



В настоящее время важнейшим стратегическим направлением социальной политики государства является профилактика, сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации, что обусловлено негативными явлениями последних десятилетий в социально-экономической жизни общества.

Президент Российской Федерации Д.А. Медведев в своей статье "Россия, вперед!" (10.09.2009, интернет-издание "Газета.ру") отметил: "С каждым годом нас становится все меньше. Алкоголизм, курение, дорожно-транспортные происшествия, недостаточная доступность многих медицинских технологий, экологические проблемы сокращают жизнь миллионов людей. А наметившийся рост рождаемости пока не компенсирует убыль населения".

В 2007 году Правительством Российской Федерации принята Федеральная целевая программа "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями" (постановление Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 №280), в рамках которой в период 2007–2011 годов предусматривается осуществление комплекса мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации при социально значимых заболеваниях.

Необходимость подготовки и реализации программы была вызвана рядом факторов социально-экономического характера, влияющих на снижение качества жизни населения, в том числе чрезмерными стрессовыми нагрузками, снижением уровня санитарно-гигиенической культуры, а также высокими показателями заболеваемости, инвалидности и смертности.

Безусловно, основным регулятором демографической политики, инициатором повышения уровня санитарно-гигиенической культуры населения, формирования условий для высокого качества жизни граждан прежде всего должно являться государство, органы государственной власти Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления.

В целях обеспечения взаимодействия и координации деятельности федеральных органов исполнительной власти по решению задач в области социально-экономического развития Российской Федерации распоряжением Правительства Российской Федерации от 19.05.2009 №685-р утвержден План подготовки актов по реализации в 2009–2010 годах Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года.

В указанном плане в рамках задач по профилактике заболеваний и снижению смертности от управляемых причин включены такие, как комплекс мер по снижению смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также по снижению смертности при ДТП, материнской и младенческой смертности, совершенствование мероприятий по диспансеризации населения и профилактике социально значимых заболеваний.

В целях реализации указанных задач Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан приказ (24.04.2009 №211) "Об организации работы по разработке и утверждению карт проектов по реализации Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года".

В рамках профилактики заболеваний и снижения смертности от управляемых причин предусматривается расширить охват населения диспансеризацией, усовершенствовать календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, разработать программу по улучшению условий и охраны труда, принять федеральные государственные образовательные стандарты профилактики и безопасности жизнедеятельности и др.

Создание механизма стимулирования внедрения новых медицинских технологий также является задачей государственной политики в сфере здравоохранения на период до 2012 года. В 2010 году планируется принятие соответствующего нормативного правового акта, в настоящее время приобретающего особую актуальность.

Вместе с тем всем вышеизложенным планам суждено сбыться в случае ориентированности системы здравоохранения и каждого медицинского работника на оказание своевременной, адекватной состоянию пациента, эффективной и качественной медицинской помощи. И во многом это зависит от нас с Вами, уважаемые коллеги.

Надеюсь, третий номер журнала "Современные медицинские технологии" даст повод обсудить разные взгляды и точки зрения на социально значимые заболевания, их последствия и наши возможности по их предупреждению.

И.Ф. СЕРЁГИНА

Заместитель руководителя
Федеральной службы по надзору
в сфере здравоохранения
и социального развития



РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Дмитриева Татьяна Борисовна

Директор ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского", доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН

Дмитриев Виктор Александрович

Генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей (АРФП)

Измеров Николай Федотович

Директор НИИ медицины труда РАМН, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ

Какорина Екатерина Петровна

Заместитель директора Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов РФ Минрегиона России, доктор медицинских наук, профессор

Кузнецов Виктор Иванович

Генеральный директор
АНО "Федеральный справочник"

Лазебник Леонид Борисович

Директор ЦНИИ гастроэнтерологии, главный терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы, доктор медицинских наук, профессор

Лядов Константин Викторович

Директор Лечебно-реабилитационного центра, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН

Оганов Рафаэль Гегамович

Директор ГНИЦ профилактической медицины, главный специалист-эксперт кардиолог Минздравсоцразвития России, президент Всероссийского научного общества кардиологов, академик РАМН

Разумов Александр Николаевич

Директор РНЦ восстановительной медицины и курортологии, главный специалист-эксперт по восстановительной медицине и курортологии Минздравсоцразвития России, академик РАМН

Серёгина Ирина Федоровна

Заместитель руководителя Росздравнадзора

Сухих Геннадий Тихонович

Директор ФГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова", академик РАМН

Тутельян Виктор Александрович

Директор ГНИИ питания РАМН, академик РАМН

Цыб Анатолий Федорович

Директор Медицинского радиологического центра РАМН, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН

Шипков Владимир Григорьевич

Исполнительный директор Ассоциации международных фармацевтических производителей (АИМП)

Государственный взгляд

4

Совершенствование системы оказания медицинской помощи населению



Вероника Скворцова

6

Охрана здоровья граждан как важнейший приоритет политики государства



Валентина Петренко

12

Законодательные аспекты развития здравоохранения в условиях кризиса



Ольга Борзова

15

Разрешительные процедуры как основа качества медицинской помощи



Ирина Серёгина

17

Инновационная деятельность Российской академии медицинских наук



Михаил Давыдов

Туберкулез

26

Сурфактант-БЛ – нанолипосомы для лечения туберкулеза легких



Анатолий Гранов

29

Проект Международного банка реконструкции и развития. Компонент "Туберкулез"



Вячеслав Ерохин

Виктор Пунга
Лев Капков
Эльвира Путова
Лариса Русакова
Марина Якимова

35

Эпидемиологическая ситуация и контроль за туберкулезом в России в 2008 году



Владимир Стародубов

Юлия Михайлова
Елена Скачкова
Ирина Сон
Ольга Нечаева
Сергей Стерликов

42

Организация противотуберкулезной помощи жителям Чеченской Республики



Арби-Хажь Сайдуллаев

44

Применение галотерапии во фтизиатрической практике



Александр Разумов

Иван Лешкевич
Майя Хан
Алина Червинская
Наталья Микитченко

ВИЧ-инфекция

48

Система профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Российской Федерации: проблемы и решения



Геннадий Сухих

Игорь Баранов

52

Резервы снижения риска передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) от матери ребенку



Александр Голицов

Лариса Дементьева
Наталья Вартапетова

54

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, – одна из приоритетных задач проекта "Мать и дитя"



Наталья Вартапетова
Анна Карпушкина

58

Практические аспекты организации профилактики ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России



Алексей Бобрик
Ксения Ерошина
Елена Михель

Онкология

64

Онкология России в свете Национальной противораковой программы



Валерий Чиссов
Валерий Старинский

66

Инновационные терапевтические радиологические технологии



Анатолий Цыб
Игорь Гулидов

68

Радионуклидная терапия



Валерий Крылов
Анатолий Цыб
Петр Гарбузов

71

Высокие задачи науки



Геннадий Чойнзонов

75

Использование высокотехнологичных методов лечения и диагностики в онкологии



Николай Румянцев

Психические расстройства

78

Психическое здоровье населения как общемедицинская проблема



Рафаэль Оганов
Игорь Колтунов
Нана Погосова

80

Актуальные проблемы и перспективы терапии депрессий в общей медицинской практике



Татьяна Дмитриева
Любовь Ромасенко

83

Комплексный подход к лечебно-коррекционной работе с детьми и подростками



Юрий Шевченко
Василиса Корнеева

86

О проблеме неврологического здоровья детей



Елена Уханова

Опыт регионов

90

Высший пилотаж Няганской окружной больницы



Валерий Белоусов

92

Дагестанский республиканский медицинский центр



Ибрагим Ибрагимов

94

Туапсинский клинический комплекс



Евгений Сердюк

96

ФГУЗ "Медико-санитарная часть №125" ФМБА России



Федор Борозенец

Детская терапия и перинатальная помощь

98

Новые организационные технологии перинатальной помощи



Наталья Протопопова

101

Особенности заместительной почечной терапии у детей. Первые результаты работы детского зала диализного зала



Андрей Полукаров
Тамара Борщикова

104

Организация акушерско-гинекологической помощи в Гудермесском районе Чеченской Республики



Идрис Байсултанов
Роза Далаева

Наука и здоровье

106

ХК ОАО "НЭВЗ-СОЮЗ"



Виктор Медведко

108

Современные литотриптеры для дистанционной литотрипсии мочевого камня



Николай Дзеранов

111

Гипербарическая оксигенация – современный высокотехнологичный метод лечения



Елена Колчина
Олег Посыпкин

114

Центр Илизарова



Александр Худяев

116

Микровибрация – фактор здоровья



Вячеслав Федоров

118

Лечебно-оздоровительный потенциал озера Гусиное и бухты Безымянная



Елена Кондякова

Вероника Скворцова

заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, член-корреспондент РАМН



Совершенствование системы оказания медицинской помощи населению

В Концепции развития здравоохранения России до 2020 года предусмотрено системное и согласованное совершенствование всех основных составляющих здравоохранения – организационных основ оказания медицинской помощи, кадровой и инновационной политики, технологического (в том числе информационного), финансово-экономического и нормативно-правового обеспечения.

Среди смысловых приоритетов предстоящих изменений следует выделить активное смещение акцента в сторону профилактики социально значимых заболеваний, причем профилактики в широком смысле – направленной на формирование здорового образа жизни, борьбу с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, употребление наркотиков), предупреждение возникновения заболеваний и раннее их выявление путем организации массовых вакцинаций и иммунизаций, целевых и периодических диспансеризаций и углубленных медицинских осмотров, предупреждение перехода заболевания в более тяжелую стадию, обострений в течении хронических болезней, выхода на инвалидность. Для этого будут использованы как массовые стратегии профилактики, так и стратегии "высокого риска".

Осуществление массовых стратегий профилактики требует мощного согласованного межведомственного взаимодействия. Необходимо активное внедрение образовательных и санитарно-просветительных программ, начиная с дошкольных и школьных учреждений, проведение психологически выверенных коммуникационных кампаний, массовое распространение физкультуры и спорта, формирование понимания необходимости правильного питания и создание условий, его обеспечивающих.

Планируется повышение значимости и эффективности диспансеризации в тесной связи с проведением мер по профилактике заболеваний. Для этого НЦ профилактической медицины и Российским государственным медицинским университетом совместно с Минздравсоцразвития России разработана автоматизированная экспертная система, которая способна, учитывая факторы риска каждого проходящего диспансеризацию, определять индивидуализированные программы профилактики: рекомендации по коррективке образа жизни, схемы превентивной терапии (после консультаций специалистов).

Согласно приказу Минздравсоцразвития России в амбулаторно-поликлинических учреждениях были созданы профилактические кабинеты. К сожалению, в ряде регионов они существуют формально, фиксируя лишь факт прохождения человеком диспансеризации. Планируется, что сотрудники этих кабинетов освоят автоматизированную систему расчета индивидуального риска и составления индивидуализированных рекомендаций по профилактике, будут координировать всю профилактическую работу, оказываемую прикрепленному населению.

Важным компонентом концепции является конкретизация государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на законодательном уровне. Должны быть четко определены источники финансового обеспечения госгарантий, их объем с уточнением видов, порядка и условий оказания медицинской помощи, порядок оценки эффективности их исполнения, ответственность за неисполнение, порядок разработки нормативных актов.

Содержанием программы государственных гарантий должно быть бесплатное для пациента выполнение на всех этапах (в амбулаторных условиях, на этапе скорой помощи, в стационарах) утвержденных единых для всей страны порядков и стандартов оказания первичной и специализированной медицинской помощи при наиболее значимых и распространенных заболеваниях и состояниях.

Стандарты медицинской помощи начали внедряться в нашей стране несколько лет назад, но они не просчитывались экономически, что приводило к тому, что они были либо минимальными, не обеспечивающими качество помощи, либо избыточными и потому невыполнимыми. По этой причине федеральные стандарты не могли быть едиными для страны и создавались свои в каждом регионе, а иногда и в ЛПУ.

Новое поколение порядков и стандартов оказания медицинской помощи готовится профильными экспертными группами под руководством главных специалистов Минздравсоцразвития России на основе современных данных доказательной медицины. Одновременно будет проводиться расчет экономического обеспечения стандартов, что позволит реально оценить их выполнимость и оптимизировать с учетом выделенных приоритетов. При таком подходе стандарты зададут оптимальный уровень качества исходя из клинической и экономической эффективности. Эти стандарты будут обязаны соответствовать международному уровню знаний и технологий, обеспечивающему качество и эффективность лечения. Они станут едиными и обязательными к применению на всей территории страны. На основе этих стандартов должны создаваться списки жизненно важных лекарственных средств, а также формироваться система управления качеством оказания медицинской помощи. Оценка качества оказания медицинской помощи по критериям полноты выполнения обязательных лечебно-диагностических мероприятий, заложенных в стандартах, позволит проводить дифференцированную оплату труда специалистов в зависимости от качества их работы.

Здоровье является ключевым "активом" и основополагающим правом человека, определяющим уровень социальной справедливости и сплоченности любого общества. Поэтому общепринятыми приоритетами в разработке социальной политики является обеспечение равной доступности качественной медицинской помощи.

Опросы населения показывают, что более 30% наших граждан оценивают уровень социального не-

равенства в первую очередь по различиям в доступности медицинской помощи. Именно это для нас и определило идеологию развития отрасли.

Чтобы не терять преемственности в идеологии построения концепции, мы проанализировали все предыдущие проекты концепций развития отрасли, начиная с 1960-х годов, и поняли, что единственным приемлемым вариантом модели здравоохранения для нашей огромной страны является сохранение государственного контроля и государственного обеспечения системы. Только при этом условии медицинская помощь может быть доступна для любого гражданина, невзирая на его социальный статус и место жительства, а основное право каждого человека на здоровье может быть гарантировано. Поэтому в концепции предлагается построение государственной бюджетно-страховой модели здравоохранения, которая является этапом к развитию преимущественно государственно-страховой системы с последовательным уменьшением объема и изменением смыслового наполнения бюджетного компонента. Основной отличительной чертой предлагаемой модели является развитие системы государственного обязательного медицинского страхования, при которой преимущественная часть медицинских услуг, гарантируемых гражданам на безвозмездной основе, осуществляется через систему ОМС учреждениями разной формы собственности (федеральными, субъектовыми, муниципальными, ведомственными, частными).

Финансово-экономическим рычагом обеспечения всего населения качественной медицинской помощью, согласно утвержденным порядкам и стандартам, является введение базового подушевого финансового норматива как для работающего, так и для неработающего населения, с учетом индекса потребления медицинских услуг для самых социально уязвимых групп – детей и пожилых людей.

Известно, что до настоящего времени субъекты РФ уплачивали страховые взносы за неработающее население по остаточному принципу. Когда мы проанализировали ситуацию по стране, то оказалось, что различие в величине подушевых нормативов между регионами достигало 25 раз. Внедрение принципа одноканального финансирования медицинской помощи через систему ОМС, а также конкретизация государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи должны сопровождаться созданием системы выравнивания финансовых условий реализации территориальных программ госгарантий. Источниками этого являются трансферты из федерального бюджета и бюджета Федерального фонда ОМС. Переход от системы дотаций на покрытие дефицита к выравниванию финансовых условий реализации территориальных программ ОМС позволит резко сократить дифференциацию подушевых расходов между регионами (по нашим расчетам, до 20–30% от минимального подушевого норматива).

Правильная организация системы медицинской помощи также является гарантом ее доступности и качества. Не побывав в отдаленных регионах, трудно осознать в полной мере реальные размеры нашей страны, степень межрегиональных различий в плотности населения, соотношении городского и сельского населения, климатических, экологических и других условиях. Для России базисом системы здравоохранения, безусловно, является первичная медико-санитарная помощь, построенная по территориальному принципу, максимально приближенная к месту жительства или работы людей. Территориально-участковый (в том числе производственно-участковый) принцип абсолютно оправдал себя в разные исторические периоды жизни нашей страны. Особую роль играет развитие телемедицинских технологий для проведения дистанционной консультативно-диагностической деятельности. Развитие этого направления возможно с участием государственно-ведомственного и государственно-частного партнерства. Новые целевые показатели работы медицинских работников позволят иначе рассчитывать оплату их труда с учетом качества профилактической и лечебной работы.

Для оказания своевременной специализированной помощи при неотложных и острых состояниях, когда судьба больного зависит от быстрых (в первые минуты-часы заболевания) и обоснованных диагностических и лечебных мероприятий, необходимо создание межрайонных центров, оснащенных современным лабораторным и инструментальным оборудованием, укомплектованных подготовленными специалистами. Доставка пациента из любой точки региона в такой центр должна быть возможной в течение 30–60 минут. Что касается высокотехнологичной помощи, можно выделить несколько направлений повышения ее доступности. Во-первых, приближение ее к населению, создание в рамках национального проекта "Здоровье" по каждому наиболее приоритетному направлению высокотехнологичных региональных подразделений – кардиологических, ангионеврологических, онкологических, перинатальных и других. Начиная с 2009 года руководители здравоохранения субъектов РФ сами определяют, где их пациентам будет оказана высокотехнологичная помощь по тому или иному профилю. Это очень важное решение, потому что бюджеты субъектов теряли значительные средства на транспортные перемещения больных. Для нас принципиально, чтобы уровень специализированной помощи равномерно повышался по всей территории страны. Повышение обеспеченности системы ОМС в будущем должно позволить охватить и скорую медицинскую помощь, которая сейчас финансируется из региональных и местных бюджетов, и высокотехнологичную, которая была выделена из специализированной искусственно, только для того, чтобы сформировать дополнительный финансовый поток из федерального бюджета для ее оплаты. Основная идея в том, что абсолютно все виды медицинской помощи должны оплачиваться "одноканально", через систему ОМС.

Система ОМС – гарант единого поля оказания медицинской помощи – определяет ее демократизацию. Наличие страхового полиса будет давать право пациенту обратиться в любое лечебно-профилактическое учреждение страны, аккредитованное для оказания соответствующего вида помощи, и к любому врачу, имеющему соответствующую лицензию. При этом помощь будет оказываться по единым для всей страны порядкам и стандартам, разработанным ведущими специалистами для лечения конкретных заболеваний и состояний, на основе единого тарифного принципа.

Государственный взгляд



Валентина Петренко
председатель Комитета
Совета Федерации
по социальной
политике
и здравоохранению



Охрана здоровья граждан как важнейший приоритет политики государства

В соответствии со статьей 7 Конституции Российской Федерации Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека; а статья 41 Конституции закрепляет право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Исходя из этого, Совет Федерации рассматривает законодательное обеспечение здравоохранения и охраны здоровья граждан в качестве важнейших приоритетов.

В 2008 году Комитет Совета Федерации по социальной политике был преобразован в Комитет Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению. В вопросы ведения Комитета были добавлены вопросы законодательного обеспечения охраны здоровья граждан, здравоохранения, лечебно-оздоровительных местностей и курортов, бюджетного финансирования здравоохранения, медицинского страхования, изготовления, оборота и использования лекарственных средств, санитарии и гигиены.

Общий уровень состояния здоровья населения в Российской Федерации на современном этапе нельзя назвать благополучным. Негативные тенденции в этой сфере очевидны. В первую очередь, это высокий уровень смертности населения (прежде всего мужчин трудоспособного возраста), рост заболеваемости и, как следствие, инвалидности.

Ведущими причинами смерти продолжают оставаться болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления, травмы и новообразования. Значительными в структуре заболеваемости остаются заболевания, связанные с травмами и отравлениями, заболевания, обусловленные социально-бытовыми условиями (инфекционные заболевания, заболевания, передающиеся половым путем, алкоголизм и наркомания). Не снижается заболеваемость населения сердечно-сосудистыми, онкологическими болезнями, туберкулезом, СПИДом.

Проблема охраны здоровья населения является комплексной. Среди множества факторов, формирующих здоровье населения,

помимо здравоохранения, большую роль играет качество среды обитания: состояние окружающей среды, питание, условия труда, быта, воспитание, образ жизни. Вклад системы здравоохранения в здоровье населения оценивается следующим образом: 10–15% – в предотвращение возникновения заболеваний, 20% – в предотвращение инвалидности, до 40% – смертности. В этой связи возрастает значимость системы здравоохранения как важного компонента обеспечения здоровья населения.

Здоровье населения имеет ключевое значение для экономического развития страны. Вопрос о роли здравоохранения как системы обеспечения здоровья населения в нашей стране стоит очень остро.

В России на государственном уровне в качестве главных целей государственной политики определены улучшение здоровья населения и повышение доступности и качества медицинской помощи.

Сегодня, несмотря на то что в последние годы государственное финансирование здравоохранения увеличивается, приходится констатировать, что выделяемых ресурсов явно недостаточно для обеспечения населения необходимой медицинской помощью и улучшения здоровья нации в целом. Таким образом, проблемы финансового обеспечения здравоохранения продолжают оставаться очень актуальными.

Вопросы совершенствования законодательного обеспечения охраны здоровья населения стали предметом обсуждения на проведенных Комитетом Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению парламентских слушаниях и круглых столах.

На фоне глобального финансового кризиса нельзя не остановиться на проблемах, которые переживает сегодня российская фармацевтическая отрасль.

Лекарственные препараты дорожают каждый год, но обычно этот рост цен плавный и поэтому едва заметный. Однако финансовый кризис стал причиной резкого скачка цен всех товаров. Не стала исключением и аптечная продукция.

Причина состоит в том, что около 80% лекарств в наших аптеках – импортного производства. В отношении российских препаратов происходит аналогичная ситуация. Наша фармацевтическая промышленность отстала от зарубежных конкурентов на 20–25 лет и в основе отечественных лекарственных средств на 95% используются импортные субстанции.

Финансирование по "остаточному принципу" привело к тому, что фармотрасль испытывала постоянный дефицит ресурсов, как финансовых, так и материальных. Это привело к снижению объемов производства фармацевтической продукции, отставанию в уровне технологий, значительному моральному и физическому износу оборудования и, как следствие, к снижению уровня удовлетворения потребности страны в лекарственных средствах.

Наибольшее влияние как на динамику, так и на структуру импорта готовых лекарственных средств оказала Программа дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). В 2008 году доля импортируемых лекарственных средств в денежном выражении, поставляемых в рамках программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС)/ДЛО, достигла критически высокой отметки – 95,8%.

Российские предприятия во многих случаях превратились в фасовочные фабрики, выпускающие устаревшую однотипную продукцию, характерным признаком которой, как правило, является недостаточный терапевтический эффект. За период с 1992 по 2007 год объем производства отечественных субстанций сократился более чем в 6 раз, а производство антибиотиков прекратилось полностью.

На сегодня менее 8% препаратов, продаваемых в России, изготовлены из субстанций, произведенных в России. Необходимо отметить, что российский рынок фармацевтической продукции развивается весьма динамично, но, к сожалению, за счет импортной составляющей. Нарастающая зависимость от импорта лекарственных средств и субстанций превосходит все допустимые пределы.

Да, ни в одной стране в мире не производится полного ассортимента лекарственных средств. Однако каждая страна стремится достичь соотношения отечественных и импортных лекарств на уровне 70:30 для обеспечения лекарственной безопасности государства и независимости от зарубежных стран.

Кроме того, подобная зависимость создает условия для проникновения на внутренний российский рынок некачественной продукции, способной нанести серьезный вред здоровью людей.

Проблема фальсификации лекарственных средств является проблемой мирового масштаба. Фальсификация – это прямая угроза жизни и здоровью нации. По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), продажа фальшивых лекарственных препаратов превратилась в настоящую эпидемию, уносящую больше жизней, чем многие смертоносные инфекционные заболевания.

В июне 2008 года Комитетом Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению проведен круглый стол о роли государства в защите российского рынка от фальсифицированных лекарств.

В последнее время на российском рынке фармацевтической продукции все чаще появляются фальсифицированные лекарственные средства, поступающие на рынок в результате недобросовестной деятельности некоторых предпринимателей. В результате опасности подвергаются жизнь и здоровье граждан, а государство несет экономические потери вследствие неуплаты налогов.

Привлекательность для организованных групп незаконного оборота лекарственных средств и фармацевтических препаратов обусловлена высокими доходами данной преступной деятельности при чисто символических затратах на производство такого рода продукции.

По мнению экспертов, общий оборот фальсифицированных лекарств в нашей стране уже превышает оборот наркотиков. Оно и понятно: лекарствами заниматься чуть менее выгодно, но совсем не опасно.

Изготовление фальсифицированных лекарств и их попадание на рынок возможны по следующим направлениям: это недовложение в лекарственные препараты активных ингредиентов либо их замена другими; изготовление фальсифицированных лекарств на легальных предприятиях с незаконным использованием товарного знака; приобретение лекарств с истекшим или истекающим сроком годности с последующей переупаковкой.

Наиболее часто подделываются безрецептурные препараты, находящиеся в среднем ценовом секторе и пользующиеся большим спросом у населения.

Противодействие обращению фальсифицированных лекарственных средств в Российской Федерации осуществляют различные государственные органы. Согласно Закону "О лекарственных средствах" надзор и контроль за видами деятельности в сфере обращения лекарственных средств осуществляют Росздравнадзор и Ростехнадзор. Выявление и привлечение виновных лиц к уголовной ответственности за обращение фальсифицированных лекарственных средств осуществляет МВД России, а также Федеральная таможенная служба.

В настоящее время против виновных лиц возможно возбуждение уголовных дел по следующим статьям Уголовного кодекса Российской Федерации: статья 147 "Нарушение изобретательских и патентных прав", статья 159 "Мошенничество", статья 171 "Незаконное предпринимательство", статья 180 "Незаконное использование товарного знака", статья 188 "Контрабанда", статья 199 "Уклонение от уплаты налогов и (или) сборов с организации", статья 238 "Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности".

Вместе с тем прямой нормы, предусматривающей ответственность за производство и обращение фальсифицированных лекарственных средств, нет.

Ежегодно возбуждается немногим более 100 уголовных дел и привлекается к административной ответственности несколько сотен физических и юридических лиц. Но до судебного решения доходят, как правило, единицы. В прошлом году за 9 месяцев суды аннулировали лишь 30 лицензий. Суды просто не успевают рассматривать все дела до истечения установленного законом срока.

Отсутствует в законодательстве дифференциация ответственности в зависимости от тяжести преступления, ответственность за неоднократные нарушения в сфере обращения лекарственных средств, ответственность за применение фальсифицированных лекарственных средств в медицинских учреждениях.

Много вопросов и к статьям Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации. Максимальное наказание нарушителям – это штраф в 50 тыс. рублей. Представляется целесообразным все же увязать размер штрафа с объемом выявленного фальсификата, сделать кратным его стоимости.

В целом наказание за производство или продажу фальсифицированных лекарственных средств должно быть более серьезным, чем за торговлю поддельными товарами, не связанными напрямую с жизнью и здоровьем людей.

Необходимы изменения в Кодекс об административных правонарушениях в части наделяния органов контроля и надзора в сфере здравоохранения полномочиями рассматривать дела об административных правонарушениях, связанных с обращением лекарств.

На состоявшемся в апреле 2008 года выездном заседании в г. Наро-Фоминске Московской области Комитетом, совместно с депутатами Государственной Думы, представителями Минздрава России, Росздрова, Росздравнадзора, субъектов Российской Федерации, обсуждались законодательные аспекты социальной поддержки отдельных категорий граждан в части обеспечения их необходимыми лекарственными средствами.

В ходе обсуждения были выявлены системные недостатки Программы ОНЛС как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Так, в частности, из-за неправильного составления заявок субъектами, с одной стороны, в субъектах наблюдалось значительное количество необеспеченных рецептов, с другой – на региональных аптечных складах скопились невостребованные лекарственные средства.

Еще одна немаловажная проблема заключалась в том, что в программе наблюдался острый недостаток денежных средств, в большей степени связанный с отказом значительной части льготников от лекарственных средств в пользу натуральной льготы.

В этой связи предлагалось разработать предложения по законодательному запрету отказа от натуральных льгот в пользу денежной компенсации и выхода из программы лиц, имеющих право на набор социальных услуг.

Участниками было также отмечено, что утвержденные квоты на одного льготника в рамках программы реально не просчитаны и не учитывают реальные затраты на обеспечение льготных категорий граждан лекарственными средствами. Средства на ОНЛС выделяются на всех льготников без учета деления на нозологии и финансирования их постатейно. В результате денежные средства расходуются бессистемно и большим зачастую сложно получить жизненно необходимые, эффективные препараты.

Существенным упущением действующих государственных программ медицинской помощи льготным категориям граждан является то, что больной не может получить лечение на ранних стадиях заболевания, когда оно наиболее эффективно, так как, чтобы получить лекарство по федеральной программе ОНЛС, человек должен иметь инвалидность. В тех случаях, когда ситуация обратима, и в результате лечения удается добиться существенного улучшения состояния, больной не может отказаться от инва-

лидности, так как в этом случае он не будет иметь право на бесплатное получение лекарственных средств.

Еще один неурегулированный аспект по поводу медикаментозного лечения инвалидов вследствие психических расстройств, которые использовали свое право отказаться от дополнительного лекарственного обеспечения.

В большинстве случаев этим правом пользуются пациенты, нуждающиеся в проведении постоянной поддерживающей терапии нейрорепелтиками и антидепрессантами. Получив деньги вместо препаратов, они при отсутствии критики к своему состоянию прекращают лечение, что приводит к обострению психотической симптоматики, увеличивает риск совершения противоправных действий, способствует необоснованному росту финансовых затрат на стационарное лечение.

Вместе с тем, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения", предусматривается бесплатный за счет средств бюджета субъектов Российской Федерации отпуск всех лекарственных средств указанным больным – инвалидам I и II групп, а также больным шизофренией и эпилепсией. Складывается впечатление, что субъекты просто забыли о данном постановлении и о своих финансовых обязательствах перед гражданами, надеясь на федеральную программу ОНЛС.

В мае 2008 года Комитетом был проведен круглый стол по вопросам медицинского обслуживания и социального обеспечения больных сахарным диабетом.

В рамках данного заседания рассматривались вопросы об обеспечении больных сахарным диабетом современными инсулинами. Необходимо отметить, что два последних десятилетия 98% потребности в инсулинах покрывается за счет закупок у иностранных производителей препаратов.

К зарубежным производителям инсулинов относятся 7 стран (Германия, Дания, Индия, Китай, Польша, Франция, Швейцария). Отечественными производителями являются 3 предприятия: Институт биохимической химии РАН, ОАО "Национальные биотехнологии", ОАО "Фармстандарт". В настоящее время построен ООО "Завод Медсинтез" в г. Новоуральске Свердловской области по производству генно-инженерных инсулинов.

Проблемы по производству и реализации отечественного инсулина заключаются в отсутствии субстанции для действитель-

ной национальной инсулиновой независимости и высокой степени конкуренции с иностранными производителями. В производимых отечественной промышленностью инсулинах отсутствуют современные лекарственные формы, например, такие как картриджи. Были обозначены и многие другие проблемы.

В ноябре 2008 года комитетом проведены парламентские слушания на тему: "Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты".



В частности, рассматривались проблемы обеспечения лекарственными средствами населения, проживающего в сельской местности и на отдаленных территориях.

В настоящее время наблюдается сильная диспропорция в обеспечении лекарствами горожан и жителей сельской местности. В России сельское население составляет 27% от общей численности, а в 22 регионах страны на селе проживает более 40% населения.

Основные проблемы получения лекарств сельскими жителями связаны с неразвитой инфраструктурой системы обеспечения медикаментами, значительной удаленностью и труднодоступностью населенных пунктов, неудовлетворительным состоянием материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.

Решение данных проблем лежит в совершенствовании законодательства. Сейчас на рассмотрении в Государственной Думе находится около 7 законопроектов, внесен-

ных законодательными собраниями субъектов Российской Федерации и направленных на улучшение обеспечения лекарственными средствами сельских жителей. Практически все субъекты Российской Федерации поддерживают данные законодательные инициативы.

Сдерживающей является норма, прописанная в части первой статьи 54 Основ законодательства Российской Федерации об

охране здоровья граждан, в которой установлено требование, что для предоставления гражданам права на занятие фармацевтической деятельностью необходимо наличие у них фармацевтического образования, подтвержденного дипломом о соответствующем уровне образования и специального звания, а также сертификата специалиста и лицензии на осуществление фармацевтической деятельности.

Также необходимо менять статьи 4 и 33 Федерального закона от 22 июня 1998 года №86-ФЗ "О лекарственных средствах", которые не дают медицинским работникам, не имеющим фармацевтического образования, права на осуществление фармацевтической деятельности.

По инициативе председателя комитета В.А. Петренко создан Экспертный совет по здравоохранению, в состав которого вошли известные ученые, организаторы здравоохранения, практикующие врачи и представители бизнес-сообщества.

Экспертный совет проводит выездные заседания и круглые столы, занимается подготовкой экспертных рекомендаций по законодательному и нормативно-правовому обеспечению системы здравоохранения.

Осенью 2008 года в Научном центре здоровья детей РАМН прошло заседание на тему об управляемых инфекциях в детской популяции, а в феврале 2009 года комитетом при участии Экспертного совета организовано заседание Совета экспертов при Союзе педиатров России о бремени пневмококковых заболеваний в России.

Лейтмотивом данных заседаний явилась необходимость вакцинопрофилактики населения Российской Федерации.

Действительно, инфекционные заболевания продолжают занимать ведущие места в структуре заболеваемости российских детей в возрасте до 14 лет. К сожалению многие из них до сих пор умирают от инфекций, которые могли бы быть предупреждены.

В развитых странах программы иммунизации населения позволили увеличить продолжительность жизни на 20 лет. Каждая страна имеет свой национальный календарь профилактических прививок: в большинстве европейских стран и в США он в среднем включает 15 нозологических форм, в России – 10. Даже если расширить количество прививок до плюс пяти, средняя продолжительность жизни россиян могла бы увеличиться на 6–8 лет. С этой точки зрения вакцинопрофилактика очень важна для демографического будущего нашей страны и должна стоять на первом месте.

Важность вакцинопрофилактики, а также необходимые действия, направленные на расширение национального календаря про-

филактических прививок, были также изложены комитетом в докладе Совета Федерации "Положение детей в Российской Федерации" (Национальный приоритет – охрана здоровья ребенка)".

В октябре 2008 года Комитет провел заседание Экспертного совета на тему: "Вопросы оказания медицинской помощи больным с редкими заболеваниями".

С 2008 года, в результате реформирования программы ДЛО, больные, страдающие заболеваниями, требующими дорогостоящей терапии (гемофилия, муковисцидоз, гипопитарный нанизм, болезнь Гоше, миелолейкоз, рассеянный склероз, состояния после трансплантации органов и (или) тканей), выделены в отдельную группу и стали финансироваться непосредственно за счет средств федерального бюджета независимо от наличия у них установленного права на государственную социальную помощь.

Отдельная программа для редких и дорогостоящих нозологий – огромный шаг вперед. Однако этих болезней не семь, а значительно больше.

Несмотря на очевидный прогресс в отечественном здравоохранении в целом, ситуация с организацией медицинской помощи больным редкими заболеваниями в России остается очень сложной. Существующая система оказания медицинской помощи рассчитана в основном на более или менее социально значимые группы пациентов и практически не охватывает редкие заболевания.

Сегодня в Российской Федерации нет единой нормативно-правовой базы, регламентирующей организацию и контроль оказания медицинской помощи больным редкими заболеваниями. Кроме того, не развита медико-генетическая служба для своевременной и качественной диагностики редких болезней.

По семи редким заболеваниям государство взяло на себя финансовые обязательства, по всем остальным – переложило ответственность на местные власти.

Также многие жизненно необходимые препараты по ряду редких нозологий просто не числятся в государственном реестре. Таким образом, сегодня 5 млн. россиян, страдающих редкими заболеваниями, в случае необходимости должны сами выезжать в другие страны за жизненно необходимыми препаратами. Для большинства из них этот вариант неприемлем. Эти люди, среди которых очень много детей, испытывают трудности с приобретением порядка 400 препаратов.

Экспертным советом прорабатывается вопрос о внесении изменений в Федеральный закон "О лекарственных средствах" в части определения понятий "редкое (орфанное) заболевание" и "орфанный препарат", оп-

ределения статуса и привилегий "орфанных препаратов" в части упрощения и сокращения сроков процедуры ввоза на территорию Российской Федерации не зарегистрированных на территории РФ лекарственных средств, предназначенных для лечения больных редкими заболеваниями.

На всех мероприятиях, проводимых комитетом, активно обсуждался вопрос о государственных закупках лекарств посредством аукционов.

Ни для кого не секрет, что существующий порядок просто неэффективен и оставляет лазейки для коррупционных сделок. Необходимо, чтобы при проведении закупок лекарств государственные органы ориентировались прежде всего на качество препаратов, а не на цену.

Сегодня депутатами предложены поправки, которые помогут закупать медикаменты самого высокого качества, с приемлемой стоимостью и экономией бюджетных средств. Также планируется, что весь процесс сделок будет более прозрачным.

Чтобы вывести из кризиса фармацевтический рынок, необходима также инвентаризация научных разработок, которые готовы к реализации в крупном масштабе. Для максимального использования научно-технического потенциала необходимо объединить научно-исследовательские институты и предприятия в некий единый национальный научно-практический центр.

В условиях кризиса государство должно предоставить преференции отечественным предприятиям. Формы такой поддержки могут быть разные, возможно, стоит подумать о налоговых преференциях. Стратегически важно поддержать предприятия, работающие по полному циклу, производящие активные субстанции, и предпринять необходимые меры по восстановлению утраченных производств субстанций.

В конце ноября 2008 года комитет провел заседание Экспертного совета на тему: "Вопросы оказания медицинской помощи больным с ревматическими заболеваниями".

Ревматические болезни занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения России и в значительной мере определяют уровень временной и стойкой утраты трудоспособности граждан.

Средний возраст лиц, которым впервые устанавливается инвалидность, составляет 41 год. Весьма тревожным оказывается тот факт, что инвалидизация наступает быстро. Так, например, при ревматоидном артрите 50% больных становятся инвалидами II и I группы в течение первых 3 лет с момента постановки диагноза, а через 10–15 лет от начала заболевания примерно 90% больных получают инвалидность.

Ревматические болезни обладают высокой стоимостью, которая складывается из затрат, обусловленных длительным, в подавляющем большинстве случаев – пожизненным медикаментозным лечением, а также эндопротезированием суставов, и непрямым затратам, включающих оплату больничных листов, пособий по инвалидности и потерь, связанных с уменьшением трудоспособного населения за счет самих больных и лиц, ухаживающих за ними. Только лечение одного ревматического больного в год по самым скромным под-



счетом обходится государству от 340 тыс. до 1,2 млн. рублей в зависимости от числа госпитализаций.

Участники предложили Минздравсоцразвития России разработать и внедрить федеральный регистр пациентов с ревматическими болезнями в соответствии с Федеральным законом "О персональных данных", обеспечить учреждения, оказывающие ревматологическую помощь, финансированием в соответствии с реальными тарифами утвержденных стандартов оказания медицинской помощи.

Также предлагалось рассмотреть возможность обеспечения больных ревматическими заболеваниями на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения современными лекарственными препаратами вне зависимости от наличия инвалидности.

К сожалению, несмотря на рост распространенности ревматических болезней, часто начинающихся в детском и подростковом

возрасте, служба, которая должна оказывать специализированную ревматологическую помощь детям на территории Российской Федерации, не сформирована. И в данной связи просто необходимо введение специальности "детский ревматолог" в номенклатуру специальностей.

К важным негативным медико-социальным последствиям ухудшения здоровья взрослого и детского населения относится ограничение репродуктивных возможностей, а соответственно, снижение демографического потенциала страны.

В настоящее время сохраняется неблагоприятная ситуация в отношении репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового созревания. Более 40% мальчиков страдают заболеваниями, которые в дальнейшем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции. За последние 5 лет частота расстройств менструации и гинекологических болезней среди девочек 10–17 лет увеличилась на 27%.

Согласно статистике в стране более 5 млн. семей являются бесплодными.

В этой связи необходимо создание службы детской и подростковой гинекологии, что поможет выявлять и лечить нарушения репродуктивной функции еще в детском возрасте.

В отношении проблем мужского населения в декабре 2008 года комитет провел заседание Экспертного совета на тему: "Роль первичной и вторичной профилактики урологических заболеваний мужского населения России".

В среднем мужчины в России живут на 13 лет меньше женщин, смертность мужчин в трудоспособном возрасте в 4 раза превышает смертность женщин. Одним из ведущих факторов риска для здоровья мужчины являются заболевания мочеполовой системы. Частота заболеваний мочеполовой системы в России за последние 6 лет (2000–2006 годы) опережает темпы прироста сердечно-сосудистых заболеваний, и в 2006 году она составила 45,7 случаев на 1000 человек. Рост заболеваемости по нозологиям мочеполовой системы за последние 10 лет выглядит следующим образом: болезни почек – более 20%, мочекаменной болезни – 39%, заболевания предстательной железы – 3%, мужское бесплодие – 87%.

Прирост заболеваемости раком простаты за последние 10 лет составил 126%, а прирост смертности от данного заболевания – 63%. Не будет преувеличением сказать – мужское население России умирает.

Участниками мероприятия высказывалась необходимость укрепления материально-технической базы ЛПУ для организации диагностики, профилактики и лечения заболева-

ний, влияющих на репродуктивную мужскую функцию. Также Минздравсоцразвития России предлагалось разработать проект государственной целевой программы по ранней диагностике и оказанию медико-социальной помощи мужскому населению Российской Федерации, больным урологическими заболеваниями.

Необходимо предпринять действия по улучшению ранней диагностики урологических заболеваний (в первую очередь, являющихся риском развития онкологических заболеваний) у мужчин, а также разработать и внедрить стандарты оказания комплексного обследования и лечения мужчин.

Вопросы охраны здоровья детей стали предметом рассмотрения в подготовленном нашим комитетом Докладе Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации "О положении детей в Российской Федерации", изданном в 2006 и в 2007 году.

В 2008 году был подготовлен Доклад Совета Федерации "Положение детей в Российской Федерации (Национальный приоритет – охрана здоровья ребенка)", который был ориентирован только на проблемы в области здравоохранения. Данный документ был направлен Президенту Российской Федерации, Правительству Российской Федерации, министерствам и ведомствам, а также в субъекты Российской Федерации. Как было отмечено, доклад является своевременным документом, в котором достаточно полно анализируется состояние педиатрической службы, даны конструктивные предложения по совершенствованию оказания медицинской помощи детям и профилактике различных заболеваний. В докладе были определены стратегические задачи, решение которых позволит кардинально переломить сложившуюся ситуацию.

В Послании Федеральному Собранию Российской Федерации Президент России Дмитрий Медведев в качестве основных ценностей нашего государства назвал "жизнь, благосостояние, здоровье людей".

Совершенно очевидно, что именно при таком подходе здоровье детей следует рассматривать как главное богатство страны.

В настоящее время в области охраны материнства и детства действует более 150 законов и нормативно-правовых актов, осуществляется приоритетный национальный проект "Здоровье", реализуется ряд федеральных и региональных целевых программ. Возросло финансирование мероприятий по охране здоровья детей, увеличены и индексируются государственные пособия гражданам, имеющим детей.

В последние годы в Российской Федерации благодаря усилиям государства на 9,1% возросло число детей в возрасте до четырех

лет. Произошло снижение смертности детей всех возрастных групп, снизился и уровень младенческой смертности.

Вместе с тем на фоне кризисной демографической ситуации численность детского населения продолжает снижаться. Так, за 7 лет число детей уменьшилось на 7,8 млн. человек. Это обусловлено тем, что за последние годы сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья как матерей, так и детей.

Состояние здоровья ребенка при рождении в значительной мере определяется состоянием здоровья матери. До 40% родившихся детей уже имеют различные расстройства здоровья. С 1990-х годов доля детей, родившихся больными, увеличилась в 2,7 раза, а общая заболеваемость новорожденных за последние годы увеличилась на 7%.

За последние 10 лет повысилась распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний среди учащихся. Ведущее место занимают болезни костно-мышечной системы, органов пищеварения, нервной системы и психической сферы. Причинами нервно-психических нарушений и функциональных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы являются снижение возраста приема в школу, сложные учебные программы, низкая двигательная активность детей, нарушения режима дня, уменьшение продолжительности сна.

За этот же период общая заболеваемость невротическими расстройствами, связанными со стрессом и психосоматическими расстройствами среди детей 15–17 лет, увеличилась почти на 26%, а первичная – почти на 50. Часто сама школьная среда вредит здоровью детей. Школьная мебель, освещенность помещений не соответствуют детской физиологии, несоблюдение гигиенических режимов работы на компьютерах приводит к формированию нервно-психических нарушений и болезням глаз. Товары детского ассортимента часто не соответствуют требованиям по безопасности и токсичности, учебники – по качеству печати, бумаги и размерам шрифта.

В результате мы имеем ситуацию, когда в первый класс приходит практически здоровый ребенок, а к окончанию учебы он имеет два, а то и три хронических заболевания.

Среди предложенных в докладе путей решения проблем в области детского здравоохранения необходимо остановиться на законодательных аспектах.

Необходимо привести федеральное и региональные законодательства в части охраны здоровья детей в соответствие с Конвенцией ООН "О правах ребенка", включая ответственность государства за формирование здорового образа жизни детей.

