ – выплата компенсационного характера, регулируется ст. 60.2 ТК РФ. Работа поручается по договоренности сторон с одновременным установлением размера оплаты и времени выполнения дополнительного объема работ.

6. Введение в должностные обязанности дополнительных трудовых функций, не определенных конкретной специальностью или должностью.

Изменение норм труда не осуществляется в одностороннем порядке, новые нормы принимаются с учетом мнения представительного органа работников, а работник не менее чем за 2 месяца об этом уведомляется.

7. Отсутствие в учреждениях здравоохранения понятных, «прозрачных» для каждого работника критериев стимулирующих выплат за результаты и качество труда, принятых с учетом мнения представительного органа работников.

С интересными докладами выступили и другие участники семинара: Тупикина Г.Н., заместитель главного врача по страхованию ГУЗ КДЦ «Вивея» МЗ ХК; Галеса С.А., главный врач ГУЗ «Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК; Федоров Н.В., заместитель главного врача по экономическим вопросам ГУЗ «ДККБ» МЗ ХК; Шишова Н.Н., заместитель главного врача по экономическим вопросам ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК; Чешева Н.Н., заместитель главного врача ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК; Свередюк М.Г., начальник отдела правовой работы и государственных закупок ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ ХК; Репина Г.Д., главный специалист отдела медицинского обеспечения экспертизы и управления программами управления здравоохранения администрации г. Хабаровска, преподаватель кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения.

По результатам работы семинара материалы обобщены и направлены в министерство здравоохранения Хабаровского края и Краевую организацию профсоюза работников здравоохранения РФ.

## Правила для авторов

Уважаемые авторы! Просим вас соблюдать следующие правила.

1. Статьи должны быть написаны на высоком научном и методическом уровне с учетом требований международных номенклатур, отражать актуальные проблемы, содержать новую научную информацию, рекомендации практического характера. При изложении методик исследований необходимо сообщать о соблюдении правил проведения работ с использованием экспериментальных животных.

2. Статья должна иметь сопроводительное направление, подписанное руководителем учреждения, в котором выполнена работа. На изобретение или рационализаторское предложение представляется один экземпляр копии авторского свидетельства или удостоверения.

3. В редакцию направляются:

а) отпечатанные первый и второй экземпляры текста статьи на листах формата А4 (210 x 297 мм) через полтора интервала (оригинальные исследования – до 12 страниц, включая таблицы, рисунки и список литературы; лекции и обзоры – до 15 страниц; опыт клинической работы – до 5 страниц). Текст должен быть набран шрифтом Arial или Times New Roman, кегль 12 или 14, без двойных пробелов;

б) резюме на русском и английском языке, объемом не более  $\frac{1}{3}$  страницы, с указанием 3–5 ключевых слов;

в) один экземпляр сопроводительного направления;

г) электронный вариант на CD или DVD-диске, flash-накопителе с текстом и таблицами в формате Word (DOC или RTF), рисунками в форматах TIFF, PSD, JPG (разрешение не ниже 300 dpi) для растровой графики, CDR, AI – для векторной графики. Допустимы таблицы и диаграммы в формате Excel (XLS).

4. На первой странице статьи должны быть: УДК, ее название, фамилии и инициалы авторов, полное, без сокращений, наименование учреждения. Второй экземпляр статьи подписывается всеми авторами с указанием фамилии, имени, отчества и почтового адреса автора для переписки, а также номеров контактных телефонов. Материал статьи должен быть тщательно выверен, без обширных исторических и литературных сведений, без орфографических ошибок и опечаток. Цитаты, формулы, дозы лекарственных средств визируют на полях. В формулах необходимо размечать:

а) строчные «а» и прописные «А» буквы (прописные обозначают двумя черточками снизу, строчные – сверху);

б) латинские (подчеркивают синим карандашом) и греческие (красным) буквы;

в) подстрочные (р.) и надстрочные (Ю) буквы и цифры.

5. Иллюстрации (фотографии, графики, схемы, карты и др.) представляют в черно-белом варианте в двух экземплярах. Фотографии должны иметь контрастное изображение на плотной глянцевой бумаге, без изгибов и повреждений. Рисунки, схемы и карты исполняются черной тушью на плотной бумаге или при помощи компьютерной графики. На обороте каждой иллюстрации простым карандашом указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора, верх и низ. Подрисовочные подписи печатают на отдельном листе с указанием номеров рисунков, их названий и объяснением условных обозначений. При представлении микрофотографий должны быть указаны метод окраски и кратность увеличения.

6. Таблицы представляются на отдельных листах. Они должны быть компактными, иметь название, а головка (шапка) таблицы – точно соответствовать содержанию граф. Цифровой материал необходимо представить статистически обработанным. Фото-таблицы не принимаются.

7. Сокращения терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Названия фирм, предприятий-изготовителей медикаментов, реактивов и аппаратуры следует давать в оригинальной транскрипции с указанием страны-производителя. Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ).

8. Пристатейный библиографический список печатают на отдельном листе. Представляют только относящиеся к обсуждаемому вопросу работы на русском и других языках. Список должен быть оформлен в соответствии с ГОСТ 7.1–84 «Библиографическое описание документа» с учетом новейших изменений. Все источники должны быть пронумерованы и соответствовать нумерации (в квадратных скобках) в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные материалы не принимаются. Объем библиографического списка не должен превышать 25 источников.

9. Не подлежат представлению в редакцию статьи, направленные для опубликования в другие журналы или уже опубликованные.

10. Все присланные статьи рецензируются. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать поступившие материалы. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу. Статьи, не принятые к опубликованию, авторам не возвращаются. Переписка между авторами и редакцией в таких случаях не ведется.

11. Редакция оставляет за собой право размещать фрагменты статей, резюме в массовых электронных базах данных и web-страницах Internet.

12. При невыполнении указанных правил статьи к публикации не принимаются.

**Редакция**

**Уважаемые  
рекламодатели!**  
**Предлагаем разместить  
необходимую вам рекламу  
в журнале «Здравоохранение  
Дальнего Востока».**  
**Расценки самые низкие  
в регионе!**

*Наш адрес: 680009, г. Хабаровск,  
ул. Краснодарская, 9.*

*Связаться с нами можно по:*  
тел./факсу: **72-87-15**,  
e-mail: **izdat@ipksz.khv.ru**