Представляется важным разработать и принять Закон Российской Федерации "Об охране здоровья детей".

Целесообразно внести дополнения и изменения в соответствующие федеральные законы с учетом поэтапного перехода Российской Федерации на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения, мертворождения, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности.

Следует принять дополнения и изменения в федеральные законы "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" и "О лекарственных средствах". Необходимо принимать закон "О профилактике в Российской Федерации йододефицита".

Необходимо закрепить обязанность Правительства Российской Федерации готовить ежегодный Государственный доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации.

По инициативе Комитета в начале февраля этого года было проведено мероприятие, посвященное обсуждению и определению места клинико-экономического анализа в системе принятия решений по вопросам медицинского обслуживания и лекарственного обеспечения.

Сложность и злободневность обсуждаемых вопросов позволила собрать на одной площадке представителей органов государственной власти, науки и бизнеса, а благодаря необычному формату "мастерской стратегического планирования" удалось услышать точку зрения всех участников, консолидировать их мнения и разработать конкретные шаги по внедрению фармакоэкономических принципов в систему лекарственного обеспечения. Обсуждались также вопросы о роли и месте клинико-экономического анализа в условиях экономического кризиса и о препятствиях на пути его внедрения в России.

Участники мероприятия постарались выработать идеальную систему принятия решений по формированию льготных списков лекарственных средств, обеспечивающую полную прозрачность на основе клинических и клинико-экономических подходов.

В соответствии с разработанной моделью каждый препарат должен проходить 3 фильтра, прежде чем попасть в льготные списки. На первом фильтре препарат должен доказать свою клиническую состоятельность, на втором этапе он инкорпорируется в экономическую систему здравоохранения, которая создана на основе протокола ведения конкретного заболевания, а на третьем должно происходить согласование цены препарата с государственными регуляторными органами (Минфин, Минздравсоцразвития России, региональные министерства здравоохранения и т.д.), которые закупают этот препарат.

В настоящее время по поручению Комитета Экспертным советом дополнительно прорабатываются и просчитываются материалы, полученные в ходе проведения "мастерской стратегического планирования", ведь применение клинико-экономических исследований в Российской Федерации позволит более эффективно и рентабельно использовать бюджетные средства.

В 2009 году по инициативе Комитета Экспертный совет активно занимался вопросами здорового образа жизни и в частности, выработки экспертной позиции по определению инструментов снижения уровня потребления алкоголя в Российской Федерации.

Так 10 июня 2009 года состоялось рабочее совещание, на котором было предложено осуществить переход Российской Федерации на включение информации о количестве так называемых "алкогольных единиц" в маркировку алкогольной продукции с указанием высокой опасности алкоголя для здоровья человека при превышении определенных доз.

Участники в очередной раз констатировали, что в сложившейся ситуации в России необходимо ввести полный запрет на рекламу пива в СМИ, а также одновременно внедрять антиалкогольную рекламу и проводить широкомасштабную кампанию по информированию населения о том, что пиво является алкогольным продуктом.

Экспертным сообществом предлагалось создать в России единый информационный центр для проведения эпидемиологических исследований по контролю за потреблением алкоголя и мониторингу наносимого им вреда.

Как отмечал Президент России Д.А. Медведев в выступлении 12 августа 2009 года на совещании о мерах по снижению потребления алкоголя в России, "алкоголизм приобрел в нашей стране характер национального бедствия. Напомню, что, по данным Минздравсоцразвития, в России на каждого человека, включая младенцев, сегодня приходится около 18 литров чистого алкоголя, потребляемого в год... Алкоголь и суррогаты алкоголя – одна из главных причин высокой смертности. И наши сегодняшние демографические проблемы в значительной степени, конечно, связаны с употреблением алкоголя. Как мы понимаем, алкоголизм ведет и к неизлечимым болезням, прежде всего сердечно-сосудистой патологии, самоубийствам, совершению тяжких преступлений, просто к бытовым травмам...".

Принципиальные меры по борьбе с алкоголизмом, намеченные в ходе совещания, носят системный и долговременный характер. В сочетании с пропагандой здорового и трезвого образа жизни они должны изменить ситуацию к лучшему.

Ольга Борзова

председатель
Комитета
Государственной Думы
по охране здоровья



Законодательные аспекты развития здравоохранения в условиях кризиса

Сложная ситуация в мировой экономике потребовала корректировки федерального бюджета на 2009 год. Изменения объема и структуры расходов федерального бюджета в основном обусловлены финансовым обеспечением Программы антикризисных мер Правительства Российской Федерации на 2009 год и оптимизацией бюджетных расходов.

В рамках первого направления в полном объеме обеспечивается исполнение предусмотренных законодательством социальных обязательств в отношении пенсий, пособий, компенсаций, оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений, реализации приоритетных программ и проектов, обеспечения гарантий социальной и медицинской помощи.

Для этого в федеральном бюджете создан резерв в размере 450 млрд. рублей. В нем заложены средства в объеме 125 млрд. рублей, которые планируется использовать на предоставление межбюджетных трансфертов бюджету Федерального фонда ОМС для последующего направления межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов ОМС на реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Эти средства пойдут также на закупку дорогостоящих лекарственных средств по семи заболеваниям, предоставление дополнительных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации на лекарственное обеспечение, увеличение пенсий, пособий, социальных выплат и других обязательств государства.

Кроме того, предусмотрены поступления бюджетам государственных внебюджетных фондов в объеме 354,4 млрд. рублей для компенсации сокращения поступлений единого социального налога в условиях снижения фонда оплаты труда в среднем на 19% по сравнению с ранее утвержденными объемами. Из этой суммы 17,1 млрд. рублей предназначены для Федерального фонда ОМС.

Получит дальнейшее развитие национальный проект "Здоровье", в рамках которого продолжатся начатые в 2006 году ме-

роприятия. Также к ним добавятся новые направления по формированию здорового образа жизни, совершенствованию онкологической помощи населению и обеспечению противотуберкулезной помощи.

В рамках оптимизации бюджетных расходов ассигнования федерального бюджета по разделу "Здравоохранение, физическая культура и спорт" в 2009 году уменьшены с 361,8 млрд. рублей до 335 млрд. рублей.

Предлагаемые изменения не носят характер секвестра. Сокращение бюджетных расходов проведено избирательно. Наибольшее сокращение коснется инвестиций – 11,1 млрд. рублей. Это соответствует мировой практике в период кризиса. К объектам капитального строительства применен дифференцированный подход, учитывающий приоритетность мероприятий капитального строительства. Сокращение почти не затронет вводные объекты, по переходящим объектам инвестиции уменьшатся на 15%, по новым – на 30%. По строящимся центрам высокотехнологичной медицинской помощи и перинатальным центрам ассигнования 2009 года оставлены без изменений, а переходящие остатки 2008 года перенесены на 2010 год.

В условиях кризиса целесообразно повысить эффективность использования имеющихся ресурсов и временно отказаться от тех мероприятий, которые не относятся к первоочередным. Правительство сочло возможным сократить ассигнования по мероприятиям, реализация которых откладывается из-за отсутствия нормативно-правовой базы: создание информационной системы здравоохранения и развитие новых медицинских технологий в федеральных специализированных медицинских учреждениях и вузах. При этом включены в перечень защищенных статей, не подлежащих сокращению, расходы на заработную плату работникам медицинских учреждений, медикаменты, питание больных, коммунальные платежи. Несмотря на некоторое уменьшение в 2009 году расходов федерального бюджета на здравоохранение по сравнению с запланированными ранее, бюджетные ассигнования по разделу "Здравоохранение, физическая культура и спорт" будут больше, чем в 2008 году, на 56,8 млрд. рублей и составят 335 млрд. рублей.

Важнейшим направлением Программы антикризисных мер Правительства Российской Федерации на 2009 год в части здравоохранения является дальнейшее развитие приоритетного национального проекта "Здоровье".

За годы реализации этого проекта, начиная с 2006 года, достигнуты значимые результаты. Например, можно отметить, что оплата труда повышена почти 700 тыс. медицинских работников, а обучение прошли 26 тыс. врачей первичного звена. Обеспеченность населения высокотехнологичной медицинской помощью возросла в 4 раза. Снизилась материнская смертность с 25,4 до 22 на 100 тыс. родившихся живыми, а младенческая смертность – с 11 до 9,4 на 1 тыс. родившихся живыми. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 65,3 до 67,5 года. И если еще 5 лет назад российские мужчины не доживали до 60 лет, то сейчас этот рубеж уверенно пройден.

Полученные результаты требуют закрепления и дальнейшего улучшения, поэтому проект "Здоровье" не только сохраняет все ранее начатые мероприятия, но и добавляет новые.

Продолжатся мероприятия по развитию первичной медико-санитарной помощи и совершенствованию профилактики заболеваний, в том числе инфекционных заболеваний, включая иммунизацию населения в рамках Национального календаря прививок.

Будут сохранены денежные выплаты медицинским работникам первичного звена. На эти цели пойдет 21,7 млрд. рублей в виде субсидий субъектам Российской Федерации для участковых врачей и медицинских сестер и 9,3 млрд. рублей для медицинского персонала скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерских пунктов.

В 2009 году на проведение дополнительных диспансеризации 3,8 млн. работающих граждан от 35 до 55 лет предусмотрено 4 млрд. рублей. На углубленные медицинские

осмотры 3 млн. человек, занятых на работах с вредными и опасными условиями труда, предусмотрено 2 млрд. рублей. По итогам диспансеризации каждый гражданин получит "Паспорт здоровья", где будет зафиксировано текущее состояние его здоровья по основным показателям, полученным в ходе диспансеризации. В нем также будет отражен алгоритм диагностических обследований, данные о прививках и аллергических реакциях. При этом он будет находиться у пациента, а не в лечебно-профилактическом учреждении.

В 2009 году предусмотрено выделение 7,2 млрд. рублей.

Важнейшим новым направлением является формирование здорового образа жизни, на финансирование которого в 2009 году выделено 830 млн. рублей. Основные усилия будут направлены на развитие физической культуры и спорта, борьбу с вредными привычками и оптимизацию питания. В регионах будут созданы центры здоровья, объединяющие кабинеты профилактики курения и алкоголизма, школы для больных

лених на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, а также на развитие службы крови.

Изменения в Закон о бюджете Федерального фонда ОМС связаны с недопоступлением налогов в доходную часть бюджета ФОМС в 2009 году. Принятые изменения предусматривают меры по снижению рисков, возникающих в системе ОМС в связи с образованием дефицита средств.

Впервые предусмотрен трансферт из федерального бюджета в сумме 17,1 млрд. рублей. Это позволяет сохранить основные доходы бюджета ФОМС и установленные дотации территориальным фондам ОМС в утвержденных ранее объемах – более 85 млрд. рублей. Суммы дотаций на выравнивание условий не изменяются, и все субъекты Российской Федерации получают то, что им гарантировано.

В федеральном бюджете создается резерв, в котором заложены средства на дополнительные поступления фонду для последующего направления межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов ОМС на реализацию территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Сохраняется в том же объеме нормированный страховой запас – 7,3 млрд. рублей. Эти средства в 2009 году используются на увеличение дотаций, направляемых в бюджеты территориальных фондов ОМС на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.

Доходная и расходная часть бюджета ФОМС сокращается на 243 млн. рублей за счет уменьшения на 235 млн. рублей объема субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в связи с уточнением численности обследуемых детей в 2009 году. Также уменьшены на 8 млн. рублей расходы на содержание аппарата фонда. Необходимо обратить внимание на то, что в условиях нестабильной экономической ситуации численность указанных категорий детей может увеличиться, и надо быть готовым оперативно на это отреагировать.

Доля государственной поддержки существенно возрастает. Объем поступлений из федерального бюджета в систему ОМС увеличивается почти в 3 раза с 8,6 млрд. рублей до 25,5 млрд. рублей, что следует рассматривать в качестве важнейшей антикризисной меры.



В качестве антикризисной меры решено начать обследование населения с целью выявления и лечения туберкулеза не с 2010-го, как намечалось ранее, а уже с 2009 года. На это направление будет выделено почти 2,8 млрд. рублей.

Продолжатся мероприятия по совершенствованию медицинской помощи матерям и детям. Медицинское обслуживание по родовым сертификатам получат 1,6 млн. человек, более 1,6 млн. новорожденных будут обследованы на врожденные заболевания. На строительство перинатальных цен-

сахарным диабетом, артериальной гипертонией и другими заболеваниями. Главная задача – это выработка единой идеологии по формированию здорового образа жизни.

Другим новым направлением является совершенствование организации онкологической помощи населению, на что в 2009 году выделяется 6,8 млрд. рублей. Это направление будет развиваться в числе других уже реализуемых мероприятий, связанных с повышением доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и направ-

В Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года заложены предпосылки для улучшения финансового обеспечения здравоохранения. Большое внимание уделено системе мер по формированию здорового образа жизни. Важное значение имеет модернизация системы обязательного медицинского страхования.

В настоящее время федеральное законодательство не в полной мере обеспечивает правовое регулирование системы охраны здоровья граждан и оказания медицинской

а также внести изменения в Налоговый кодекс Российской Федерации.

С целью законодательного регулирования национальной системы здравоохранения, ликвидации разобщенности здравоохранения на автономные системы, решения вопросов, связанных с неадекватностью финансирования, низкой управляемостью здравоохранения в субъектах Российской Федерации и в муниципальных образованиях, отсутствием многих норм обеспечения организации здравоохранения, потребуется подготовить

цизов на табачные изделия и алкогольную продукцию; усиление административной ответственности за курение и распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции в общественных местах.

Потребуется решить вопросы, связанные с формированием национальной лекарственной политики: включение лекарственного обеспечения граждан в программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и в медико-экономические стандарты в качестве их составной части; включение лекарственного обеспечения в медицинское страхование. Это потребует соответствующего отражения в уже названных федеральных законах. Кроме этого, назрела необходимость внести системные изменения в Федеральный закон "О лекарственных средствах".

В Программе антикризисных мер особое внимание уделяется улучшению ситуации с лекарственным обеспечением, особенно жизненно важными препаратами. При этом подчеркивается, что качество медицинской помощи не должно ухудшиться в связи с ростом цен на лекарства в период мирового экономического кризиса.

Данные меры носят, во-первых, межведомственный характер, а, во-вторых, эффективность их реализации также будет зависеть от своевременного реагирования органов власти субъектов РФ. С целью усиления государственного регулирования ценообразования на лекарства, закупаемые за счет бюджетов, планируется ввести обязательную регистрацию предельных отпускных цен производителя на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства, установить контроль и ответственность за соблюдением предельных оптовых и розничных надбавок к зарегистрированным ценам, пересмотреть действующий перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, предусмотрев увеличение в нем доли отечественных лекарственных средств.

Комитетом по охране здоровья совместно с Минздравсоцразвития России и Росздравнадзором проводится работа по внесению изменений в действующее законодательство, направленных на улучшение лекарственного обеспечения сельских жителей. Данный комплекс мер должен позволить повысить уровень доступности лекарственных средств селянам.

Нуждается в доработке раздел по кадровой политике в здравоохранении, которая становится ключевым вопросом инновационного развития отрасли. Представляется важным совершенствование законодательства и нормативно-правовых документов по вопросам договорной системы целевой подготовки специалистов, контрактной системы трудоустройства выпускников медицинских вузов.

Ирина Серёгина

заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития



Разрешительные процедуры как основа качества медицинской помощи

В соответствии со статьей 41 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Перечень социально значимых заболеваний определен постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 №715: туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, вирусные гепатиты, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В 2007 году Правительством Российской Федерации принята Федеральная целевая программа "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями" (постановление Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 №280), в рамках которой в период 2007–2011 годов предусматривается осуществление комплекса взаимовязанных мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации при социально значимых заболеваниях.

Программа включает в себя 9 подпрограмм: "Сахарный диабет", "Туберкулез", "ВИЧ-инфекция", "Онкология", "Инфекции, передаваемые половым путем", "Вирусные гепатиты", "Психические расстройства", "Артериальная гипертензия" и "Вакцинопрофилактика".

Среди задач указанных подпрограмм установлено совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации социально значимых заболеваний, в том числе разработка и внедрение новых медицинских технологий при оказании медицинской помощи.

Статьей 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан установлено, что в практике здравоохранения могут использоваться методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

В соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 №128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" Правительством

Росздравнадзором ежегодно рассматривается 400–450 заявлений на получение разрешений на применение медицинских технологий.

Число отказов составляет около 30%

Российской Федерации принято Положение о лицензировании медицинской помощи (постановление от 22.01.2007 №30), согласно которому медицинская организация при осуществлении медицинской деятельности должна использовать медицинские технологии, разрешенные к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Отсутствие разрешения на медицинские технологии при осуществлении медицинской деятельности является грубым нарушением лицензионных требований и условий и влечет за собой административную ответственность в порядке, установленном статьями 14.1, 19.20 части 4 Федерального закона от 30.12.2001 №195 "Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях".

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан функция выдачи разрешений на применение новых медицинских технологий (МТ), включая новые методы профилактики, диагностики и лечения, отнесена к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан (часть 25 статьи 5).

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от

30.06.2004 №323 "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития" и приказом Минздравсоцразвития России от 20.07.2007 №488 "Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий" разрешения на применение МТ выдает Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. При этом основной задачей Росздравнадзора является приведение современной медицинской практики в части применения новых МТ в соответствие с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Медицинская технология (лечебная, диагностическая, профилактическая, реабилитационная) – это комплекс действий, осуществляемых в определенной последовательности и продолжительности, включающий в себя методы, лекарственные средства, приборы, терапевтические и хирургические процедуры, технологические приемы, другие систематически применяемые инструменты, – используемый и предназначенный для решения специфических проблем и достижения строго определенных результатов.

К новым МТ относятся впервые предлагаемые к использованию на территории Российской Федерации или усовершенствованные совокупности методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики и реабилитации. МТ считаются новыми в период рассмотрения в Росздравнадзоре. Разрешенная Росздравнадзором МТ перестает считаться новой с момента ее официального разрешения и может использоваться без ограничений всеми лицами, осуществляющими медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (пункт 2.1 Административного регламента) при условии ее правильного выполнения. Мониторинг (контроль применения медицинских технологий, оценка результатов применения) вышеупомянутым Административным регламентом возложен на Росздравнадзор.



помощи, не всегда соответствует современному состоянию и потребностям развития здравоохранения.

В первоочередном порядке необходимо принять федеральный закон "О государственных гарантиях оказания гражданам бесплатной медицинской помощи", который должен закрепить государственные гарантии медицинской помощи, порядок и место оказания платных медицинских услуг, разграничение их с бесплатной медицинской помощью. Этот закон позволит более четко реализовывать конституционные права наших граждан.

Комитет поддерживает необходимость принятия закона "Об обязательном медицинском страховании". В пакете с этим законом потребуется принять федеральный закон о персонифицированном учете застрахованных граждан в системе ОМС,

и принять специальный закон "О здравоохранении в Российской Федерации".

Комитет подтверждает свою позицию о необходимости разработки федеральных законов "О государственном регулировании частной медицинской деятельности", "Об издании медицинских назначений", "О медицинских организациях".

Для реализации программы по созданию условий для ведения здорового образа жизни, выполнения Российской Федерацией требований Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и реализации программы мер по борьбе со злоупотреблением алкоголя необходимо принятие ряда законов, направленных на дальнейшее ограничение рекламы табачных изделий и алкогольной продукции; ограничение мест, отведенных для курения; повышение ак-

Список всех разрешенных технологий размещен на сайте Росздравнадзора (www.roszdravnadzor.ru). Несмотря на то что действующие нормативные правовые акты в сфере применения новых медицинских технологий находятся в свободном информационном доступе (опубликованы в СМИ, размещены в Интернете, на сайте Росздравнадзора), рассылаются в учреждения с соответствующими информационными письмами, озвучиваются на совещаниях и конференциях, отмечается недопонимание или недостаточная осведомленность как по вопросам необходимости получения разрешения на применение новых медицинских технологий, так и о последствиях использования неразрешенных технологий.

Росздравнадзором ежегодно рассматривается 400–450 заявлений на получение разрешений на применение медицинских технологий. Число отказов составляет около 30%. При этом осуществляемая Росздравнадзором экспертиза представляемых проектов МТ зачастую выявляет недоказанную или недостаточно доказанную эффективность, а также безопасность данных разработок.

При Росздравнадзоре создана комиссия по эффективности и безопасности медицинских технологий. Специалисты Росздравнадзора при принятии решения о выдаче разрешения на применение медицинской технологии ориентируются на мнение экспертов – членов комиссии, которые оценивают не только этапы ее выполнения, но и предшествующие экспериментальные, клинические исследования, доказывающие ее эффективность и безопасность. При этом эксперты комиссии в своей работе используют данные доказательной медицины, что исключает субъективный фактор при оценке медицинских технологий.

Кроме того, эксперты участвуют в контрольно-надзорных мероприятиях по проверке правильного применения медицинских технологий. Росздравнадзором с учетом приказа Минэкономразвития России от 30.04.2009 №141 разработаны методические рекомендации в целях формирования единого подхода к организации и осуществлению проверок использования медицинских технологий территориальными органами Росздравнадзора. Главными задачами методических рекомендаций являются улучшение качества и стандартизация проверок по применению медицинских технологий в учреждениях здравоохранения.

За последние 5 лет Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития выдано 1414 разрешений на применение новых медицинских технологий.

В 2008 году в Росздравнадзор на рассмотрение поступило 822 заявки для выдачи разрешений на применение новых медицинских

технологий, что вдвое превышает данный показатель 2006 года и в полтора раза – показатель 2007 года. Из поступивших заявок по 214 проектам МТ приняты отрицательные решения в связи с недостаточно доказанной эффективностью или безопасностью, а также по причине несоответствия требованиям Административного регламента Росздравнадзора по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий.

Всего за 2008 год Росздравнадзором разрешены к применению в установленном порядке 292 МТ в области лечения, диагностики, профилактики и реабилитации, что на 4% превышает показатель 2007 года, когда были разрешены к применению 262 МТ.

Сравнительный анализ представленных на рассмотрение МТ за последние 3 года выявил возросшее количество МТ по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи – 540 технологий, что составило 66% от общего количества поступивших проектов МТ. Это связано с усилением контроля и надзора со стороны соответствующих служб (органов лицензирования, страховых организаций, налоговых органов и др.) за соблюдением порядка применения МТ. Лидирующими по количеству поданных заявок являются такие специальности, как сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, онкология, офтальмология. При этом наибольшую активность в качестве заявителей демонстрируют головные научно-исследовательские медицинские учреждения федерального подчинения: 251 (86%) разрешений на применение МТ выдано федеральным НИИ.

Недостаточная активность в части разработки новых и усовершенствованных МТ продолжает сохраняться в таких областях, как профилактическая медицина, эндокринология, наркология, урология, неонатология, токсикология, педиатрия, пульмонология, что связано с низкой активностью в этом отношении профильных научно-исследовательских медицинских учреждений. Вместе с тем разработка медицинских технологий по ряду указанных профилей оказания медицинской помощи имеет непосредственное отношение к предупреждению социально значимых заболеваний и уменьшению заболеваемости.

По сравнению с предыдущими годами пока не наметилась тенденция к увеличению количества МТ, разрабатываемых вузами. Так, из 292 разрешенных к применению МТ 12 (4,1%) в 2008 году были разработаны вузами (среди них лидируют ММА им. И.М. Сеченова, РГМУ и Санкт-Петербургский ГМУ им. академика И.П. Павлова). Для сравнения в 2007 году вузам было выдано

4,2% (11 МТ) разрешений на применение МТ. Безусловно, статистические показатели как 2007, так и 2008 годов нельзя считать удовлетворительными, учитывая имеющийся кадровый научный потенциал медицинских вузов Российской Федерации.

Что касается НИИ, подчиняющихся РАМН, то отмечается выраженная положительная динамика: зафиксировано увеличение количества МТ, разработанных учреждениями РАМН и разрешенных к применению Росздравнадзором, с 0,02% (от общего количества разрешенных МТ) в 2007 году до 10,3% в 2008 году. Это связано с повышением активности таких учреждений, как Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского РАМН и НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН.

Всего за 2008 год Росздравнадзором разрешены к применению в установленном порядке 292 МТ в области лечения, диагностики, профилактики и реабилитации, что на 4% превышает показатель 2007 года, когда были разрешены к применению 262 МТ

Следует подчеркнуть, что внедрение новых МТ в области лечения, диагностики, профилактики и реабилитации должно основываться на надежных научных данных о клинической эффективности и безопасности новых МТ. Для ответов на эти актуальные вопросы необходимо проведение соответствующих клинических исследований.

В Российской Федерации отсутствует нормативно-правовая база, регламентирующая проведение доклинических и клинических исследований по оценке безопасности и эффективности МТ, что значительно усложняет процедуру апробации и неоправданно увеличивает сроки регистрации медицинских технологий. Кроме того, это обстоятельство создает благоприятную почву для бесконтрольного проведения клинических исследований, то есть научно-исследовательских работ с привлечением человека в качестве объекта, что несет потенциальную опасность и может представлять угрозу здоровью и благополучию граждан, медицинскому персоналу и/или окружающей среде.

Таким образом, тщательная проверка и экспертная оценка медицинских технологий, осуществляемая Росздравнадзором в рамках соответствующей государственной функции, должна обеспечивать безопасность и эффективность в процессе их применения.

Михаил
Давыдов
президент РАМН,
академик РАН и РАМН



Инновационная политика должна быть одним из наших самых приоритетных национальных проектов.

В.В. Путин, заседание Госдумы ФС РФ 24.02.2004

Одной из основных задач Российской академии медицинских наук является проведение фундаментальных и прикладных (в том числе клинических) научных исследований проблем и закономерностей биорегуляции на молекулярном, клеточном, тканевом и организменном уровнях в процессе развития и жизни человека.

Инновационная деятельность в научно-исследовательских учреждениях (НИУ) РАМН проводится в рамках плановых НИР, а также в рамках договоров с министерствами, ведомствами, администрациями территорий Российской Федерации, отдельными организациями на выполнение НИР, направленных на создание принципиально новых или усовершенствованных технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний, новых товаров, работ или услуг.

НИУ РАМН осуществляют научно-инновационное сотрудничество с федеральными государственными структурами (Министерство здравоохранения и социального развития РФ; Министерство образования и науки РФ; Министерство РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий; Министерство промышленности и торговли РФ; Министерство обороны РФ) по проблемам охраны здоровья детей, общественного здоровья и организации здравоохранения, сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии, питания, медицины труда, охраны окружающей среды, инфекционных заболеваний, гематологии и трансфузиологии, хирургии, медицинской радиологии, биотехнологии, разработки новых лекарственных препаратов.

Научные исследования осуществлялись в рамках 26 научных программ: 14 федеральных (включая подпрограммы), 1 отрас-

Инновационная деятельность Российской академии медицинских наук

левой, 7 региональных, 4 международных программ, 68 научных проектов и около 400 договоров с различными организациями, предприятиями и фирмами.

Общее число грантов различных научных фондов, полученных учеными НИУ РАМН в 2008 году, составило 353, в том числе грантов Президента РФ – 26, РФФИ – 248, РФНФ – 37, других научных фондов – 42.

Исследования и разработки НИУ РАМН проводятся в рамках научных проектов (НИР) по 3 разделам медицинской науки: в области медико-биологических наук, клинической и профилактической медицины.

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ НАУК

- Исследования фундаментальных основ жизнедеятельности в норме и патологии.
- Молекулярная медицина. Медицинские клеточные технологии. Геномика, протеомика, постгеномные технологии, метаболомика.
- Интегративные основы деятельности головного мозга в норме и патологии.
- Изучение механизмов психоэмоционального стресса и устойчивости к нему. Выявление механизмов алкольного влечения и наркомании; разработка рекомендаций по профилактике и реабилитации.
- Механизмы развития патологических процессов. Дизрегуляторная патология. Создание экспериментальных моделей и разработка эффективных методов патогенетической диагностики и терапии.
- Фармакологическая коррекция процессов жизнедеятельности. Разработка новых оригинальных лекарственных средств.
- Нанобиотехнологии и наноматериалы.
- Медико-биологические аспекты биобезопасности.

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- Разработка: фундаментальных научно-прикладных исследований в области клинической и экспериментальной гематологии, трансфузиологии, изучения агрегатного состояния крови; новых методов профи-

лактики, диагностики, интенсивной терапии заболеваний крови (геморрагических диатезов, гемофилии, тромбоцитопатий, лейкозов и др.), новых форм организации донорства и службы крови.

– Разработка принципиально новых и совершенствование существующих методов диагностики и комплексного лечения злокачественных новообразований, основанных на внедрении новейших технологий и достижений в современной и клинической онкологии. Эпидемиология и профилактика злокачественных новообразований. Создание новых противоопухолевых препаратов.

– Экспериментальная и клиническая разработка высокоэффективных диагностических и лечебных технологий с применением лучевого, хирургического и комбинированного методов лечения онкологических и неонкологических больных, в том числе с использованием ионизирующих (адронной, гамма-нейтронной, нейтрон-захватной) и неионизирующих (лазерного, магнитного, электромагнитного) излучений; совершенствование методов профилактики лучевых реакций и лечения лучевых повреждений. Развитие новых радиационно-эпидемиологических технологий и формирование групп повышенного радиационного риска для оказания адресной медицинской помощи.

– Анализ интегративной деятельности мозга, исследование ее фундаментальных основ в норме и патологии. Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, диагностики и профилактики наиболее распространенных заболеваний центральной и периферической нервной системы, в том числе нарушения мозгового кровообращения, паркинсонизма, демиелинизирующих заболеваний и др. Разработка новейших высокотехнологичных методов лечения заболеваний и критических состояний в неврологии. Разработка научных основ, перспективных медико-технических методов и технологий для создания автоматизированных технических средств диагностики заболева-

ний, систем замещения функций организма. Разработка методов компьютерной обработки экспериментальных и клинических данных.

- Изучение нейрохирургической патологии сосудов; патогенез, клиника и лечение опухолей головного мозга; совершенствование методов лечения больных с острой черепно-мозговой травмой; спинно-мозговая и функциональная нейрохирургия.
- Разработка новых технологий и усовершенствование существующих методов



диагностики, лечения и профилактики заболеваний глаз, являющихся основными причинами слепоты и слабовидения, включая глаукому, катаракту, сосудистые, вирусные заболевания, травму и опухоли глаз, заболевания слезоотводящих путей. Изучение современных методов коррекции аметропий. Оптимизация офтальмологической службы.

- Изучение факторов риска нарушений состояния здоровья детей. Разработка методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, медицинского наблюдения, стационарозамещающих технологий, оказания медицинской помощи детям с распространенными инвалидизирующими болезнями. Совершенствование органосохраняющих операций, методов неотложной хирургии. Изучение особенностей возрастной физиологии различных систем растущего организма ребенка. Выявление механизмов адаптации детей в изменяющихся условиях жизнедеятельности и реформирования школьного образования.
- Разработка на основе комплексного клинико-биологического подхода методов изучения систематики, диагностики, терапии и профилактики с применением новых технологий эндогенных, органических, пограничных (в том числе и психосоматических) психических расстройств во всех возрастных группах, атрофических заболеваний позднего возраста с психическими нарушениями. Создание научно обоснованных новых форм организации психиатрической помощи.

- Изучение: основных факторов этиологии и патогенеза ревматических заболеваний, в том числе воспалительных, метаболических и дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника. Разработка с применением высоких технологий новых методов диагностики, лечения и реабилитации, проблем эпидемиологии, экономического анализа и организации ревматической службы у взрослых и детей.
- Разработка и внедрение новейших высокотехнологических методов диагностики

на клапанном аппарате сердца и его структурах, в том числе при активном инфекционном эндокардите и дуге аорты; малотравматичных операций без использования искусственного кровообращения; методов, обеспечивающих безопасность кардиохирургических операций; различных биологических, полимерных и искусственных протезов, клапанов, инструментария и других приборов медицинского назначения в сердечно-сосудистой хирургии; методов видеотелевизионной связи, систем



и лечения, с применением хирургических, генных и клеточных технологий сердечно-сосудистых заболеваний, сложных врожденных пороков сердца у новорожденных и детей первого года жизни, сложных нарушений ритма сердца, ишемической болезни сердца и сочетанных поражений коронарных и магистральных артерий, критической сердечной недостаточности, поражений торакоабдоминального отдела аорты, магистральных артерий, венозной и лимфатической патологии. Дальнейшая разработка: современной техники протезирования и реконструктивных операций

математического моделирования для диагностики и лечения кардиохирургических больных и оценки эффективности фармакологических препаратов, применяемых в сердечно-сосудистой хирургии.

- Использование новейших технологий, в том числе клеточных и молекулярно-биологических, в разработке реконструктивных органосохраняющих операций на органах дыхательной и пищеварительной систем, в микрохирургии. Трансплантация трахеи (в эксперименте), почек, печени, поджелудочной железы. Исследование возможности стимуляции неоангиогене-

за у больных ишемической болезнью сердца с диффузным поражением коронарных артерий с использованием эрбиевого лазера, эффективности портальной эмболизации или перевязки правой ветви воротной вены при наращивании массы левой доли печени у больных с очаговыми заболеваниями в правой доле, оптимальной тактики лечения больных с колоректальным раком. Изучение патогенеза, разработка новых методов диагностики и лечения ран и раневой инфекции, ожогов и их последствий,

нечетких аспектов патогенеза туберкулеза и гранулематозных заболеваний легких. Совершенствование тактики, диагностики, профилактики и лечения с использованием новейших технологий при туберкулезе.

- Экология и репродуктивная функция женщины. Перинатология. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин при различной акушерской и экстрагенитальной патологии. Регуляция фертильности.

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- Разработка фундаментальных проблем экологии человека и гигиены окружающей среды как научной основы государственных мероприятий по ее охране и охране здоровья населения России.
- Разработка теоретических основ, установление общих закономерностей и механизмов влияния факторов производственной среды и трудового процесса на здоровье работающих с целью обоснования эффективных методов профилактики, диагностики и лечения профессиональных и производственно обусловленных заболеваний.
- Разработка фундаментальных основ государственной политики в области здравоохранения.
- Разработка проблем экономики и управления здравоохранением в меняющихся социально-экономических условиях России в целях сохранения и укрепления здоровья населения.
- Проведение фундаментальных и прикладных исследований по важнейшим проблемам медицинской микробиологии, иммунологии, биотехнологии, эпидемиологии; разработка новых препаратов и методов неспецифической профилактики, диагностики и иммунотерапии инфекционных болезней.
- Проведение фундаментальных и прикладных исследований по проблемам медицинской вирусологии в отношении наиболее распространенных и социально значимых вирусных инфекций.
- Поиск, разработка и изучение новых противоопухолевых, противовирусных и антимикробных антибиотиков.
- История отечественной медицины и медицинского образования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ежегодно только в НИУ РАМН осуществляются разработки около 2 тыс. научных тем, результатом которых является в среднем в год около 200 патентов, более 200 методических и нормативных документов, около

100 лекарственных препаратов, диагностических и профилактических средств; издается около 500 монографий, руководств, пособий и учебников.

Внедрены в клиническую практику или практику работы учреждений практического здравоохранения следующие научные разработки НИУ РАМН:

- новые программы высокодозной химиотерапии с последующей трансплантацией аутологичных гемопоэтических клеток при лимфогранулематозе, лимфомах, множественной меланоме; новая стратегия терапии хронического миелолейкоза; программа диагностики, мониторинга и дифференцированного лечения хронических миелолифферативных заболеваний; новые методы лечения заболеваний макрофагальной системы и хронических заболеваний печени, ассоциированных с гематологической патологией. Созданы 2 стабильных коагулологических препарата: тромбин и фактор VIII плазмы крови человека. Разработаны условия вирусной активации концентрата фактора IX. Результаты работы внедрены в серийное производство концентрата фактора IX, Агемфил В (Гематологический научный центр РАМН);
- новый метод тестирования теломеразной активности как раннего диагностического маркера. Предложена новая методология поиска опухолевых маркеров рака легкого: профилирование протеома плазмы крови человека с использованием роботизированной технологии предварительного фракционирования плазмы крови человека для масс-спектрометрического обнаружения опухолевых маркеров рака легкого (Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина РАМН);
- методики комбинированного лечения больных раком прямой кишки: интенсивное предоперационное облучение в сочетании с тотальной мезоректумэктомией и методика пролонгированной химиолучевой терапии при местно-распространенном раке прямой кишки. Создано программное обеспечение для поддержки радиоэкологической базы данных индивидуальных дозиметрических опросников для лиц с верифицированными диагнозами рака молочной железы (индивидуальный подход в оценках доз облучения населения позволил выявить группы лиц с наибольшими дозами облучения молочной железы и всего тела, что дает дозиметрические основания для проведения адресных медицинских и профилактических мероприятий) (Медицинский радиологический научный центр РАМН);

- новый селективный анксиолитик на основе антител к белку S100. Новый метод диагностики наиболее ранних стадий болезни Паркинсона. Получен первый в мире опыт генной терапии бокового амиотрофического склероза на основе использования конструкций генов сосудистых факторов роста, интегрированных в аденовирусные векторы (Научный центр неврологии РАМН);
- новая нефистулизирующая антиглаукоматозная операция трабекулосутуризации для хирургического лечения больных первичной открытоугольной глаукомой с любой формой ретенции внутриглазной жидкости (НИИ глазных болезней РАМН);
- генетические биочипы для молекулярно-генетической диагностики и оценки эффективности лекарственной терапии при мультифакториальных заболеваниях у детей. Новые лечебно-профилактические продукты для детей: "Нутрилак с пребиотиками и нуклеотидами" и "Нутрилак 6–12 с пребиотиками" для детей раннего возраста (Научный центр здоровья детей РАМН);
- современные технологии протезирования клапанов сердца, в том числе при инфекционном эндокардите с использованием аллографтов митрального и аортального клапанов; методика повторной реваскуляризации миокарда у больных с рецидивом стенокардии в отдаленном периоде после аортокоронарного шунтирования; методы малоинвазивной реваскуляризации миокарда у пациентов с ограничениями или противопоказаниями к искусственному кровообращению; "гибридные" методы лечения сочетанных заболеваний сердца и сосудов. Технологии формирования модифицирующих наноструктур на поверхности биоткани и медицинских изделий из различных материалов, способных значительно увеличить степень биосовместимости. Созданы переносные телемедицинские комплексы со спутниковыми терминалами для работы в условиях санавиации с мест аварии и техногенных катастроф (Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева РАМН);
- методика малоинвазивного лечения неосложненных компрессионных переломов тел позвонков при остеопорозе, доброкачественных новообразованиях, а также при множественном метастатическом поражении позвоночника; методика малоинвазивного лечения межтелового спондилеза при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника. Программа лечения педиатрического контингента больных различных возрастных

- групп с неизлечимыми болезнями печени путем применения трансплантации печени от живых (родственных) доноров (Российский научный центр хирургии имени Б.В. Петровского РАМН);
- база данных по функциональному картированию вируса гепатита С, содержащая информацию о более чем 9 тыс. аминокислотных последовательностей из различных изолятов и 230 антигенных детерминантах белков ВГС. Интернет-ресурс для прогнозирования спектра биологической активности химических соединений (более 2,5 тыс. видов активности) на основе структурной формулы вещества с точностью выше 90%. Дифференциальный оптический биочип для высокопроизводительного скрининга потенциальных ингибиторов димеризации протеазы ВИЧ на базе биосенсора Viacore 3000 (НИИ биомедицинской химии имени В.Н. Ореховича РАМН);

Полноценные механизмы государственной системы поддержки инновационной деятельности позволят осуществлять более полную и качественную реализацию научных инновационных разработок и их внедрение в практику здравоохранения

- новые программно-аппаратные средства для изучения нейрофизиологических механизмов обучения и памяти в условиях модуляции и/или выбора пространственно-временных характеристик пусковых, обстановочных и санкционирующих сигналов при целенаправленном поведении животных и человека. Оригинальная высокочувствительная методика иммуногистохимического определения белка c-fos на срезах головного мозга с использованием нанокристаллических люминесцентных квантовых точек (НИИ нормальной физиологии имени П.К. Анохина РАМН);
- новые медиаторы переноса генов в эукариотические клетки на основе дикатионных липидов ДЕГА – гидрофобных производных глутаминовой кислоты (4 соединения). Программно-аппаратный комплекс оценки состояния здоровья населения, позволяющий проводить исследования основных жизнеобеспечивающих систем организма в экспрессном режиме, архивировать и обрабатывать данные, осуществлять экспертную оценку полученных параметров. Модуль лабораторного макета сканера на базе моторизованного микроскопа, позволяющий считать изображение микрочипа и хранить его в базе данных,

- являющейся частью единого программно-аппаратного комплекса для высокопроизводительного анализа экспрессии генов (НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН);
- проведены клинико-биологические исследования терапевтического действия препарата "Селанк" при генерализованном тревожном расстройстве и неврастении. Начато промышленное производство препарата "Ноопепт" – средства, стимулирующего память (НИИ фармакологии имени В.В. Закусова РАМН);
- способ с использованием нанотехнологий на основе перфторуглеродных соединений, позволяющий нормализовать транспорт кислорода на этапах хирургического лечения ишемической болезни сердца. Способ устранения гистотоксической гипоксии и предупреждения развития полиорганной недостаточности при острой почечной недостаточности на основе медикаментозной и заместительной почечной терапии с использованием нанобиотехнологий (НИИ общей реаниматологии РАМН);
- методология использования люминесцентных методов в гигиенических исследованиях как биомаркеров загрязнений окружающей среды, в том числе для оценки суммарной токсичности атмосферного воздуха (НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды имени А.Н. Сысина РАМН);
- методы анализа индикаторных биологически активных фитонутриентов для проведения гигиенической экспертизы растительного сырья биологически активных добавок к пище, которые легли в основу "Руководства по методам контроля качества и безопасности биологически активных добавок к пище". Система многоуровневой диагностики нарушений пищевого статуса и оценки риска развития алиментарных заболеваний "НУТРИТЕСТ-ИП", позволяющая провести комплексный анализ индивидуальных особенностей организма здорового и больного человека с использованием геномных, протеомных и нутриметаболических технологий. Система многоуровневой коррекции нарушений пищевого статуса и алиментарнозависимых заболеваний "НУТРИКОР-ИП", позволяющая индивидуализировать диетотерапию при различных заболеваниях за счет использования современных технологий лечебного питания, – 47 стандартов лечебного питания при наиболее распространенных заболеваниях (НИИ питания РАМН);
- система тестов для изучения естественной резистентности при генитальном герпесе. Метод ультраструктурной диагнос-

тики микроорганизмов в биологических жидкостях. Принципиально новая каркасная структура клеточной стенки бактерий, открывающая новые перспективы для исследования функционирования цитоплазмы, мембраны, периплазмы и наружной мембраны бактерий современными биофизическими методами, основанными на использовании микро- и нанотехнологий, позволяющих решать проблему непосредственно на отдельно взятой живой клетке. Алгоритм лабораторной диагнос-



- тики вирусных инфекций (цитомегаловирусной и вируса Эпштейна – Барра) для обследования детей с целью профилактики внутриутробного инфицирования оппортунистическими инфекциями (НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи РАМН);
- экспресс-тесты для массовых скрининговых исследований определения аутоантител к тиреоглобулину на основе латексных суспензий; моноклональные латексные и антительные диагностикумы на основе моноклональных антител к дифтерийному токсину. Создан банк вирусной РНК и провирусной ДНК, доминирующих в России субтипов А и В ВИЧ-1 в количестве 82 образцов (НИИ вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова РАМН);
- противогриппозные кандидатные вакцины на основе изолированных актуальных

вирусных штаммов и чувствительных культур клеток. Высокочувствительные тест-системы, позволяющие дифференцировать вирусы гриппа А человека, животных и птиц, в том числе генетические микрочипы, ОТ-ПЦР в реальном времени и др. Новые методы исследования на основе ПЦР и real-time ПЦР для выявления аллелей гена множественной лекарственной устойчивости, ответственного за эффективность лечения ингибиторами протеазы ВИЧ-1, а также для обнаружения минорных ге-

- диагностикумы для актуальных вирусов гриппа. Конкурентный вариант иммуноферментного анализа для специфической индикации антител к вирусу гриппа А (H₅N₁) в сыворотках людей; набор "Инфлюскрин", включающий моноклональные антитела к вирусам гриппа и другим возбудителям ОРВИ для непрямого иммунофлуоресцентного анализа (НИИ гриппа СЗО РАМН);
- методические рекомендации по эколого-генетическому обследованию населения, проживающего на загрязненных диоксином территориях (НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН);
- биочипы для диагностики наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям и тромбофилии (НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта СЗО).

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

НИУ РАМН активно содействуют внедрению новых технологий путем обучения и повышения квалификации научных кадров и практических врачей, проведения научно-организационных мероприятий (съезды, конгрессы, семинары и т.д.) с целью информирования научной медицинской общественности и врачей о новых достижениях медицины; издания методических рекомендаций, научных публикаций; широко внедряют свои технологии диагностики и лечения в клиническую практику, а также в практику работы отдельных лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения (участие в научных и научно-практических программах различного уровня и назначения, договорная тематика).

В РАМН регулярно (1 раз в 2 года) издается периодический информационный сборник "Научные разработки НИУ РАМН – практическому здравоохранению", в котором представлена информация о результатах НИР, готовых к внедрению или уже внедренных в практику. Издано 4 выпуска сборника.

ПРОБЛЕМЫ

- До сих пор остаются нерешенными вопросы реализации инновационных разработок (в том числе новых высоких медицинских технологий) в практическое здравоохранение:
- в рамках отрасли нет четкого единого нормативного документа о системе внедрения достижений науки в практику здравоохранения;
- отсутствует механизм передачи новых медицинских технологий, разработанных НИУ РАМН и готовых к внедрению, Министерству здравоохранения и социального развития РФ для внедрения

в практику работы лечебно-профилактических учреждений государственной системы здравоохранения;

- НИУ РАМН не имеют достаточного финансирования на осуществление патентной проработки и патентования, регистрации, а также для подготовки научно-технической документации, клинической апробации новых медицинских технологий, что удлиняет сроки доведения технологий до готовности к внедрению;

ятельности (РНТД) исследований не позволяют в достаточной мере использовать научные достижения для удовлетворения потребностей экономики и общества; не решены окончательно вопросы, связанные с коммерциализацией РНТД, полученных за счет или с привлечением средств федерального бюджета;

- необходимо создать прозрачные законодательные механизмы, при помощи которых государственные учреждения могут самостоятельно, под контролем

следований и коммерциализации наукоемкой продукции в области медицины;

- работа учреждений практического здравоохранения по стандартам, утвержденным Минздравсоцразвития России, делает практически невозможным внедрение новых технологий диагностики и лечения, так как использование их, во-первых, не будет оплачено территориальными фондами системы обязательного медицинского страхования, во-вторых, учреждению будет сделано замечание за

- при инфаркте миокарда – на 12–13% и на 3–5% (при проведении реанимационных мероприятий);
- артериальной гипертонии – на 45–50% частоты нарушения мозгового кровообращения;
- острых отравлениях – на 10%;
- сочетанной и множественной травме – на 10–15%;
- лор-заболеваниях – на 11–15%;
- заболеваниях органов пищеварения – на 6–10%;
- основных показателях по туберкулезу – до 50 случаев заболеваемости на 100 тыс. населения и смертности – до 12%;
- сахарному диабету – к уменьшению числа осложнений на 33%;
- применении лазера в абдоминальной и пластической хирургии – на 2–8% снижения осложнений.

В "Основах политики Российской Федерации в области развития науки и технологий на период до 2010 года и дальнейшую перспективу" подчеркнуто, что развитие науки и технологий служит решению задач социально-экономического развития страны и относится к числу высших приоритетов Российской Федерации. Сегодня целенаправленная государственная по-

Развитие медицинской науки сдерживается несовершенством законодательной и нормативно-правовой базы, а также недостаточным финансированием. Этими же причинами обусловлен низкий уровень внедрения новых медицинских технологий, отечественной медицинской техники, лекарственных средств, различных тест-систем и другой наукоемкой продукции

литика должна являться движущей силой инновационных процессов на всех уровнях и во всех секторах национального хозяйства страны. Хотя количество поданных российскими изобретателями заявок растет, уровень этой активности многократно ниже, чем за рубежом (Япония, Германия, США и др.). Только незначительная часть действующих патентов реализуется в хозяйственной деятельности. Фактически отсутствует национальный рынок интеллектуальной собственности.

Развитие науки, в частности медицинской, оказывает влияние на повышение социально-экономического уровня государства не только через выдвигание новых идей, рекомендаций и разработок, но и посредством

укрепления людских ресурсов, повышения индекса развития человеческого потенциала страны. Взаимозависимость этих секторов приводит к тому, что любое сдерживание процесса получения новых знаний по чисто экономическим мотивам, из-за нехватки финансовых средств, рано или поздно может пагубно отразиться на показателях экономического развития страны.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО И НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАУКИ

Развитие медицинской науки сдерживается несовершенством законодательной и нормативно-правовой базы, а также недостаточным финансированием. Этими же причинами обусловлен низкий уровень внедрения новых медицинских технологий, отечественной медицинской техники, лекарственных средств, различных тест-систем и другой наукоемкой продукции.

Вопросам правового регулирования государственного сектора науки, одним из сегментов которого является академическая наука (в том числе медицинская), был посвящен круглый стол, организованный Комитетом Совета Федерации по образованию и науке в октябре 2008 года, в котором приняла участие представительница РАМН. Участники круглого стола отметили, что основным направлением дальнейшего использования государственного сектора науки должно стать его встраивание в систему государственно-частного партнерства в сфере науки и инноваций на основании соединения результатов фундаментальных исследований по широкому спектру проблем с возможностями коммерческого инвестирования.

В целях развития государственного сектора науки как основного источника отечественных инноваций участники круглого стола рекомендовали:

1. *Федеральному Собранию Российской Федерации:*
 - законодательно закрепить понятие "государственный сектор науки", его состав, структуру, а также принципы государственной поддержки;
 - уточнить в Федеральном законе от 23 августа 1996 года №127-ФЗ "О науке и государственной научно-технической политике" понятие "научная организация", перечень типов научных организаций, а также понятие "научные организации высшего профессионального учебного заведения";
 - внести изменения в статью 5 Федерального закона от 23 августа 1996 года №127-ФЗ "О науке и государственной научно-технической политике" в части проведения

Утвержден Порядок оказания плановой медицинской помощи населению при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля

Минздравсоцразвития России утвердил приказ, в соответствии с которым создан Порядок оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля. Значимость разработки нового порядка определяется важностью задачи по снижению сверхвысокой сердечно-сосудистой смертности в стране. Об этом на брифинге рассказали директор Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России Ольга Кривонос, главный специалист-кардиолог Минздравсоцразвития России и генеральный директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса Росмедтехнологий Евгений Чазов, первый заместитель генерального директора Российского кардиологического научно-производственного комплекса Росмедтехнологий Сергей Бойцов.

"Данный приказ – руководство к действию. В нем прослеживается путь пациента на всех этапах оказания медпомощи", – сказала директор Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения.

Порядок оказания медицинской помощи населению при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля включает: положение об организации деятельности врача, табель оснащения, рекомендуемые штатные нормативы кардиологического диспансера, кардиологического отделения стационара с блоком интенсивной терапии и кардиологического кабинета поликлиники. "Это позволит нам управлять качеством оказания медицинской помощи", – добавила Ольга Кривонос.



- острой и нерешенной остается проблема распределения и закрепления прав на результаты интеллектуальной деятельности, полученные за счет бюджетных средств;
- в определенной мере отсутствуют капитальные вложения в приборную и инструментальную базу, что в последние годы привело к старению, а по отдельным направлениям – к практическому отсутствию научного и специального оборудования, приборов и устройств, отвечающих современным мировым требованиям;
- не отработаны механизмы государственно-частного партнерства в качестве инструмента привлечения инвестиций в отечественную науку;
- неразвитость механизмов коммерциализации результатов научно-технической де-

Сегодня целенаправленная государственная политика должна являться движущей силой инновационных процессов на всех уровнях и во всех секторах национального хозяйства страны

- государства и общества, распоряжаться полученными правами на РНТД, направляя средства, полученные от реализации указанных прав, на четко определенные цели: правовая охрана РНТД, авторские вознаграждения, финансирование собственных НИОКР;
- отсутствуют профессионально подготовленные кадры в сфере маркетинговых ис-

отступление от утвержденного стандарта;

- недостаточна востребованность новых технологий для производства лекарственных, иммунобиологических и других препаратов, средств диагностики, изделий медицинского назначения вследствие развала отечественной медицинской и фармацевтической промышленности.

Полноценные механизмы государственной системы поддержки инновационной деятельности позволят осуществлять более полную и качественную реализацию научных инновационных разработок и их внедрение в практику здравоохранения. Новые медицинские технологии, разработанные в НИУ РАМН, по прогностическим данным, в ближайшие 10 лет приведут к снижению заболеваемости и смертности населения:

государственной аккредитации научных организаций;

- внести соответствующие изменения в Гражданский, Бюджетный и Налоговый кодексы Российской Федерации и в соответствующие федеральные законы в части обеспечения деятельности государственных академий наук;
- внести изменения в Федеральный закон от 23 августа 1996 года №127-ФЗ "О науке и государственной научно-технической политике", обеспечивающие комплексное решение вопросов деятельности ГНЦ РФ, включая меры государственной поддержки;
- внести изменения в Федеральный закон от 21 декабря 2001 года №178-ФЗ "О приватизации государственного и муниципального имущества", предусматривающие возможности сохранения основного вида деятельности приватизируемых научных организаций, а также использования имущества приватизируемых научных организаций в целях укрепления материально-технической базы научных организаций, занимающихся соответствующим направлением исследований;
- внести изменения в Налоговый кодекс РФ, восстанавливающие льготы по земельному налогу и налогу на имущество организаций для государственных академий наук, научных организаций и государственных учреждений профессионального образования – в отношении земельных участков и имущества, используемых ими для осуществления научно-технической деятельности;
- подготовить и принять поправки в Федеральный закон от 21 июля 2005 года №94-ФЗ "О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд" в части совершенствования процедуры размещения государственного заказа на НИОКР;
- внести изменения в действующее законодательство РФ в части повышения статуса научного работника и закрепления его прав на результаты научно-технической деятельности (далее РНТД), созданные за счет бюджета;
- провести работы по совершенствованию законодательства в области вовлечения в хозяйственный оборот технологий двойного назначения;
- законодательно определить порядок вовлечения в хозяйственный оборот разработок и технологий гражданского назначения, полученных за счет финансирования из федерального бюджета, права на которые принадлежат исполнителю, и порядок использования лицензионных пла-

тежей от реализации таких разработок и технологий.

2. Правительству Российской Федерации:

- разработать конкретные организационно-правовые механизмы и процедуры вовлечения научных организаций государственного сектора науки в инновационные процессы, начиная от фундаментальных исследований до доведения результатов этих исследований, имеющих прикладное значение, до законченного вида;

Ситуация, сложившаяся в российской медицинской науке, крайне сложная и требует принятия конкретных неотложных мер, направленных на ее развитие, в том числе в сфере правового регулирования

- внести изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 23 марта 2006 года №156 по вопросам управления федеральным имуществом в части предоставления права государственным организациям науки и образовательным учреждениям предоставлять создаваемым ими малым инновационным предприятиям (далее – МИП), бизнес-инкубаторам, технопаркам и другим объектам инновационной инфраструктуры помещения и имущество в аренду на льготных условиях;
 - разработать комплекс мер по использованию и развитию уникальной экспериментальной и стендовой базы ГНЦ РФ, являющейся одним из главных условий развития научно-технической и инновационной деятельности;
 - разработать стандартный вариант государственного контракта, в котором будут учтены не только интересы государственного заказчика и разработчика, но и процедуры дальнейшего использования оформленных объектов интеллектуальной собственности;
 - разработать порядок использования научными организациями лицензионных платежей от продажи лицензий;
 - усовершенствовать порядок вознаграждения и стимулирования авторов изобретений, полезных моделей, промышленных образцов;
 - подготовить предложения по созданию системы стратегического планирования и долгосрочного прогнозирования.
- 3. Федеральным органам исполнительной власти:*

Министерству образования и науки Российской Федерации:

- внести в Правительство Российской Федерации законопроект, позволяющий

бюджетным учреждениям в сфере науки и образования учреждать МИП с целью коммерциализации РНТД, предусмотрев при этом возможность внесения в качестве вклада в уставный капитал указанных предприятий внебюджетных средств и прав на объекты интеллектуальной собственности;

- сформировать систему профессиональных стандартов для обеспечения функционирования государственного сектора науки;
 - разработать предложения по модернизации системы подготовки и переподготовки кадров для эксплуатации и обслуживания сложного технологического и экспериментального оборудования.
- Министерству финансов Российской Федерации:*
- рассмотреть вопрос о возможности внесения изменений в функциональную классификацию бюджета Российской Федерации с целью устранения разрыва между фундаментальными и прикладными исследованиями;
 - разработать и внести в Правительство Российской Федерации изменения в Налоговый кодекс Российской Федерации в части предоставления льгот предприятиям при покупке оборудования либо его модернизации и (или) адаптации для собственных нужд, в целях проведения НИОКР, оптимизации процесса производства, включая создание новых производственных линий;
 - разработать и внести в Правительство Российской Федерации изменения в Налоговый кодекс РФ в части предоставления дополнительных льгот по налогу на добавленную стоимость, налогу на прибыль, налогу на имущество организаций и земельному налогу для вовлеченных в НИС организаций государственного сектора науки, а также предприятий инновационного бизнеса, хотя бы на начальном, 3–5 лет, этапе внедрения ими соответствующих разработок на рынок инновационной продукции. Меры налоговой поддержки дополнить преференциями, устранением бюрократических преград, создавая среду наибольшего благоприятствования организациям, участвующим в реализации инноваций.
- Российская академия медицинских наук полностью разделяет и поддерживает мнение участников круглого стола.
- Ситуация, сложившаяся в российской медицинской науке, крайне сложная и требует принятия конкретных неотложных мер, направленных на ее развитие, в том числе в сфере правового регулирования.

Ученые подобрали ключ к геному туберкулеза

Ученым из Института Броуда, созданного Мас-сачусетским технологическим институтом и Гарвардским университетом, удалось расшифровать геном штамма туберкулеза, устойчивого ко всем известным лекарственным средствам.

Возбудителем туберкулеза является бактерия под названием *Mycobacterium tuberculosis*, которой заражены 2 млрд. человек. Впрочем, у большинства заболевание имеет скрытую форму. В 2005 году *Mycobacterium tuberculosis* были инфицированы 8,8 млн. человек, а скончались от туберкулеза 1,6 млн. больных. Живы остались только те, кто на протяжении долгих месяцев лечился антибиотиками. Однако бактерия *Mycobacterium tuberculosis* способна мутировать и приобретать иммунитет к традиционным лекарственным средствам. По данным ВОЗ, на сегодняшний день примерно 500 тыс. человек страдают формой туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (MDR TB). Стандартные антибиотики в лечении этих больных бессильны. Еще одна разновидность туберкулеза (XDR TB) устойчива почти ко всем известным лекарственным средствам и убивает до 85% инфицированных.



В ходе исследования специалисты изучили геном штамма XDR TB. Генетические характеристики этого штамма были необходимы ученым для создания средств, позволяющих держать эпидемию туберкулеза под контролем. Исследователи также идентифицировали некоторые гены бактерии *Mycobacterium tuberculosis*, которые могут быть ответственны за распространение туберкулеза. Теперь ученые смогут разработать средства для быстрой и точной диагностики туберкулеза.

Туберкулез



Анатолий Гранов

директор
Российского научного
центра радиологии
и хирургических
технологий,
академик РАМН



Сурфактант-БЛ – нанолипосомы для лечения туберкулеза легких

Последние 5 лет ширится поток публикаций в области наночастиц, в том числе нанолипосом в качестве носителей для направленного транспорта лекарственных веществ. Основные идеи, положенные в основу этого направления, опираются на новые свойства лекарственных веществ, возникающие из-за корпускулярной природы носителя на наноуровне. До настоящего времени нет единого мнения, какие величины носителей можно относить к наночастицам, а какие уже нельзя. В условиях конкурсных правил РОСНАНО к наночастицам относят структуры величиной не более 100 нм, тогда как в других публикациях везикулы величиной 200–500 нм также относят к наночастицам. Одной из важнейших задач использования наноструктур в фармакологии является адресная доставка лекарственных веществ.

Липосомология вот уже более 40 лет исследует возможность адресной доставки веществ с помощью везикул в зону органа, ткани или клеток мишеней. Липосомы (фосфолипидные микровезикулы или микрокапсулы) были впервые описаны в 1965 году Алексом Бангхамом (Alex Bangham) – известным биофизиком из Кембриджского университета. Структуры, которые Бангхам назвал смектическими мезафазами, Сесса и Вейсманн (Sessa и Weismann) впоследствии назвали липосомами. Более 30 лабораторий в мире, в том числе 4 в Советском Союзе, на протяжении многих лет проводили исследования в этой области. Исследователями липосом были разработаны различные технологии получения везикул величиной от 20 нм до 3000 нм, изучены свойства этих микрокапсул в зависимости от состава и заряда мембран, разработаны технологии существенного повышения захвата инкапсулируемых веществ. Наконец, важнейшее достижение, которое, как полагали, позволит существенно повысить эффективность доставки лекарств к тканям и клеткам-мишеням, состояло в увеличении времени циркуляции липосом в кровотоке (от 2–6 часов до 48 часов) за счет ковалентного присоединения ПЭГ с Мм 1500 кД к мембране липо-

сом. Некоторые подходы к адресной доставке липосом заключались в присоединении к мембране везикул таких молекул, как моноклональные антитела к тем или иным эпитопам антигенов в мембране клеток-мишеней или молекул, специфически связывающихся с рецепторами на мембране этих клеток, в создании специальных липидных комплексов, способных доставлять молекулы в ядро клеток эукариот и многое другое. Однако все эти исследования привели к созданию очень ограниченно-

Несмотря на неудачи в области направленного транспорта лекарственных веществ, можно найти примеры успешной разработки технологий и препаратов, которые нашли нужное, а иногда и исключительно важное применение в медицине.

Один из таких примеров – российский препарат "Сурфактант-БЛ" с величиной частиц 200–500 нм, который открывает новые перспективы в лечении тяжелых прогрессирующих форм туберкулеза (ТБ) легких. Проблема лечения ТБ легких является важ-

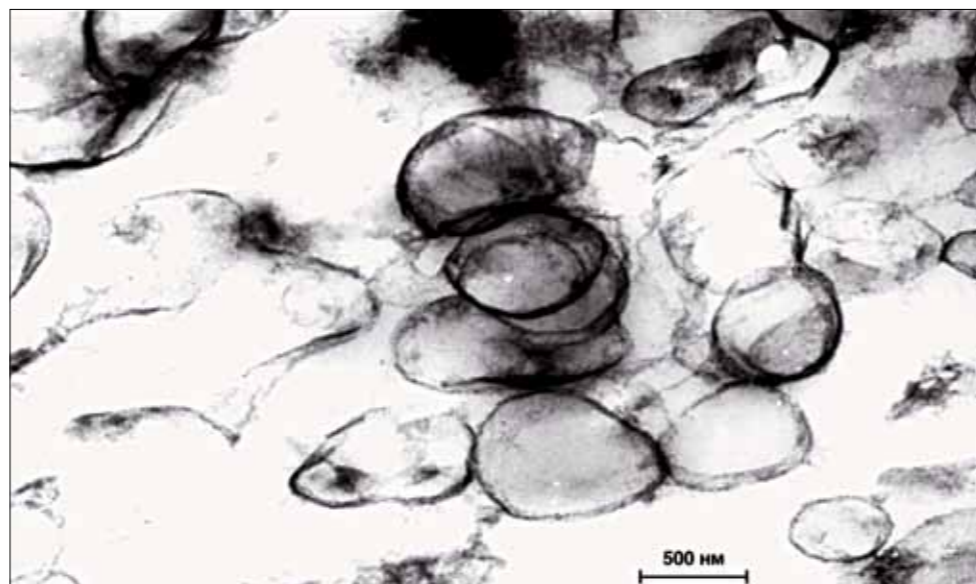


Рис. 1. Электронная микрофотограмма "Сурфактант-БЛ" – нанолипосом, содержащих компоненты природного легочного сурфактанта

го количества лекарственных препаратов, например липосомной формы доксицилина и амфотерицина-В, основным преимуществом которых явилось снижение токсичности. Множество экспериментальных исследований *in vitro* на клеточном уровне и меньшее количество работ на экспериментальных животных демонстрировали определенные преимущества в направленном транспорте лекарств, но практически нет ни одного примера, где бы это было показано на человеке. Сегодня все то, что было наработано в области направленного транспорта липосом, переносится на наночастицы.

нейшим разделом ФЦП "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы", включающей подпрограммы "Туберкулез", "ВИЧ-инфекция", "Онкология" и "Психические расстройства".

"Сурфактант-БЛ" (рис. 1) разработан в Центральном научно-исследовательском рентгенорадиологическом институте (ныне РНЦРХТ), в Санкт-Петербурге, и был доведен до промышленного производства компанией "Биосурф". Как уже упоминалось, препарат представляет собой нанолипосомы величиной частиц 200–500 нм. Препар-

ат содержит все основные компоненты природного легочного сурфактанта. Следует напомнить, что такое легочный сурфактант (ЛС).

Легочный сурфактант представляет собой липопротеидный комплекс, покрывающий поверхность альвеол и располагающийся на границе раздела фаз (воздух – альвеолярный эпителий). Он синтезируется альвеолоцитами второго типа (А-II), хранится в ламеллярных тельцах и секретируется в альвеолярное пространство. Важнейшим свойством ЛС является его способность снижать ПН на границе воздух–вода с 72 мН/м до 20–25 мН/м. Такое снижение ПН обеспечивает механику вдоха за счет уменьше-

ной астме, хронических обструктивных болезнях легких (ХОБЛ), саркоидозе и других заболеваниях.

Российский препарат "Сурфактант-БЛ" прошел весь комплекс доклинических и многоцентровых клинических испытаний и в 2000 году был разрешен для лечения РДС новорожденных, а в 2003 году и ОРДС у взрослых. Препарат с 2005 года включен в "Перечень жизненно важных и необходимых лекарственных средств".

"Сурфактант-БЛ" с успехом использовали для лечения более 10 тыс. детей и взрослых. Следует отметить, что эти критические состояния (РДС новорожденных и ОРДС у взрослых и детей) характеризуются высокой смертно-

Одной из важных задач ФЦП "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы" является снижение заболеваемости и повышение эффективности лечения туберкулеза легких. Заболеваемость туберкулезом (ТБ) легких в РФ существенно выше в сравнении с основными странами Западной Европы, США и Японии и составляет около 80–120 вновь заболевших на 100 тыс. населения в год. Огромной проблемой является стремительное увеличение частоты форм ТБ, вызванных микобактерией с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Частота форм ТБ с МЛУ достигает 20–30%. Такие формы ТБ требуют длительного (2–3 года)

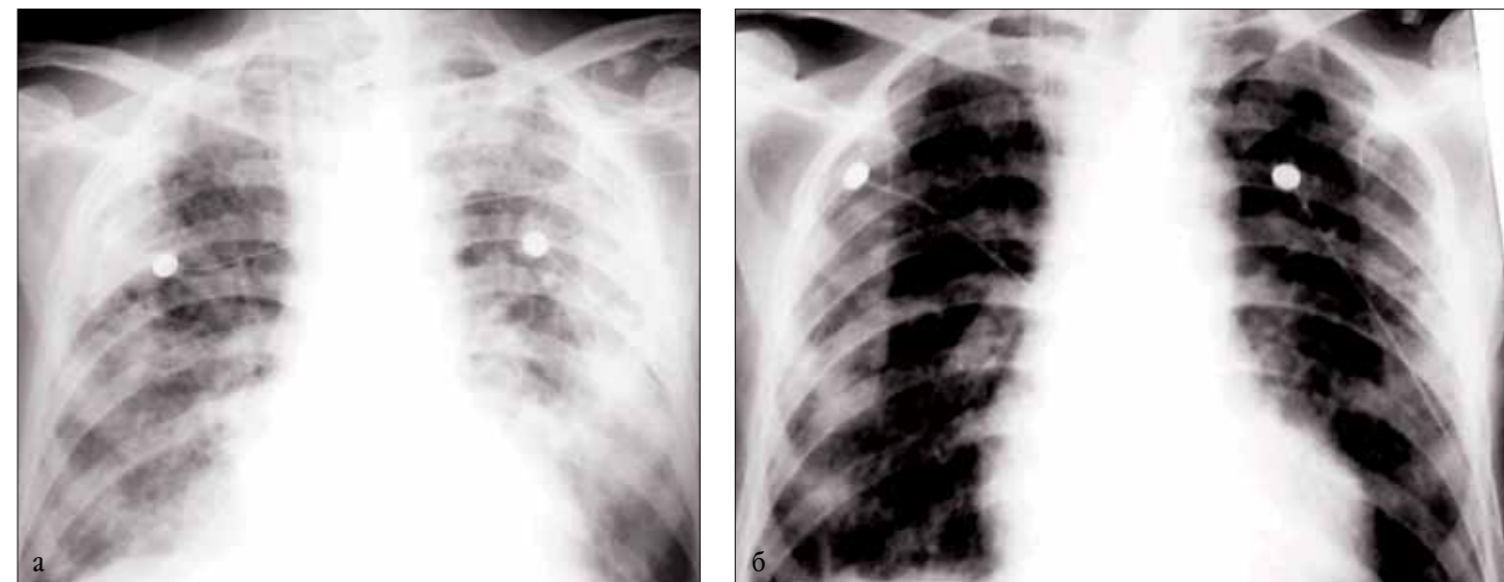


Рис. 2. Рентгенограммы больного 56 лет. ОРДС на фоне уросепсиса, исходный ИО =150 мм рт.ст. Длительность терапии – 36 часов, курсовая доза – 9 мг/кг а) исходно; б) через 10 дней после начала курса Сурфактанта-БЛ (9 мг/кг)

нагрузки на дыхательную мускулатуру, а предотвращение слипания (ателектазирования) альвеол во время выдоха связано со свойствами насыщенного фосфолипида – дипальмитоилфосфатидилохолина (ДПФХ). ДПФХ находится в легких в твердокристаллическом состоянии и создает при выдохе жесткий каркас. За последние 20 лет выяснены и изучены новые поливалентные свойства ЛС, которые относят к защитным и обеспечивающим врожденный и адаптивный локальный иммунитет легких.

Дефицит и/или качественные изменения состава ЛС описаны при респираторном дистресс-синдроме (РДС) новорожденных, синдроме острого повреждения легких (СОПЛ) и остром респираторном дистресс-синдроме (ОРДС) у взрослых, туберкулезе, пневмонии, кистозной фиброзе поджелудочной железы, идиопатическом фиброзирующем альвеолите, ателектазах, лучевом повреждении легких, бронхиа-

тью. У новорожденных она достигает 20% от заболевших, а у взрослых колеблется от 50 до 80% в зависимости от фона, на котором развивается ОРДС.

При своевременной оказанной помощи, в частности при использовании препарата "Сурфактант-БЛ" в течение первых суток развития тяжелой дыхательной недостаточности, смертность новорожденных от РДС удается снизить до 1–2%, а у взрослых в 3–4 раза. На рисунке 2 представлены рентгенограммы больного, у которого ОРДС развился на фоне уросепсиса. На них видно драматическое изменение воздушности легких до и после сурфактант-терапии.

Показано, что при лечении ОРДС у взрослых эффективная терапевтическая доза "Сурфактант-БЛ" в 20–40 раз ниже в сравнении с изучаемыми препаратами этого класса за рубежом, а сам "Сурфактант-БЛ" – единственный в мировой практике разрешен для лечения взрослых.

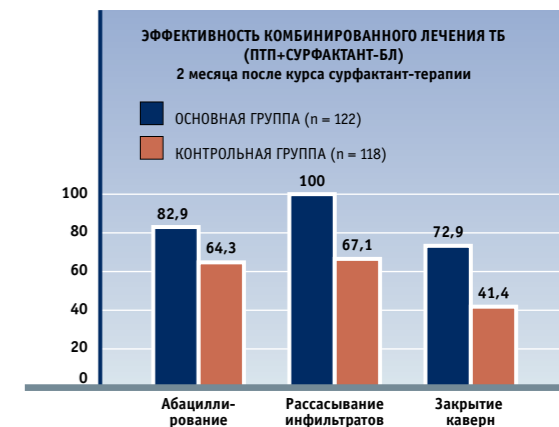


Рис. 3. Мониторинг бактериовыделения, рассасывания инфильтратов и закрытия каверн у больных, получавших (синие столбики) и не получавших "Сурфактант-БЛ" (оранжевые столбики)

дорогостоящего лечения и характеризуются выздоровлением менее 50% больных.

Многолетними исследованиями ЦНИИ туберкулеза РАМН (директор – член-корреспондент РАМН, проф. В.В. Ерохин) пока-

зано существенное повреждение при ТБ легочного сурфактанта.

Начиная с 2000 года РНЦРХТ и ЦНИИТ РАМН проводили пилотные исследования эффективности комплексного лечения ТБ легких (стандартная антибиотико- и химиотерапия с двухмесячным курсом ингаляций "Сурфактанта-БЛ"). В декабре 2006 года были закончены многоцентровые клинические испытания (МКИ) препарата при лечении туберкулеза легких. Они были проведены в ЦНИИТ РАМН и в Московском научно-прак-

фильtratивным и фиброзно-кавернозным ТБ легких.

Испытания показали, что уже после 2–4 ингаляций препарата у 80% больных увеличился объем выделяемой мокроты, позже улучшилась функция внешнего дыхания, переносимость физической нагрузки и масса тела. После двухмесячного курса комплексной сурфактант-терапии у 82,9% больных достигнуто абациллирование (64,3% в контроле), у 100% больных основной группы произошло рассасывание инфильтратов

ИТ РАМН впервые в мире и уже получил название "русского способа" лечения туберкулеза легких. Оказалось, что существенными в механизме действия "Сурфактанта-БЛ" при лечении туберкулеза легких является улучшение мукоциллиарного клиренса и дренажной функции бронхов, а также восстановление созревания альвеолярных макрофагов.

В декабре 2008 года Росздравнадзор выдал разрешение на применение "Сурфактанта-БЛ" для комплексного лечения туберкулеза легких (Инструкция для применения – ЛСР-010019/08 от 15.12.2008). В настоящее время началось использование этого многообещающего метода не только в ЦНИИТ РАМН, но и лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга, Екатеринбургa, Кишинева и Владивостока.

Использование "Сурфактанта-БЛ" в лечении больных наиболее опасными формами туберкулеза легких, в том числе с МЛУ, в 2 раза сокращает сроки госпитальной стадии лечения, приводит к существенному сокращению затрат на лечение, улучшению эпидемиологической обстановки.

Широкое внедрение препарата "Сурфактант-БЛ" в неонатологии, медицине катастроф, а также при лечении тяжелых прогрессирующих форм туберкулеза легких может существенно снизить смертность и частоту инвалидизации больных, даст высокий экономический эффект и позволит внести существенный вклад в улучшение демографической ситуации в России.

Несмотря на уникальные свойства этого российского препарата и наличие его в стандарте лечения респираторного дистресс-синдрома новорожденных, в 90% регионов РФ на бюджетные средства закупают импортный итальянский препарат "Курорсурф", стоимость которого в 2,5–3 раза выше российского препарата. В то же время в Республике Молдова в основном используют только российский препарат "Сурфактант-БЛ".

В отношении применения препарата для лечения ОРДС у взрослых ситуация также неудовлетворительна. Таких больных и пострадавших в ДТП, других ЧС и терактах – около 80 тыс. в РФ в год. Препарат, который способен помочь врачу вывести больного из критического состояния и снизить смертность при ОРДС в 3–4 раза, не входит в стандарт лечения ОРДС, и поэтому ЛПУ не могут его приобретать.

Такая же картина наблюдается и в отношении использования препарата в комплексном лечении тяжелых прогрессирующих форм туберкулеза легких. Так как формально препарат не является противотуберкулезным, отсутствие его в стандарте лечения, например у больных с рецидивами заболевания, стоит на пути его широкого применения.



Рис. 4, 5. Томограммы больного "Г" до, через 2, 4 и 9 месяцев после начала сурфактант-терапии. Наблюдается полное анатомическое восстановление пораженного легкого (4а) начало курса Сурфактант-БЛ; (4б) завершение курса Сурфактант-БЛ (2 месяца) (5а) через 4 месяца после начала курса Сурфактант-БЛ; (5б) через 9 месяцев после начала курса Сурфактант-БЛ

тическом центре борьбы с туберкулезом (директор – академик РАМН В.И. Литвинов).

Всего было обследовано 240 больных ТБ легких. Все больные были бактериовыделителями и поражены лекарственно устойчивыми формами микобактерий. Из 240 больных 40% были поражены микобактерией с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Больные страдали ин-

(67% в контроле) и у 72,9% больных – закрытие каверн (41,4% в контроле) (рис. 3).

В качестве иллюстрации приводим динамику состояния деструкции легочной ткани у больного в процессе курса сурфактант-терапии и последующего наблюдения в течение 9 месяцев (рис. 4 и 5).

Длительный курс сурфактант-терапии для лечения ТБ предложен РНЦРХТ и ЦНИ-

Вячеслав Ерохин

директор
ГУ ЦНИИТ РАМН



Виктор Пунга

заведующий отделом
эпидемиологии,
научной статистики
и информационных
технологий
ГУ ЦНИИТ РАМН

Лев Капков

ведущий научный
сотрудник отдела
эпидемиологии,
научной статистики
и информационных
технологий
ГУ ЦНИИТ РАМН

Эльвира Путова

ведущий научный сотрудник
отдела эпидемиологии,
научной статистики и информационных
технологий
ГУ ЦНИИТ РАМН

Лариса Русакова

ведущий научный сотрудник
отдела эпидемиологии, науч-
ной статистики и информа-
ционных технологий
ГУ ЦНИИТ РАМН

Марина Якимова

ведущий научный сотрудник
отдела эпидемиологии, науч-
ной статистики и информа-
ционных технологий
ГУ ЦНИИТ РАМН

Проект Международного банка реконструкции и развития. Компонент «Туберкулез»

С 2005 по 2008 год в России был реализован Проект займа Международного банка реконструкции и развития (МБРР) "Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа", компонент "Туберкулез", который являлся дополнением к национальной программе борьбы с туберкулезом, включающей федеральные целевые программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)", "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)" и национальный проект "Здоровье".

Целью работы явилась оценка мероприятий по повышению эффективности выявления, диагностики и лечения туберкулеза, по достижению индикаторных показателей проекта в курируемых территориях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с указанием Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2003 №К14-У и Российской академии медицинских наук от 07.10.2003 за №85 "Об оказании организационно-методической помощи субъектам Российской Федерации по вопросам предупреждения распространения туберкулеза" на ГУ "Центральный НИИ туберкулеза" РАМН была возложена куриация фтизиатрических служб Центрального федерального округа: Владимирской, Ивановской и Орловской областей; Южного федерального округа: Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Республики Калмыкия, Чеченской Республики и Астраханской области; Приволжского федерального округа: Республики Марий Эл, Республики Мордовия, Республики Татарстан, Нижегородской, Пензенской, Саратовской и Ульяновской областей и г. Байконур на территории Республики Казахстан.

Для реализации мероприятий Проекта займа МБРР "Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа", компонент "Туберкулез" сотрудниками ГУ ЦНИИТ РАМН:

1. Проведена оценка потребностей территорий в оборудовании, обучении и противотуберкулезных препаратах за период с октября 2004 года по октябрь 2005 года.

2. Всем регионам-участникам были предоставлены методические материалы, разработанные при непосредственном участии сотрудников ЦНИИТ РАМН по организации профилактики, диагностики и лечения туберкулеза.
3. Проведены обучающие семинары для медицинских работников общей лечебной сети (ОЛС) и противотуберкулезной службы (ПТС).
4. Курировались регионы.

За период с 2005 по 2008 год во всех территориях зоны ответственности ГУ ЦНИИТ борьба с туберкулезом получила высокую политическую поддержку, были утверждены документы регионального уровня, соответствующие приказам федерального уровня

Вопросы борьбы с туберкулезом стали приоритетными в здравоохранении, повсеместно было выделено дополнительное финансирование из бюджетов регионов для строительства, реконструкции или ремонта зданий противотуберкулезных учреждений. Увеличилось финансирование закупок противотуберкулезных препаратов и нового оборудования, усилен инфекционный контроль.

В регионах органы местной власти стали уделять большое внимание социальной поддержке медицинского персонала, осуществляющего противотуберкулезную работу, и больных туберкулезом. В республиках Дагестан, Ингушетия и Чеченской Республике решением местной исполнительной власти внедрено поощрение медицинских работников ОЛС и ПТС за выявление и эффективность лечения туберкулеза. В большинстве территорий организован бесплатный проезд больных туберкулезом к месту обследования и лечения за счет средств субъекта РФ или муниципальных образований.

За период с 2005 по 2008 год бригадами сотрудников института выполнено 162 кураторских визита.

Куриация субъектов РФ по вопросам оказания противотуберкулезной помощи насе-

ТАБЛИЦА 4. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ПРИ ПРОФОСМОТРАХ, ДОЛЯ БАКТЕРИОВЫДЕЛИТЕЛЕЙ, ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ СРЕДИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ

ТЕРРИТОРИЯ	ДОЛЯ БОЛЬНЫХ, ВЫЯВЛЕННЫХ ФЛЮОРОГРАФИЕЙ, %		ДОЛЯ ФКТ СРЕДИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТЛ, %		ДОЛЯ ДЕСТРУКЦИИ СРЕДИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТЛ, %		ДОЛЯ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ, КУМ+ СРЕДИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТЛ С РАСПАДОМ, %		ДОЛЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БАЦИЛЛЯРНЫХ БОЛЬНЫХ С КУМ+, ВЫЯВЛЕННЫХ В ПМСП, %		
	2005	2008	2006	2008	2005	2008	2007	2008	2007	2008	
РФ	52,0	53,8	2,2	2,2	2,1	52,0	47,3	57,3	57,9	14,1	16,2
Владимирская область	39,1	51,5	1,2	1,9	1,0	42,7	37,6	77,2	85,6	51,7	44,8
Ивановская область	41,2	30,3	0,5	0,6	0,6	47,2	46,3	88,3	87,4	47,8	47,8
Орловская область	39,6	49,3	1,6	1,0	1,0	56,4	45,8	85,2	87,5	53,7	55,0
Республика Дагестан	43,1	46,4	0,7	0,4	0,3	67,8	64,6	56,7	63,4	н.д.	н.д.
Республика Ингушетия	46,8	26,8	1,6	1,6	0,6	73,5	72,3	78,4	64,9	24,1	32,5
Республика Калмыкия	44,4	60,0	3,8	4,9	2,1	40,0	43,9	49,2	55,0	1,9	5,8
Чеченская Республика	6,2	10,5	0,9	3,2	1,8	н.д.	69,5	54,0	59,0	2,9	14,1
Астраханская область	49,1	58,5	4,8	1,2	1,7	41,0	33,3	85,6	76,6	16,5	28,4
Республика Марий Эл	46,0	44,0	0,3	1,1	0,3	44,2	37,5	77,4	72,5	35,5	29,5
Республика Мордовия	56,4	66,5	2,0	1,5	1,5	58,0	43,4	48,1	40,3	36,1	50,0
Республика Татарстан	55,3	60,5	0,4	0,6	0,7	43,0	38,7	56,7	56,7	12,7	13,9
Нижегородская область	50,0	53,3	5,9	6,4	6,5	59,6	59,4	47,0	49,3	7,5	9,7
Пензенская область	64,3	56,2	1,5	0,9	1,0	50,1	46,4	68,1	70,9	23,1	33,4
Саратовская область	71,7	57,9	1,0	1,4	1,3	37,3	35,1	55,7	61,2	41,1	40,6
Ульяновская область	40,6	49,7	1,4	1,4	1,9	54,2	46,1	60,1	67,7	7,9	15,7
В среднем по зоне курации	46,3	48,1	1,8	1,9	1,5	51,1	48,0	65,8	66,5	25,9	30,1

ТАБЛИЦА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ ПО МИКРОСКОПИИ МОКРОТЫ КОГОРТЫ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПО ЗОНЕ КУРАЦИИ ГУ ЦНИИТ РАМН, 2005–2007 ГОДЫ (В ПРОЦЕНТАХ)

ГОД РЕГИСТРАЦИИ	ЭФФЕКТИВНЫЙ КУРС ХИМИОТЕРАПИИ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ (РЕКОМЕНДУЕМЫЙ УРОВЕНЬ: 2005 ГОД – 58,5%, 2006 ГОД – 63,5%, 2007 ГОД – 68,5%)			НЕЭФФЕКТИВНЫЙ КУРС ХИМИОТЕРАПИИ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ			УМЕРЛО БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ					
	МИКРОСКОПИЕЙ МОКРОТЫ	КЛИНИКО-РЕНТГЕНО-ЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ	ВСЕГО	МИКРОСКОПИЕЙ МОКРОТЫ	КЛИНИКО-РЕНТГЕНО-ЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ	ВСЕГО	ОТ ТБ	НЕ ОТ ТБ	ВСЕГО	ПРЕРВАНИЕ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ	ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА СНЯТ	
2005	53,2	3,8	57,0	11,7	4,4	16,1	7,6	4,0	11,6	11,8	3,0	0,5
2006	63,2	2,5	65,7	9,6	3,8	13,4	6,6	3,3	9,9	7,7	3,0	0,3
2007	66,4	1,7	68,1	9,3	1,8	11,1	6,7	3,2	9,9	7,8	2,9	0,2
P достоверность	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,01$	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,01$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$		

В 2008 году более 55% больных с впервые диагностированным туберкулезом (табл. 4) было выявлено при очередных осмотрах в Саратовской (57,9%), Астраханской (58,5%), Пензенской (56,2%) областях, в республиках Мордовия (66,5%), Татарстан (60,5%), Калмыкия (60,0%). Неудовлетворительно организовано выявление больных туберкулезом при профилактических осмотрах в Чеченской Республике (2005 год – 6,2%, 2008 год – 10,5%).

Улучшилась работа по выявлению наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом с массивным бактериовыделением

методом микроскопии мокроты. Тем не менее в 6 территориях: республиках Дагестан, Калмыкия, Татарстан, Чеченской Республике; в Нижегородской и Ульяновской областях эта работа нуждается в улучшении, так как доля выявления бациллярных больных в КДЛ ОЛС в этих территориях не превышает 25%.

О качестве лабораторной диагностики туберкулеза свидетельствует частота обнаружения КУМ+ методом микроскопии у больных с деструктивным туберкулезом. В 2008 году доля КУМ+ у больных ТЛ с распадом колебалась от 40,3% в Республике Мордо-

вия, 49,3% в Нижегородской области, 55,0% в Республике Калмыкия, 56,7% в Республике Татарстан до 87,5% – в Орловской, 87,4% – в Ивановской и 84,2% – во Владимирской областях. В среднем по зоне курации в 2008 году у 61,1% больных с туберкулезом легких в фазе распада был положительный результат мазка мокроты на КУМ+, при расчетном показателе не менее 90% за 2005–2008 годы.

Доля впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом бактериоскопии мокроты (табл. 3) за период 2005–2008 годов по зоне курации возросла с 35,0 до 38,9%. Индикаторный показатель (45%) достигнут в 5 регионах: Владимирская, Ивановская и Орловская области – 46,8, 47,5 и 53,3% соответственно; республики Дагестан и Ингушетия – 51,8 и 51,5% соответственно.

За тот же период доля лиц с положительным результатом посева (гражданский и пенитенциарный секторы) выросла с 30,4 до 48,2%. Но индикаторный показатель проекта (55%) достигнут в 2008 году в 4 регионах (Ивановская область – 70,4%, Орловская область – 80,7%, Республика Марий Эл – 55,1%, Пензенская область – 58,5%).

Таким образом, в результате обучения врачей-фтизиатров общей практики, врачей и ла-

борантов противотуберкулезных учреждений и общей лечебной сети вопросам выявления туберкулеза микроскопическим и культуральными методами, получения и введения в эксплуатацию лабораторного оборудования и обеспечения лабораторий расходными материалами удалось достичь соответствующих уровней показателей, свидетельствующих о повышении качества работы лабораторной службы.

Один из важных компонентов проекта – подготовка кадров. На базе института проведено 10 обучающих семинаров по теме "Организация противотуберкулезной помо-

щи на муниципальном уровне", обучено 259 врачей-фтизиатров из гражданского сектора и учреждений ФСИНА и 27 работников кафедр (курсов) туберкулеза медицинских академий и университетов, расположенных в территориях зоны курации института. Обучение прошли врачи из всех 15 курируемых институтом территорий. На региональном уровне сотрудниками института проведено 49 обучающих семинаров по теме "Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне"



с охватом 1363 врачей-фтизиатров гражданского и пенитенциарного секторов.

В 2007 году рекомендуемый уровень эффективности лечения по микроскопии мазка (68,5%) был достигнут в 9 территориях. В 6 территориях он был ниже и составил: 57,7% – в Нижегородской области, 60,1% – в Республике Калмыкия, 63,8% – в Чеченской Республике, 66,0% – в Ульяновской области, 67,9% – в Республике Татарстан и 68,0% – в Саратовской области.

Необходимо отметить, что за период реализации проекта доля больных с неэффективным курсом химиотерапии уменьшилась с 16,1% в 2005 году до 11,1% в 2007 году, или на 31,1%. Вместе с тем доля больных с неэффективным лечением по микроскопии мазка выше среднего показателя (11,1%) по когорте больных 2007 года была в Республике Дагестан – 12,1%, в Чеченской Республике – 14,9%, в Республике Калмыкия – 19,0% и в Нижегородской области – 13,5%.

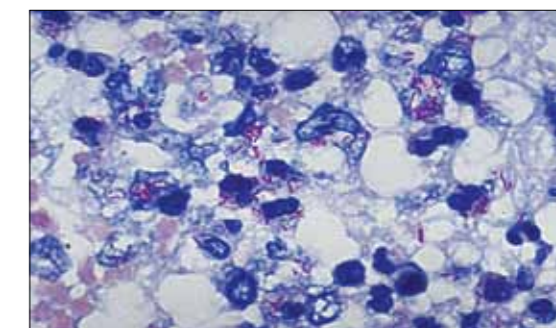
Доля умерших среди впервые выявленных больных туберкулезом и досрочно прервавших лечение снизилась соответственно с 11,6 до 9,9%, или на 14,7%, и с 11,8 до 7,8%, или на 33,9%, но не достигнут индикаторный

показатель (менее 5%). Следует отметить, что доля больных с неэффективным курсом химиотерапии, досрочно прервавших лечение и умерших от туберкулеза, на протяжении последних 3 лет постоянно уменьшается.

При сравнении когорт больных, зарегистрированных в 2006–2007 годах в среднем эффективность химиотерапии достоверно повысилась по методу микроскопии мазка (65,7 и 68,1% соответственно, $P_{2007-2008} < 0,001$), по посеву (57,3 и 68,3% соответственно, $P_{2007-2008} < 0,001$) и не изменилась – по закры-

Владимирская, Ивановская, Орловская, Астраханская (микроскопия и посев), Пензенская (микроскопия и посев) области и республики Ингушетия, Дагестан (микроскопия и посев), Марий Эл, Мордовия.

Одним из важных факторов, снижающих эффективность лечения, является рост частоты МЛУ-ТБ. Доля зарегистрированных случаев МЛУ-ТБ среди впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением растет, и составила в 2005 году 7,1%, в 2006 году – 7,4%, в 2007 году –



8,4%, в 2008 году – 12,1% ($P_{2005-2008} < 0,01$; $P_{2006-2008} < 0,01$; $P_{2007-2008} < 0,05$) (табл. 3). Наибольшая доля больных МЛУ-ТБ в 2008 году была зарегистрирована в Республике Калмыкия (33,3%), в Нижегородской области (19,7%), в республиках Марий Эл (16,7%) и Мордовия (14,5%), в Саратовской области (14,6%), а наименьшая – в республиках Ингушетия (1,5%) и Дагестан (3,0%). Среди впервые выявленных больных с бактериовыделением доля МЛУ-ТБ более 5% случаев была отмечена в 11 территориях. Следует отметить, что до сих пор в Чеченской Республике не введена в эксплуатацию бактериологическая лаборатория из-за отсутствия помещения.

Осуществление контролируемой химиотерапии стандартными режимами и улучшение работы бактериологической службы позволили снизить распространенность ФКТ в среднем по зоне курации с 26,7 в 2005 году до 24,2 на 100 тыс. населения в 2008 году.

Доля МЛУ-ТБ среди контингентов с туберкулезом органов дыхания (табл. 2), наоборот, продолжает расти (19,6% в 2005 году и 26,4% в 2008 году, соответственно, прирост составил 25,8%). Значительно увеличилась доля МЛУ-ТБ в контингентах за период 2005–2008 годов во Владимирской области (27,0 и 36,8%), Орловской области (19,3 и 28,9%), Республике Ингушетия (8,1 и 24,9%), Астраханской области (9,8 и 20,1%), Республике Мордовия (13,2 и 24,5%), Нижегородской области (28,4 и 36,0%), Пензенской области (10,8 и 28,2%) и Саратовской области (19,8 и 26,0%). Остается постоянно высокой доля больных МЛУ-ТБ среди контингентов в Ивановской области (2005 год – 44,9%, 2008 год – 40,7%).

Следует отметить, что реализация мероприятий по Проекту МБРП способствовала не только укреплению материально-технической базы лечебных учреждений и повышению квалификации медработников, участвующих в вы-

Одними из индикаторов, характеризующих эффективность химиотерапии, являются распространенность фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ) и доля МЛУ МБТ (множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза) среди контингентов

явлении, диагностике и лечении больных ТБ, но и позволила повысить эффективность проводимого лечения. Наиболее существенным было повышение результатов лечения в Орловской, Астраханской, Нижегородской, Ульяновской и Ивановской областях и в республиках Татарстан, Дагестан и Калмыкия.

На протяжении 3 лет самые высокие показатели эффективности лечения имели

Количество регионов, где существует возможность лечения пациентов с МЛУ в соответствии с требованиями ВОЗ – 9, в 4 территориях (Ивановская, Владимирская и Орловская области, Республика Марий Эл) реализуют программу ДОТС+, в 5 регионах программа ДОТС+ прошла одобрение КЗС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация мероприятий, предусмотренных Проектом МБРР "Профилактика, диа-

гностика, лечение туберкулеза и СПИДа", компонент "Туберкулез", привела к существенному улучшению организации борьбы с туберкулезом во всех территориях, курируемых ГУ ЦНИИТ РАМН.

Основной причиной недостаточной эффективности лечения больных туберкулезом легких с бактериовыделением являются низкая мотивация больных к лечению (и как следствие этого – высокая частота досрочного прекращения курса химиотерапии (7,8%), которая влияет на общий показатель эффективности лечения), неудовлетворительная материально-техническая база противотуберкулезных учреждений.

Отрицательно влияет на результаты лечебного роста числа впервые выявленных больных с МЛУ-ТБ и ВИЧ-инфекцией.

При комплексном лечении больных туберкулезом и внедрении методов работы, повышающих мотивацию больных туберкулезом к выздоровлению и соблюдению режима лечения (социальная поддержка больных, контролируемый прием препаратов), эффективность лечения больных туберкулезом, несомненно, повысится, и индикатор (прекращение бактериовыделения



стабилизации показателя заболеваемости туберкулезом, снижении показателя смертности от туберкулеза и повышении эффективности лечения.

В 85% случаев среди впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением) может быть достигнут во всех территориях.

Таким образом, комплекс мероприятий, проведенных в рамках Проекта МБРР, дал первые положительные результаты. Учитывая, что укомплектование лабораторий новым оборудованием, расходными материалами и обучение персонала выявлению, диагностике и лечению туберкулеза были завершены в 2008 году, эффективность реализации проекта в целом можно будет оценить только через 2–3 года.

В Российской Федерации можно выделить три этапа в динамике эпидемической ситуации по туберкулезу. Первый этап, начавшийся в 50-е годы XX века, характеризовался постепенным снижением в 70–80-е годы значений эпидемиологических показателей по туберкулезу. Начиная с 1991 года начался второй этап, в течение которого вплоть до 2001 года эпидемическая ситуация по туберкулезу поменялась с относительно благополучной на неустойчивую, а затем и на неблагоприятную. С 2002 года тенденция течения эпидемиологического процесса туберкулезной инфекции в стране изменилась, появились первые признаки стабилизации. Однако, несмотря на позитивный момент стабилизации значений показателя заболеваемости и смертности населения от туберкулеза, показателя заболеваемости туберкулезом детей, снижение значения показателя заболеваемости у мужчин во всех возрастных группах, уровень этих показателей сохраняется высоким.

В 2008 году впервые заболело туберкулезом 120 835 человек¹, показатель общей заболеваемости туберкулезом составил 85,1 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2007 годом показатель вырос на 2,2%, в том числе городского населения – на 1,4%, сельского населения – на 4,0%. В 2008 году показатель заболеваемости туберкулезом сельских жителей (96,4 на 100 тыс. человек) на 19,2% больше показателя городских жителей (80,9 на 100 тыс. человек).

Наблюдается достоверная зависимость уровня заболеваемости и географического расположения регионов России. За исключением Калининградской области, отдаленной от основной территории России на значительное расстояние, уровень показателя постепенно растет по мере продвижения с запада на восток (рис. 1) (2008 год – от 63,9 и 64,0 в ЦФО и СЗФО до 132,9 и 145,7 в СФО и ДВФО).

Владимир Стародубов

директор ФГУ "Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения", академик РАМН, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации



Эпидемиологическая ситуация и контроль за туберкулезом в России в 2008 году

Юлия Михайлова

первый заместитель директора ФГУ "ЦНИИОИЗ", генеральный директор Фонда преодоления демографического кризиса, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, действительный член Академии информатизации при ООН



Елена Скачкова

руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ, д.м.н.



Ирина Сон

заместитель директора ФГУ "ЦНИИОИЗ" по научной работе, д.м.н., профессор



Ольга Нечаева

ведущий научный сотрудник отделения медико-социальных проблем ФГУ "ЦНИИОИЗ", д.м.н.



Сергей Стерликов

заместитель руководителя Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ по программному мониторингу, к.м.н.



При анализе динамики показателя заболеваемости по федеральным округам было выявлено, что рост показателя заболеваемости наблюдался во всех округах, кроме Южного. При этом достоверный рост был отмечен в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах, а снижение показателя заболеваемости в Южном федеральном округе вызывает сомнение в достоверности формирования показателя.

В 24 субъектах Российской Федерации показатель заболеваемости (табл. 1) превышает 100 на 100 тыс. населения. В основном это субъекты Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. А в Республике Тыва показатель заболеваемости 241 на 100 тыс. населения. Самые низкие показатели заболеваемости зарегистрированы в Республике Ингушетия (31,4 на 100 тыс. населения) и Костромской области (42,6 на 100 тыс. населения).

Если предположить, что на территориях с показателем заболеваемости выше 130 на 100 тыс. населения (Омская, Новосибирская, Иркутская, Кемеровская, Курганская, Амурская области, Алтайский, Хабаровский, Приморский края, республики Бурятия и Тыва, Еврейская АО) при стабильной ситуации в остальных субъектах Российской Федерации удастся снизить показатель заболеваемости на 10%, то общий показатель заболеваемости уменьшится на 2,2%.

В дальнейшем при сохранении вышеописанной тенденции ежегодное снижение показателя заболеваемости будет составлять не менее 2,3%. Через три года показатель заболеваемости туберкулезом составил бы, примерно, 79,4 на 100 тыс. населения (112 707 впервые выявленных больных туберкулезом).

В 2008 году среди впервые заболевших туберкулезом доля жителей муниципальных образований с преимущественно сельским населением составила 30,5% (2006 год – 29,8%, 2007 год – 30,0%), заключенных и подследственных – 12,0% (2006 год – 12,1%, 2007 год – 11,7%), иностранных граждан – 2,1% (2006 год – 0,5%, 2007 год – 1,8%), лиц БОМЖ – 1,5% (2006 год – 0,7%, 2007 год – 1,0%).

¹ Здесь и далее используются данные формы государственного статистического наблюдения №8 "Сведения о заболеваниях активным туберкулезом" и №33 "Сведения о больных туберкулезом".

ТАБЛИЦА 1.
ТУБЕРКУЛЕЗ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2008 ГОДУ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ (0–14 ЛЕТ)	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЛУ МБТ	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЛУ МБТ	СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА
Ненецкий автономный округ	42,8				
Ямало-Ненецкий автономный округ		23,7			
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра		4,4			
Чукотский автономный округ				43,8	
Алтайский край	133,6		1,9		32,0
Забайкальский край	123,3				
Камчатский край		56,4		1,4	
Краснодарский край		5,9			
Красноярский край	107,0				25,1
Пермский край	108,6		9,2	31,3	
Приморский край	191,3	37,7			33,2
Ставропольский край			0,7	8,8	
Хабаровский край	138,7				25,6
Республика Адыгея				7,5	
Республика Алтай	120,7	43,8	10,1	57,9	
Республика Башкортостан	48,7	6,6	0,9		
Республика Бурятия	159,1	33,7			25,1
Республика Дагестан	59,4		0,7	4,8	9,8
Республика Ингушетия	31,4		0,2	9,4	6,9
Республика Калмыкия	122,2	25,3	9,5	34,7	
Республика Марий Эл			6,1		
Республика Мордовия			1,5		9,9
Кабардино-Балкарская Республика	48,4	6,3			
Карачаево-Черкесская Республика	54,5		0,5	7,3	
Республика Саха (Якутия)		30,1		35,4	9,8
Республика Северная Осетия – Алания		45,6	0,4		
Республика Татарстан	59,0		0,5	9,5	9,9
Республика Тыва	241,0	30,1	21,5	152,4	74,5
Чеченская Республика					8,7
Чувашская Республика		6,7		31,3	
Удмуртская Республика		6,5			
Республика Хакасия	112,6		12,8	65,1	24,2
Амурская область	156,7		0,0		38,1
Архангельская область	58,2				9,9
Астраханская область		28,2			30,2
Белгородская область		5,3			5,1
Брянская область		29,0			
Волгоградская область	109,0				
Вологодская область	49,7	6,7	1,8		9,9
Воронежская область		5,2			
Еврейская автономная область	189,7				65,2
Ивановская область	56,5	6,6			
Иркутская область	142,6	23,8			41,8
Калининградская область	117,9	65,0		35,2	
Кемеровская область	147,5	53,9	9,3	50,8	33,7
Костромская область	42,6		1,3		5,9
Курганская область	149,5	23,7		9,7	37,7
Курская область		5,7		8,6	
Ленинградская область					24,6
Санкт-Петербург	44,1				
Липецкая область		6,3			9,0
Магаданская область		38,7			
Московская область	56,5		1,2	9,1	
Москва	50,2		1,8	7,0	6,5
Мурманская область	50,3	3,3		30,9	8,3
Новгородская область				31,7	24,8
Новосибирская область	136,6		8,7	47,4	28,8
Омская область	130,9	25,3	7,6		23,7
Оренбургская область	113,5				
Орловская область	57,4		1,7	9,6	4,1
Псковская область		5,5	10,5	34,9	
Ростовская область					29,1
Рязанская область		5,5			
Самарская область			8,2		
Сахалинская область	113,6		6,0		
Свердловская область	119,9				
Смоленская область	26,3	1,3			30,2
Тамбовская область	6,2	1,9			
Тверская область		0,1	1,4		22,6
Томская область	101,5			41,9	9,4
Ульяновская область		6,9			
Челябинская область	6,4	1,2		9,3	
Ярославская область	52,7		1,7	9,2	

В 2008 году среди иностранных граждан туберкулез выявлен у 2,5 тыс. человек (2006 год – 554 человека, 2007 год – 2123 человека). Наибольшая доля иностранных граждан зафиксирована в Москве и превышает 20%. По данным субъектов Российской Федерации, среди иностранцев более 70% – это жители Таджикистана, Узбекистана и Киргизии. Выявляемость туберкулезом на 1 тыс. осмотренных методом флюорографии среди иностранных граждан превышает выявляемость среди постоянного населения более чем в 10 раз (Свердловская область – соответственно 14,1 и 1,1).

Больные, выявленные в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), уже не оказывают такого влияния на заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации, а их доля не превышает 12% (рис. 2).

Заболело туберкулезом 3203 ребенка в возрасте 0–14 лет и 2014 детей в возрасте 15–17 лет. В 2008 году по сравнению с 2007 годом среди детей в возрасте 0–14 лет заболеваемость снизилась на 6,1% (с 16,4 до 15,4 на 100 тыс. детей в возрасте 0–14 лет), в возрасте 15–17 лет – на 3,7% (с 37,5 до 36,1 на 100 тыс. детей в возрасте 15–17 лет). Показатель заболеваемости туберкулезом детей 0–17 лет снизился на 5,7% (с 21,0 до 19,8 на 100 тыс. детей 0–17 лет). В 2008 году дети в возрасте 0–2 года составили среди детей 0–14 лет 16,4% (2007 год – 16,9%), в возрасте 3–6 лет – 37,8% (2007 год – 36,4%), в возрасте 7–14 лет – 45,8% (2007 год – 46,7%).

Наибольшие уровни заболеваемости туберкулезом среди детей зарегистрированы в Калининградской области (65,0 на 100 тыс. населения), Республике Северная Осетия – Алания (45,6 на 100 тыс. населения) и в Республике Алтай (43,8 на 100 тыс. населения). Самые низкие – в Мурманской области (3,3 на 100 тыс. населения).

Показатели первичного инфицирования туберкулезом в 2008 году по сравнению с 2007 годом снизились как среди детей в возрасте 0–14 лет (с 1281,3 до 1261,7 на 100 тыс. детей; снижение на 1,5%), так и среди детей в возрасте 15–17 лет (с 356,5 до 334,7 на 100 тыс. детей; снижение на 6,1%). Произошло снижение впервые зарегистрированных гиперергических проб у детей в возрасте 0–14 лет (с 176,0 до 160,4 на 100 тыс. детей; снижение на 8,9%) и в возрасте 15–17 лет (с 136,8 до 130,8 на 100 тыс. детей; снижение на 4,4%). Это является прогностически благоприятным признаком, наряду со снижением показателей заболеваемости туберкулезом детского населения.

В 2008 году заболеваемость туберкулезом мужчин составила 128,7 на 100 тыс. мужчин (2007 год – 125,5 на 100 тыс. мужчин; рост на

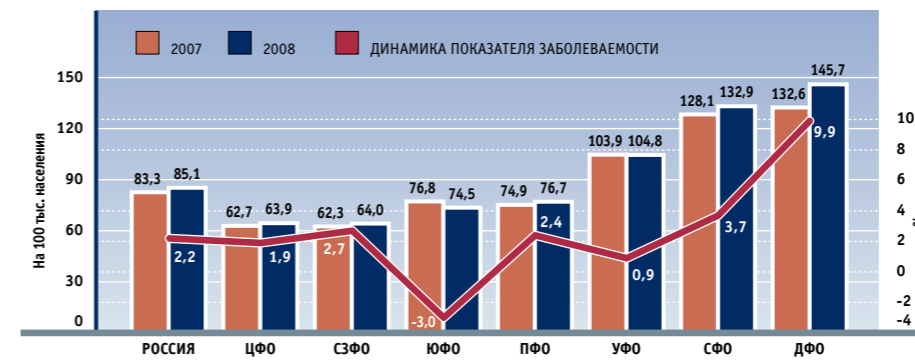


Рис. 1. Динамика показателя заболеваемости по федеральным округам

25%), а женщин – 47,5 на 100 тыс. женщин (2007 год – 46,9 на 100 тыс. женщин; рост на 1,0%). Женщины болеют туберкулезом в 2,7 раза реже мужчин (рис. 3).

В 2008 году по сравнению с 2007 годом среди впервые заболевших больных туберкулезом снизилась доля посмертной диагнос-

По учреждениям системы Минздравсоцразвития России (рис. 4) при росте общей заболеваемости туберкулезом на 1,8% (с 67,7 до 68,9 на 100 тыс. населения) отмечается снижение заболеваемости несвоевременно выявленными деструктивными формами на 2,0% (с 29,9 до 29,3 на 100 тыс. населения). Рост

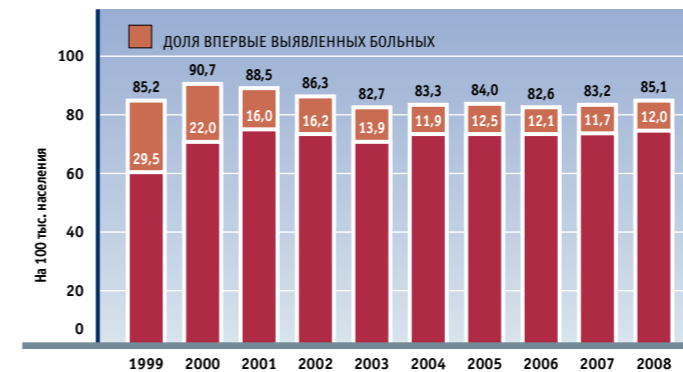


Рис. 2. Процент больных туберкулезом, зарегистрированных в учреждениях ФСИН России, 1999–2008 годы



Рис. 3. Заболеваемость туберкулезом мужчин и женщин. Российская Федерация, 2002–2008 годы

тики заболевания (с 2,1 до 1,8%) и больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (с 2,6 до 2,5%). При общей положительной динамике в некоторых территориях сохраняется высокая доля больных туберкулезом, выявленных посмертно среди всех впервые выявленных. Так в Московской области их доля составила 5,8%, в Ленинградской области – 5,4%.

По учреждениям системы Минздравсоцразвития России туберкулез чаще выявлялся при профилактических осмотрах (рост с 57,2 до 59,0%). При профилактических осмотрах в 2008 году выявлено 76,9% детей и 73,5% подростков (2007 год – соответственно 71,7 и 72,9%).

Одновременно выросла доля больных, умерших в течение одного года наблюдения в противотуберкулезной службе, от числа умерших больных, состоящих на учете (с 20,5 до 20,8%), но это статистическая погрешность, так как в пересчете на 100 тыс. населения показатель существенно не изменился (2007 год – 2,9; 2008 год – 2,8).

показателя заболеваемости обусловлен регистрацией ранних неструктивных форм туберкулеза при профилактических обследованиях.

По-прежнему сохраняется тенденция к уменьшению заболеваемости внегочными формами туберкулеза (2006 год – 2,9; 2007 год – 2,8; 2008 год – 2,7 на 100 тыс. населения), что связано в первую очередь с низкой настороженностью в отношении туберкулеза врачей первичного звена и специалистов (урологи, гинекологи, окулисты и т.д.).

Остается низким охват обследованием бактериологическими методами в учреждениях общей лечебной сети. Соответственно, доля выявленных бактериологическими методами составила 16,4%, или 2747 человек, в том числе микроскопией мокроты – 2170 больных (2,2% от взятых на учет больных).

Одновременно улучшилась работа бактериологических лабораторий противотуберкулезных учреждений – выросло соотношение "бактериовыделение / деструктивные формы" среди впервые заболевших туберкулезом органов дыхания с 100,3 до 105,6%.

К началу XXI века заболеваемость среди контактов с бактериовыделителями превысила значение 800 на 100 тыс. среднегодовой численности контактов. В последние годы уровень показателя постепенно уменьшается, достигнув в 2007 году уровня 774,1, а в 2008 году – 777,5 на 100 тыс. контактов (при 805,3 в 2006 году). Однако следует отметить, что это уменьшение пока еще статистически недостоверно (табл. 1). Всего в 2008 году зарегистрировано 2119 случаев заболевания среди контактов с бактериовыделителями. Общая заболеваемость среди детей 0–17 лет, имеющих контакт с бактериовыделителями (610,1 на 100 тыс. среднегодовой численности контактов, 2008 год), в 5,1 раза выше, чем аналогичный показатель для контактов с пациентами, не выделяющими микобактерии туберкулеза (120,5 на 100 тыс. среднегодовой численности контактов, 2008 год).

Сведения, полученные из учреждений Минздравсоцразвития России (форма №33),

демонстрируют рост рецидивов в 2004–2005 годах среди постоянного населения, сменившийся в 2007 году уменьшением (с 9,2 в 2006 году до 9,0 на 100 тыс. населения, или с 13 171 до 12 771 случая рецидивов). В 2008 году показатель рецидивов незначительно возрос – 9,2 на 100 тыс.

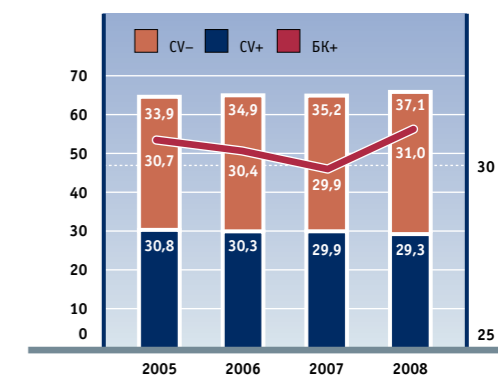


Рис. 4. Заболеваемость туберкулезом органов дыхания (форма №33) в Российской Федерации в 2005–2008 годах (на 100 тыс. населения)

которого в условиях КДЛ, ЛПУ, ПМСП по ряду причин невозможно. Тем не менее продолжать работу по выявлению наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом с использованием этого метода необходимо, поскольку именно его можно использовать в условиях недоступности для больных с симптомами, подозрительными на туберкулез, лучевых методов диагностики (отдаленные сельские населенные пункты, обследование больных среди мигрирующего населения, при подворных обходах, в изоляторах временного содержания системы МВД и т.п.).

ТАБЛИЦА 6. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ВЗЯТЫХ НА ЛЕЧЕНИЕ В 2007 ГОДУ

	УМЕРЛИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА	УМЕРЛИ ОТ ДРУГИХ ПРИЧИН
Ямало-Ненецкий автономный округ	11,3	6,5
Алтайский край	14,6	2,2
Камчатский край	19,0	3,2
Хабаровский край	13,3	3,7
Республика Алтай	14,7	0,0
Республика Коми	11,7	4,5
Республика Карелия	15,2	6,7
Республика Саха (Якутия)	11,2	2,8
Удмуртская Республика	17,0	7,0
Архангельская область	11,2	2,8
Вологодская область	13,5	3,2
Кемеровская область	13,1	4,4
Костромская область	13,8	3,8
Курганская область	11,9	3,8
Ленинградская область	15,0	5,3
Мурманская область	14,0	3,3
Новгородская область	15,6	0,0
Псковская область	11,6	4,8
Самарская область	11,1	6,1
Сахалинская область	11,1	2,6
Смоленская область	16,4	2,9
Тульская область	11,4	2,1
Челябинская область	11,3	4,0

Помимо этого, данный метод должен стать рутинным при дифференциальной диагностике туберкулеза в учреждениях ПМСП, где, несмотря на его простоту, этот метод используется недостаточно. Соответственно, необходима выработка нового критерия эффективности применения данного метода в учреждениях ПМСП.

Охват впервые выявленных больных туберкулезом диагностикой ЛЧ МБТ все еще сложно признать удовлетворительным, хотя он и вырос по сравнению с 2007 годом. В 2007 году обследованием на ЛЧ МБТ было охвачено 89,0% впервые выявленных больных [95%ДИ 88,67-89,33], а в 2008 году – 91,1% [95%ДИ 90,81-91,39]. В 2008 году не проводилось определение ЛЧ МБТ в Чеченской Республике (ввиду отсутствия бактериологической лаборатории) и в Камчатском крае (из-за ремонта лаборатории). Низкий охват (или недостаточный) определением ЛЧ МБТ отмечался в Кабардино-Балкарской Республике (9,3%), Амурской области (19,1%),

Республике Дагестан (24,6%), Хабаровском крае (45,0%) и Тверской области (47,5%), где этим исследованием было охвачено менее 50% впервые выявленных больных.

Что касается охвата диагностикой ЛЧ МБТ больных из группы "рецидив", то он остался практически на прежнем уровне: в 2007 году он составил 88,5% [95%ДИ 87,68-89,32], а в 2008 году – 88,2% [95%ДИ 87,40-89,00]. Не исключено, что данное обстоятельство связано с тем, что первоочередное внимание при оценке ряда показателей уделяется именно впервые выявленным больным, хотя в отношении распространения инфекции, вызванной лекарственно-устойчивыми МБТ, больные из группы "рецидив" играют весьма значительную роль.

Доля впервые выявленных больных, выделяющих ЛУ МБТ, достоверно выросла в период 2007–2008 годов с 31,9% [95%ДИ 31,39-32,41] до 33,2% [95%ДИ 32,70-33,70]. Среди больных из группы "рецидив" этот показатель также достоверно увеличился и составляет соответственно 44,8% [95%ДИ 43,44-46,16] и 50,2% [95%ДИ 48,88-51,52]. Это отражает неблагоприятную обстановку по распространению туберкулеза с устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам.

Доля впервые выявленных больных, выделяющих МЛУ МБТ, в период 2007–2008 годов варьирует от 12,9% [95%ДИ 12,53-13,27] до 13,6% [95%ДИ 13,23-13,97], то есть изменение показателя не достоверно и находится в пределах 95% доверительного интервала. Среди больных из группы "рецидив" этот показатель достоверно увеличился и составляет соответственно 24,8% [95%ДИ 23,62-25,98] и 28,8% [95%ДИ 27,60-30,00]. Всего в 2008 году МЛУ МБТ была зарегистрирована у 6236 больных (впервые выявленных и из группы "рецидив").

Столь значительное число опасных в эпидемическом отношении больных представляет серьезную проблему как для здравоохранения в целом, так и для противотуберкулезной работы в частности, поскольку создает предпосылки для неэффективности целого ряда противотуберкулезных мероприятий, связанных с применением противотуберкулезных препаратов основного ряда у части больных и групп риска (стандартные режимы химиотерапии, химиопрофилактика, курсы противорецидивной терапии, курсы тест-терапии). Это требует усиления работы в очагах туберкулезной инфекции, применения контролируемой химиопрофилактики, полного обеспечения нуждающихся лиц дорогостоящими противотуберкулезными препаратами второго ряда для излечения максимального числа больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и предотвращения развития заболевания в группах риска.

Если же рассматривать данный показатель с точки зрения мониторинга проектов МБРР и ГФ, то доля впервые выявленных больных, выделяющих МЛУ МБТ, соответствует индикаторному значению лишь в отдельных субъектах РФ (Омская, Тверская области, Забайкальский край, республики Башкортостан, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Еврейская АО), уровень микробиологической диагностики туберкулеза в большинстве из которых недостаточный⁴.

Результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких не соответствуют российским и международным требованиям. Удалось добиться эффективного лечения только у 57,8% впервые выявленных больных, взятых на лечение в 2007 году. Удалось преодолеть 70%-ный барьер эффективности лечения больных туберкулезом легких по результатам микроскопии мокроты к 5-му месяцу лечения только 17 субъектам Российской Федерации (табл. 4), как и в 2007 году.

Низкие результаты лечения были вызваны в первую очередь слабой приверженностью к лечению ряда наиболее неблагополучных в социальном плане категорий больных, а также высоким процентом летальности больных. При этом разброс показателя прерывания лечения по субъектам достигает 15–20% (табл. 5).

В 23 субъектах Российской Федерации летальность больных, взятых на лечение, от туберкулеза превысила 11%, что свидетельствует о сохраняющихся проблемах в системе выявления туберкулеза в данных регионах.

Таким образом, в субъектах Российской Федерации, несмотря на значимое улучшение качества выявления больных туберкулезом, сохраняется низкое качество проведения микроскопических исследований, что во многом связано с низким качеством забора материала на исследование.

Накопленные проблемы противотуберкулезной службы пока не позволяют повысить эффективность лечения и достигнуть требуемых значений. Сохраняются высокими процент прерывающих лечение больных туберкулезом, летальность больных от туберкулеза и других причин, что требует целенаправленных мер по повышению ответственного отношения больных туберкулезом к лечению, продолжения совершенствования процесса выявления больных туберкулезом с последующим комплексным лечением.

В 2008 году от числа впервые зарегистрированных больных (форма №33) обследовано на антитела к ВИЧ 92,4% больных (2005 год – 88,5%; 2007 год – 90,9%); ВИЧ-инфекция вы-

⁴ Исключая нулевые результаты в отдельных субъектах с низкой численностью населения.

явлена у 3,1% обследованных больных (2005 год – 1,8%; 2007 год – 2,7%). Среди больных активным туберкулезом обследовано на антитела к ВИЧ 82,0% (2005 год – 72,8%; 2007 год – 79,1%); ВИЧ-инфекция выявлена у 2,7% обследованных больных (2005 год – 1,6%; 2007 год – 2,2%).

Анализ данных из отчетной формы №61 показал, что число больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в России растет. В 2008 году было зарегистрировано 7387 новых случаев сочетанной инфекции (2005 год – 2926, 2006 год – 3907, 2007 год – 5985). Общее число больных сочетанной инфекцией в 2008 году достигло 16 831 человека, что на 2520 человек больше, чем в 2007 году, и составило 5,9% в структуре всех ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих под диспансерным наблюдением (5,6% в 2007 году).

В Республике Карелия и Еврейской автономной области процент больных с сочетанной инфекцией туберкулез и ВИЧ в структуре всех ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, составил 60,4 и 60,0% соответственно.

Также превышение значения данного показателя в 2 и более раз по сравнению в общероссийским отмечено в Краснодарском крае (13,2%), Республике Татарстан (13,0%), Пензенской области (12,3%), Республике Бурятия (12,9%), Кемеровской (13,3%) и Амурской областях (10,9%). На территориях с высокой степенью распространения туберкулеза не отмечено статистически значимого роста распространенности туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных лиц, хотя практически на всех территориях отмечено увеличение абсолютного значения числа больных с сочетанной патологией.

В структуре же больных туберкулезом доля лиц с сочетанной патологией более значима, особенно для заболеваемости туберкулезом в стране. Если в 2007 году в структуре впервые выявленных больных сочетанная инфекция составляла 5,1%, то в 2008 году – уже 6,1%. В 25 субъектах Российской Федерации уровень распространения ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных больных выше общероссийского. Таким образом, не выявлено достоверных связей между эпидемиологической ситуацией по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в субъектах. При этом охват обследованием на туберкулез ВИЧ-инфицированных лиц превышает 60%, но не достигает требуемых 100%.

Наиболее низкий процент охвата обследованием на туберкулез ВИЧ-инфицированных лиц зарегистрирован в Тверской области (15,2%), в 18 субъектах Российской Федерации охват обследованием на туберкулез не превысил 51%. Только в 16 субъектах Российской Федерации удалось охватить об-

следованием на туберкулез более 90% ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих под диспансерным наблюдением.

На основании проведенного анализа можно выделить следующие основные узкие места в борьбе против ТБ и оказании противотуберкулезной помощи населению.

1. Причины, связанные с выявлением и регистрацией случаев туберкулеза, включая МЛУ ТБ:

- недостаточное качество выявления больных туберкулезом, выявление в запущенных случаях с деструкцией пораженного органа и массивным бактериовыделением, включая несвоевременность обращения за медицинской помощью в связи с отсутствием необходимых знаний, недоразвитие системы активного выявления случаев туберкулеза среди уязвимых групп населения;
- недоучет случаев туберкулеза у пациентов, проходящих лечение в частном секторе или у народных целителей (например, в субъектах Южного федерального округа);
- недостаточное оснащение лабораторий для проведения экспресс-культуральных исследований на туберкулез (ПЦР, биочип-диагностика).

2. Причины, связанные с организацией и неадекватным лечением:

- недостаточное число врачей-фтизиатров, которые обеспечивали бы надлежащее лечение и поддержку пациентов;
- недостаточная координация работы министерств и ведомств, занимающихся вопросами оказания медицинской помощи; отсутствие эффективно действующего механизма преемственности в оказании противотуберкулезной помощи между системой здравоохранения и учреждениями ФСИН России, миграционными службами, службами занятости, социальными службами, а также при передаче пациентов с этапа на этап;
- противотуберкулезные учреждения, которые не в полном объеме соблюдают национальную политику и стандарты лечения, низкая оперативная активность;
- недостаточный уровень социальной поддержки пациентов и медицинского персонала противотуберкулезных учреждений;
- отсутствие системы мотивации среднего медицинского персонала первичного звена здравоохранения, включая ФАПы, по организации и проведению контролируемого лечения больных туберкулезом в амбулаторных условиях;
- отсутствие системы регулирования производства, продажи и использования противотуберкулезных лекарственных средств первого и второго ряда;
- изготовители, не соблюдающие строгие стандарты, предусмотренные органами по

регулированию обращения лекарственных средств и Программой ВОЗ по предварительной квалификации;

- недостаточный уровень производства и использования комбинированных лекарственных препаратов в фиксированных дозах или комбинированных препаратов в одной блистерной упаковке в разовых дозах под непосредственным наблюдением;
- снижение возможностей научных исследований в области борьбы с туберкулезом, включая профилактику формирования лекарственной устойчивости, отработку новых схем и методик лечения больных;
- сокращение расходов субъектами Российской Федерации на противотуберкулезные мероприятия, закупку противотуберкулезных препаратов и оборудования;
- недостаточное внимание к вопросам информационно-пропагандистской работы, коммуникации и социальной мобилизации по проблематике ТБ.

3. Причины, связанные с передачей инфекции:

- снижение качества эпидемиологической работы в очагах туберкулезной инфекции и эпидемиологических исследований по выявлению контактов и работы с ними;
- недостаточный инфекционный контроль в учреждениях здравоохранения и других местах с высокой степенью риска инфицирования;
- плохие условия труда медицинских работников противотуберкулезных учреждений.

4. Причины, связанные со снижением организационно-методической работы:

- снижение качества организационно-методической работы как на уровне субъектов Российской Федерации, так и на федеральном уровне;
- отсутствие современного информационного обеспечения противотуберкулезных мероприятий: мониторинг обеспеченности лекарственными препаратами, современных систем персонализированного учета больных туберкулезом и групп риска, эффективности выполнения противотуберкулезных мероприятий в субъектах Российской Федерации и их финансового обеспечения.

5. Причины, обусловленные основными социальными детерминантами, которые влияют на риск возникновения лекарственной устойчивости:

- плохие жилищные условия и социальная уязвимость подвергают людей более высокому риску инфицирования, развития активной формы болезни, ухудшения доступа к качественной медицинской помощи и возникновения трудностей в отношении соблюдения режима лечения.

Арби-Хаж
Сайдуллаев

главный врач
ГУ "Республиканский
противотуберкулезный
диспансер"
Чеченской Республики



Организация противотуберкулезной помощи жителям Чеченской Республики

Новейшее становление противотуберкулезной службы на территории Чеченской Республики относится к 80-м годам прошлого века, когда Правительство Чечено-Ингушской АССР приняло программу, направленную на борьбу с туберкулезом.

К 1991 году республика располагала одной из лучших баз противотуберкулезной службы. Она была представлена стационаром на 1050 коек, прекрасно оснащенный медицинским оборудованием, противотуберкулезным диспансером на 250 посещений в смену, функционировали около 90 рентгеновских и флюорографических установок, 2 бактериологические лаборатории, санаторий для детей дошкольного возраста на 200 койко-мест, лесная школа-интернат на 250 мест, детский санаторий в г. Грозном на 120 мест. В этих учреждениях работали 134 врача, в том числе 121 врач-фтизиатр. Ежегодно профилактическими осмотрами было охвачено от 70 до 85% населения, эффективность от всех 3 видов: лучевого, бактериоскопического и туберкулинодиагностики – была высокой. Все нуждающиеся в санаторно-курортном лечении обеспечивались путевками. В эти годы заболеваемость населения туберкулезом стабильно не поднималась выше 47–48 на 100 тыс. населения.

К сожалению, развал СССР и потрясения на постсоветском пространстве не минули и Чеченскую Республику. Две войны полностью разрушили не только экономику, но и уничтожили систему здравоохранения целиком, в том числе и противотуберкулезная служба как таковая перестала существовать, хотя в сельской местности имелись мало мощные стационары с общим количеством 180 коек.

С первых же дней окончания военных действий началось восстановление этой службы. В г. Грозном был открыт Республиканский противотуберкулезный диспансер (РПТД), работали всего 4 врача-фтизиатра, именно они явились ядром, вокруг которого и шло восстановление службы. В 2007 году удалось восстановить и в какой-то мере оборудовать здание бывше-



го детского сада под РПТД со стационаром. Таким образом, на базе в 75 коек и был развернут диспансер и стационар на 200 коек, который функционирует и по сей день. Параллельно проведен ремонт туберкулезных отделений в сельской местности при ЦРБ, всего развернуто 380 коек.

Для решения кадрового вопроса Правительством Чеченской Республики в 2007 году принято Постановление, по которому более чем в 2 раза увеличена заработная плата всем сотрудникам противотуберкулезных учреждений, что способствовало притоку молодых специалистов. Огромную роль в становлении противотуберкулезной службы играет и то обстоятельство, что Президент Чеченской Республики Р.А. Кадыров остро поставил вопрос об усилении мер по борьбе с туберкулезом. Сегодня

идет к завершению строительство корпусов: клинично-диагностической лаборатории, диспансерного, детского стационарного, монтируется КТ, рентген-комплекс, завершается оснащение бактериологической лаборатории.

Огромную роль в развитии и совершенствовании противотуберкулезной помощи населению играет принятая в 2008 году Правительством ЧР Республиканская целевая программа "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в ЧР на 2008–2011 годы". На программу из республиканского бюджета заложено 814,738 млн. рублей, в 2008 году было освоено 241,221 млн. рублей. За прошедший год по этой программе на базе НИИ туберкулеза прошли подготовку 90 врачей и средних медработников, на выездных сертификационных циклах с участием

профессорско-преподавательского состава НИИ туберкулеза г. Москвы прошли обучение 447 специалистов, в том числе фтизиатры, врачи-лаборанты, участковые терапевты, педиатры, средний медперсонал. Все ЛПУ республики были обеспечены рентгенофлюоропленкой, реактивами, расходным материалом, 850 тыс. доз туберкулина и шприцами, противотуберкулезными препаратами и средствами для патогенетической терапии, питательными средами и чистыми лекарственными субстанциями для бактериологической лаборатории, люминесцентными микроскопами, МРТ-оборудованием и инвентарем для районных тубдиспансеров и туберкулезных кабинетов, полиграфическими изделиями и средствами наглядной агитации.

На 2009 год из республиканского бюджета выделено 252,289 млн. рублей. Согласно программным мероприятиям для ЛПУ Чечни заявлено диагностическое оборудование (передвижные и стационарные флюорографы), противотуберкулезные препараты, расходный материал, реактивы, биохимический анализатор, санитарный автотранспорт и компьютерная техника для всей участковой фтизиатрической службы республики, вся сеть будет подключена к Интернету. На эти средства проводится капремонт и реконструкция основного корпуса РПТД, туберкулезного отделения Шелковского района.

К 2011 году работы по восстановлению разрушенных и строительство новых современных учреждений здравоохранения ЧР будут завершены, что позволит полностью обеспечить потребность населения во всех видах специализированной и части высокотехнологичной медицинской помощи.

В этом году впервые заложены средства для обеспечения больных, находящихся на амбулаторном лечении, набором продуктов питания и предметами первой необходимости в сумме 2,5 млн. рублей, 2,0 млн. рублей на приобретение средств защиты.

При Правительстве ЧР создана и работает Межведомственная комиссия по борьбе с туберкулезом, есть четкое понимание того, что в данном вопросе прежде всего необходима государственная поддержка, ответственность за состояние дел в административных территориях прежде всего возлагается на глав городов и районов.

Несмотря на принятые меры, эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в республике остается напряженной и сложной. Регулируемая заболеваемость из года в год остается выше среднероссийской и находится в пределах 84,8–86,0, выявляется до 1 тыс. и более больных ежегодно с впервые установленным

диагнозом, остается высоким процент больных с деструктивными формами туберкулеза легких из числа впервые выявленных – до 67,5%, процент запущенных случаев из числа впервые выявленных доходит до 70%.

Пока что мы не добились четкой работы общей лечебной сети по профилактике и раннему выявлению туберкулеза среди населения. Охват населения профилактическими осмотрами в 2005 году – 10,4% от числа подлежащих, в 2008 году – 12,8%, доля выявленных при профилактических осмотрах больных туберкулезом из числа впервые выявленных в 2005 году – 0,1%, в 2008 году – 10,8, на относительно высоких цифрах сохраняется заболеваемость среди детей (20,9 на 100 тыс. населения), и, наоборот, низкий удельный вес бактериовыделителей, выявленных ОЛС ЛПУ, – всего 16% в 2008 году при сложившихся 70% по стране.

О качестве работы лабораторной службы свидетельствует и соотношение больных с бактериовыделением к пациентам с распадом, по республике таковых 39,3%, хотя это соотношение должно быть приближенным к 100%.

Отсутствуют специализированные отделения, такие как: фтизиохирургическое (легочное, костно-суставное), легочное, диагностическое, для лечения больных с сочетанной патологией (ВИЧ, туберкулез), недостаточно коек для госпитализации больных с впервые установленным диагнозом, больных с рецидивом туберкулеза и БК (+). В республике проживает более 4,5 тыс. больных с активными формами туберкулеза, из этого числа более 1,2 тыс. являются бактериовыделителями, в контакте с ними проживает более 15 тыс. человек. Все это в значительной мере осложняет ситуацию.

Во многом работа ОЛС зависит от наличия материальной базы, специалистов, эффективности использования диагностического оборудования. При наличии в республике более 70 рентгеновских и флюорографических установок работают всего 12 рентгенологов, 1 врач-бактериолог. Острая нехватка участковых терапевтов, участковых педиатров. По сельским районам, в которых проживает более 65% населения, на 10 тыс. человек приходится всего по 12 врачей, в то время как для полноценного оказания медпомощи жителям республики, специалистов требуется почти в 3 раза больше.

Поэтому Министерство здравоохранения ЧР принимает активные меры по укреплению в первую очередь амбулаторно-поликлинической сети и развитию специализированных служб и подразделений.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР – УЧАСТНИК НАЦПРОЕКТА "ЗДОРОВЬЕ"



Уровень оказываемой медицинской помощи, широкий спектр диагностических исследований и услуг, богатый практический опыт позволяют Республиканскому противотуберкулезному диспансеру не только быть лидером в борьбе с различными формами заболеваний туберкулезом, но и воспитывать медицинские кадры для системы здравоохранения региона.

Противотуберкулезная служба Чеченской Республики испытывает дефицит врачебных кадров. По инициативе Президента ЧР Рамзана Кадырова по восполнению кадровых пробелов в системе минздрава республики проводятся курсы повышения квалификации по борьбе с туберкулезом для врачей, среднего и младшего медперсонала лечебниц республики.

Создана комиссия по распределению выпускников мединуз для прохождения интернатуры. В этой работе принимает непосредственное участие главный врач РПТД Арби-Хаж Сайдуллаев. В текущем году 4 выпускники медицинского факультета ЧГУ выбрали специальность врача-фтизиатра. Коллектив диспансера поможет этим девушкам стать настоящими специалистами своего дела. В прошлом году при РПТД проходили интернатуру 12 человек. Сегодня они уже работают в туберкулезных отделениях гг. Шали, Гудермеса, ст. Шелковской и с. Ножай-Юрт.

В 2009 году впервые за последние 15 лет в Чечне проведена массовая туберкулинодиагностика среди детей, в весенний период охвачено 256 тыс. человек. Эта работа будет продолжена и в последующие годы.

Все это позволит в значительной мере ускорить возможности диагностики и лечения больных, улучшить условия их пребывания в стационарах. Возрастает роль и самого РПТД – как организационно-методического, научно-практического учреждения.

Процесс реализации задач, поставленных перед руководством и сотрудниками Республиканского противотуберкулезного диспансера, полностью совпадает с целями приоритетного национального проекта "Здоровье".

Президент и Правительство Чеченской Республики серьезно озабочены сложившейся ситуацией по поражённости населения туберкулезом. Есть и четкое понимание того, что никакие радикальные меры в системе здравоохранения республики, денежные вливания не дадут ошутимых результатов и не сделают народ здоровым, если не будет должной профилактики и, конечно, государственного подхода.

РОССИЯ, ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА,
364051 ГРОЗНЫЙ, УЛ. ЭЛЕКТРОТОВАРНАЯ, Д. 3
ТЕЛ./ФАКС: (8712) 22 3490
E-MAIL: RPTD@MAIL.RU

Применение галотерапии во фтизиатрической практике

Александр Разумов

генеральный директор Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии, главный специалист-эксперт по восстановительной медицине и курортологии Минздрава России, академик РАМН



Иван Лешкевич

заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы, д.м.н., профессор



Майя Хан

профессор кафедры восстановительной медицины ФДПОП ММА имени И.М. Сеченова, руководитель отдела восстановительной педиатрии ФГУ "РНЦ ВМИК", д.м.н., профессор



Алина Червинская

руководитель Клинического научно-исследовательского респираторного центра КБ №122, профессор Института повышения квалификации врачей ФМБА России, д.м.н., профессор



Наталья Микитченко

научный сотрудник отдела восстановительной педиатрии ФГУ "РНЦ ВМИК"

Одним из методов, явившихся истоком дальнейшего развития целого направления современной восстановительной медицины, является спелеотерапия (СТ). СТ ("speleon" (греч.) "пещера") – использование микроклимата подземных пещер в лечебных целях.

Наиболее перспективное и популярное направление СТ – это лечение в условиях микроклимата соляных пещер (как правило, это бывшие соляные выработки). Микроклимат различных спелеолечебниц (температура, влажность, состав воздуха, наличие аэроионов и др.) обладает определенными особенностями. Состав аэрозоля спелеолечебниц зависит от состава спелеообразующих пород. Основным компонентом аэрозоля соляных пещер является хлорид натрия. Он является главной составляющей галитовых спелеолечебниц (Солотвино, Величка, Чон-Туз и др.) и составляет значительную часть (60–80%) аэрозоля сильвинитовых спелеолечебниц (Пермская область). Концентрация аэрозоля соли варьирует в различных спелеолечебницах (от 1 до 24 мг/куб. м). Большое значение имеет тот факт, что природный солевой аэрозоль содержит в своем составе значительное количество респираторных частиц (1–5 мкм), являющихся наиболее эффективными в респираторном тракте.

Стремление использовать лечебные свойства микроклимата соляных пещер для более широкого круга больных побудили к поиску путей воссоздания искусственного лечебного микроклимата. СТ легла в основу методов, использующих микроклиматические факторы соляных спелеолечебниц в условиях лечебных учреждений. Метод применения микроклимата соляных пещер в условиях помещений в середине 1980-х годов был назван в России (Санкт-Петербург) "галотерапия" ("halos" (греч.) – "соль").

Параллельно с изучением особенностей действия метода разрабатывалось и совершенствовались техническое оборудование для его реализации. Метод управляемой галотерапии (ГТ) осуществляется с помощью оборудования галокомплекса на базе гало-

генератора, который создает и поддерживает в лечебном помещении (галокамере, галопалате, галокабинете) в режиме мониторинга уровень природной концентрации и характеристик солевого аэрозоля с несколькими режимами лечения в соответствии с методом управляемой ГТ.

Галокомплекс с регулируемым микроклиматом представляет собой два оборудованных помещения. В основном (лечебном) помещении в удобных креслах располагаются пациенты. В смежном помещении – операторской, находится персонал (оператор), осуществляющий управление галогенератором. Галогенератор обеспечивает подачу сухого высокодисперсного аэрозоля.

Основным лечебным фактором галотерапии в условиях управляемого микроклимата являются:

1. Высокодисперсный сухой солевой аэрозоль определенного диапазона с контролируемыми лечебными концентрациями (режимами)

Основную массу частиц аэродисперсной среды (более 80%) составляет респираторная фракция (1–5 мкм), благодаря чему осуществляется эффективное воздействие аэрозоля во всех отделах дыхательных путей. Благодаря дисперсионному способу образования сухого аэрозоля путем мощного механического воздействия на кристаллы соли, частицы приобретают высокую поверхностную энергию и отрицательный электрический заряд. Физико-химические свойства сухого аэрозоля определяют специфику методики ГТ, особенностью которой является многокомпонентное лечебное действие чрезвычайно малых доз вещества. Концентрация высокодисперсного аэрозоля хлорида натрия в лечебном помещении составляет от 0,5 до 10 мг/куб. м и поддерживается в определенных пределах (режимах): 1-й режим – 0,5–1,0 мг/куб. м; 2-й режим – 1,0–3,0 мг/куб. м; 3-й режим – 3,0–5,0 мг/куб. м; 4-й режим – 7,0–10,0 мг/куб. м.

Дозирование и управление параметрами солевого аэрозоля является необходимым условием для эффективного и безопасно-

го применения метода с учетом разнообразия нозологических форм, создает возможность оптимизации длительности процедур и сроков лечения, что становится все более актуальным как в условиях лечебных, так и оздоровительных учреждений.

2. Гипобактериальная, безаллергенная воздушная среда и аэроионизация

Частицы сухого солевого аэрозоля обладают бактерицидными свойствами в воздушной среде, связываясь за счет сил электростатического взаимодействия с частицами

температуру (18–24°C), наиболее благоприятные и комфортные для органов дыхания и стабильности аэродисперсной среды.

Эффективность сухого аэрозоля хлорида натрия с параметрами природной среды подтверждена изучением его действия как в условиях аэродисперсной среды помещения (ГТ), так и при непосредственной подаче в дыхательные пути – с помощью галоингалятора (ГИТ). Механизм его лечебного действия во многом связан с влиянием на дискрический компонент обструкции.

в самых труднодоступных зонах. В процессе ГТ отмечается положительная динамика симптомов, свидетельствующих об улучшении дренажной функции дыхательных путей: облегчается отделение мокроты, снижается ее вязкость, облегчается кашель, улучшается аускультативная картина в легких.

Действуя как регидрант, аэрозоль хлорида натрия вызывает отток жидкости из сосудов в просвет бронхов, что способствует уменьшению отека стенок бронхов и застойных явлений сосудов.



воздушных загрязнений (минеральные частицы, аллергены, микроорганизмы), ускоряют их оседание, что приводит к очищению атмосферы лечебного помещения.

При измельчении в галогенераторе частицы соли вследствие мощного механического воздействия приобретают отрицательный заряд и высокую поверхностную энергию. При взаимодействии частиц аэрозоля с молекулами воздуха возникает его аэроионизация (6–10 нК/куб. м). Легкие отрицательные ионы являются дополнительным фактором терапевтического воздействия на организм и очищения среды помещения.

3. Стабильность оптимальных микроклиматических параметров

Воздушная лечебная среда имеет стабильную влажность (40–60%) и постоянную тем-

Аэрозоль хлорида натрия, увеличивая осмотический градиент, вызывает приток жидкости в просвет бронхов и изменение реологических свойств бронхиальной слизи, что способствует повышению скорости мукоцилиарного клиренса (МЦК). Происходит также изменение конформации белковых молекул слизи, выделение воды в наружный слой ее створок, что облегчает их движение по мукоцилиарному эскалатору. Восполняя ионный состав и осмотический градиент, аэрозоль хлорида натрия способствует улучшению функционирования респираторного реснитчатого эпителия.

Галоаэрозоль, состоящий из респираторных, отрицательно заряженных частиц сухого хлорида натрия, проникает в глубокие периферические отделы респираторного тракта и оказывает мукорегулирующее действие

Кроме действия на реологические свойства слизи, галоаэрозоль в отличие от влажных аэрозолей оказывает действие на защитные свойства дыхательных путей. Его лечебные эффекты определяются особыми физико-химическими свойствами. Вследствие механического воздействия на кристаллы соли при измельчении, частицы электризуются и поляризуются, появляется множество освобожденных электрических носителей. Благодаря таким свойствам галоаэрозоль действует как физиологический стимулятор защитных реакций дыхательных путей. В результате повышается активность альвеолярных макрофагов, усиливается электрофизиологическая активность клеток эпителия дыхательных путей, стимулируются местные гуморальные реакции (повышение уровня SIgA, возрастание активности альвеолярных макрофагов и др.).

В структурах брохоальвеолярного лаважа выявлено снижение изначально повышенного уровня биологически активных веществ – катехоламинов, серотонина, гистамина.

Таким образом, сухой высокодисперсный аэрозоль хлорида натрия оказывает саногенное, муколитическое, бронходренажное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие на респираторный тракт и опосредованно улучшает общую защиту организма.

Улучшение дренажной функции и уменьшение воспаления дыхательных путей спо-

Проведение курсов ГТ целесообразно в организованных коллективах в неблагоприятные сезонные периоды с целью профилактики острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и обострения БОД. Профилактическая ГТ проводится также лицам, страдающим поллинозом. В этих случаях процедуры целесообразно начинать незадолго до начала появления или с появлением первых симптомов. В этих случаях ГТ способствует прерыванию контакта и элиминации пылевых аллергенов из дыхательных путей.

98% случаев удалось добиться уменьшения выраженности кашля, одышки, повышения толерантности к физической нагрузке, улучшения иммунобиологического статуса пациентов. Больные высоко оценивают положительный эмоциональный настрой от лечебных сеансов галотерапии. Показаниями для назначения ГТ являются практически все наиболее распространенные заболевания органов дыхания. В качестве восстановительного метода ГТ назначается больным острым бронхитом (ОБ) и пневмонией с затяжным течением, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА) разной степени тяжести, различными клинко-патогенетическими вариантами течения, в том числе гормонозависимыми формами, бронхоэктатической болезнью (БЭ), муковисцидозом (МВ). Дозирование процедур с учетом концентрации солевого аэрозоля позволяет применять метод при тяжелых формах заболеваний со значительными обструктивными нарушениями. Контролируемые рандомизированные плацебо-исследования показали, что включение метода в комплекс восстановительного лечения и реабилитации больных с хронической бронхолегочной патологией (БА, ХОБЛ, БЭ) позволяет достичь максимального клинического эффекта у 82–96% больных при наиболее оптимальных дозах медикаментозной терапии, способствует повышению эффективности лечения и продлению ремиссии.

В педиатрической практике ГТ наиболее часто используется для лечения и реабилитации детей с бронхиальной астмой в постприступном и межприступном периоде (эффективность 75–85%), высокая эффективность достигнута при лечении детей с рецидивирующим бронхитом, особенно при его обструктивных формах. Возможности терапевтического действия ГТ позволяют значительно уменьшить назначение антибактериальных средств, что способствует предотвращению дисбактериозов и аллергических реакций у детей. Профилактические курсы часто болеющим детям снижают риск повторных заболеваний, способствуют ускорению выздоровления.

Многолетнее клиническое применение метода ГТ в различных областях медицины (пульмонологии, аллергологии, педиатрии, оториноларингологии, дерматологии и др.) и изучение механизмов привели к пониманию того, что этот метод имеет выраженное оздоровительное действие. В России галокомплексы используются в сотнях санаториев. В последние годы галокомплексы стали применяться в СПА-индустрии. Использование метода в комплексе оздоровления в сана-

ториях-профилакториях у больных с легочными заболеваниями и лиц с факторами риска (работающих в неблагоприятных условиях) дает возможность снизить заболеваемость по группе БОД в 1,5–2 раза, предотвращает обострение основного заболевания. ГТ применяется в комплексе лечения больных профессиональными легочными заболеваниями. Применение ГТ эффективно у 82% больных поллинозом. Профилактические процедуры ГТ курильщикам и лицам с экзогенными факторами

В педиатрической практике ГТ наиболее часто используется для лечения и реабилитации детей с бронхиальной астмой в постприступном и межприступном периоде (эффективность 75–85%), высокая эффективность достигнута при лечении детей с рецидивирующим бронхитом, особенно при его обструктивных формах

риска позволяют восстановить мукоцилиарный транспорт, ликвидируют начальные проявления обструкции, восстанавливают защиту дыхательных путей. С помощью профилактического применения двух еженедельных процедур ГТ в течение трехмесячного периода было достигнуто снижение заболеваемости ОРВИ как у больных ХНЗЛ, так и условно здоровых, но угрожаемых по развитию ХОБЛ лиц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, метод СТ получил дальнейшее развитие в виде новой медицинской технологии – управляемой ГТ. Достижением разработанного метода является принцип управления параметрами, обеспечивающий дозирование и контроль используемых природных факторов.

Научное обоснование механизмов действия, доказанная клиническая эффективность, подтвержденная исследованиями по стандартам доказательной медицины и применением на практике в различных областях здравоохранения, обуславливают перспективность этого метода в реабилитационной, санаторно-курортной, профилактической сфере медицинской деятельности. Многочисленные исследования и накопленный опыт практического применения свидетельствуют об эффективности и широкой возможности лечебно-реабилитационного и профилактического применения ГТ в практике работы различных лечебно-профилактических учреждений.



способствуют снижению гиперреактивности и уменьшению бронхоспастического компонента обструкции. Причем галоаэрозоль оказывает противовоспалительное и саногенное действие на слизистую оболочку бронхов при ее поражении, обусловленном как инфекционно-воспалительным процессом, так и раздражением, связанным с воздействием экзогенных загрязнителей.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Во время процедуры ГТ пациенты (как правило, 4–6 человек) размещены в удобных креслах лечебного помещения (галокамера, галокабинет). Обычно процедуры ГТ сопровождаются спокойной музыкой, психосуггестивными программами; детям во время сеанса транслируются спокойные музыкальные развлекательные передачи, сказки. В течение дня проводятся несколько (в среднем 4–5) сеансов ГТ. Между сеансами осуществляется проветривание в течение 30 минут.

Курс ГТ состоит из 10–20 ежедневных сеансов длительностью 30 минут (для детей) и 40–60 минут (для взрослых). Курсы ГТ с реабилитационной и профилактической целью целесообразно повторять 1–2 раза в год.

Управляемая ГТ предусматривает дифференцированное применение определенных концентраций (режимов) сухого высокодисперсного аэрозоля хлорида натрия в зависимости от клинических особенностей заболеваний и показателей функции внешнего дыхания (ФВД).

Показания для применения галотерапии в условиях санатория для больных фтизиатрического профиля.

Пациенты, не лихорадящие и не выделяющие БК:

- находящиеся на основном курсе химиотерапии туберкулеза внутригрудных лимфоузлов;
- со сниженным иммунным статусом;
- с высоким риском заболеваемости ОРВИ, гриппом, бронхитами, пневмонией и др.;
- с сопутствующей бронхолегочной патологией (ХОБЛ, бронхиальная астма, острый бронхит с затяжным течением, пневмония в фазе разрешения);
- перенесшие в прошлом туберкулез органов дыхания в сочетании с легочной патологией;
- с измененным психоэмоциональным состоянием вследствие длительной терапии и пребывания в стационарах.

За период лечения отмечается значительная положительная динамика: в 85–

ВИЧ-инфекция



Система профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Российской Федерации: проблемы и решения

Геннадий Сухих

директор ФГУ
"Научный центр
акушерства,
гинекологии
и перинатологии
имени академика
В.И. Кулакова",
академик РАМН



Игорь Баранов

эксперт
Всемирной организации
здравоохранения,
д.м.н.



Несмотря на то что мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции у новорожденных в Российской Федерации не выделены в отдельную федеральную целевую программу, основные меры, направленные на предупреждение новых случаев ВИЧ у детей, отражены в нормативной базе Министерства здравоохранения и социального развития РФ как один из компонентов Федеральной целевой подпрограммы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом.

С 2001 года программа профилактики ВИЧ у новорожденных тесно интегрирована в систему оказания помощи матерям и детям. Разработан ряд нормативных актов и документов, регламентирующих оказание помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям, среди которых следует отметить инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образец информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ, стандарты оказания медицинской помощи по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Указанные документы включают в себя перечень обязательных диагностических и лечебных мероприятий по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ у беременных, рожениц и новорожденных. Интеграция мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции у новорожденных в службу оказания лечебно-профилактической помощи матерям и детям предоставила возможность разработки всех четырех составляющих элементов стратегии профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных, рекомендованных и поддерживаемых организациями-соучредителями Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу, в том числе ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА.

Все медицинские сотрудники, работающие в службах охраны здоровья матери и ребенка, привлечены к внедрению мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. По состоянию на 2008 год в службе работало 39 400 врачей акушеров-гинекологов, 5490 неонатологов, 63 900 акушеров. Их взаимодействие со специалистами смежных служб с целью максимального охвата профилактическими мероприятиями целевых групп

регламентировано постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 14.01.2004 "Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации", в котором указано на необходимость активизации просветительской и информационной работы в группах с рискованными формами поведения по пропаганде ответственного материнства, обеспечив привлечение к этой работе женских консультаций, наркологических диспансеров и центров гигиенического образования и воспитания населения.

1-й и 2-й компоненты стратегии профилактики ВИЧ среди новорожденных, предусматривающие проведение мероприятий по первичной профилактике ВИЧ среди девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста, а также действия, направленные на профилактику нежелательных беременностей и планирование семьи у ВИЧ-инфицированных женщин, нашли свое отражение в действующих федеральных программах, в том числе "Безопасное материнство", "Здоровый ребенок". Предусмотрен скрининг беременных женщин на ВИЧ, сифилис и вирусные гепатиты В и С, определено консультирование девочек-подростков, женщин репродуктивного возраста, беременных и матерей по вопросам безопасного сексуального поведения, профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Однако в настоящее время отсутствует нормативная база для охвата консультированием всего населения, и возможность его внедрения ограничена только специализированными центрами.

На государственном уровне окончательно не решены вопросы о внедрении программ сексуального образования в школах, средних и высших учебных заведениях, хотя в отдельных регионах в рамках деятельности служб планирования семьи и различных общественных организаций такая работа проводится: это информирование подростков и молодежи о правилах безопасного сексуального поведения, о возможности предупреждения и снижения риска ИППП/ВИЧ, демонстрация видеороликов и раздача информационных

буклетов и других информационных материалов. В ряде территорий осуществляются международные проекты, фокусирующие внимание медицинских работников на проблеме ИППП/ВИЧ (семинары, тренинги, распространение информационных материалов для медперсонала, пациентов).

Страдает подготовка кадров по вопросам первичной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери новорожденному. Как известно, в последние годы в развитых странах мира отмечается отсутствие роста распро-

тельно ВИЧ-статусе до наступления беременности, что может свидетельствовать об осознанном репродуктивном выборе у ВИЧ-инфицированных женщин, в связи с возможностью проведения профилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ.

Права ВИЧ-инфицированных женщин закреплены 36-й статьей Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера, 2002–2006 годы", одним из подразделов которой является подпрограмма "Неотложные

профилактики и борьбы со СПИДом". Следует признать, что качество консультирования ВИЧ-инфицированных женщин по вопросам планирования семьи остается все еще недостаточно высоким.

Внедрение мероприятий по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ от матери новорожденному, в том числе по АРВ-профилактике, проведению безопасного родоразрешения и искусственного вскармливания новорожденного, невозможно без обеспечения доступности ДТК для бе-



странения ВИЧ-инфекции. Во многом это стало возможным благодаря широкому внедрению добровольного и конфиденциального тестирования и консультирования на ВИЧ (ДТК). Однако в РФ обучение данному методу первичной профилактики недостаточно внедрено в программы до- и последилольной подготовки врачей, в том числе неонатологов, акушеров-гинекологов, организаторов здравоохранения.

Особенно важным и специфическим для РФ является внедрение 2-го компонента стратегии профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных, отражающего мероприятия по предупреждению нежелательных беременностей и планированию семьи у ВИЧ-инфицированных женщин. Наблюдается тенденция к росту числа ВИЧ-инфицированных беременных, знавших о своем положи-

мере по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека ("Анти-ВИЧ/СПИД"), в которой указано на право женщины самостоятельно решать вопрос о материнстве.

Решением коллегии Минздрава России от 25.03.1997 "О заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России и мерах по ограничению ее распространения" (протокол №5) руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ, главным врачам центров Госсанэпиднадзора поручено "организовать работу кабинетов добровольного (анонимного) обследования на ВИЧ с проведением до- и послетестового консультирования на ВИЧ-инфекцию и кабинетов медико-психологической поддержки ВИЧ-инфицированных и членам их семей в центрах про-

ременных. Тестирование на ВИЧ беременных женщин в РФ регламентируется приказом Минздрава России от 10.02.2003 "О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических отделениях". В данном приказе предусмотрено двукратное бесплатное ИФА-исследование на ВИЧ во время беременности. При этом для случаев, когда женщина не наблюдалась во время беременности в медицинском учреждении и ее ВИЧ-статус при поступлении на роды неизвестен, предусмотрено проведение экспресс-тестирования. Нормативными документами определено, что экспресс-тест может быть проведен при получении добровольного информированного согласия после дотестового консультирования. В случае положительного результата долж-

но быть проведено послетестовое консультирование женщины.

В 2001–2008 годах выполнялось ежегодно порядка 3 млн. ИФА-тестов на ВИЧ у беременных. Показатель охвата беременных и рожениц тестированием на ВИЧ приближен к 100%. В 2007 году было выявлено 13 110 случаев ВИЧ-инфекции у беременных, при этом показатель распространенности составил 117,2 на 100 тыс. обследованных. Данный показатель практически не изменился по сравнению с пятью предыдущими годами. Однако следует отметить, что это на 93,6% больше аналогич-

данный показатель имеет тенденцию к росту и превышает 30%. При этом в общей популяции доля женщин, не наблюдавшихся во время беременности, за аналогичный период времени не превышала 3%, что свидетельствует о труднодоступности данной категории женщин для дородового наблюдения по сравнению с общей популяцией и необходимости разработки специальных мероприятий с целью их обеспечения медицинской помощью и уходом.

В конце 2003 года Министерством здравоохранения РФ был издан приказ №606, регламентирующий проведение мероприя-

та рождения и обеспечиваются молочными смесями и питанием до 2 лет за счет средств местных бюджетов. При этом нет данных о проведении консультирования ВИЧ-инфицированных матерей или беременных по выбору метода вскармливания ребенка. Консультирование ограничивается рекомендацией для матери исключить грудное вскармливание.

Определение ВИЧ-статуса у грудных детей и детей раннего возраста в РФ сопряжено с определенными трудностями и связано с отсутствием во многих территориях возможности проведения ранней диагнос-



ного показателя в 1999 году. Ведущими путями инфицирования женщин являются инъекционный и половой. При этом доля женщин с наркотической зависимостью во время беременности составила менее 3%.

Другой важной тенденцией является уменьшение доли ВИЧ-инфицированных женщин, не посещавших во время беременности клиники дородового наблюдения, у которых впервые положительный тест на ВИЧ был выявлен непосредственно перед родами, во время или после родов. Данный показатель уменьшился с 27% в 2001 году до 15% в 2003 году, а в 2007 году он составил 6%. Однако следует обратить внимание на значительные колебания удельного веса необследованных рожениц между некоторыми субъектами РФ. В ряде регионов

тот по профилактике вертикальной трансмиссии во время беременности и родов. Среди женщин, родивших в течение 2007 года, 81,4% получили профилактику вертикальной трансмиссии с помощью АРВ-препаратов во время беременности, 92,3% женщин получили профилактику во время родов. Основными препаратами для профилактики явились зидовудин и невирапин. В 2007 году методом кесарева сечения были родоразрешены около 17% женщин, что аналогично подобному показателю среди общей популяции.

Число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в РФ, превысило 50 тыс. человек, в том числе 8927 рождены в 2008 году. Почти все дети находятся на искусственном вскармливании с момен-

тики ВИЧ-инфекции методом ПЦР. Учитывая, что методом ИФА диагноз может быть установлен лишь в 18 месяцев, около 20 тыс. детей, рожденных в 2007–2009 годах, "ожидают" наступления возраста, в котором может быть установлен диагноз. Однако невозможность проведения ранней диагностики ВИЧ не является единственной причиной, препятствующей установлению ВИЧ-статуса детей с перинатальным контактом по ВИЧ. Важным фактором является запоздалая явка родителей с детьми в медицинские учреждения для проведения анализа на ВИЧ.

Среди детей с установленным ВИЧ-статусом за 1987–2007 годы показатель вертикальной трансмиссии составил 7,4%. Однако следует отметить, что объем проводимых

мероприятий по профилактике вертикальной трансмиссии до 2001 года и в последние годы существенно отличается. По оперативным данным, показатель инфицирования детей в 2008 году составил около 5%.

Не все дети, нуждающиеся в проведении АРВ-терапии, получают ее в связи с недостаточным финансированием программы и высокой стоимостью препаратов. За период 1987–2008 годов от СПИДа умер 281 ребенок.

В последние годы наметилась тенденция к снижению относительного числа отказов от детей ВИЧ-инфицированными матерями. В 2007 году данный показатель составил 3,9% (308 из 7884) по сравнению с 10,8% (72 из 664) в 2000 году. В то же время, по нашим данным, удельный вес отказных детей в различных регионах РФ колебался в широком диапазоне от 1,7 до 24,2%. Следует отметить, что 56% детей с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции проживают вне семьи (дома ребенка, больницы). Таким образом, проблема социального сиротства в РФ неразрывно связана с увеличением риска инфицирования ребенка. Очевидно, что матери инфицированных детей не получили полного объема профилактических мероприятий вертикальной трансмиссии ВИЧ и имели ряд других факторов, которые повышают риск инфицирования ребенка (ИППП, преждевременные роды и др.).

Дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, обеспечиваются бесплатным детским питанием в возрасте до 2 лет согласно приказу Минздрава России от 25.09.1992 №256 и постановлению Правительства РФ от 13.08.1997 №1005 "Об упорядочении бесплатного обеспечения детей первого – второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания".

Финансирование мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции у новорожденных осуществляется из нескольких источников, в том числе из федерального бюджета, бюджета субъектов Федерации, а также донорских и благотворительных организаций. К ним относятся закупка и снабжение тест-системами. Если в начале 2000-х годов обеспечение тест-системами на ВИЧ происходило в основном за счет федерального бюджета, то в последние годы данная функция передана субъектам Федерации.

Таким образом, необходимо констатировать, что в России на федеральном уровне достаточно четко организовано и налажено управление программой ППМР. В рамках деятельности Координационного совета Минздрава России проводятся основные мероприятия, нацеленные на реализацию программы. Поддержка регионов со стороны федерального центра осуществляется путем организационно-методической,

практической и финансовой помощи. В территориях управление программой осуществляется при тесном взаимодействии служб охраны материнства и детства и региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

Помимо государственных структур, к работе по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ в той или иной форме привлечены различные общественные организации. На государственном уровне разработаны и утверждены приказы, стандарты, протоколы и инструкции по ПВТ, которые строго соблюдаются на местах. Кроме того, с учетом эпидемиологической ситуации по ВИЧ, социально-экономических и демографических особенностей, в территориях изданы местные нормативные документы, причем в некоторых случаях – с опережением федеральных инструкций. К работе по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку в РФ привлечены все медицинские и социальные работники, в той или иной степени связанные с родовспоможением и детством. В оказании помощи по ПВТ активно участвуют не только врачи, но и средние медработники.

Несмотря на имеющиеся трудности с материально-техническим обеспечением программы, необходимо отметить приоритет данного направления при решении вопросов финансирования как на федеральном, так и на региональном уровнях. Органы управления здравоохранением мобилизуют имеющиеся материальные ресурсы, активно развивают новые направления деятельности, способствуя интеграции служб, внедрению новых диагностических и лечебных технологий, контролируют эффективность проводимых мероприятий, тесно взаимодействуют с общественными организациями.

В комплексе мер по реализации программы прослеживаются все 4 стратегических компонента профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных на различных уровнях оказания медицинской помощи беременным женщинам и женщинам репродуктивного возраста. Более 90% ВИЧ-инфицированных женщин в том или ином объеме охвачены программой ПВТ на разных этапах беременности. Проводятся мероприятия по вовлечению в программу группы потребителей инъекционных наркотиков, придан новый импульс работе по санитарному просвещению населения.

Вместе с тем в реализации программы профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ в РФ остается множество нерешенных проблем, требующих комплексного межведомственного подхода на всех уровнях оказания помощи женщинам и детям.

Россия увеличит расходы на лечение больных ВИЧ и гепатитом

В России в ближайшие три года будет осуществлен поэтапный рост бюджетных ассигнований на профилактику, выявление и лечение таких заболеваний, как вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и некоторых форм гепатита. "Даже в условиях кризиса в 2010 году предусмотрен существенный рост бюджетных ассигнований на профилактику, выявление и лечение ВИЧ, гепатита В и С в рамках проекта "Здоровье" – с 8,9 млрд. рублей до 13,5 млрд. рублей", – заявила председатель Комитета Госдумы по охране здоровья Ольга Борзова на заседании круглого стола в Госдуме, добавив, что планируется также рост расходов в последующие годы до 19 млрд. рублей в 2011–2012 годах. Заседание проводилось 8 октября 2009 года по инициативе Комитета по охране здоровья и было посвящено вопросам совершенствования законодательства в сфере предупреждения распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции). По данным Борзовой, в России уже зарегистрировано более 500 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, при этом большую часть заболевших составляют лица трудоспособного возраста.

Эстонская тюрьма получила приз ВОЗ

Тюрьма Мурру завоевала приз "Лучшая практика" Всемирной организации здравоохранения за оказание медицинских услуг заключенным. По словам директора тюрьмы Тоомаса Эрнитса (Toomas Ernits), качество врачебной помощи за последние годы серьезно улучшилось. В конкурсной работе тюрьмы Мурру подчеркивалось в первую очередь желание оказывать заключенным медицинские услуги такого же уровня, как те, которые получают заключенные более новых тюрем, а также чтобы уровень медицины не уступал и предлагаемым услугам на свободе. В тюремной медицине важное место занимает профилактика и анализ на ВИЧ. "Мы регулярно берем анализы как у прибывающих заключенных, так и у тех, которые находятся в тюрьме, и по этой причине мы знаем, что ВИЧ в тюрьме не распространяется", – подчеркнул директор. Также, по его словам, в тюрьме предлагают хороший уровень услуг врача общей практики и врача-специалиста. Приз ВОЗ "Лучшая практика" выдают раз в два года. На конкурс можно представлять работы в трех категориях: оказание услуг здравоохранения заключенным, профилактические и образовательные услуги для заключенных, сотрудничество тюрьмы и внешнего мира по развитию здравоохранения. В каждой категории выбирается пять призеров "Лучшей практики". В 2007 году этот приз завоевал проект по борьбе с ВИЧ Тартуской тюрьмы.

Резервы снижения риска передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) от матери ребенку

Александр Голиусов

начальник
отдела организации
надзора за ВИЧ/СПИД
и вирусными гепатитами
Роспотребнадзора



Лариса Дементьева

заместитель начальника
отдела организации
надзора за ВИЧ/СПИД
и вирусными гепатитами
Роспотребнадзора



Наталья Вартапетова

генеральный директор
Института здоровья семьи



В Российской Федерации в апреле 2009 года зарегистрировано 500 тыс. случаев ВИЧ-инфекции. Свыше 80% ВИЧ-инфицированных – люди в возрасте от 15 до 30 лет. Инфицирование при парентеральном употреблении наркотиков остается ведущим путем передачи ВИЧ. Однако инфицирование женской части населения происходит значительно чаще при половых контактах. Сохраняются стойкая тенденция роста случаев ВИЧ среди женщин репродуктивного возраста и, как следствие, рост числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. За время эпидемии женщинами с ВИЧ рождено более 22 тыс. детей, инфицировано от матери 2838 детей.

Профилактика вертикального пути передачи, или профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), – это комплекс мер предупреждения инфицирования ВИЧ плода или ребенка от матери во время беременности, родов и при грудном вскармливании. В отсутствие профилактических мероприятий риск передачи ВИЧ от матери ребенку составляет 15–25% в развитых странах и 25–45% – в развивающихся странах.

Основные методы ППМР: назначение антиретровирусных (АРВ) препаратов матери во время беременности, в родах и ребенку после рождения; плановое кесарево сечение; ограничение инвазивных процедур во время беременности и родов; вскармливание ребенка искусственными смесями.

В США и Великобритании успешная организация медицинской помощи позволила снизить риск вертикальной передачи ВИЧ с 26% в 1993 году до 1,2% в 2000–2006 годах. В РФ к концу 2008 года доля детей, инфицированных ВИЧ вследствие вертикальной передачи, составила 10%.

В настоящее время в России может быть предоставлена вся необходимая медицинская помощь для предупреждения вертикальной передачи ВИЧ. Это обеспечено государственным финансированием и регламентировано нормативными документами. Финансирование лечебно-диагностических и профилактических мероприятий осуществляется благодаря одному из направлений приоритетного национального проекта "Здоровье" – "Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ", которое проводится Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). В рамках проекта ежегодно выделяются средства на диагностические тест-системы и АРВ-препараты (рис. 1), которые предназначены, в том числе, и для профилактики вертикальной передачи ВИЧ.

Определение организационных резервов здравоохранения для дальнейшего снижения риска вертикальной передачи ВИЧ являлось одной из задач государственного контракта Роспотребнадзора, заключенного с Институтом здоровья семьи (ИЗС) в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье". Для решения этой задачи ИЗС при поддержке ведущих экспертов разработал руководство по оценке медицинских учреждений. В 2008–2009 годах ИЗС совместно с соисполнителями – ММА им. И.М. Сеченова и МГМСУ – провел оценку в 150 медицинских учреждениях более 40 территорий.

Далее представлены основные проблемы организации медицинской помощи по ППМР и пути их решения.

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, Федеральный закон РФ от 12.08.1996 №112-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом

иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)", приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ определяют необходимость консультирования до и после обследования на ВИЧ. Это делается для повышения информированности женщин не только об обследовании на ВИЧ, но и, самое главное, о методах профилактики ВИЧ-инфекции.

Однако в большинстве медицинских учреждений (женских консультациях и родильных домах) женщины не консультируются медицинскими работниками до и после обследования на ВИЧ. Это объясняется отсутствием специальной подготовки во время до- и последилового медицинского образования и методических материалов.

Другой серьезной проблемой является отсроченное поступление результатов обследования на ВИЧ, которое может занимать от 1 до 2 недель. Это отодвигает начало углубленного обследования и, при необходимости, лечения.

Необходимо обучать медицинских работников навыкам консультирования, связанного с обследованием на ВИЧ. Руководителям медицинских учреждений следует контролировать качество оказания этой важной, декларированной законодательством медицинской услуги, а также своевременное поступление результатов обследования. Поступление результатов обследования должно занимать не более 3 дней.

Для повышения эффективности медицинской помощи по ППМР в рамках проекта "Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ" ИЗС разработал полный комплект методических и информационных материалов для медицинских работников, включающий алгоритмы консультирования по ППМР. Совместно с ММА им. И.М. Сеченова в 30 регионах проводятся семинары, в которых в интерактивной форме врачи и средний медицинский персонал обучаются консультированию.

Повысить информированность женщин о методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку можно с помощью информационных наглядных и раздаточных материалов.

В медицинских учреждениях, в которых проводилась оценка, отмечался острый дефицит материалов по ППМР. По заказу Роспотребнадзора Институт здоровья семьи разработал буклеты и брошюры по этой тематике, предназначенные для населения и ВИЧ-инфицированных женщин.

Большинство женских консультаций, родильных домов и детских поликлиник игнорирует пассивную роль в определении тактики ППМР, полагаясь только на заключения из центров по профилактике и борьбе со СПИДом, несмотря на то что приказы Мин-

здравоохранения России определяют ответственность первичного звена за оказание медицинской помощи по ППМР.

Важнейшим условием обеспечения охвата женщин с ВИЧ медицинским наблюдением является междисциплинарное взаимодействие. Акушерам-гинекологам и педиатрам совместно с сотрудниками центра СПИД следует обсуждать динамику показателей вирусной нагрузки и лимфоцитов CD-4 во время беременности, контролировать прием АРВ-препаратов, приверженность к медицинскому наблюдению, определять метод ведения родов. В случае необходимости – осуществлять патронаж на дому и привлекать социальных работников.

Особенно важна разработка схем проведения ППМР для женщин, не наблюдавшихся в медицинских учреждениях во время беременности и/или у которых ВИЧ-инфекция выявлена только в родах.

Данные официальной статистики показывают, что охват 3-этапной АРВ-профилактикой ежегодно растет, однако почти 17% женщин не получают АРВ-препараты (рис. 2), наиболее часто – во время беременности.

Для женщин, не получавших АРВ-препараты во время беременности или недостаточно приверженных к их приему, необходим выбор более активных схем АРВ-профилактики в родах и для новорожденного (использование комбинации нескольких АРВ-препаратов). Использование этих схем также необходимо для женщин, принимавших АРВ-препараты во время беременности в соответствии с предписаниями, но имеющих высокие показатели вирусной нагрузки. В этих случаях также показано родоразрешение с помощью кесарева сечения, которое в 2 раза снижает риск перинатальной передачи ВИЧ.

Медицинские работники должны иметь четкие протоколы для выбора АРВ-препаратов и метода родоразрешения в зависимости от клинической ситуации. Вся необходимая информация представлена в "Клинико-организационном руководстве по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку", разработанном ИЗС по заказу Роспотребнадзора.

В рамках мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку медицинским работникам разъясняется необходимость соблюдения конфиденциальности ВИЧ-статуса и исключения дискриминации. Семинары обязательно включают темы, посвященные юридической ответственности медицинских работников за реализацию федерального законодательства в области ВИЧ.

К сожалению, отсутствует общегосударственная система бесплатного обеспечения женщин с ВИЧ искусственными молочными смесями для вскармливания ребенка после

выписки из родильного дома. В ряде территорий смеси выдаются только по социальным показаниям. Это удлиняет и усложняет для женщины получение смеси для вскармливания ребенка.

Необходима разработка регионального законодательства с упрощенной системой обеспечения питанием всех детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, до 1 года и более, что уже проводится в некоторых территориях.

ВИЧ-инфицированные женщины недостаточно консультируются о планировании семьи и не имеют возможности бесплатно получить контрацептивы. В руководстве по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ "Репродуктивное здоровье женщин с ВИЧ", разработанном ИЗС и распространенном во всех регионах РФ в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье", описывается методика консультирования по вопросам планирования семьи и возможности использования всех методов контрацепции при ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваниях.

Планирование семьи – важная составляющая профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

За счет государственного финансирования медицинские учреждения получают лечебно-диагностическое и информационно-методическое обеспечение. Следовательно, есть ресурсы для снижения риска вертикальной передачи ВИЧ до показателя развитых стран. Для этого необходимо:

- внедрение в повседневную практику консультирования;
- сокращение сроков поступления результатов обследования;
- установление постоянной взаимосвязи медицинских учреждений первичного звена между собой, с центрами по профилактике и борьбе со СПИДом и социальными службами;
- выбор АРВ-препаратов и метода родоразрешения должен осуществляться на основании вирусной нагрузки и иммунологического статуса женщин;
- обеспечение всех детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, искусственными смесями;
- консультирование по планированию семьи на всех этапах оказания медицинской помощи;
- доступность информационных материалов для населения по профилактике ВИЧ и ППМР;
- эффективная система контроля качества медицинской помощи по ППМР;
- постоянное обучение медицинского персонала.



Рис. 1. Соотношение расходов на лечение и профилактику в рамках нацпроекта, млн. рублей

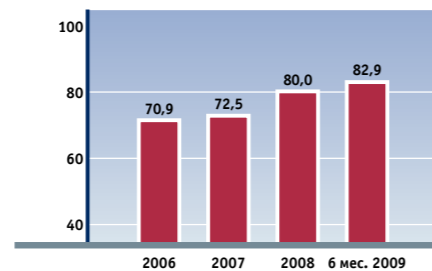


Рис. 2. Полный трехэтапный курс химио-профилактики: во время беременности, родов и ребенку, процентов

При правильном и одновременном соблюдении всех указанных мероприятий риск передачи ВИЧ от матери ребенку снижается в 10 раз.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, – одна из приоритетных задач проекта «Мать и дитя»

Наталья Вартапетова
генеральный директор
Института
здоровья семьи



Анна Карпушкина
заместитель
генерального
директора
Института
здоровья семьи



По определению ВОЗ, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) являются глобальными угрозами здоровью людей. Некоторые причины других глобальных угроз – материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, онкологических заболеваний – также могут быть связаны с ИППП. Это объясняется тем, что многие возбудители ИППП, ВИЧ и вирусы гепатитов могут передаваться от матери плоду и вызывать тяжелые заболевания новорожденного. Онкогенные типы вируса папилломы человека ответственны за развитие рака шейки матки и рака полового члена. Осложнениями хламидийной и гонококковой инфекции могут быть мужское и женское бесплодие.

К инфекциям, передаваемым половым путем, согласно МКБ-10, относятся сифилис, гонококковая инфекция (гонорея), хламидийная инфекция (урогенитальный хламидиоз), шанкрод, паховая гранулема (донованоз), хламидийная (венерическая) лимфогранулема, уrogenитальный трихомоноз, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, аногенитальные бородавки. Половым путем передаются ВИЧ, вирусы гепатитов В и С, а также некоторые паразитарные инфекции (фтириаз и чесотка), контагиозный моллюск, амебиаз и др.

Ситуация в РФ по ИППП среди детского и взрослого населения продолжает оставаться неблагоприятной. В 2008 году зарегистрировано 611 634 случая заболеваний инфекциями, передаваемыми половым путем, что составило 403,5 на 100 тыс. населения. Заболеваемость сифилисом населения в РФ в 20 раз выше, чем в США и странах Евросоюза. В Амурской, Иркутской, Калининградской, Кемеровской, Курской, Томской и Читинской областях, республиках Алтай, Тыва и Хакасия, Хабаровском крае, Еврейской автономной области и Чукотском автономном округе заболеваемость сифилисом почти в 2 раза превышает средние общероссийские показатели.

ИППП в десятки раз повышают риск инфицирования ВИЧ – наиболее серьезной по последствиям инфекцией. На конец 2008 года антитела к ВИЧ выявлены у 470 985

человек в РФ (преимущественно это люди в возрасте 20–30 лет).

В настоящее время определены основные подходы к профилактике ИППП. Первичная профилактика заключается в проведении программ, направленных на формирование ответственного сексуального поведения населения для предотвращения инфицирования ИППП. Вторичная профилактика включает организацию медицинской помощи пациентам с ИППП, направлена на снижение вероятности передачи инфекции половым партнерам и повторного заражения ИППП. Однако существует ряд проблем, затрудняющих борьбу с ИППП:

- сомнения в конфиденциальности оказания медицинской помощи. Это препятствует привлечению сексуального партнера пациента для его обследования и лечения;
- высокая распространенность ИППП среди молодежи, включая подростков, и других групп риска, редко обращающихся за медицинской помощью;
- широко распространенное ложное предубеждение о постыдности заболеваний, обусловленных возбудителями ИППП;
- самолечение в связи со свободным доступом антимикробных и противовирусных препаратов в аптечную сеть;
- оказание лечебно-диагностической помощи медицинскими работниками, не имеющими соответствующих знаний по ИППП;
- возможность бессимптомного течения некоторых ИППП, что, с одной стороны, способствует распространению ИППП, с другой стороны, скрывает реальную статистику и затрудняет планирование профилактических программ;
- сложность организации и большие финансовые затраты проведения популяционных исследований, позволяющих установить реальную заболеваемость ИППП;
- отсутствие стандартизированных протоколов диагностики и лечения большинства ИППП, базирующихся на принципах доказательной медицины.

Для преодоления этих проблем необходимо совершенствование первичной и специализированной медицинской помощи. Этому призвана помочь деятельность проекта "Мать и дитя". Проект проводится российской организацией – Институтом здоровья семьи (ИЗС) и финансируется Агентством США по международному развитию. За 10 лет работы проекта в нем участвовали более чем 20 российских регионов: республики Карелия, Коми и Саха (Якутия), Ханты-Мансийский автономный округ, Алтайский, Пермский, Приморский и Хабаровский край, Вологодская, Иркутская, Калужская, Кемеровская, Курганская, Курская, Ленинградская, Мурманская, Нижегородская, Новгородская, Омская, Сахалинская, Смоленская, Томская, Тюменская области, города Красноярск и Оренбург.

Дизайн, содержание и процесс внедрения проекта "Мать и дитя" являются компонентами сформированной и апробирован-

ной модели улучшения качества медицинской помощи семье, женщинам и детям. Инновационный дизайн проекта способствует внедрению в практическое здравоохранение современных эффективных практик медицинской помощи, основанных на доказательной медицине, отвечающих потребностям пациентов/клиентов и соблюдающих их права. К внедрению в рамках проекта отбираются только те рекомендации, эффективность которых соответствует самым высоким критериям доказательности. Наиболее достоверными признаются рекомендации, полученные с помощью систематического обзора рандомизированных исследований. Подобные исследования позволяют оценить и сопоставить пользу и риск от медицинского вмешательства. Принципиальной особенностью проекта "Мать

и дитя" является то, что процесс внедрения современных международных технологий в практическое здравоохранение основан на их широком обсуждении с ведущими российскими экспертами.

Ожидаемыми результатами от работы проекта в области ИППП являются:

- улучшение качества профилактики, диагностики и лечения ИППП в учреждениях, оказывающих первичную и специализированную медицинскую помощь;
- повышение удовлетворенности пациентов от оказываемой медицинской помощи;
- понижение заболеваемости ИППП.

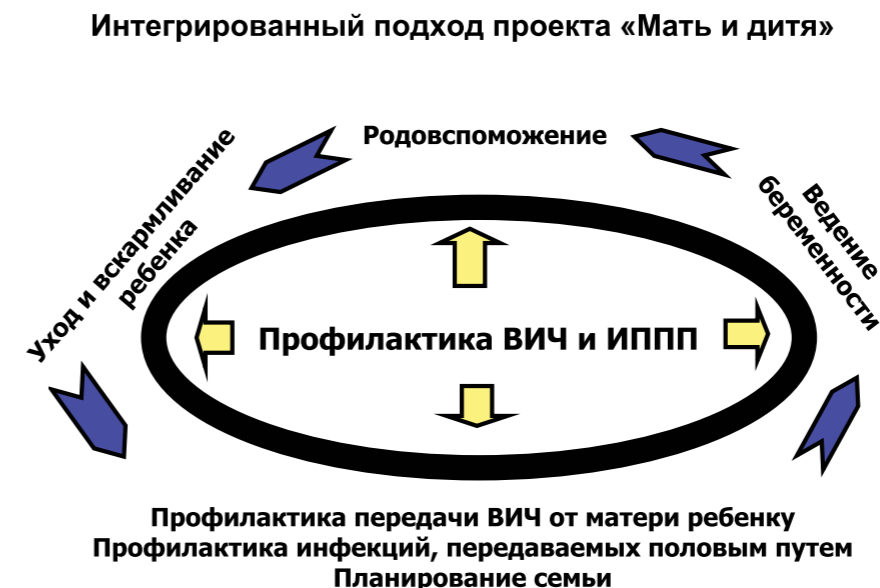
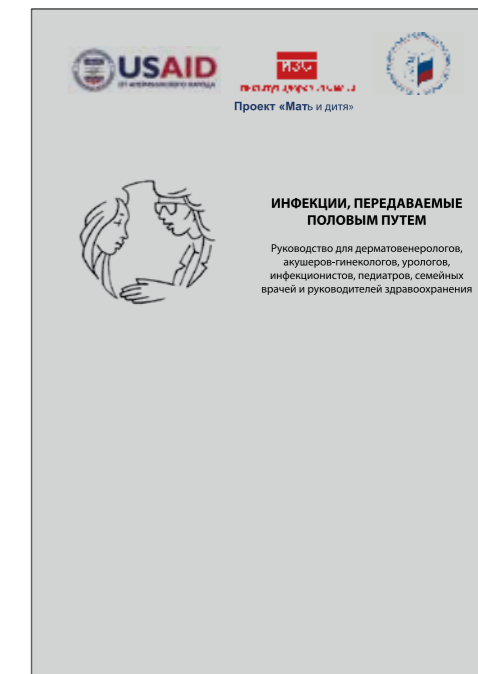
Компонент по профилактике ИППП и ВИЧ, с одной стороны, является независимым направлением работы, а с другой – входит и в другие направления работы проекта "Мать и дитя".

С целью совершенствования организационной, лечебно-диагностической и про-

ботано руководство "Инфекции, передаваемые половым путем".

Задачи руководства следующие:

- представить эффективные практики в области профилактики, диагностики и лечения ИППП;
- повысить знания медицинских работников по профилактике, диагностике и лечению ИППП;



филиактической помощи в области ИППП, предоставляемой населению в специализированных медицинских учреждениях и медицинских учреждениях первичного звена, в 2008 году сотрудниками Института здоровья семьи проведена серия консультаций и совещаний с наиболее компетентными российскими экспертами в области ИППП и женского и мужского репродуктивного здоровья. Это обсуждение показало необходимость создания методического пособия, обобщающего лучший международный опыт, для внедрения эффективного стандартизированного и интегрированного подхода к профилактике, диагностике и лечению ИППП, ВИЧ и вирусных гепатитов. В 2009 году сотрудниками ИЗС при поддержке ведущих специалистов разра-

ботано руководство "Инфекции, передаваемые половым путем".

- усовершенствовать навыки консультирования пациентов по вопросам репродуктивного здоровья.

В руководстве представлен синдромально-нозологический подход к диагностике и лечению некоторых распространенных заболеваний репродуктивной системы у мужчин и женщин: вагинитов, цервицитов, уретритов и др. Разъясняется значение условно-патогенных микроорганизмов в этиологии некоторых урологических и гинекологических заболеваний.

Отличительные особенности руководства "Инфекции, передаваемые половым путем":

- представлен обзор всех существующих международных профилактических программ по борьбе с ИППП, ВИЧ и вирусными гепатитами В и С, с определением их эффективности;
- описана методология консультирования пациентов, помогающая выявить факторы риска опасного сексуального поведения и провести соответствующее консультирование по различным вопросам репродуктивного здоровья, ИППП и ВИЧ, а также профилактике незапланированной беременности;
- сопоставлена целесообразность использования тех или иных лабора-

торных исследований для диагностики ИППП, ВИЧ и вирусных гепатитов В и С, с учетом их чувствительности и специфичности. Описана методика забора клинического материала и условия его транспортировки;

- представлены эффективные схемы лечения ИППП, ВИЧ и вирусных гепатитов В и С, урогенитальных заболеваний у мужчин и женщин (связанных с ИППП), с учетом принципов доказательной медицины;
- определены требования к медицинским учреждениям, оказывающим медицинскую помощь по ИППП;
- представлены особенности контрацепции при ИППП, ВИЧ-инфекции и гепатитах В и С.

Руководство предназначено для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, педиатров, инфекционистов и семейных врачей. Согласно российским нормативным документам, перечисленные специалисты имеют право и должны оказывать медицинскую помощь больным ИППП. Руководство будет полезно и врачам других специальностей, оказывающим медицинскую помощь больным ИППП: проктологам, инфекционистам, отоларингологам и окулистам.

На основе руководства Институт здоровья семьи с привлечением ведущих специалистов разрабатывает обучающий курс для врачей различных специальностей: дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, педиатров, инфекционистов и семейных врачей. ИЗС создает также информационные материалы для населения по профилактике ВИЧ и ИППП, доступность и эффективность представленных в них информации тестируется в качественных исследованиях в фокус-группах.

Руководство прошло государственную аккредитацию и рекомендовано в качестве учебного пособия для системы послевузовской профессиональной подготовки по специальностям "акушерство и гинекология", "дерматовенерология", "инфекционные болезни", "общественное здоровье и организация здравоохранения" (регистрационный номер рецензии №539 Федерального института развития образования).

Познакомиться с руководством "Инфекции, передаваемые половым путем" можно с ноября 2009 года на сайте <http://www.ifhealth.ru>. На этом сайте представлены и другие материалы, разработанные в проекте "Мать и дитя".

ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Институт здоровья семьи (ИЗС) – российская организация, деятельность которой направлена на улучшение здоровья детей и взрослых. ИЗС занимается разработкой и внедрением проектов, позволяющих повышать эффективность системы здравоохранения, улучшать знания и навыки медицинских и социальных работников, совершенствовать образовательный процесс в медицинских вузах и колледжах.

Сотрудники ИЗС обладают большими знаниями и опытом в сфере общественного здоровья, различных направлениях клинической медицины и медицинского образования. Многие являются членами международных организаций, определяющих политику в вопросах охраны здоровья и прав женщин и детей. Среди экспертов ИЗС – доктора и кандидаты медицинских наук, руководители медицинских учреждений и другие специалисты, имеющие большой практический опыт.

В сотрудничестве с российскими и международными организациями ИЗС использует принципиально новые, соответствующие современным стандартам подходы и методы. Это позволяет ИЗС быть востребованным не только в России, но и в других странах.

Институт здоровья семьи внедряет проекты, способствующие повышению эффективности системы здравоохранения и службы социальной защиты на региональном уровне и на уровне отдельных учреждений. Также он предлагает программы укрепления здоровья на рабочем месте, проводит семинары и тренинги для медицинских работников и других специалистов по различным тематикам. Все тренинги разработаны с учетом методологии обучения взрослой аудитории, основаны на данных современных международных исследований, доказательной медицины, проводятся дипломированными специалистами, сотрудниками кафедр ведущих медицинских вузов, а также экспертами ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Сотрудники и эксперты ИЗС создают рекомендации по решению актуальных задач в области здравоохранения для государственных организаций и частного бизнеса. ИЗС оценивает качество медицинской помощи и соответствие стандартов и протоколов современным российским и международным рекомендациям.

Институт проводит исследования с соблюдением современных эпидемиологических и этических требований, разрабатывает информационные и методические материалы как для специалистов в области здравоохранения, так и для населения.

Россия, 119049 Москва,
ул. Коровий Вал, д. 7, оф. 175
Тел.: (495) 937 3623
Факс: (495) 937 3680
E-mail: info@ifhealth.ru
<http://www.ifhealth.ru>



Институт Здоровья Семьи



Информационные материалы для населения и ВИЧ-инфицированных женщин

Практические аспекты организации профилактики ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России

Алексей Бобрик
заместитель директора
Открытого института
здоровья



Ксения Ерошина
руководитель отдела
мониторинга и оценки
Открытого института
здоровья

Елена Михель
эксперт
Открытого института
здоровья
по этнопсихологии
и профилактической
работе с мигрантами

ВИЧ/СПИД и миграция представляют собой две важные проблемы, с которыми сегодня сталкивается человечество. В конце 2007 года, по оценкам ЮНЭЙДС и Всемирной организации здравоохранения, число людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), превысило 33 млн. человек. В то же время сегодня в мире 175 млн. человек, или около 3% населения планеты живут вне страны своего гражданства. При этом многочисленные исследования показывают, что вследствие социально-культурных и экономических факторов мигранты имеют повышенный риск ухудшения здоровья в целом и в связи с ВИЧ/СПИД в частности.

Во-первых, вследствие ограничения прав за пределами родной страны и незнания законов новой страны, мигранты потенциально уязвимы для дискриминации и эксплуатации. Эта маргинализация усиливается и тем, что из-за своей непохожести мигранты также могут сталкиваться с ксенофобией, изоляцией и враждебностью со стороны части населения принимающей страны.

Во-вторых, нередко существует целый ряд серьезных потенциальных препятствий для получения мигрантами информации о профилактике заболевания и медицинской помощи: культурные и языковые различия, экономические барьеры, административные и законодательные ограничения для нелегальных мигрантов, ВИЧ-позитивных иностранных граждан и пр.

В-третьих, пребывание в новой стране может провоцировать у рабочих-мигрантов поведение, более рискованное в отношении заражения ВИЧ-инфекцией. Это связано с тем, что нередко трудовая миграция означает разделение с семьей и постоянными партнерами, таким образом повышая спрос на платные сексуальные услуги и увеличивая вероятность случайных связей. Кроме того, пребывание в новой стране дает ощущение освобождения от прежних социальных норм и ограничений. Наконец, оторванные от своего привычного социума рабочие-мигранты становятся восприимчивы к воздействию равного окружения, то есть соотечественников, которые ранее прибыли в эту страну и уже приняли ка-

кие-то новые, иногда и достаточно опасные, поведенческие стереотипы.

Вследствие этого мигрантам может грозить повышенный риск заражения ВИЧ в стране пребывания. Этот риск, в свою очередь, распространяется на близких родственников и сексуальных партнеров в родной стране, которые могут заразиться при возвращении рабочих-мигрантов на родину. Также мигранты могут оказывать существенное влияние на эпидемиологическую ситуацию и в стране пребывания. Например, в Израиле более 50% новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых приходится на лиц, рожденных в Эфиопии и странах бывшего СССР. В Амстердаме 63% случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин выявляется у иностранных граждан. Поэтому в последние 10–15 лет страны со значительным миграционным притоком обращают все большее внимание на профилактику ВИЧ-инфекции среди мигрантов с целью защиты собственного населения, самих мигрантов и членов их семей от заражения.

Международный опыт также свидетельствует о том, что организация эффективной профилактики ВИЧ среди мигрантов нередко требует особых форм работы с учетом специфических особенностей данной целевой группы, особенно в тех случаях, когда культура принимающей страны и культура страны, из которой прибыли мигранты, достаточно отличаются. Ввиду чрезвычайно разнообразия возможных местных обстоятельств и культурных особенностей этнических групп возможны различные методы профилактической работы среди мигрантов. Однако в любых ситуациях необходимыми предпосылками для организации успешной работы являются:

- анализ положения мигрантов и связанного риска ВИЧ-инфекции;
- активное вовлечение в разработку профилактических мероприятий носителей привнесенной культуры;
- систематическая адаптация методов работы к конкретным местным обстоятельствам.

Россия в настоящее время является страной, привлекательной для притока иностранной рабочей силы. Областные центры с развитой производственной базой и сравнительно высоким уровнем заработной платы становятся местом сосредоточения и перераспределения большого количества мигрантов из стран ближнего и дальнего зарубежья. По различным экспертным данным, приток иностранных рабочих в Россию в 2008 году составил около 8 млн. человек. При этом, несмотря на значительное расши-

рение деятельности программ по борьбе со СПИДом в РФ, рабочие-мигранты до последнего времени практически выпадали из поля деятельности отечественных профилактических программ. Сегодня в большинстве регионов работа с этой целевой группой обычно ограничивается массовым тестированием для выдачи сертификата об отсутствии ВИЧ-инфекции, который, в соответствии с действующим законодательством, должны получать все лица, въезжающие на территорию Российской Федерации сроком более чем на 3 месяца. Выявление ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства является основанием для отказа в выдаче либо для аннулирования разрешения на временное проживание или вида на жительство.



Следует особо подчеркнуть, что данные положения российского законодательства не являются уникальным явлением в миро-

вой практике. Сегодня те или иные ограничения на въезд или проживание ВИЧ-инфицированных иностранцев действуют в 67 странах. Однако в абсолютном большинстве случаев эти законодательные нормы были внедрены еще в 1980-х годах на волне иррационального страха перед ВИЧ/СПИДом и в условиях слабого понимания эпидемиологии данного заболевания. Сегодня же специалисты общественного здравоохранения все чаще ставят под сомнение как эффективность "эпидемиологического

кордона" для предотвращения заноса ВИЧ-инфекции через национальные границы, так и этическую состоятельность законодательных ограничений на перемещение ВИЧ-инфицированных лиц. В результате все большее количество стран смягчают или отменяют данные статьи национального права. Типичным примером являются США, где в 2008 году специальным указом президента были отменены требования по тестированию въезжающих лиц на ВИЧ-инфекцию. В Российской Федерации для большей части мигрантов основной причиной приезда является возможность заработка, что во многом определяет их поведение в отношении собственного здоровья, ожидаемых условий жизни и труда и пр. Поэтому забота о своем здоровье обычно не является приоритетом для трудовых мигрантов, а лица, знающие о своем положительном ВИЧ-стату-

се, вынуждены скрывать его и, как правило, находят разнообразные нелегальные пути для пребывания в России. Таким образом, ситуация с ВИЧ-инфекцией среди мигрантов "загоняется в подполье", однако проблема при этом не решается.

Следует также учитывать, что сегодня из 10 стран, которые обеспечивают основной приток мигрантов в нашу страну, лишь в Украине и Молдове распространенность ВИЧ-инфекции среди населения выше или аналогична таковой в России, а во всех других

странах распространенность ВИЧ-инфекции намного ниже, чем в РФ. Доступные официальные данные регистрации ВИЧ-инфекции в российских регионах также, как правило, свидетельствуют о значительно меньшей пораженности иностранных граждан. Например, на середину 2007 года выявление новых случаев ВИЧ-инфекции среди мигрантов и общего населения составило в Москве соответственно 187,2 и 270,6 на 100 тыс. человек, в Московской области – 167,8 и 450,5, в Ханты-Мансийском автономном округе – 157,1 и 668,6. С другой стороны, в некоторых странах СНГ повышенный уровень регистрации ВИЧ-инфекции сегодня отмечается именно среди лиц, которые выезжали на заработки в Россию. Например, по данным исследования, проведенного среди более чем 500 трудовых мигрантов и членов их семей в Таджикистане, распространенность ВИЧ-

инфекции среди лиц, работавших в России, составила 2,2%, что значительно превышает средний показатель по стране. Таким образом, несмотря на существенные ограничения доступной информации, основная масса эпидемиологических данных пока свидетельствует о том, что риску заражения ВИЧ-инфекцией в России подвергаются в первую очередь сами трудовые мигранты, что в будущем может привести к резкому росту заболеваемости ВИЧ в их родных странах.

Результаты оценки ситуации, проведенной Открытым институтом здоровья (ОИЗ) в 2007 году в пяти городах РФ, показали, что большинство трудовых мигрантов – это мужчины в возрасте 20–40 лет, состоящие в браке, но приезжающие в Россию без семей. Более половины мигрантов связаны с сезонными работами. Зимой они возвращаются на родину, а в начале строительного, сельскохозяйственного и туристического сезонов приезжают в Россию. Уязвимость данной целевой группы к ВИЧ-инфекции определяется крайне низкой осведомленностью иностранных рабочих о путях передачи ВИЧ-инфекции и методах профилактики, а также высокой распространенностью рискованных поведенческих практик. Таким образом были идентифицированы два приоритета в работе по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России: повышение информированности о ВИЧ/СПИДе и пропаганда использования презерватива как надежного средства профилактики. С учетом этих данных в начале 2007 года при поддержке ОИЗ началась реализация первой российской программы по контролю ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов из стран СНГ и дальнего зарубежья, в рамках которой сегодня поддерживаются профилактические проекты более чем в 20 регионах России. Их опыт убедительно свидетельствует о том, что эффективная профилактика ВИЧ-инфекции среди рабочих мигрантов возможна, но требует специфических подходов, которые нередко отличаются от традиционных моделей по контролю инфекционных заболеваний. Ключевыми особенностями работы с мигрантами является установление доверительных отношений с целевой группой, учет культурных особенностей и преодоление языкового барьера.

УНИФИЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МИГРАНТОВ

Цель программы – противодействие распространению ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов В и С среди иностранных граждан, работающих на территории Российской Федерации.

Задачи программы:

1. Ограничение распространения ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов и членов их семей;
2. Ограничение распространения ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов из среды трудовых мигрантов в общее население РФ.

Предпосылки для успешной реализации программы:

1. Предварительная психологическая подготовка сотрудников проекта и работников партнерских учреждений здравоохранения для снижения барьеров межкультурного общения и облегчения понимания особенностей целевой группы;
2. Обязательная быстрая оценка ситуации в регионе, включающая:
 - анализ доступной статистической информации;
 - фокус-группы с ключевыми информантами;
 - интервью и анкетирование среди преобладающих этнических групп трудовых мигрантов.
3. Обеспечение доступа к основным группам мигрантов, что, в зависимости от региональной специфики, реализуется с использованием нескольких или всех следующих механизмов:
 - взаимодействие с крупными региональными работодателями, активно использующими труд мигрантов;
 - привлечение представителей из сообществ мигрантов для обучения по принципу "равный–равному" и проведения социальной работы за пределами медицинских учреждений;
 - взаимодействие с национальными диаспорами и религиозными организациями;
 - идентификация внутренних лидеров сообществ мигрантов и разъяснение им целей проекта для получения общей поддержки.

Основные мероприятия программы:

1. Распространение среди рабочих мигрантов достоверной информации по вопросам сохранения здоровья и снижения риска инфицирования, для чего используются:
 - печатные информационные материалы, разработанные с учетом культурных и религиозных особенностей целевой группы и при необходимости переведенные на национальные языки;
 - краткие индивидуальные консультации в ЛПУ с большим потоком мигрантов, например в СПИД-центре;
 - групповые семинары в местах массового сосредоточения трудовых мигрантов,

например в общежитиях, на предприятиях и пр.

2. Распространение средств профилактики ВИЧ и ИППП, в первую очередь презервативов.
3. Подготовка добровольцев для консультирования и обучения по принципу "равный–равному".
4. Аутрич-работа за пределами медицинских учреждений, особенно для обеспечения доступа к закрытым группам мигрантов.



5. Обеспечение доступа к тестированию на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием.
6. Направления по показаниям в партнерские ЛПУ и облегчение доступа к медицинской помощи, в том числе для диагностики и лечения ИППП и туберкулеза.
7. Облегчение доступа рабочих мигрантов и членов их семей к социальной, психологической и юридической помощи.

Необходимые участники программы и их рекомендуемая роль:

1. Региональный СПИД-центр – тестирование на ВИЧ-инфекцию, до- и послетест-

товое консультирование, распространение информационных материалов, доступ к потоку легальных мигрантов, обращающихся за получением сертификата об отсутствии ВИЧ-инфекции, предоставление статистической информации о тенденциях ВИЧ-инфекции в целевой группе и ее связи с общей эпидемиологической ситуацией в регионе.

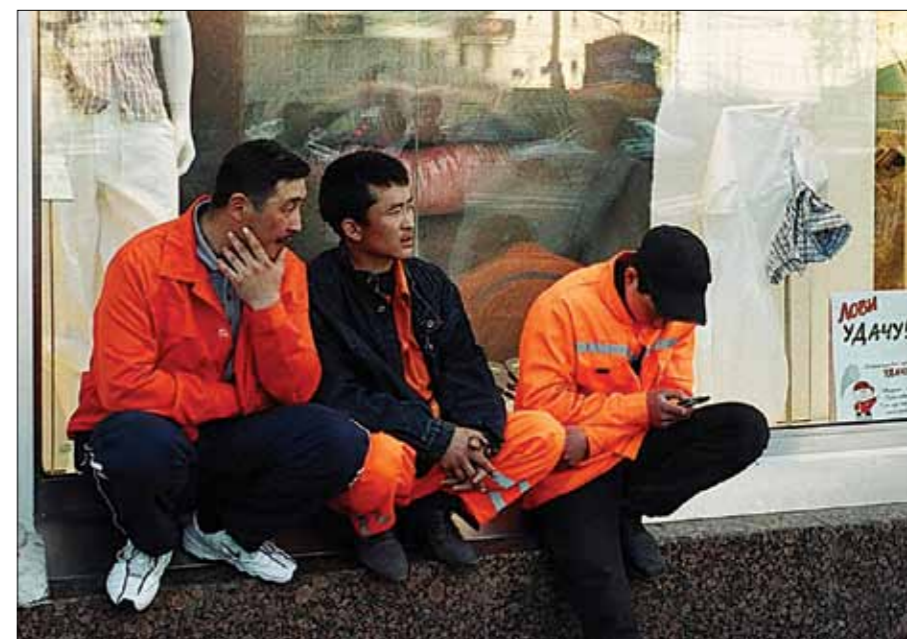
2. Миграционная служба субъектов РФ – участие в быстрой оценке ситуации, предоставление статистических данных о чис-

ленности легальных мигрантов, географии и специализации трудовой активности, распространение информационных материалов для вновь прибывших мигрантов, обеспечение контактов с крупными работодателями, консультативная и методическая помощь.

3. Предприятия и организации, использующие труд мигрантов, – обеспечение доступа к целевой группе, консультативная помощь.
4. Специализированные ЛПУ, в первую очередь кожно-венерологического и фтизиатрического профиля, – участие в быстрой оценке ситуации, организация облегчен-

ного доступа для диагностики и лечения соответствующих заболеваний.

5. Ассоциации национально-культурных организаций и другие местные НКО – консультативная помощь, доступ к целевой группе, помощь при разработке и распространении информационных материалов, привлечение добровольцев для деятельности по проекту.
6. Центр социально-правовой защиты иностранных граждан – участие в разработке информационных материалов, привле-



чение добровольцев для деятельности по проекту, консультирование по правовым и социальным вопросам.

7. Религиозные организации – помощь в обеспечении доступа к целевой группе, платформа для размещения адаптированных информационных материалов, справочной информации, использование существующих услуг религиозных общин, например помощь в оформлении документов, в получении медицинского сервиса и пр.

Примерная штатная структура типового проекта:

- руководитель проекта;
- два сотрудника, прошедшие подготовку по межкультурной коммуникации, осуществляют информационную работу и распространение средств профилактики на основной базе проекта (например, в качестве медсестры в СПИД-центре) и аутрич-работу за его стенами;
- волонтеры и равные консультанты из обученных и мотивированных представителей целевой группы, прошедших базовую подготовку по ВИЧ/ СПИДе. Осуществляют аутрич-работу в среде рабочих мигран-

тов и информируют целевую группу о деятельности проекта;

– консультанты (психолог, юрист, дерматовенеролог и т. д.). Как правило, выполняют роль доверенных специалистов в партнерских учреждениях или периодически ведут прием на основной базе проекта.

Следует особо подчеркнуть, что при проведении профилактической работы с мигрантами необходимо учитывать региональную специфику, то есть культурные и религиоз-

ные особенности, а также профессиональную специализацию конкретной группы мигрантов, существующий уровень закрытости и (не)доверия к представителям власти, оптимальные методы налаживания контактов с лидерами общин и пр. Даже в одном городе при работе с разными целевыми группами (например, торговцами из Китая на местном рынке и строителями из Таджикистана на крупном предприятии) могут понадобиться очень отличающиеся подходы. Так, по опыту Открытого института здоровья, мигранты одной этнической группы отказывались брать распространяемые презервативы, на упаковке которых находилось стилизованное изображение обнаженного женского тела, в то время как с другими национальностями подобных проблем не возникало. Кроме того, методы работы проекта могут быть очень разнообразными в зависимости от исполнителя и уровня сотрудничества, которое ему удается наладить с ключевыми региональными партнерскими организациями. Например, в разных российских городах деятельность по профилактике ВИЧ среди мигрантов сегодня ведется СПИД-центрами, кожно-венерологическими диспансерами и НКО, что, безусловно, выражается в разной организационной

структуре проектов. В некоторых проектах активными участниками являются и представители местных правозащитных организаций.

Таким образом, указанные общие принципы должны быть положены в основу любого проекта по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов. Например, невозможно организовать эффективную работу без правильной оценки ситуации или не учитывая культурно-религиозные особенности целевой группы. Также успех в привлечении представителей сообществ мигрантов для обучения по принципу "равный-равному", безусловно, сможет повысить эффективность работы в любой этнической группе. Однако структура и форма каждого конкретного проекта должны постоянно анализироваться и совершенствоваться с учетом опыта, накапливаемого в процессе оперативной работы. Например, в ряде действующих проектов было признано целесообразным осуществлять информационную работу среди мигрантов и коррекцию их поведения на менее рискованное, в том числе и через среду лиц, осуществляющих секс-услуги за плату для данной целевой группы.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПРОЕКТОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МИГРАНТОВ

Мониторинг и оценка проекта – это процесс сбора и анализа необходимой информации для определения результативности и эффективности предпринимаемых мер. Мониторинг относится к рутинному, постоянному отслеживанию процесса повседневной работы, в то время как оценка – это эпизодическое определение/измерение результатов, которые могут быть достигнуты за счет мероприятий программы.

Абсолютно необходимым шагом перед началом практической деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов является предварительная оценка ситуации. Она позволяет получить информацию о преобладающих этнических и профессиональных группах трудовых мигрантов в регионе, об уровне их знаний в отношении ВИЧ-инфекции и методов профилактики, а также распространенности рискованных поведенческих практик среди целевой группы.

На основании опыта, накопленного ОИЗ, при проведении предварительной оценки ситуации среди мигрантов целесообразно придерживаться следующей методологии:

- анализ доступных статистических данных и официальных отчетов по миграции и ВИЧ-инфекции в регионе;
- интервью или фокус-группы с представителями ключевых организаций, взаимодействующих с трудовыми мигрантами, то

есть миграционной службы, регионально-го СПИД-центра и пр.;

– наблюдения на местах и неструктурированные интервью/беседы с представителями целевой группы;

– структурированное интервьюирование не менее чем 100 представителей целевой группы;

Рекомендуется разделить эту выборку по этническому признаку следующим образом: 50 человек – преобладающая в регионе группа мигрантов, 20 человек – вторая по



численности группа мигрантов и по 15 человек – третья и четвертая группы мигрантов (если в конкретном регионе мигранты представлены менее разнообразным этническим составом, то пропорция будет меняться соответствующим образом).

Анкета, по которой проводится структурированное интервью, не должна превышать 40 вопросов, касающихся социально-демографических характеристик, сфер занятости мигрантов в России, состояния здоровья, знаний о ВИЧ/СПИДе (рекомендуемая ОИЗ анкета приведена в приложении 2).

Часть вопросов интимного характера, касающихся употребления наркотиков и сексуальной жизни, целесообразно отдавать респондентам для самозаполнения (но только в том случае, если они хорошо читают на русском языке).

Практика показывает, что проведение экспресс-оценки по предлагаемой схеме, даже в крупном городе, обычно занимает не более 2–3 недель, но при этом обеспечивает сбор и анализ данных, абсолютно необходимых любому проекту для осмысленной разработки и реализации обоснованных профилактических мероприятий в среде трудовых мигрантов.

С момента начала и в ходе реализации любого проекта для его объективной оценки используются индикаторы, которые тра-

диционно подразделяются на пять основных групп:

1. Индикаторы затрат (например, общий бюджет программы, основные статьи расходов, затраты времени).
2. Индикаторы процесса (например, количество и темы проведенных тренингов, количество распространенных презервативов, число штатных сотрудников и волонтеров и пр.).
3. Индикаторы промежуточных результатов (например, количество подго-

товленных специалистов, количество распространенных информационных материалов, предоставленные услуги, число и процент мигрантов, воспользовавшихся услугами проекта или прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию, и т. д.). Особо следует отметить, что важнейшими промежуточными индикаторами любой профилактической программы являются показатели охвата целевой группы. К показателям охвата относятся: общее число клиентов программы, число новых (первичных) клиентов, пропорция клиентов программы от оценочного числа всей популяции целевой группы на территории реализации проекта и пр.

4. Индикаторы конечных результатов (повышение уровня знаний мигрантов в отношении путей передачи и профилактики ВИЧ, снижение частоты рискованного поведения). Для удобства и объективности сравнения результатов программ профилактики ВИЧ-инфекции следует всегда стремиться к использованию одних и тех же индикаторов конечных результатов. Например, для оценки уровня информированности о ВИЧ-инфекции используются пять стандартных вопросов, рекомендуемых UNAIDS. Частота

безопасного сексуального поведения, как правило, оценивается по использованию презерватива при последнем половом акте.

5. Индикаторы воздействия (например, снижение показателей распространения ВИЧ-инфекции среди мигрантов, показатели ВИЧ-инфицирования местного населения, происходящего от мигрантов и пр.).
6. Следует особо отметить, что, хотя реализация любой программы в области здравоохранения преследует цель оказать воздействие, измерение уровня воздействия обычно предполагает весьма значительные инвестиции в оценку. Кроме того, зачастую очень трудно определить степень, в которой отдельные программы или отдельные их компоненты содействуют общему снижению распространения эпидемии ВИЧ (то есть установить причинно-следственную связь). Поэтому в большинстве проектов по профилактике ВИЧ-инфекции основное внимание уделяется индикаторам промежуточных и конечных результатов, которые обычно поддаются измерению гораздо легче, чем показатели воздействия, и могут быть достаточно успешно использованы для того, чтобы отслеживать процесс осуществления программ в соответствии с согласованными целями и задачами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России только начинается и в будущем может претерпеть существенные изменения, особенно если будет модифицировано российское законодательство, регламентирующее пребывание ВИЧ-положительных иностранных граждан в нашей стране. В долгосрочной перспективе России будет необходимо предпринять решительные шаги по созданию системы медицинского страхования, которая сможет обеспечить доступность современных лечебно-профилактических услуг для иностранцев на территории РФ. Однако на сегодняшний день проекты Открытого института здоровья уже позволили отработать простую и надежную технологию работы с целевой группой, которая при незначительной модификации и минимальных дополнительных затратах может быть немедленно использована в десятках регионов нашей страны для улучшения контроля инфекционных заболеваний в условиях массового притока рабочих мигрантов, что является достаточно новым вызовом для отечественной системы здравоохранения и нашей страны в целом.

Онкология



Валерий
Чиссов
директор МНИОИ
им. П.А. Герцена



Онкология России в свете Национальной противораковой программы

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии – одна из характерных черт здравоохранения всех развитых стран. Это обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, которая достигла довольно высоких показателей и в обозримом будущем продолжит нарастать.

В последние годы в Российской Федерации ежегодно впервые выявляется более 490 тыс. новых случаев злокачественных новообразований.

В 2007 году удельный вес смертности от онкологических заболеваний составил 13,7% (2-е ранговое место после сердечно-сосудистых заболеваний). Показатель распространенности злокачественных заболеваний в России в 2008 году составил 1834,6 на 100 тыс. населения. На конец 2008 года на учете в онкологических учреждениях России состояло более 2,6 млн. больных, то есть 1,7% населения страны. Около 60% среди впервые регистрируемых больных выявляются в III–IV стадиях заболевания. Это приводит к увеличению смертности и значительной инвалидизации больных из-за меньшей эффективности лечения. Ежегодно в России более 200 тыс. больных впервые признаются инвалидами от онкологического заболевания (13,5% от общего числа инвалидов). Расходы по инвалидности и лечению больных в III–IV стадиях заболевания являются наиболее затратной статьёй и требуют больших материально-технических вложений.

Таким образом, большую актуальность приобретает своевременное выявление и лечение больных на ранних стадиях заболевания, что является не только средством улучшения качества жизни и ее prolongации, но и способом сокращения затрат на паллиативное лечение и расходов по инвалидности. Недостаточные, а в ряде случаев отсутствующие мероприятия по раннему выявлению онкологических заболеваний и являются причиной существенной доли III–IV стадий первично выявленного заболевания.

Показатели активного выявления в России в целом абсолютно неадекватны современным возможностям медицины.

Показатель активной выявляемости составил в 2008 году 12,2% (2007 год – 12,1%).

Из 56 тыс. больных, выявленных активно в 2008 году, только 61% имел I–II стадию заболевания, из них опухоли визуальных локализаций составили 64,6%.

В 2008 году по сравнению с 2007 годом наблюдается даже некоторое снижение показателя активного выявления ЗНО почти всех визуальных локализаций.

Эти цифры свидетельствуют в первую очередь о недостаточно эффективной профилактической работе, что в значительной мере обусловлено отсутствием или уменьшением внимания как руководителей регионального здравоохранения, так и ФОМС. Деятельность фондов ориентирована в основном на лечебную работу.

Вместе с тем значимость раннего выявления онкологических заболеваний трудно переоценить, поскольку она определяет продолжительность жизни больного, успех проводимого лечения. Скрининг сегодня является единственным путем диагностики доклинического рака. Во многих высокоразвитых странах созданы специальные структуры, занимающиеся разработкой, организацией и подведением итогов скрининговых исследований. Хорошо известна экономическая целесообразность скрининговых программ. Так, по данным Международного агентства по изучению рака, выявление одного случая рака молочной железы при маммографическом скрининге стоит около 2500 долларов. Однако через 5–7 лет после широкомасштабного внедрения скрининга его стоимость, как и стоимость самого лечения, за счет выявления заболевания в ранних стадиях сокращается в 4 раза.

Окончательное обследование, постановка диагноза и лечение лиц со злокачественными новообразованиями должны являться уделом онкослужбы. В административных территориях России в 2008 году функционировали 120 онкологических диспансеров, 32% из них имеют коечный фонд 300 коек и более. В настоящее время ведется активное строительство с модернизацией отдельных клинических корпусов, каньонов для

радиотерапевтической аппаратуры. Расширение коечного фонда службы обусловлено целесообразностью проведения лечебно-диагностической помощи онкологическим больным в специализированных учреждениях с учетом многофакторности, многоэтапности лечения и мониторинга.

Минздравсоцразвития России с 2009 года начата реализация Национальной онкологической программы, рассчитанной до 2015 года. В ней предусматриваются мероприятия по профилактике и ранней диагностике, оптимизации маршрутов пациентов от установления диагноза до лечения и реабилитации. При этом выделяется 6 уровней функционирования программы.

Первый уровень: проведение профилактических осмотров специалистами первичного звена, участковыми и семейными врачами, медицинским персоналом "первичного контакта" (гинекологами, урологами, отоларингологами и т.д.), проведение программ массового скрининга (цитологические исследования на опухоли шейки матки, изучение маркеров опухолевого роста: ПСА – рака предстательной железы, СА-125 – рака яичника, инструментальные методы диагностики: цифровая флюорография, маммография, УЗИ – для щитовидной, молочной и предстательной желез, почек и других органов).

Второй уровень: передача данных о каждом подозрительном или выявленном случае злокачественного заболевания в первичные онкологические кабинеты, основные функции которых заключаются во взаимодействии с онкодиспансерами и направлении пациентов на обследование и лечение.

Третий уровень: направление пациента с выявленным или подозрительным на злокачественное заболевание диагнозом в консультативно-диагностический отдел регионального (территориального) онкологического диспансера, где должен быть использован весь спектр диагностических исследований, а также проведен комплекс противоопухолевого лечения, как в амбулаторных (стационар одного дня), так и в стационарных условиях.

Четвертый уровень: в случае необходимости более точного дообследования, а также

лечения с применением последних высокотехнологических методик больного направляют в окружной онкологический диспансер.

Следует отметить, что окружной онкологический диспансер отличается от регионального более мощным коечным фондом, большим охватом населения, укомплектованностью различными кадрами, оснащенностью, наличием специального оборудования для диагностики и радионуклидной терапии, использование которого нерационально на более ранних этапах. В окружном диспансере должны направлять потоки сложных и требующих высокотехнологических методик обследования и лечения пациентов из нескольких региональных онкодиспансеров.

Пятый уровень: федеральные онкологические институты (НИИ Минздравсоцразвития России, ФМБА России, РАМН) наряду с окружными онкодиспансерами оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь, являются разработчиками основных высоких медицинских технологий, обеспечивают организационно-методическое сопровождение деятельности региональных и окружных диспансеров, осуществляют внедрение новых методов и организационно-методическое руководство службой закрепленных территорий.

Шестой уровень: Министерство здравоохранения и социальное развитие РФ осуществляет контроль за работой всех уровней, тесно взаимодействует с федеральными онкологическими институтами. Следует отметить, что в составе профильного департамента Министерства на постоянной основе работает онкологическая экспертная группа, куда входят различные специалисты по онкохирургии, лекарственной и лучевой терапии, экспериментальной онкологии.

Преимущества предлагаемого порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным заключаются в четкой маршрутизации процесса выявления, обследования и лечения; в персональной ответственности за выполнение поставленных задач; в обеспечении мониторинга лечения, единой регистрации заболеваемости, смертности; в обеспечении эффективно специализированного лечения на разных уровнях диспансерного наблюдения.

Одной из важных задач программы является помимо скрининга, подготовки кадров и материально-технического оснащения онкодиспансеров выстраивание схемы взаимодействия между лечебными учреждениями.

Успешная реализация Национальной онкологической программы базируется на развитии высокоэффективных, высокотехнологичных современных методов диагностики и лечения.

За последние годы произошли существенные сдвиги в диагностике онкологических заболеваний всех локализаций, это связано с постепенным оснащением лечебных профильных учреждений КТ, МРТ, УЗИ, радионуклидной аппаратурой.

Практическим стандартом для онкологической службы стала волоконная эндоскопическая диагностика.

Эндоскопическая ультразвуковая диагностическая аппаратура последнего поколения позволяет с высокой точностью устанавливать толщину анаплазированной ткани при раннем раке, исследовать лимфатические узлы регионарной зоны и окружающие ткани.

Дальнейшие перспективы совершенствования эндоскопической диагностики связаны с созданием нового поколения эндоскопов и автоматическим изменением кратности увеличения, эндомикроскопией, флуоресцентно-спектроскопическим, оптическим и ультразвуковым сканированием всех слоев стенки полых органов и окружающих тканей.

Переход на новые принципы эндоскопической диагностики потребует создания новых учебно-педагогических подходов в подготовке врачей-эндоскопистов с углубленным изучением патоморфологии, микроскопии и ультразвукового диагностического исследования.

Широкое распространение приобрело использование серологических маркеров для уточнения распространенности процесса и мониторинга больных в процессе лечения.

Среди перспективных направлений в диагностике следует отметить:

- развитие методов протонно-эмиссионной томографии, создание ПЭТ-центров; ядерного магнитного резонанса (ЯМР), УЗИ для точного стадирования опухолевого процесса;
 - внедрение флуоресцентной диагностики и новых фотосенсибилизаторов для прецизионной детекции опухолей;
 - применение микроэндоскопии и эндоскопической робототехники;
 - молекулярно-генетические исследования для выявления факторов риска, прогноза возникновения и течения злокачественных новообразований, индивидуализации лечения и последующего его мониторинга;
 - диагностику вирусных инфекций как предшественников возникновения рака.
- Методика определения сторожевых лимфоузлов позволяет существенно улучшить результаты ЛАЭ, а также сократить количество интра- и послеоперационных осложнений.

Современный этап развития клинической онкологии характеризуется активным внедрением новейших технологий в практику.

Это становится возможным при успешном внедрении новых методик анестези-

ологии и реанимации, реконструктивно-пластических операций с применением микрохирургической аутотрансплантации органов и тканей, использованием новых имплантатов и эндопротезов (более долговечных, физиологичных, биологически совместимых, созданных с применением нанотехнологий; природных и идентичных им синтетических материалов для замещения дефектов мягких и костных тканей).

В этом плане определенные надежды связаны с тканеинженерными конструкциями для ремоделирования ткани на основе носителей клеточных культур (в том числе стволовых клеток), обладающих самоорганизующим потенциалом. Безусловно, внедрение таких технологий в клиническую практику требует надежных доказательств их эффективности и безопасности в фазе доклинического изучения, а также совершенствования законодательной базы, регламентирующей их использование.

Онкохирургия в последние годы характеризуется большими успехами в разработке подходов к органосохраняющему и функционально щадящему лечению, чему способствует развитие физических методов разрушения опухолей с минимальной травматизацией окружающих тканей (ИОЛТ, радиочастотная, лазерная, плазменная, ультразвуковая термоабляция; фотодинамическая терапия), активное внедрение эндоскопических манипуляций, лапароскопических и робот-ассистированных операций.

Лапаро- и тораковмешательства являются перспективными методами радикального хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями ряда локализаций.

В последние годы внедряется в практику метод фотодинамической терапии. К настоящему моменту определены основные показания для ФДТ и ее сочетанного применения.

В связи с высокой частотой выявления больных III–IV стадиями важным этапом развития специализированной помощи стало повсеместное внедрение стандарта с применением химиолучевого лечения рака.

Таким образом, проводимые мероприятия по реализации Национальной онкологической программы являются существенным шагом вперед на пути оптимизации работы онкологической службы и повышения качества оказания онкологической помощи населению.

Статья подготовлена
при участии
В. Старинского,
заместителя директора
по научной работе
МНИОИ им. П.А. Герцена

Инновационные терапевтические радиологические технологии

Анатолий Цыб

директор
Медицинского
радиологического
центра РАМН,
академик РАМН,
профессор



Игорь Гулидов

заведующий
отделением
Медицинского
радиологического
центра РАМН,
профессор



Терапевтическая радиология в современном мире является одним из локомотивов развития онкологии. Согласно последним данным, в различных видах лучевой терапии нуждаются до 75% онкологических больных. Это подтверждает и опыт Медицинского радиологического научного центра РАМН (далее МРНЦ РАМН, Центр) в Обнинске, где за последние 45 лет удалось вернуть к полноценной жизни тысячи тяжелобольных людей.

Быстрому развитию терапевтических радиологических технологий в Обнинске способствует объединение усилий в этой области МРНЦ РАМН не только с физиками и химиками расположенных в Обнинске ГНЦ РФ – Физико-энергетического института имени А.И. Лейпунского и ФГУП "Научно-исследовательский физико-химический институт имени Л.Я. Карпова" Госкорпорации по атомной энергии "Росатом", но и специалистами других ведущих научных учреждений страны. В их числе Институт ядерных исследований (г. Троицк), Институт физики высоких энергий (г. Протвино), Объединенный институт ядерных исследований (г. Дубна). Расширяется и сотрудничество с зарубежными лидерами в области современных терапевтических радиационных технологий, в частности с США.

МРНЦ РАМН – фактически единственный в России универсальный радиологический центр, в котором реализуются самые современные радиологические технологии.

Так, уже длительное время в МРНЦ РАМН используются уникальные технологии брахитерапии, в частности брахитерапия источниками калифорния-252, успешно применяемая при различных опухолях головы и шеи. По нашей инициативе в России усовершенствована и впервые внедрена в практику в Обнинске брахитерапия рака предстательной железы с помощью микроисточников радиоактивного йода-125, вводимых непосредственно в ткань пораженного органа. Процедура проводится практически бескровно. Применение компьютерно-томографического контроля

(вместо ультразвука) позволяет лечить местнораспространенные опухоли III стадии с вовлечением в процесс семенных пузырьков. Наш опыт теперь используется в клиниках Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбург, Нижнего Новгорода и Самары. Мы могли бы тиражировать новую технологию и в других городах, а также готовить кадры для ее квалифицированного применения.

Брахитерапия позволяет "подвести" к опухоли дозу в 140–160 Гр, что в 2–3 раза выше, чем при дистанционных методах лучевой терапии. При этом риск повредить мочевой пузырь, уретру или прямую кишку сведен к минимуму, а излечение достигается в 92–98% случаев. Пациент, как правило, выписывается из клиники уже на следующий день после имплантации источников йода-125 и возвращается к своей привычной нормальной жизни и работе. В числе преимуществ метода – и сохранение потенции у большинства мужчин.

Общеизвестно, что среди радиоактивных выбросов из поврежденного реактора ЧАЭС были обнаружены радиоактивные изотопы йода, которые впоследствии вызвали заболевания щитовидной железы. Но эти же изотопы можно использовать в лечебных целях. Так, йодом-131 мы успешно лечим рак щитовидной железы, его отдаленные метастазы и тиреотоксикоз. Применение радиоактивного йода в комбинированном лечении дифференцированного рака щитовидной железы у молодых больных в 98% случаев обеспечивает устойчивый положительный эффект.

У некоторых онкологических больных встречаются радиорезистентные формы злокачественных новообразований, устойчивые к традиционному лечебному воздействию с помощью гамма- и электронного излучения. В этих случаях помогут быстрые нейтроны. В Обнинске на медицинском блоке ядерного реактора БР-10, расположенном на территории Физико-энергетического института, пролечено около 500 пациентов со злокачественными новообразованиями различных локализаций. Нужно отметить, что большинство

больных были с местнораспространенными формами рака Н (Т3, Т4). Накопленный опыт подтвердил высокую эффективность использования быстрых нейтронов ядерного реактора. При этом установлено, что наилучшие результаты получаются в сочетании варианте, когда в курсе лучевой терапии нейтроны составляют около 20% от общей дозы излучения. Эффективное разрушение радиорезистентных гипоксических раковых клеток и обеспечение при этом высокого качества жизни боль-



ных дает возможность более широко применять нейтроны в онкологии в качестве органосохранной терапии. Кроме того, в ряде случаев после предварительного облучения быстрыми нейтронами появляется возможность оперативного удаления остатков опухоли. В настоящее время мы возобновляем нейтронную терапию на базе модернизированного для медицинских целей ускорителя КГ-2,5 Физико-энергетического института.

МРНЦ РАМН является одним из лидеров в интраоперационной лучевой терапии, в вопросах нетрадиционного фракционирования дозы облучения, использовании различных радиомодификаторов, например, локальной гипертермии для повышения эффективности лечения онкологических больных.

За последние годы произошло практически полное переоснащение клиники МРНЦ РАМН современным диагностическим радиологическим оборудованием. Сейчас полным ходом идет работа по оснащению Центра облучательной аппаратурой последнего поколения, позволяющей реализовывать технологии конформной лучевой терапии, облучения с модуляцией интенсивности пучка и др. Принципиальной особенностью переоснащения является его комплексный характер. Общеизвестно, что широкому внедрению современных лечебных радиологических технологий в практику препятствует отсутствие комплексного подхода при оснащении клиник, недостаточное количество высококвалифицированного персонала.

Мы стремимся избежать подобных ошибок. Наряду с поставками современных линейных ускорителей электронов с многолепестковыми коллиматорами планируется оснащение Центра специализированным компьютерным томографом для планирования лучевой терапии. Уже закуплен современный комплекс дозиметрического оборудования, позволяющий в полной мере реализовывать мероприятия по обеспечению гарантий качества лучевого лечения, без которых немыслима современная лучевая терапия. Несмотря на то что МРНЦ РАМН располагает коллективом высококвалифицированных специалистов, решено провести дополнительную специализацию персонала на рабочих местах в ведущих зарубежных клиниках. В тех случаях, когда переход на новые технологии требует принципиально иного уровня подготовки, в частности для медицинских физиков, специализация проводится в течение одного года. Итогом подобных усилий становится создание универсального специализированного радиологического центра, где наряду с современными лечебными зарубежными технологиями успешно используется и уникальный опыт наших ученых.

Применение полученного нами положительного опыта во многих регионах страны ограничено из-за отсутствия радиологических клиник, оснащенных соответствующим оборудованием. До сих пор не утверждены даже штаты сотрудников, применяющих новые радиологические лечебные технологии. МРНЦ РАМН предпринимает усилия для пропаганды достижений ядерной медицины путем организации ежегодных "Школ по радиобиологии". Эти школы проводятся в духе традиций свободного обмена мнениями, заложенных великим русским генетиком Н.В. Тимофеевым-Ресовским, который работал в нашем центре в 60-е годы минувшего века. Однако для быстрого и эффективного внедрения уникальных технологий по всей стране необходимо создание учебно-методического центра на базе МРНЦ РАМН.

Мы убеждены, что создание сети радиологических клиник и подготовка кадров для них должны стать одной из первоочередных задач Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук. С созданием сети таких клиник высокие технологии, разработанные в первом наукограде страны, в полной мере будут использованы для увеличения продолжительности жизни россиян и сокращения числа инвалидов среди тех, кто перенес тяжелое заболевание.



Радионуклидная терапия

Селективное и целенаправленное воздействие

Валерий Крылов

заведующий
отделением
МРНЦ РАМН,
д.м.н.



Радионуклидная терапия (РНТ) является особым видом лучевой терапии. Она заключается в использовании вводимых непосредственно в организм пациента (перорально, внутривенно, внутримышечно или внутритканевым способом) радиофармпрепаратов (РФП), которые воздействуют непосредственно на патологические очаги. Селективное и целенаправленное воздействие является основным преимуществом РНТ. Адресная доставка РФП позволяет формировать в очагах очень высокие поглощенные дозы (до нескольких сотен Гр) при минимальном повреждении нормальных тканей и незначительных побочных эффектах.

Самым известным и распространенным методом РНТ в онкологической практике является радиойодтерапия. Она применяется для лечения больных дифференцированным раком щитовидной железы (ЩЖ). В неонкологической практике радиойодтерапия используется для лечения больных тиреотоксикозом. Для паллиативной терапии костных метастазов применяют остеотропные соединения целого ряда радионуклидов. Показана их высокая эффективность даже в случаях прогрессирования болевого синдрома на фоне ранее проводимого лечения. За рубежом в последние годы успешно применя-

ется радионуклидная терапия (РНТ) является особым видом лучевой терапии. Она заключается в использовании вводимых непосредственно в организм пациента (перорально, внутривенно, внутримышечно или внутритканевым способом) радиофармпрепаратов (РФП), которые воздействуют непосредственно на патологические очаги. Селективное и целенаправленное воздействие является основным преимуществом РНТ. Адресная доставка РФП позволяет формировать в очагах очень высокие поглощенные дозы (до нескольких сотен Гр) при минимальном повреждении нормальных тканей и незначительных побочных эффектах.

ется радионуклидная терапия (РНТ) является особым видом лучевой терапии. Она заключается в использовании вводимых непосредственно в организм пациента (перорально, внутривенно, внутримышечно или внутритканевым способом) радиофармпрепаратов (РФП), которые воздействуют непосредственно на патологические очаги. Селективное и целенаправленное воздействие является основным преимуществом РНТ. Адресная доставка РФП позволяет формировать в очагах очень высокие поглощенные дозы (до нескольких сотен Гр) при минимальном повреждении нормальных тканей и незначительных побочных эффектах.

1. Радиойодтерапия для лечения больных раком щитовидной железы ($Na^{131}I$).
2. Радиойодтерапия для лечения больных тиреотоксикозом ($Na^{131}I$).
3. Радионуклидная терапия для паллиативного лечения больных с метастазами в кости (самарий-оксабифор, ^{153}Sm).

РАДИОИОДТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Радиойодтерапия (РЙТ) играет ключевую роль в комбинированном лечении дифференцированного рака щитовидной железы (ЩЖ). Она является безальтернативным методом для пациентов с отдаленными метастазами и/или потенциально высоким риском рецидива опухоли. Все другие методы лечения в этих случаях неэффективны.

Применение радиойодтерапии возможно только после тотального или около тотального удаления ЩЖ и регионарных метастазов. РЙТ эффективна при папиллярном и фолликулярном раке и нецелесообразна при медулярном и низкодифференцированном варианте, поскольку в последних случаях йод не будет накапливаться клетками опухоли.

Цели радиойодтерапии при дифференцированном раке ЩЖ:

- Абляция (разрушение, уничтожение) остатков опухолевой и/или тиреоидной ткани, оставшихся после хирургического этапа лечения и синтезирующих тиреоглобулин (уровень которого в крови в дальнейшем может служить в качестве опухолевого маркера).

- Обнаружение метастазов рака ЩЖ, уничтожение или подавление их роста, в том числе не выявляемых при диагностических исследованиях.

Радиоактивный йод применяется в виде водного раствора натрия йодида ($Na^{131}I$) или в капсуле внутрь, после чего пациента помещают в специализированную палату, воздух и канализационные стоки которой подвергаются дезактивации. При снижении мощности дозы до уровня, установленного нормами радиационной безопасности, больной прини-

Преимущества РЙТ при раке ЩЖ:

- Безальтернативность при отдаленных метастазах или высоком риске рецидива.
- Высокая эффективность, низкая опасность осложнений.
- Возможность выявить метастазы на доклинической и рентгеноотрицательной стадии.
- Надежный способ контроля за динамикой течения заболевания.
- Короткие сроки госпитализации (обычно от 3 до 6 суток).

для достижения стойкой ремиссии заболевания.

- Уменьшение размеров значительно увеличенной щитовидной железы.
- Достижение фона для успешного лечения эндокринной офтальмопатии.

Суть методики. По достижении медикаментозной компенсации гипертиреоза посредством приема тиреостатических препаратов пациентам проводят определение объема щитовидной железы, радиометрию, индивидуальный математический



мает душ и переодевается в чистую одежду, после чего проводится компьютерная скintiграфия всего тела, позволяющая определить распределение радиойода и выявить очаги патологического накопления.

Метод комбинированного лечения (хирургическое + радиойодтерапия) больных дифференцированным раком щитовидной железы с метастазами в средостение и/или легкие позволил достичь 5-летней выживаемости в 96,0%, 10-летней – в 79,4%; у больных с метастазами в кости 3-летняя выживаемость составила 77,5%, 5-летняя – 59,6%. У детей и подростков полная ремиссия достигнута в 74% случаев.

РАДИОИОДТЕРАПИЯ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Радиойодтерапия при лечении болезни Грейвса (диффузный токсический зоб), Пламмера (токсическая аденома щитовидной железы) является альтернативой хирургическому вмешательству, а в случаях высокого операционного риска – безальтернативным методом радикального лечения.

Цели радиойодтерапии при тиреотоксикозе:

- Полная или частичная девитализация гормонпродуцирующего (фолликулярного) эпителия щитовидной железы

расчет активности натрия йодида ($Na^{131}I$), необходимой для реализации терапевтического эффекта. Дальнейший порядок ведения больных аналогичен таковому при радиойодтерапии рака щитовидной железы.

Преимущества РЙТ при тиреотоксикозе:

- Высокая эффективность (90%).
- Короткие сроки лечения (госпитализация – 6 суток).
- Нет рисков, связанных с наркозом и оперативным вмешательством.
- Нет побочных эффектов, связанных с длительной тиреостатической терапией.



ется радиоиммунотерпья В-клеточных лимфом, опухолей желудочно-кишечного тракта, злокачественных глиом, поверхностных опу-

- Быстрое достижение повышения качества жизни пациентов.

РАДИОНУКЛИДНАЯ ТЕРАПИЯ (САМАРИЕМ-ОКСАБИФОРМ, ^{153}Sm) БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ

Радионуклидная терапия (РНТ) при множественных метастазах в кости применяется в тех случаях, когда заболевание прогрессирует на фоне ранее проводимой терапии и развивается болевой синдром. В основе метода – способность некото-

длительное обезболивание и торможение развития метастазов.

Основные эффекты РНТ у больных с метастазами в кости: стойкое и длительное подавление болевого синдрома (до 6 месяцев и более), снижение потребления анальгетиков (или их полная отмена), улучшение качества жизни. В ряде исследований показаны эффекты подавления роста костных метастазов, что подтверждено результатами остеосцинтиграфии и анализа уровня опухолевых маркеров.

Показания для РНТ при костных метастазах: множественные метастазы в кости, болевой синдром, прогрессирование костных метастазов на фоне лечения. Необходимое условие – позитивные результаты остеосцинтиграфии (активное накопление в метастазах диагностических остеотропных препаратов $^{99\text{m}}\text{Tc}$).

В мировой практике для паллиативной терапии костных метастазов используют радиофармпрепараты (РФП) на основе ^{153}Sm , ^{89}Sr , ^{32}P , ^{186}Re , ^{188}Re , ^{90}Y , $^{117\text{m}}\text{Sn}$, ^{177}Lu . В России используют два препарата: самарий-оксабиформ, ^{153}Sm и ^{89}Sr -хлорид. Радионуклидная терапия самарием-оксабиформом, ^{153}Sm является оригинальной отечественной разработкой, соответствующей лучшим мировым стандартам. Препарат запатентован (патент Российской Федерации от 20.06.2000 №2162714, регистрационный номер препарата 000008/01-2000). На примере более чем 400 больных объективно доказана эффективность этого вида лечения, повышающего качество жизни пациентов. У больных с множественными метастазами в кости удается добиться не только стойкого и длительного подавления боли, но и замедления прогрессирования метастатического процесса. Наилучшие результаты получены при раке молочной и предстательной желез (75–77%).

Преимущества радионуклидной терапии самарием-оксабиформом, ^{153}Sm при метастазах в кости:

- Высокая эффективность даже в случаях прогрессирования после других видов лечения.
- Одновременное воздействие сразу на все метастазы в костной ткани.
- Очень короткие сроки стационарного лечения (2 суток).
- Возможность выполнения сцинтиграфии после введения препарата.
- Низкая частота опасных осложнений.

Радионуклидная терапия зарекомендовала себя как необходимый компонент сов-

ременной высокотехнологичной медицины. Лечение ряда заболеваний невозможно без применения радионуклидных технологий. Однако, несмотря на несомненную эффективность методов РНТ, доказанную многолетним мировым опытом, а также достижениями российских специалистов, полноценное внедрение данного направления в медицинскую практику отечественного здравоохранения в настоящее время сталкивается с многочисленными организационными трудностями.

Сейчас радиойодтерапия в России в необходимом объеме проводится фактически только в МРНЦ РАМН. Это привело к тому, что единственное в России специализированное отделение лечения открытыми радионуклидами уже несколько лет работает в запредельно интенсивном режиме. В настоящее время нет физической возможности для полноценного проведения научных исследований как в плане создания новых технологий, так и совершенствования имеющихся. При этом очереди на лечение онкологических больных составляют до полугода, а иногда и более.

Развитие клинических баз для проведения радионуклидной терапии – определяющий фактор устойчивого развития рынка производства радиоизотопной продукции, способствующий здоровой конкуренции и полноценному расширению наукоемких производств. Все это в итоге будет способствовать как сохранению здоровья граждан России, так и развитию научных разработок, высокотехнологичных производств, вполне конкурентоспособных на мировом уровне. Поскольку МРНЦ РАМН уже многие годы занимает лидирующее положение в области лечебного применения радионуклидов, им накоплен самый большой в России научный и клинический опыт, имеются необходимые международные связи, именно на базе этого учреждения наиболее целесообразно организовать федеральный центр подготовки специалистов для радионуклидной терапии. А с учетом наличия в Обнинске таких признанных в мире центров ядерной индустрии и технологий, как ГНЦ РФ – Физико-энергетический институт имени А.И. Лейпунского, ФГУП "Научно-исследовательский физико-химический институт имени Л.Я. Карпова", Госкорпорация по атомной энергии "Росатом", Обнинский государственный технический университет атомной энергетики Минобрнауки России и др., можно утверждать, что здесь может быть подготовлен весь спектр высококвалифицированных специалистов – от радиохимиков и медицинских физиков до врачей ядерной медицины.

Евгений Чойнзонов

директор НИИ онкологии СО РАМН



Высокие задачи науки

Выявление системной сущности факторов, детерминирующих здоровье индивида и социума

Как и во всякой профессии, в медицине неизбежно вырабатываются устойчивые стереотипы действий, которые воспроизводятся врачом в любых ситуациях с теми или иными вариациями. Далеко не каждому профессионалу под силу выйти за границы такого стереотипа.

Тем не менее в медицинской профессии всегда существует небольшая когорта, которая исповедует иной образ мышления. Это люди ищущие, творческие, пытающиеся не только осмыслить, но и развить полученные от своих предшественников ролевые алгоритмы. Этих людей никогда не сможет удовлетворить фиксированная система рецептов и правил, строго очерченные рамки поведения. Главным отличительным признаком такого профессионала является его близость к философии, стремление к объединению ее с медициной. Именно о таком враче Гиппократ говорил "врач-философ подобен богам".

Главное в философии – это категория "целое". Философ рассматривает всякую черту, предмет, качество или событие в связи с некоторым целым, в котором они укоренены. Для него характерно стремление идти по этому пути до бесконечности, восходя к сферам разума, чувства, бытия.

Что такое болезнь? Каковы ее механизмы? Как переплетаются в человеке тело и душа? Почему мы все лучше лечим, а люди все больше болеют? Иными словами, поскольку медицинское знание – это только часть целого, философски мыслящий врач всегда пытается выйти за границы уже достигнутого и расширить горизонты своего знания, а значит, приблизиться к некоторому большему целому. Так врач-исследователь становится философом.

Л.С. Выготский утверждал, что "всякий физический дефект изменяет не только отношение к миру, но отражается на отношениях с людьми, связи с которыми определяют место человека в социальной среде, его роль, все функции социального бытия перестраиваются". Иными словами, с наступлением болезни разрушается целостность прежнего бытия человека.

Врач прежде всего борется за человеческую жизнь, но, победив в этой борьбе, он должен перейти к следующему этапу – борьбе за качество спасенной им жизни. Восстановить утраченную целостность человеческой жизни во всем многообразии ее связей и отношений под силу только врачу-философу, и такой врач действительно "подобен богам".

Врач прежде всего борется за человеческую жизнь, но, победив в этой борьбе, он должен перейти к следующему этапу – борьбе за качество спасенной им жизни. Восстановить утраченную целостность человеческой жизни во всем многообразии ее связей и отношений под силу только врачу-философу, и такой врач действительно "подобен богам".

Не зря с давних пор медицина относилась к так называемым социально значимым профессиям, для которых вырабатывалось собственное законодательство, способное конкурировать даже с буквой закона государственного. Мудрые люди чувствовали, что дело врача уходит тонкими нитями в очень глубокие сферы бытия, и, обрезав эти нити, мы потеряем само врачебное искусство.

На наш взгляд, с ослаблением философской "ауры" медицинской профессии, как с разрушением тонкого озонового слоя Земли, растет опасность своего рода экологической катастрофы в области медицины в целом.

Одна из высоких задач современной науки – это выявление системной сущности факторов, детерминирующих здоровье индивида и социума. На основе философской методологии системности, педагогической, врачебной и биологической практики необходимо сформулировать философскую и медицинскую основы главных, определяющих жизнь принципов системности в борьбе за здоровье и качество жизни человека.

Именно в этом контексте мы проанализируем опыт НИИ онкологии СО РАМН в Томске по реабилитации больных раком гортани с использованием биоуправления и математического моделирования голосообразования.

Достижения современной онкологии позволяют не только добиваться улучшения результатов лечения, но и ставят вопрос о качестве жизни больного.

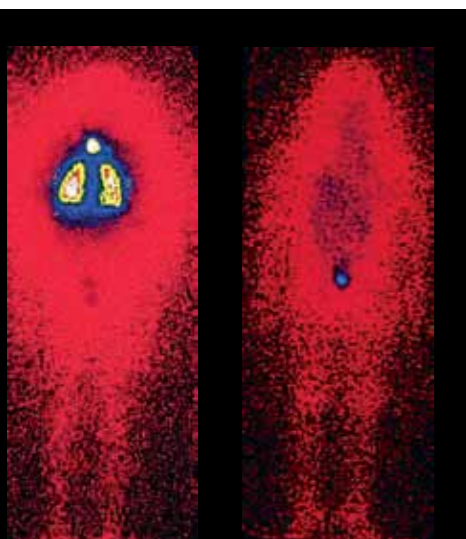
Если для излеченных пациентов качество жизни имеет определенное значение в их социальной реабилитации, то для онкологических больных, у которых проведение специального лечения носит условно радикальный характер, повышение качества жизни является основной и, пожалуй, единственно выполнимой задачей оказания помощи этой тяжелой категории пациентов, тесно переплетаясь с качеством жизни здоровых членов семьи: родственников, друзей, окружающих больного.

Термин "качество жизни" родился в западной философии и быстро внедрился в социологию и медицину. Понятие качества жизни (КЖ) больного появилось в Index medicus в 1977 году и в настоящее время широко используется в медицине. Под КЖ понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека.

Американские исследователи определяют КЖ как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие.

В рамках нашего исследования под качеством жизни мы будем иметь в виду совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период заболевания, лечения и реабилитации.

На конференции Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO) в 1990 году было постулировано, что качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой те-



Пример полного излечения папиллярного рака щитовидной железы с метастазами в легкие

Слева: Сцинтиграмма всего тела после первого введения лечебной активности ^{131}I . Гиперфиксация в проекции ложа щитовидной железы и обоех легких.

Справа: Сцинтиграмма после 13 курсов радиойодтерапии (суммарная активность 435 мКи ^{131}I). Очаги патологического накопления отсутствуют.

рых радиофармпрепаратов накапливаться в костных метастазах. При этом происходит "внутреннее облучение" метастатической ткани бета-частицами, что обеспечивает

рапии после выживаемости и является более важным, чем первичный опухолевый ответ.

НИИ онкологии СО РАМН в Томске ведет работу по реабилитации больных раком гортани с использованием биоуправления и математического моделирования голосообразования. Применение технологии способствует скорейшему включению компенсаторных возможностей организма и ускоряет процесс формирования звучной речи благодаря тому, что пациент может сознательно контролировать деятельность голосовой функции и управлять ее параметрами; позволяет повысить эффективность формирования пищевода голоса до 94%; сократить сроки реабилитационных мероприятий и значительно улучшить качество жизни больных после полного удаления гортани.

Рак гортани относится к группе наиболее социально значимых болезней, так как инвалидизация этой категории пациентов в значительной степени снижает трудовой потенциал общества. В настоящее время в России насчитывается около 25 тыс. больных, страдающих раком гортани, причем ежегодно в восстановлении голосовой функции нуждаются 2500 тыс. человек. Большинству из них ставят диагноз, когда заболевание переходит в III–IV стадию и консервативное лечение осуществимо не всегда. При таких распространенных стадиях единственным методом лечения является комбинированный, где ведущим компонентом остается хирургическое вмешательство, которое приводит к нарушению дыхательной и голосообразующей функций.

Совершенно оправданным является стремление на современном уровне комплексно решить проблему улучшения качества жизни онкологических больных: одной из причин инвалидности пациентов наиболее трудоспособного возраста является утрата звучной речи после полного удаления гортани. Качество жизни больных, перенесших полное удаление гортани, во многом зависит от того, насколько успешно прошел процесс голосовой реабилитации.

Под реабилитацией мы понимаем *систему медицинского, психологического и социального воздействия, направленного не только на восстановление или сохранение утраченной функции, но и на улучшение качества жизни.*

Восстановление коммуникативной функции дает больному возможность вести социально активный образ жизни, продолжать трудовую деятельность. В настоящее время существует три метода восстановления голосовой функции больных, перенесших ларингэктомию: логопедический, хирургический с установкой голосовых протезов и использование голосовых аппаратов. Применение

этих аппаратов можно допустить в крайнем случае, когда все возможности голосовой реабилитации исчерпаны.

Основным методом восстановления речи у больных после полного удаления гортани считается логопедический – формирование псевдоголоса. Методика эта является физиологичной, наименее инвазивной и потому наиболее распространенной. При такой речи структура, имитирующая работу гортани, образуется в области первого физиологического сужения пищевода. Формирование пищевой речи основывается на использовании выработанных в процессе жизни артикуляционных рефлексов речи взрослого человека.

Формирование псевдоголоса – сложный процесс, в котором существенную роль играют активация деятельности головного мозга, взаимодействие речеслухового и речедвигательного анализаторов, выработка новых ассоциативных путей.

В связи с этим усилили специалистов в России и за рубежом направлены на исследования и поиск оптимальных путей, позволяющих наиболее эффективно использовать компенсаторные возможности организма. Привлечение новых технологий позволяет найти высокоэффективные пути решения таких задач.

Во время голосовых тренировок с использованием биоуправления у пациента появляется возможность осознанно управлять параметрами формируемого голоса (длительностью фонации, частотой основного тона, стабильностью частоты основного тона), которые не поддаются контролю в обычных условиях.

Целью данного исследования является разработка методики голосовой реабилитации больных после полного удаления гортани с использованием биологической обратной связи на основе математического моделирования голосообразования и компьютерных технологий с целью улучшения качества жизни.

Метод биологической обратной связи (БОС), применяемый при голосовой реабилитации, заключается в произвольном управлении голосообразующей функцией по данным электронных приборов. Таким образом, метод БОС использует природную способность человека управлять ходом физиологических процессов, формируя новые системы рефлекторных связей, изменяя работу органов в нужном направлении.

В исследовании включено 20 больных раком гортани III–IV стадии опухолевого процесса в возрасте от 40 до 70 лет.

Голосовая реабилитация проводилась по методике восстановления звучной речи с использованием технологии биоуправле-

ния на основе математического моделирования голосообразования. Методика включает в себя 4 этапа:

Первый этап – подготовительный. Основная задача – активизация нервно-мышечного аппарата наружных мышц гортани и глоточных мышц, тренировка мышц шеи и глотки с целью обучения выталкиванию воздуха из полости рта. Особое внимание уделяется лечебной физкультуре для адаптации к новому типу дыхания через трахеостому.

Второй этап – формирование псевдоголосовой щели в первом физиологическом сужении пищевода на уровне C5–C6, формирование звука псевдоголоса.

На **третьем этапе** для голосовых тренировок используется компьютерно-программный комплекс с использованием адаптивной обратной связи на основе математического моделирования голосообразования. После того как пациент свободно может вызвать звук псевдоголоса в отраженной речи, ему предлагается приступить к голосовым тренировкам с помощью такого комплекса. В работе программного комплекса используется специальная система цифровых фильтров, которая позволяет выделять параметры пищевода голоса в режиме реального времени. Речевой сигнал вводится в компьютер при помощи микрофона. Поиск частоты основного тона производится в диапазоне от 30 до 441 Гц. Тренировочная подсистема комплекса включает в себя три типа тренировок: формирование звука псевдоголоса, увеличение длительности фонации, повышение частоты основного тона. Для каждого типа тренировок используется определенный набор параметров: число срабатываний для полного открытия картинки, порог срабатывания (минимальная интенсивность звука, при которой начинает фиксироваться речевой сигнал) в децибелах, длительность речевого сигнала в миллисекундах, частота основного тона в герцах. Задание на каждую голосовую тренировку подбирается индивидуально, исходя из текущих возможностей пациента. Параметры вводятся в программу непосредственно перед занятием. Больной произносит речевой материал в микрофон вслед за логопедом, в режиме реального времени происходит спектральный анализ речевого сигнала и сравнение его с заданными параметрами. На экране монитора пациент видит диаграмму спектра своего голоса и имеет возможность сравнить ее с пороговым значением. Попытка не засчитывается, если заданный порог не достигнут. Если пациенту удается выполнить задание правильно, открывается часть картинки. Голосовая тренировка заканчивается, когда картинка полностью открыта. Все результаты фикси-

руются в виде графиков, что позволяет визуально контролировать результат каждого занятия.

Задача **четвертого этапа** является улучшение тембра, модуляции пищевода голоса и внятности звучной речи. Выработывается умение варьировать интенсивность и частоту основного тона. На данном этапе рекомендуется чтение стихов, составление рассказов на любую интересную для больного тему, общение по телефону. Первоначально продолжительность голосовых тренировок составляет 4–6 минут 3–4 раза в день через 45–60 минут, по мере овладения пациентом звучной речью это время увеличивается до 8–10 минут 3–4 раза в день через 30–45 минут.

Результаты. Эффективность восстановления голосовой функции составила 94,4% в сроки от 5 до 22 дней. Оценка эффективности применения разработанной методики обоснована объективными методами функциональных исследований: акустическими, электромиографическими и изучением качества жизни.

Акустические параметры пищевода голоса сохраняются в базе данных после каждой голосовой тренировки. Проводится детальный анализ спектральных компонентов формируемого голоса и отслеживается динамика основных показателей. Длительность фонации, в зависимости от количества тренировок, в среднем увеличивается с 80 до 850 мс. Динамика частоты основного тона по результатам тренировок составила от 40 до 120 Гц.

У больных раком гортани после ларингэктомии изучалось влияние голосовой реабилитации на динамику восстановительных процессов в нервах (n. accessorius, n. trigeminus, n. facialis r. digastricus) и иннервируемых ими мышцах челюстно-подъязычной области (m. mylohyoideus, m. digastricus, m. geniohyoideus, m. stylohyoideus). Стимуляционная электромиография проводилась до и после реабилитации 4-канальным миографом фирмы "Медикор" МГ-440 и аппаратом электронейромиографии "Нейромиан" с программным обеспечением "Нейротест". Определялись амплитуды вызванных мышечных потенциалов (М-ответ) при стимуляции двигательных точек нервов и скорости проведения импульсов по эфферентным волокнам нервов. У всех пациентов после оперативного лечения зарегистрированы признаки демиелинизирующей невропатии, характеризующейся уменьшением амплитуд М-ответов и снижением скорости проведения импульсов. После проведения логовосстановительной терапии отмечалось увеличение амплитуд М-ответов и повышение показателей скорости проведения импульсов по нервным

волокнам на 20–30%, вероятно, предполагающее ускорение процессов ремиелинизации исследуемых нервов и реиннервации мышц челюстно-подъязычной области (рис. 1–2).

Среди способов оценки качества жизни наиболее общеприняты и распространены опросники, заполняемые больными. В онкологии применяется множество опросников. Однако наиболее распространенными являются два из них: американский FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) и европейский EORTC QLQ-

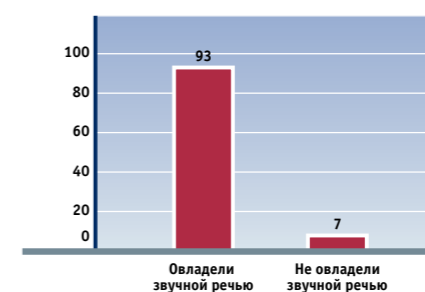


Рис. 1. Степень восстановления голосовой функции после ларингэктомии, %

опросник второго поколения – EORTC QLQ-C30, апробированный во многих международных клинических исследованиях. Он высокочувствителен и применим для оценки качества жизни у больных независимо от типа онкологического заболевания.

Включение оценки КЖ в онкологические исследования является важным элементом, позволяющим улучшать качество исследования. Данный метод прост, надежен и высокоинформативен. Однако полученные данные могут быть использованы только в том случае,



Рис. 2. Социальная реабилитация, %

C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer). EORTC QLQ-C30 используется в многоцентровых рандомизированных исследованиях в Европе, Канаде и ряде протоколов в США. Этот опросник разработан Группой оценки КЖ при Европейской организации лечения и исследования рака (EORTC Study Group on Quality of Life) во главе с N.K. Aaronson. Теоретическая концепция, которая положена в основу этого документа, состоит в том, что КЖ является многомерной интегрированной характеристикой жизни человека. У человека, страдающего таким тяжелым заболеванием, как рак, некоторые параметры КЖ приобретают определяющее значение, их можно идентифицировать и измерить. На основании субъективной оценки КЖ, проведенной самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения: специфичность к раку; многомерность в структуре (то есть наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ); возможность заполнения опросника самим больным; применимость в различных культурах.

Первым опросником, отвечающим данным критериям, явился EORTC QLQ-C36, который разработан в 1987 году и относится к первому поколению. Он включает 36 вопросов и оценивает состояние здоровья больного по физическому, психологическому и социальному функционированию, общему КЖ и симптомам, связанным с болезнью и лечением. Следом был разработан

если соблюдены следующие условия: правильная постановка задачи исследования; выбор адекватного опросника; корректный выбор точек обследования. Основные трудности метода заключаются в сборе данных, их анализе и интерпретации.

В рамках данного исследования проведена оценка характеристик качества жизни группы больных раком гортани в рамках Международного протокола с Европейской организацией исследования и лечения рака с помощью анкет-опросников – общего EORTC QLQ-30 (version 3.0) и специфического для опухолей головы и шеи QLQ-H&N35. Исследования выполнялись до начала комбинированного лечения, после него в начале проведения реабилитационных мероприятий и после их завершения.

Изучение качества жизни в сравнительном аспекте показало, что после хирургического этапа лечения отмечается снижение физического статуса с 77,4 до 54,6 балла: выполнение обширного хирургического вмешательства неизбежно сказывается на возможности больных выполнять работу, связанную с физической нагрузкой. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий позволяет улучшить этот показатель до 84 баллов.

Наличие опухолевого процесса, ожидание калечащего оперативного вмешательства существенно ухудшают эмоциональное состояние больных, до начала лечения оно оценивалось на 70 баллов. Голосовая реабилитация дает возможность восстановления утраченных функций, тем самым улучшая эмоциональный статус пациентов.

Наблюдается стабильное повышение показателей эмоционального состояния больных до 71,2, а затем до 88,2 балла.

Тяжесть хирургического вмешательства и отсутствие звучной речи лишают пациента возможности вести социально активный образ жизни, поэтому показатель социального функционирования снижается с 90 (начало лечения) до 50 баллов (после хирургического вмешательства). Благодаря успешно проведенным реабилитационным мероприятиям социальная активность возрастает до 83,2 балла.

Еще до начала комбинированного лечения у больных раком гортани отмечались затруднения, связанные с речевым общением, – 45,2 балла, после удаления гортани проблемы существенно возрастают до 76 баллов, после восстановления звучной речи они уменьшаются до 25,2 балла. Это свидетельствует о том, что звучная речь является тем единственным средством, которое дает возможность речевого общения.

Проблемы при социальном контакте с членами семьи и в обществе после проведенного хирургического лечения значительно увеличились с 18,8 до 49,6 балла. Это во многом обусловлено тем, что больной в быту может общаться лишь шепотной речью или с помощью письма. Восстановление звучной речи больного позволяет уменьшить эти проблемы до 24 баллов.

Снижение общего показателя качества жизни обусловлено тяжестью заболевания и выраженностью функциональных расстройств, до начала комбинированного лечения он составил 41,4 балла. Благодаря успешно проведенному лечению и эффективности этапа реабилитации общий показатель качества жизни повышается до 60,2 балла.

Таким образом, применение биоуправления и компьютерных технологий дает возможность осуществлять количественный мониторинг параметров голосовой функции в процессе логовосстановительной терапии; способствует скорейшему включению компенсаторных возможностей и ускоряет процесс формирования звучной речи благодаря тому, что пациент может сознательно контролировать деятельность голосовой функции и управлять ее параметрами; позволяет повысить эффективность формирования пищеводного голоса; сократить сроки реабилитационных мероприятий и значительно улучшить качество жизни больных после полного удаления гортани.

Упомянем, что в 1994 году создано Международное общество изучения КЖ, в которое на сегодняшний день входят эксперты со всего мира. Одним из главных направлений работы общества является изучение

качества жизни онкологического больного, разработка и усовершенствование способов его оценки.

Оценка качества жизни является надежным, информативным и экономичным методом оценки здоровья больного как на групповом, так и на индивидуальном уровне. В онкологических исследованиях она является важным критерием оценки эффективности лечения, имеет прогностическое значение и может помочь врачу индивидуализировать симптоматическую



терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию. Данные КЖ могут стать основой для разработки реабилитационных программ онкологических больных.

Изучение качества жизни больного до начала лечения и в процессе терапии позволяет получить исключительно ценную многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию. Анализ КЖ при планировании программы лечения онкологических больных представляется важным не только с позиций необходимости учета индивидуальных черт больного, но и в связи с данными о высокой корреляции уровня качества жизни с показателями выживаемости при ряде злокачественных опухолей.

Человек – системно организованная целостная структура. Если врач не понимает, что часть работы заключается в изменении ментальной модели пациента на сторону самооздоровления и самосохранения, то знания о болезнях никак не могут дать успешного врачевания. Это следует из целостной структуры здоровья, 60% которого зави-

сит от ментальной модели пациента (понимания своего места в природе и социуме и образа жизни) и 40% – от сомнительно здравомыслящей медицины и экологии, наследственности.

Перед врачом, на наш взгляд, стоят две главные задачи:

– выявить факторы, требующие уравнивания (телесные, экологические, профессиональные, семейные, социальные и др.) в сложнейших системах обратной связи;

– на основе знания системных закономерностей жизни в динамике оценить влияние каждого из факторов на состояние биологической системы в целом.

Для пациента в начале лечения учителем и наставником должен быть врач, который должен завершить лечение тогда, когда он почувствовал, что в вопросах своего здоровья лидером становится сам пациент. Это в целом задача лидера – помочь человеку делать свою работу наилучшим образом.

Суть и практическую значимость проблемы медико-биологического системного анализа и мышления можно выразить словами академика Степина: "Речь идет о понимании мира и его фрагментов, осваиваемых человеком, как сложной, развивающейся синергетическими характеристиками системы, в которую включен и человек. В такой системе есть и точки бифуркации, и кооперативные эффекты, когда минимальные воздействия в одном месте могут резонировать в других подсистемах целого".

Таким образом, одной из главных задач современной науки становится выявление системной сущности факторов, детерминирующих здоровье индивида и социума.

Николай Румянцев

Главный врач
БУЗ "Омский
областной
онкологический
диспансер"



Использование высоко-технологичных методов лечения и диагностики в онкологии

В последние годы идеология современной онкохирургии претерпела существенные изменения. Широкое внедрение современных методов визуализации, таких как МСКТ, ЯМРТ и др., привело к повышению частоты выявления локализованных форм опухолей многих видов.

Радикальное хирургическое лечение ранних стадий злокачественных новообразований позволяет добиться прекрасных результатов. Кроме того, онкология с небольшим объемом опухоли позволяет применять более щадящий хирургический подход. В результате постепенно увеличивается доля органосохраняющих операций в хирургии опухолей пищевода, молочной железы, мягких тканей, легкого, почек и прочих. Большое значение приобретают эндоскопические методики вмешательства. Отмечается увеличение количества комбинированных расширенных операций в лечении местнораспространенных и метастатических опухолей органов грудной клетки, пищеварительного тракта, мочеполовой системы. Внедрение новых хирургических технологий позволило, с одной стороны, расширить список показаний к выполнению органосохраняющих операций, с другой – увеличить долю радикальных операций при метастатических и местнораспространенных злокачественных новообразованиях, ранее считавшихся неоперабельными.

Разработка новых реконструктивных методов, а также оперативных подходов к паллиативной помощи больным с распространенными опухолями дала возможность существенно улучшить качество жизни больных.

В бюджетном учреждении здравоохранения Омской области "Клинический онкологический диспансер" также внедряются и осваиваются инновационные методы диагностики и лечения онкологических больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ:

– устранение обширных послеоперационных дефектов в области головы и шеи с использованием свободных лоскутов на микрососудистом анастомозе;

– протезирование послеоперационных дефектов гортани пористым никелидтитановым протезом.

Применяемые технологии оперативного лечения обеспечивают увеличение эффективности восстановления функции органов, уменьшают инвалидизацию пациентов.

ОТДЕЛЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ:

– сегментарные и анатомические резекции печени при местнораспространенном и метастатическом поражении печени (позволяют увеличить продолжительность жизни и улучшить прогноз заболевания);

– брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки с низведением сигмовидной кишки и сфинктеропластикой (улучшает качество жизни).

ОТДЕЛЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИИ:

– расширенные операции на гениталиях с удалением регионарных лимфоузлов (операции повышенного объема с ожиданием увеличения продолжительности жизни и улучшения прогноза заболевания);

– малоинвазивные эндохирurgicalические операции с применением высокотехнологичного оборудования (позволяют снизить количество послеоперационных койко-дней).

ОТДЕЛЕНИЕ УРОЛОГИИ:

– кишечная пластика при удалении мочевого пузыря и опухолей малого таза – улучшает качество жизни (социальная реабилитация);

– эндоскопические трансуретральные операции при заболеваниях мочеполовой системы (относятся к малоинвазивной хирургии, позволяют сократить послеоперационный койко-день).

ОТДЕЛЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ:

– высокодозная полихимиотерапия у детей, проводится только в 9 онкологических центрах Российской Федерации, в том числе в Омске (позволяет повысить излечимость детей, страдающих солидными опухолями до 85–90%);

– применение современных цитостатических, таргетных препаратов (авастин, герцептин, мобтера и др.) (позволяет добиться стабилизации процесса при распространенных злокачественных новообразованиях, особенно при раке молочной железы, что улучшает прогноз заболевания).

ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ:

– пластические и органосохраняющие операции при раке молочной железы (позволяют улучшить качество жизни пациенток (социальная реабилитация)).

ОТДЕЛЕНИЕ РАДИОЛОГИИ

В диспансере действуют три радиологических отделения. Во всех отделениях врачи в совершенстве владеют всеми методами лучевой терапии (дистанционная, внутритоплотная, контактная). Широко используется методика динамического фракционирования при лечении опухолей отдельных локализаций. В широкую практику вошло применение лекарственной модификации цитостатиками и локальной гипертермии опухолей при местнораспространенных процессах, что позволяет добиться перехода процесса в операбельный либо полного излечения пациента.

ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИИ:

– иммуногистохимические исследования материала (ИГХ) (позволяют выполнить диагностику злокачественных новообразований при невозможности морфологического подтверждения и подобрать адекватную терапию);

– в процессе освоения молекулярно-биологическое исследование материала – fish-kish-методы (обеспечивают более глубокую диагностику и точное выявление онкологических заболеваний).

КАБИНЕТ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ:

Предназначен для консультации в федеральных учреждениях здравоохранения больных в режиме реального времени с целью установления диагноза и тактики лечения. Оснащен современной оргтехникой, аппаратом видеоконференцсвязи, микроскопом.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

V юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Медицина и качество 2009»

Проводится в соответствии с приказом № 8287-Пр/09 от 23.10.2009



10 декабря 2009 г.

Москва, Центр международной торговли
(Краснопресненская наб., 12)

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Доступность и качество медицинской помощи.
- Стандарты оказания медицинской помощи.
- Профессиональный ресурс – качество здравоохранения.
- Совершенствование контрольно-надзорной деятельности органов исполнительной власти всех уровней, унификация требований к осуществлению такой деятельности.
- Аккредитация граждан и организаций, привлекаемых органами государственного контроля (надзора) и органами муниципального контроля к проведению мероприятий по контролю.
- Защита прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля.
- Современные требования к проведению контрольно-надзорных мероприятий.
- Федеральный государственный контроль, региональный государственный контроль, муниципальный государственный контроль.
- Эксперты и экспертные организации.
- Мониторинг реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.
- Информационные технологии – инструмент качества в здравоохранении.
- Развитие систем частно-государственного партнёрства в здравоохранении.
- Контрольно-надзорная деятельность Росздравнадзора в сфере лекарственного обеспечения.
- Итоги и перспективы развития государственных программ лекарственного обеспечения в России
- Эффективность, безопасность и применение медицинских технологий.

**В рамках конференции будет работать
выставочная экспозиция «Медицина и качество 2009»**

Подробная информация на www.rosinex.ru

Технический партнер:



ПО ВОПРОСАМ УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ И ВЫСТАВКЕ
ОБРАЩАТЬСЯ ПО ТЕЛЕФОНАМ:

(495) 602-64-01/02/03 63-92, 225-25-42

E-mail: pharmcare@rosinex.ru

Так влияют ли компьютерные игры на психику человека?

Пока политики с упорством, достойным лучшего применения, пытаются бороться с электронными развлечениями, Entertainment Software Association (ESA) обнародовала отчет, в котором собраны результаты ряда независимых исследований влияния компьютерных игр, фильмов и телевизионных программ на неокрепшую детскую психику.

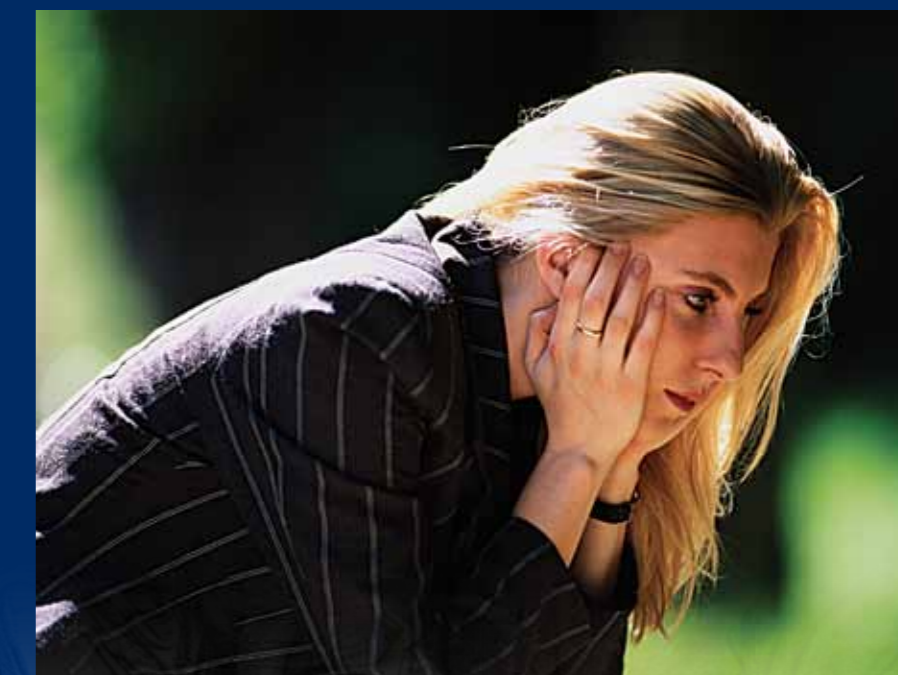
Большинство опубликованных результатов указывают на полное отсутствие какой-либо связи между проявлениями агрессивного поведения в реальной жизни и демонстрацией сцен насилия на экране. Более того, некоторые специалисты уверены в положительной роли компьютерных игр в развитии детей. Было проведено исследование под названием "Насилие в интернете: исследование агрессивного поведения в онлайн-играх". По словам ученых, результаты наблюдений за влиянием жестоких сцен на психику человека указали на отсутствие какой-либо связи между демонстрацией сцен насилия на экране и агрессивным поведением в реальной жизни.



"У нас есть все основания полагать, что компьютерные игры не только ничуть не вредны для детей, но даже полезны, – заявляют специалисты. – Распространенная точка зрения, что электронные развлечения наносят непоправимый вред детской психике – лишь стереотип, подогреваемый частыми публикациями в СМИ".

Само собой, в отчете ESA представлены только те исследования, результаты которых поддерживают позицию организации. При этом многие специалисты придерживаются противоположной точки зрения.

Психические расстройства



Психическое здоровье населения как общемедицинская проблема

Рафаэль Оганов

директор ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий, академик РАМН, профессор



Если проследить динамику заболеваемости и смертности в Российской Федерации за последние десятилетия, то становится очевидным, что существует четкий параллелизм между социально-экономическими спадами, катаклизмами и показателями здоровья общества.

Основной причиной неблагоприятной демографической ситуации, сложившейся в РФ, справедливо считаются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ): именно на их долю сегодня приходится около 50% всех смертей нашего населения. Причем наибольший рост показателей смертности, в первую очередь среди мужчин трудоспособного возраста, происходил в период самых болезненных социально-экономических преобразований в стране. Так, с 1990 по 1997 год заболеваемость ССЗ увеличилась более чем на 1 тыс. человек на каждые 100 тыс. населения. Причем это увеличение не было связано с основным фактором риска атеросклероза – дислипидемией: средний уровень холестерина в российской популяции за эти годы не повысился. В то же время в этот период многократно усилились психоэмоциональные нагрузки людей в результате коренных социально-политических и экономических преобразований, породивших экономическую нестабильность, социальную незащищенность, снижение уровня жизни подавляющего большинства населения, безработицу, локальные вооруженные конфликты и террористические угрозы, вынужденную миграцию. Произошла ломка традиционной системы ценностей, устоявшихся идеалов и авторитетов, изменение привычного образа жизни, стереотипов поведения и социальных ролей. Иными словами, большие группы населения пережили макросоциальные стрессовые состояния, связанные с политическим и социально-экономическим переустройством общества. Наблюдения свидетельствуют, что социальные катаклизмы воздействуют на людей иначе, чем психические травмы личного характера.

Специальные эпидемиологические исследования с использованием объективных методов, проведенные ГНИЦ профилактической медицины в 1990-е годы, показали, что

у населения наблюдалось нарастание уровня психосоциального стресса. Было установлено, что около 70% населения страны испытывает хронический психосоциальный стресс высокого и среднего уровня.

В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях показано, что психосоциальное неблагополучие тесно ассоциировано с более высокими уровнями распространенности как психических расстройств, так и соматических заболеваний, имеющих преимущественно психосоматическую природу. Массовое воздействие стресса (так называемой коллективной травмы) приводит к развитию психической дезадаптации, формированию невротических расстройств и расстройств депрес-

Специальные эпидемиологические исследования с использованием объективных методов, проведенные ГНИЦ профилактической медицины в 1990-е годы, показали, что у населения наблюдалось нарастание уровня психосоциального стресса

сивного спектра – собственно депрессии и ассоциированных с ней состояний. Важно отметить, что психическая дезадаптация и психические расстройства даже небольшой степени выраженности очень существенно снижают качество жизни людей. Они влияют на качество жизни гораздо в большей степени, чем материальные затруднения или неблагополучие.

Именно с психосоциальным стрессом и депрессивными расстройствами связан существенный рост самоубийств в 1990-е годы. Число завершенных суицидов возросло в России с 26 случаев на 100 тыс. населения в 1990 году до 42 случаев в 1994 году. Впоследствии оно снизилось до 29,1 в 2007 году, но продолжает оставаться высоким, опережая среднемировую показатель в 2 раза (в мире в среднем 14 случаев на 100 тыс. населения). В абсолютных циф-

рах в 2007 году вследствие суицида в России погибли 41 329 человек. Причем если рост числа невротических и депрессивных состояний (чаще нетяжелых) имел место преимущественно у женщин, то рост смертельных исходов по причине психических расстройств, в частности самоубийств, отмечался в основном у российских мужчин (в 4 и более раз чаще, чем у женщин).

Насколько распространены психические расстройства и какова их степень тяжести? Согласно статистическим данным погра-

тока. Исследование показало, что клинически значимая симптоматика депрессивных расстройств имела место у 24% пациентов, обратившихся в территориальные поликлиники РФ. Особенно часто психопатологические нарушения отмечаются после перенесенного инфаркта миокарда, мозговых инсультов, операции аортокоронарного шунтирования, при сахарном диабете и сердечной недостаточности.

Взаимосвязь психопатологических и соматических болезней носит реципрокный

Одной из причин низкой выявляемости психического неблагополучия среди пациентов общемедицинской практики является недостаточная осведомленность врачей территориальных поликлиник в вопросах диагностики и лечения этих состояний.

Существующая за рубежом система показывает, что астеноневротические, тревожно-депрессивные, депрессивные расстройства легкой и средней степени тяжести могут успешно лечить врачи общей практики, участковые врачи, семейные врачи. Очевидно, со временем подобная система будет внедрена и у нас в стране, тем более в свете наметившейся в России тенденции к расширению функций участковых врачей/врачей общей практики.

Крайне важно дальнейшее расширение службы бесплатной психологической помощи, куда в первую очередь обра-

Одной из причин низкой выявляемости психического неблагополучия среди пациентов общемедицинской практики является недостаточная осведомленность врачей территориальных поликлиник в вопросах диагностики и лечения этих состояний



нительные и сформировавшиеся психические расстройства отмечаются у 10 млн. наших граждан. Вместе с тем выборочные клинико-эпидемиологические исследования свидетельствуют, что проблема гораздо шире. По этим оценкам, расстройства адаптации и нетяжелые астенические, невротические, тревожные, депрессивные состояния отмечаются у 10–25% населения.

Одно из первых крупномасштабных эпидемиологических исследований по изучению распространенности расстройств депрессивного спектра среди пациентов общесоматического профиля было проведено в Российской Федерации в 2002–2003 годах и называлось КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля). В реализации программы приняло участие 800 врачей (терапевтов, кардиологов и неврологов территориальных поликлиник), включивших в исследование более 10 тыс. больных из 35 городов Российской Федерации от Санкт-Петербурга до Владивос-

характер. С одной стороны, стресс, стрессиндуцированные состояния, депрессия способствуют развитию некоторых соматических заболеваний, в частности сердечно-сосудистых, с другой – психопатологические расстройства могут развиваться вторично, как реакция личности на серьезную соматическую проблему, и при этом они существенно ухудшают прогноз соматической патологии (доказано, что они сокращают жизнь больным, перенесшим инфаркт миокарда и мозговой инсульт).

Несмотря на высокую распространенность и отчетливое негативное влияние на совокупное здоровье, психическая дезадаптация и расстройства депрессивного спектра у пациентов общемедицинской сети здравоохранения в большинстве случаев остаются нераспознанными, не лечатся и становятся причиной многократных обращений больных к терапевтам и узким специалистам, все новых и новых обследований, а также неудовлетворенности как больных, так и их лечащих врачей результатами лечения.

щаются лица, пережившие психические травмы, а также обеспечение доступности психотерапевтической помощи в обычных территориальных поликлиниках. Совершенствование психологической службы и привлечение врачей терапевтических специальностей к диагностике и лечению пограничных состояний потребуют выделения дополнительных ресурсов, проведения образовательных программ для врачей первичного звена, а также разработки четких алгоритмов взаимодействия специалистов общемедицинской и психиатрической помощи. Несмотря на существующие сложности, такой подход представляется оправданным, особенно с учетом устоявшегося менталитета неохотного обращения людей к врачам-психиатрам.

Психическое нездоровье, и в частности депрессивные расстройства, являются одной из ведущих причин инвалидизации людей. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, депрессия к 2020 году будет второй по значимости причиной инвалидности и смертности населения планеты, уступающей первенство только ишемической болезни сердца. В этой связи очевидно, что вопросы психического здоровья населения потребуют в ближайшие годы пристального внимания.

Нана Погосова

руководитель отдела разработки клинических методов вторичной профилактики ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий, д.м.н., профессор



Рис. 1. Уровень психосоциального стресса (по данным теста Ридер)

Актуальные проблемы и перспективы терапии депрессий в общей медицинской практике

Татьяна Дмитриева

директор
ФГУ "ГНЦ ССП Росздрава",
академик РАМН



Любовь Ромасенко

руководитель отделения
психосоматических
расстройств
ФГУ "ГНЦ ССП Росздрава",
д.м.н., профессор

Конец XX века охарактеризовался без преувеличения глобальным распространением учения о депрессиях в связи с очевидным ростом этих расстройств в популяции. Общепризнано, что депрессия в настоящее время является актуальной медицинской проблемой.

Состояние проблемы может быть проиллюстрировано следующими конкретными эпидемиологическими данными. Депрессивные расстройства встречаются с распространенностью от 3 до 6% в популяции; около 1% составляют пациенты с ежегодно первично диагностируемой депрессией; риск заболевания депрессией в течение жизни составляет около 20% (Costae Silva J.A., 1993 год). По данным ВОЗ (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 год) 18–25% женщин и 7–12% мужчин хотя бы раз в жизни перенесли отчетливый депрессивный эпизод; 6% женщин и 3% мужчин при этом нуждались в стационарном лечении; в 15% случаев тяжелой депрессии завершаются суицидом.

Последние данные свидетельствуют, что в Европе психические расстройства ежегодно вновь выявляются у 83 млн. человек. При этом доля депрессивных расстройств в структуре заболеваемости достигает 68%. Существует представление, что при относительной стабильности известных психических расстройств имеет место неуклонный рост депрессии (Wittchen H.-U., 2005 год). Сходные тенденции выявлены и в Российской Федерации: в психиатрической практике аффективные расстройства как впервые установленный диагноз отмечаются в 4,7%, в условиях крупного города депрессивные расстройства составляют 7,9% (Чуркин А.А. в соавт., 2000 год).

С конца XX века проблемой диагностики и лечения депрессии помимо психиатров стали активно заниматься врачи самых разнообразных специальностей; в различных областях медицины у пациентов были выявлены высокие показатели депрессивных расстройств.

Крупнейшие международные исследования, проведенные в 14 медицинских учреждениях общего профиля в 12 странах, пока-

зали, что депрессией страдают более 10% пациентов, обращающихся к врачу общей практики, 22–33% больных с верифицированными соматическими заболеваниями, 33–40% больных раком, 47% больных, перенесших инсульт, 45% больных после инфаркта миокарда (Ustun T. B., Sartorius N., 1995 год; Lyketsos C. G., Treisman G. Y., 2001 год). Согласно результатам масштабного клинико-эпидемиологического исследования депрессии в практике врачей общего профиля КОМПАС (РФ, 2002–2003 годы) расстройства депрессивного спектра были выявлены у 22% больных, а у 24% больных – выраженные депрессивные расстройства (Оганов Р.Г. в соавт., 2004 год).

Подобная актуальность депрессивных расстройств в современном обществе объясняется рядом причин, в частности тенденцией к более мягкому (на аффективном уровне) течению психических расстройств в результате лекарственного патоморфоза. Кроме объективных предпосылок рост диагностируемых в популяции депрессивных расстройств увязывается и с улучшением их распознавания в практической медицине (в непсихиатрической практике в том числе).

Вместе с тем общепризнанным остается факт сохраняющейся недостаточной эффективности лечебно-диагностических усилий в этой области. Так, врачами общей практики депрессивные расстройства как таковые распознаются только в 10–30% случаев; 60% больных с депрессией остаются вне поля зрения психиатров, а 70% лечатся недостаточно активно; лишь 50% больных с диагнозом большого депрессивного эпизода получают адекватную терапию (Spitzer R.L., 1994 год).

Отмеченные проблемы распознавания депрессии в общей медицинской практике определяются прежде всего значительным сходством ее клинических проявлений, особенно на начальном этапе (измененное общее самочувствие, трудно объяснимые, массивные неприятные телесные ощущения и т.п.), с симптомами соматических заболеваний. Кроме того, в значительном ряде случаев врач-интернист может столкнуться с так называемыми соматическими масками де-

прессии, когда психическое расстройство имитирует какое-либо соматическое заболевание. Трудности распознавания депрессии осложняются аногнозическими либо диссимулятивными установками самих пациентов, их стремлением "подтвердить" соматическую природу существующего страдания, отвержением возможности "дискредитирующего" психического диагноза. Поиски соматического заболевания у таких пациентов остаются бесплодными либо в итоге "по остаточному принципу" устанавливаются диагнозы из

Поэтому адекватная диагностика – феноменологическая и нозологическая квалификация депрессии у пациентов общей медицинской практики – является безусловной предпосылкой организации своевременного эффективного ее лечения. При всех проблемах оценки геноза депрессии и диагностики ее многообразных проявлений существуют базисные в этом отношении понятия и категории.

Депрессия является психическим расстройством (как нозология, так и синдром)

(чаще женщин), в котором обычно манифестирует депрессия, – от 30 до 40 лет.

Депрессивный синдром характеризуется триадой расстройств: сниженное настроение, снижение психической и физической активности, нарушение соматического тонуса. Симптоматология депрессии еще более разнообразна и представлена различными неприятными телесными расстройствами вплоть до ощущения полного бессилия, а также изменением настроения от легкой грусти до выраженной тоски, трудностями концентрации



категории функциональных расстройств (например, нейроциркуляторная дистония, синдром раздраженного кишечника, вегетативные кризы и т.п.). Подобное "подтверждение" соматической природы заболевания лишь усугубляет растерянность пациентов, усиливает их склонность к тревожному самонаблюдению, ипохондрические переживания, установки на дальнейший поиск "причин болезни".

и относится к патологии аффективной сферы. С учетом геноза выделяют эндогенные, соматогенные (симптоматические), психогенные, в том числе ятрогенные, нозогенные (реакция на болезнь) формы депрессии. В ее патогенезе имеют значение нейробиологические (генетические, нарушение метаболизма биогенных аминов), психосоциальные (стресс), конституциональные (определенный тип личности) и другие факторы. Возраст больных

внимания и симптомами депрессивной деменции у тяжелых больных.

В соответствии со структурой депрессивного расстройства у пациентов общей медицинской практики преобладают, как уже было сказано, маскированные и соматизированные депрессии.

В случаях маскированной депрессии состояние пациентов характеризуется соматовегетативным симптомокомплексом,

собственно депрессивные расстройства неочевидны и выявляются при прицельном исследовании лишь по косвенным признакам. Поэтому для диагностики депрессии имеет значение тщательный анализ анамнестических и катamnестических данных – периодичность и фазность течения, внезапность возникновения и редукция соматовегетативных расстройств, их сезонность, суточные колебания выраженности соматовегетативных расстройств, полиморфизм симптоматики, возможность смены у одного и того же пациента

(коморбидные депрессивные и соматические расстройства). Симптомы основного заболевания в этих случаях утяжеляются симптомами депрессии, что определяет особенную его клиническую картину – несоответствие субъективно выявляемого тяжелого состояния пациента объективно выявляемой соматической патологии, малая эффективность его терапии.

При констатации функционального характера соматических расстройств у пациентов с маскированной и соматизированной депрессией возможно отвергнуть такие диа-

ности должен владеть диагностикой этого расстройства. Такова клиническая реальность, поэтому системная оценка вероятного депрессивного расстройства у пациента должна быть неотъемлемой составляющей повседневной деятельности врача общей медицинской практики. Врач-интернист должен уметь диагностировать депрессию, при необходимости – инициировать ее лечение. Однако с учетом компетенции специалистов ведение пациента с депрессией (выбор препарата, его дозировок, коррекция назначения в процессе меняющегося состояния пациента и др.) должно осуществляться психиатром.

Уместно отметить, что существует и крайняя в этом отношении, добавим – необоснованная точка зрения, согласно которой диагностика депрессии (в силу распространенности расстройства) должна быть столь же привычной для интерниста, как диагностика инфаркта миокарда либо фарингита, что диагностика и лечение депрессии должны полностью находиться в компетенции врача-непсихиатра.

Таким образом, для эффективной диагностики депрессии в общей медицинской практике необходим учет ряда клинических и организационных аспектов. Следует учитывать значительное сходство симптоматики депрессии и ряда соматических заболеваний; возможность сосуществования депрессии и соматического заболевания. Предпосылками возможных диагностических ошибок в этих случаях могут быть и недостаточная осведомленность врачей-интернистов в психиатрии, дефицит времени у врача-интерниста, не позволяющий "отвлекаться" от основного обследования. Указанные трудности усугубляются и специфическими этико-правовыми проблемами, которые при диагностике психического расстройства вне психиатрической практики выступают особенно остро. Врач-интернист не всегда готов к адекватному их разрешению; во всяком случае, это обстоятельство не способствует его инициативе по самостоятельной диагностике психического расстройства.

Современный клиницист, не выходя за пределы собственной компетенции, может и должен оценить совокупное состояние больного. Затем, определив приоритетную клиническую модель болезни (соматическую либо психиатрическую), выбрать оптимальную диагностическую и лечебную тактику, предполагающую междисциплинарное сотрудничество специалистов – интернистов и психиатров. Это направление развития отечественной медицины представляется прогрессивным и перспективным; оно уже реализуется на практике в Москве, Санкт-Петербурге и других регионах страны.

гнозы, как гипертоническая болезнь, стенокардия, хронический или острый панкреатит, гастрит, неспецифический язвенный колит и др. В случаях же коморбидных депрессивных и соматических заболеваний соматическая патология носит органический характер; для адекватной оценки состояния важно, насколько эта патология компенсирована. В подобных ситуациях целесообразна совместная курация пациента интернистом и психиатром.

При всей сложности диагностики депрессии в клинике внутренних болезней неоспоримым является тот факт, что с учетом тропизма депрессивных расстройств именно к общей медицине врач любой специаль-



жалоб в соответствии с меняющимися функциональными расстройствами, стойкие нарушения сна и др. Другой часто встречающийся вариант депрессии – депрессия соматизированная. У соответствующих пациентов наряду с выраженными соматовегетативными расстройствами, имитирующими соматическую патологию, в клинической картине болезни наглядно выявляются и стержневые аффективные расстройства – отчетливое снижение настроения, активности, заторможенность в сочетании с расстройствами сна, суточными колебаниями настроения. Существует и категория больных, у которых депрессия сочетается с соматическим заболеванием

Комплексный подход к лечебно-коррекционной работе с детьми и подростками

Юрий Шевченко

заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО), профессор, д.м.н., врач-психиатр, психотерапевт высшей категории, дипломированный психолог



Василиса Корнеева

старший преподаватель кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, кандидат психологических наук, нейропсихолог, специалист по сенсорной коррекции



В настоящей статье будет рассмотрена модель системной, комплексной, многоуровневой помощи детям и подросткам пограничными нервно-психическими расстройствами и детям из группы риска, которая уже давно провозглашается психиатрической наукой, но никак не реализуется в широкой практике

Системность данной модели заключается в том, что проблемы ребенка рассматриваются не только в контексте его индивидуальной биопсихосоциальной сущности, но и во взаимодействии с более общими системами – семьей, школой, референтной группой сверстников, общества. Комплексность подразумевает единство и взаимопроникновение собственно лечебного (медикаментозного и психотерапевтического), коррекционно-психологического, воспитательно-развивающего и социализирующего подходов, осуществляемого соответствующими специалистами.

Следует сказать, что развитию комплексного подхода в практическом здравоохранении мешают многие субъективные и объективные, в том числе чисто организационные, факторы. Так, в 1995 году Министерством здравоохранения РФ упразднены специальности детского и подросткового психиатра, что конечно же не лучшим образом отразилось на подготовке профессионалов для службы детского психического здоровья. Не всякий взрослый психиатр без серьезной специальной подготовки может оказывать квалифицированную помощь пациентам от 0 до 18 лет.

Для сравнения, в Украине данная специальность сохранилась с советских времен, а в Германии она вообще звучит как "детский психиатр-психотерапевт". У нас же если "детский психиатр", не существующий в качестве специалиста, все же обозначен в номенклатуре врачебных должностей, то "детский психотерапевт", "детский клинический психолог", "детский нейропсихолог" – это то, чего нет. В медицинской литературе и официальных бумагах данные специалисты фигурируют как своего рода "поруки Кижэ". Поэтому каждый такой профессионал – это "штучный экземпляр", ставший таковым за счет собственного энтузиазма, творческой инициативы и активной гражданской позиции. Именно таких специалистов – психиатров, психологов, нейропсихологов, психотерапевтов, педагогов – объединяет консультативно-диагностический центр "ТАКТ" (<http://www.tact-center.ru>), где помогают детям, имеющим проблемы в психическом здоровье и развитии.

Наконец, что такое многоуровневый подход в оказании лечебно-психокоррекционной помощи детям и подросткам? На этом стоит остановиться подробнее.

Дело в том, что дети и подростки страдают всеми теми же психическими заболеваниями, что и взрослые, за исключением, разве что, расстройств, связанных со старческими нарушениями головного мозга (атеросклероз, болезни Альцгеймера, Пика и т.п.). В то же время многие психические проблемы, диагностируемые у взрослых в качестве болезней, начинают формироваться в детском возрасте (психопатии – расстройства личности, психосоматические заболевания, общие неврозы, состояния зависимости), а некоторые возникают только в детском возрасте, например, так называемые системные неврозы (энурез, энкопроз, заикание, тики), гиперактивность, избирательная немота (элективный мутизм), трихотилломания (навязчивое выдергивание волос) и другие патологические привычки. Понятно, что их возрастная "привязанность" свидетельствует о значительной роли фактора нарушенного созревания – психического дизонтогенеза в этиопатогенезе данных расстройств. Более того, существует ряд патологических состояний, при которых психический дизонтогенез, обусловленный разными причинами (наследственно-конституциональными, церебрально-органическими, соматогенными), является основным механизмом, обуславливающим стойкую психическую аномалию – умственную отсталость, общую и парциальную (дисграфия, дискалькулия, дислексия) задержку психического развития, ранний детский аутизм. Наконец, следует помнить, что любое тяжелое или длительное заболевание (физическое или психическое), помимо нанесения специфического ущерба, в большей или меньшей степени нарушает созревание психических свойств, функций и личности ребенка, что далеко не всегда преодолевается, дозревает с возрастом без

специальной серьезной помощи. А отклоняющееся психическое развитие ребенка само по себе, даже без дополнительных психических стрессов, порождает психотравмирующие переживания у ребенка и его родителей, что еще более осложняет его психическое состояние и дальнейшее развитие.

Таким образом, сложное переплетение энцефалопатических (как результат проблемной беременности и родов, проявляющийся в нарушениях реактивности мозга и его устойчивости к повышенным и даже обычным нагрузкам), дизонтогенетических (врожденного и приобретенного нарушения сроков и качества формирования психических функций) и психогенных (обусловленных неблагоприятным психологическим климатом и/или неадекватным воспитанием) факторов предполагает необходимость многоуровневого воздействия на ребенка. Это предполагает охват всей биопсихосоциальной системы клиента – от обменных процессов в мозге до социальной структуры межличностного взаимодействия.

В связи с этим в нашей работе мы ориентируемся на разработанную профессором Ю.С. Шевченко концепцию пятиуровневого подхода в комплексной лечебно-коррекционной работе с детьми и подростками. Суть ее заключается в следующем.

Первый уровень – метаболический. Снятие симптомов и улучшение обменных процессов мозга при помощи общебиологического и психофармакологического лечения, направленного как на ведущий психопатологический синдром пограничного или психотического уровня, так и на сопутствующие и коморбидные расстройства, а также на нередкие у детей и подростков проявления резидуально-органической церебральной недостаточности с общеукрепляющим соматотропным лечением.

Второй уровень – нейрофизиологический. Он представлен нейропсихологической коррекцией (Семенович А.В., Архипов Б.А. и соавт., 1998; Семенович А.В., 2002; Корнеева В.А., 2002), направленной на исправление дизнейроонтогенетических-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурия), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма (1-й блок), операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок). Ее неспецифическое воздействие на те или иные психические расстройства реализуется за счет оптимизации церебральных процессов, повышения их экономичности,

улучшения "материального" обеспечения душевно-духовного существования и саногенного взаимодействия "тела" и "духа".

Специфический эффект нейропсихологической коррекции заключается в воздействии на церебральные причины продуктивно- и негативно-дизонтогенетических (по В.В. Ковалеву) синдромов, в частности за счет расширения и развития связей между "речевым" и "эмоциональным" полушариями, совершенствования функциональных механизмов пространственно-временного и ситуационно-личностного предвосхищения и вероятностного прогнозирования, субординации инстинктивно-подкорковых и социально-психических (лобных) детерминант поведения.

Третий уровень – синдромальный. Работа на этом уровне включает психологическую, логопедическую, дефектологическую коррекцию как основного, так и сопутствующих синдромов. При психосоматических расстройствах – это алекситимия и дизонтогенетически-конституциональная дефицитарность эмоциональной сферы в целом, при психопатиях – антиципационная несостоятельность и неспособность усваивать собственный опыт, при элективном мутизме – психолингвистическая составляющая социофобии, при гиперактивности – отдельные составляющие синдрома: дефицит внимания в его конкретных проявлениях (фиксация, удержание, концентрация, переключение, распределение); импульсивность (в коммуникативной, игровой, интеллектуальной деятельности); двигательная расторможенность (имеющая изначально регрессивно-компенсаторный смысл) и т.д.

Четвертый уровень – поведенческий. Его задача – формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной, и других видов психотерапии. В зависимости от возраста пациента и содержания "поведенческой мишени" бихевиорально-когнитивная психотерапия включает либо приемы непосредственного формирования или подавления тех или иных моделей поведения (с помощью вдохновляющих, награждающих, принуждающих или наказывающих воспитательных воздействий), либо приемы "передачи ответственности" (Р. и Дж. Байярд, 1991). Другими вариантами данного подхода являются составление "семейного контракта" между подростком и родителями либо моделирование "жизненных сценариев", приводящих вначале к экстрапсихическим, а затем и интрапсихическим изменениям в соответствии с постулатом "бытие определяет сознание" (Би-

хевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков, 2003).

Неспецифический аспект данного уровня, обуславливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать. Только сформировав у ребенка принятие и выполнение инструкций "нельзя"



Занятие ведет психолог Ирина Клименок

и "надо" (с помощью приемов жесткого моделирования поведения, включая холдинг-терапию), то есть преодолев эти первые ступени индивидуальной "лестницы пове-

денческих проблем" пациента, можно приступать к работе на 2-м, 3-м и 5-м уровнях комплексной терапии, а также решать более высокие задачи диагностико-терапевтического процесса данного уровня.

В процессе когнитивно-поведенческой психотерапии преодолеваются ригидные архаические механизмы психологической защиты, расширяется поведенческий диапазон реагирования в конфликтных ситуациях, осваиваются социально приемлемые способы экспрессивной канализации

агрессии, приемы саморегуляции в эмоционально значимых ситуациях (АТ, парадоксальная интенция), десенсибилизируются индивидуально типичные стрессогенные факторы, анализируются и дезактуализируются вторичные рентные установки.

Пятый уровень – личностный. Его цель – разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне (завершающей, а порой предвосхищающей прочие формы психотерапии) является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотера-

Особенности проведения методики ИНТЭКС – 8 дней подряд непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации, позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные интра- и экстрапсихические механизмы устойчивого патологического состояния.

В содержание семейного аспекта данного уровня непременно должны входить психогигиенические и психопрофилактические составляющие (нормализация режима сна и отдыха, индивидуализация учебной нагрузки, преодоление родительского перфекционизма и повышенной тревожности, а также исправление дефектов воспитания).

Примером преодоления родительско-детского перфекционизма может служить беседа, объективизирующая (по часам) школьную перегрузку, нарушающую положения гигиены труда, исправляющая нереалистическое отношение к оценкам (пять – это хорошо, три – это плохо), завышенный уровень притязаний ("чемпионство во всех видах многоборья") и подводящая к выводу о том, что главный учебный "предмет" – это ПРИЛЕЖАНИЕ. Соответственно, родителям следует оценивать в первую очередь отношение ребенка к труду (которое будет определять его успешность всю последующую жизнь) и хвалить прежде всего за старание, а не за конечный результат (который зависит от многих объективных и субъективных факторов) и уж тем более не за поставленную учителем отметку. Моделируя на этой основе ситуации успеха, можно формировать у ребенка "комплекс полноценности" без угрозы надорвать его силы еще до того, как он сам выберет себе работу по душе и по способностям.

Представленный пятиуровневый подход успешно реализуется на основе междисциплинарного сотрудничества в центре "ТАКТ" и, несмотря на достаточную условность границ между уровнями и относительную специфичность вышеперечисленных психотерапевтических приемов, позволяет воздействовать на все "слои" телесно-душевно-духовной организации человека, на все звенья патогенетической цепи психического расстройства в психогенетическом, индивидуально-личностном и симптоматическом направлении и осуществлять комплексную лечебно-коррекционную и воспитательно-социализирующую помощь пациентам.

Елена Уханова
генеральный директор
ООО "Центр
Клинической
Неврологии"



О проблеме неврологического здоровья детей

Центр Клинической Неврологии



Сегодня уже не оставляет сомнения важность создания единой для всех российских регионов программы исследования неврологического здоровья детей. Не исключен тот факт, что в истоках возросшей цереброваскулярной патологии у современных людей молодого трудоспособного возраста находятся перенесенные ими минимальные перинатальные повреждения сосудистой системы головного мозга. Возросшая частота патологии позвоночника у молодых также может быть обусловлена его ничтожной травмой уже на этапе рождения! Современные стандарты оценки здоровья ребенка не могут дать истинного представления о положении дел.

По-прежнему единственным критерием общего, в том числе и неврологического, здоровья новорожденных в родильных домах служит субъективная система оценки по шкале Аргар. В поликлинике предлагается стандартный "набор" специалистов для диспансеризации на первом, втором и последующих годах жизни.

Четыре года назад в рамках созданной нами программы "Здоровый ребенок – здоровая нация" врачи Центра Клинической Неврологии провели исследовательскую работу в одном из детских садов Санкт-Петербурга. На первом этапе был предложен анкетированный опрос родителей о состоянии здоровья их ребенка, а на втором этапе –

комплексный осмотр бригадой специалистов. Обследованными были дети от 2 до 7 лет.

Мы получили следующие результаты: у 67% осмотренных нами детей 2 лет родители замечали повышенную утомляемость. 100% детей этой группы были метеочувствительны, то есть имели вялое, инертное поведение при изменении погоды. 33% детей имели нарушение сна. И в 33% случаев у них выявлялось нарушение осанки. У 57% детей в возрасте 5 лет замечены повышенная утомляемость и рассеянное внимание. Им трудно сосредоточиться, о чем сообщали и родители, и воспитатели детского сада. 42% детей этой группы жаловались на головную боль. В 85% случаев у малышей нарушен сон. 57%

из них – метеочувствительны и 57% имели нарушение осанки.

75% 7-летних детей имели повышенную утомляемость и рассеянное внимание, 50% жаловались на головную боль. 75% будущих первоклассников имели нарушение ночного сна и в 100% случаев у них была выявлена патология осанки!

Только в этом детском саду у 2 детей, считающихся здоровыми, была выявлена грубая патология центральной нервной системы. Далее мы предлагали обследование детей с использованием доступных и безопасных ме-

Центр Клинической Неврологии



тодов функциональной и ультразвуковой диагностики.

Лишь некоторые родители сами приводили к нам своих детей. Важность имеющейся проблемы для них оказалась не ясной.

Как правило, в дальнейшем многие родители надеются на то, что их дети "перерастут" эти "несущественные" проблемы, или с целью их решения обращаются в центры альтернативной медицины. В результате – столь рано начавшийся патологический процесс продолжает формироваться в грубую органическую патологию.

Специализированная клиника для оказания неврологической помощи взрослым и детям в амбулаторно-поликлинических условиях – "Центр Клинической Неврологии" – создана в Санкт-Петербурге в 2002 году. Снижение числа инвалидов от заболеваний нервной системы, реабилитация и помощь в социальной адаптации пациентов, имеющих данную патологию, – это те основные задачи, над которыми работают специалисты центра. В связи с тем, что в России первое место по остаточной инвалидности занимает цереброваскулярная патология, первым стало разрабатываться направление кардионеврологии. Специальность, существующая на стыке двух фундаментальных наук – неврологии и кардиологии, требует глубоких знаний и постоянного их совершенствования. В связи с этим с самого начала работы центра проводится финансирование обучения работающих специалистов на курсах повышения квалификации и на семинарах, организуемых центром. Начиная с сентября 2008 года в течение учебного года при участии профессоров и преподавателей ведущих медицинских вузов Санкт-Петербурга проводится специально разработанный обучающий цикл по теме "Современные методы диагностики и лечения цереброваскулярной патологии в практике врача-невролога".

Разработка оптимальных критериев диагностики и лечения эпилепсии – следующее направление в работе центра. Был изучен опыт работы наших зарубежных коллег (Дания, Швейцария). Это направление требует дальнейших капиталовложений.

В настоящий момент на уже имеющемся оборудовании проводятся многие виды неинвазивной диагностики (видео ЭЭГ, ночной ЭЭГ-мониторинг, электроэнцефалография с топографическим картированием), что позволяет быстро и точно поставить диагноз и подобрать специфическую терапию. В первые годы работы центра разработана специальная медицинская карта пациента с эпилепсией.

В центре ведется исследовательская работа по формированию и совершенствованию стандартов качества оказываемых медицинских услуг.

Разработаны тесты осмотра врача терапевта, невролога, кардиолога, эндокринолога, стандарты диагностических тестов, выполняемых при помощи ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики. Используются свои стандарты медицинской документации, выдаваемой на руки пациентам.

Исследуются также временные затраты на выполнение диагностических и лечебных манипуляций, для того чтобы определить критерии наиболее оптимального времени, затрачиваемого на выполнение оказываемой услуги.

Установлена гибкая политика цен на медицинские услуги, что позволяет получать их различным слоям населения и в разном объеме. Так, разработанные диагностические программы "Исследование сердечно-сосудистой системы за один день" и "Программа диагностики гипертонической болезни" пользуются большой популярностью как у людей среднего возраста, так и у молодых.

Успешно внедряется программа "Диагностика состояния щитовидной железы" и "Программа раннего выявления сахарного диабета".

Очень доступными по цене являются разработанные в центре программы наблюдения за детьми, перенесшими перинатальную патологию (от 0 до 18 лет). Перинатальная патология – следующее важное направление, в котором работает центр, так как именно эти пациенты определяют количество людей с симптомами малой неврологии, что в дальнейшем может влиять и на количество социально дезадаптированных.



РОССИЯ, 191186 САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
НЕВСКИЙ ПРОСП., Д. 22-24
ТЕЛ: (812) 314 5884
ФАКС: (812) 315 7657
HTTP://WWW.NEUROMED.RU

Далее приведу статистический пример большой исследовательской работы из статьи известного ученого-невролога профессора В.А. Карлова (кафедра неврологии нервных болезней МГСМУ, г. Москва), опубликованной в №15 журнала "Фарматека" за 2009 год. Она посвящена изучению качества жизни пациентов с различными формами эпилепсии. Возраст пациентов был выбран от 15 до 63 лет. У трети обследованных вы-

нами было установлено, что уже в возрасте 2 лет 33% обследованных детей имели нарушение сна и далее этот показатель прогрессивно увеличивается с возрастом.

Еще в начале 90-х годов мною была проведена другая исследовательская работа, целью которой было доказать влияние ишемических изменений в головном мозге у новорожденных на формирование патологических потенциалов в нем. Была выявлена прямая взаимосвязь.



тво жизни человека, относится к раннему детскому возрасту.

Простой и доступный метод – электроэнцефалография, который может быть применен в таких случаях на этапе родильного дома, помогает в ранней диагностике этого заболевания. Специалистам хорошо известно, что в развитых странах, например в Японии или Германии, во многих случаях электроэнцефалографический мониторинг проводят плодам, пока те еще в утробе матери.

С точки зрения экономики это дешевый метод, хотя бы потому, что можно использовать наше отечественное электроэнцефалографическое оборудование, которое выдерживает конкуренцию на мировом рынке.



Вершина диагностики

Челябинская область первая из регионов приступила к активной реализации проекта центра позитронно-эмиссионной томографии.

В Челябинской области появится первый региональный центр позитронно-эмиссионной томографии, или ПЭТ-центр. На его строительство и покупку оборудования из областного бюджета было выделено 500 млн. рублей. Планируется, что ПЭТ-центр будет функционировать на базе областного онкологического диспансера. На сегодняшний день в России только пять подобных центров. Да и те находятся в Москве и Санкт-Петербурге. Всего же в мире функционирует несколько сотен центров позитронно-эмиссионной томографии.

По словам министра здравоохранения Челябинской области Виктора Шепелева, ПЭТ-обследование считается высшей точкой развития диагностических технологий. Появление данной методики станет серьезным шагом вперед. ПЭТ может обнаружить социально значимые заболевания (онкологические, неврологические и кардиологические) уже на молекулярном уровне. Таких результатов можно добиться только с помощью этого метода. Министр добавил, что в первое время после запуска ПЭТ-центра планируется обследовать около 5 тыс. человек в год.



В дальнейшем с введением в эксплуатацию еще 2 ПЭТ/КТ систем число обследуемых будет увеличено до 15 тыс. в год.

Исходя из результатов мировой практики можно предположить, что в челябинском ПЭТ-центре до 89% обследуемых пациентов будут составлять больные онкологического профиля, приблизительно 8% – пациенты с кардиологической патологией, 3% – неврологические больные.

Введение в эксплуатацию ПЭТ-центра позволит совершить качественный прорыв в проблеме ранней диагностики онкологических и многих других заболеваний.

Опыт регионов



В нашем центре разработаны программы неврологического наблюдения для детей, родившихся здоровыми, а также для детей, родившихся с перинатальной патологией нервной системы.

Отмечу, что они не пользуются популярностью, ведь основная забота о здоровье детей возложена на государственную медицину и лишь немногие детские неврологи выходят за рамки предложенных стандартов. Тогда как родители уверены, что даже на этапе поликлиники их дети имеют качественное медицинское обслуживание.

Система добровольного медицинского страхования также не может помочь в решении этой задачи, так как многие реализуемые ею программы рассчитаны на свершившийся патологический случай и не являются профилактическими.

В результате (по нашим данным) в 7-летнем возрасте, перед началом обучения в школе, у 50% детей формируется синдром головной боли, а 75% – утомляемы и имеют рассеянное внимание.

Можно ли говорить о качественном обучении таких детей? Конечно, нет!

А сколько процентов "не спящего населения России" имеет патологические очаги возбуждения в головном мозге, обусловленные той или иной причиной, не знает никто!

явлена наружная или внутренняя гидроцефалия, внутримозговые кисты, множественные очаги сосудистого происхождения.

Хочу обратить внимание на то, что, по данным московских исследований, у половины пациентов в основе снижения качества жизни было отмечено нарушение сна и, как следствие, развившаяся депрессия.

Работа имела большой успех. Данные исследования были представлены на симпозиуме по ишемии мозга, проведенном в Санкт-Петербурге.

Обобщая приведенные примеры, можно сделать вывод о том, что во многих случаях дебют такого сложного заболевания, как эпилепсия, напрямую изменяющего качес-

Валерий Белоусов

главный врач Няганской окружной больницы ХМАО – Югры, врач-хирург и врач-организатор здравоохранения высшей категории



Высший пилотаж Няганской окружной больницы

Самая главная задача нацпроекта в области здравоохранения – это сохранение здоровья людей как за счет применения высокотехнологической медицины, так и за счет усиления первичного звена. Хирург, оказывая экстренную медицинскую помощь, находится на самом острие этого первичного звена. До 40% больных, поступающих в хирургическое отделение Няганской окружной больницы, требуют незамедлительного оперативного вмешательства, и если оно не последует, человек может просто погибнуть. Разумеется, что лю-

высокий профессионализм кадрового состава, а главное – здоровые амбиции всего коллектива быть в своей сфере в числе первых.

До 2004 года медицинская помощь в Нягани оказывалась в 22 разбросанных по всему городу зданиях, причем только два из них были типовыми. Переезд больницы в новое здание и ее торжественное открытие состоялось 17 августа 2004 года, а первая операция была выполнена уже на следующий день. Через два года интенсивной и плодотворной работы у больницы появился новый статус – окружная. Это обстоятельство определило ее дальнейшую судьбу, возложив на весь коллектив важную и ответственную миссию – стать центром высоких технологий, охватив весь западный регион Югры, что позволило бы значительно сократить поток пациентов, направляемых на обследование и лечение за пределы области. Вместе с тем с каждым годом увеличивается количество жителей других регионов России, которые желают получить медицинскую помощь именно в Няганской окружной больнице.

Сегодня в больнице 15 отделений, операционный блок укомплектован 13 операционными с самым современным оборудованием, в которых производится до 30 операций в день. Для персонала созданы лучшие условия. Вместе с тем хирургам постоянно приходится совершенствовать мастерство, внедряя всевозможные новации и ноу-хау. В хирургическом отделении Няганской окружной больницы выполняются практически все виды операций, которые можно делать на органах брюшной полости. Они проводятся на самом высоком уровне с применением современных технологий. Широко используются малоинвазивные лапароскопические операции.

В течение последних нескольких лет, с переездом в новое здание, стала развиваться специализированная помощь. Помимо общехирургической направленности, появилась специализированная: торакальная, эндокринная, оперативные вмешательства в мочеполевой сфере.

Команда хирургического отделения постоянно расширяет диапазон своих хирургических вмешательств и считает своей главной

задачей накопление опыта. Поскольку регион обслуживания увеличился, появилось больше тяжелых больных с разными патологиями, особенно из тех районов, где уровень медицинского обслуживания невысок. Повышение количества плановых операций относительно экстренных – это то, к чему хотелось бы стремиться няганским хирургам. Поэтому неудивительно, что в городе значительно снизился случаи выездов няганцев, нуждающихся в оперативных вмешательствах, в другие регионы.



Кадровая политика в ЛПУ выстроена так, что случайных людей здесь нет: приходят специалисты, которые могут привнести какое-то новое направление в развитие медицины вообще, а не только в хирургии.

Заведующий хирургическим отделением В.Н. Фомин приехал в Нягань из областной больницы г. Челябинска, где на протяжении долгих лет возглавлял хирургическое отделение. Поэтому он со всей ответственностью может утверждать, что здесь уровень подготовки специалистов, материальное обеспечение, методики обследования находятся на высоком современном уровне. Доктора, которые предлагают внедрять новые технологии, всегда могут рассчитывать на поддержку администрации. Окружное правительство оказывает помощь в приобретении оборудования

и инструментария. Например, ультразвуковой скальпель, которым сейчас делают эндоскопические операции и операции на щитовидной железе. Время операции сокращается на 30–40%, практически нет кровопотери – больные чувствуют себя прекрасно. Ультразвуковой деструктор-аспиратор, с помощью которого можно делать малокровные операции по резекции печени, то есть с сохранением собственной крови, а это в момент операции очень важно. Применять этот прибор могут и урологи. За малоинвазивными операциями – будущее хирургии, поскольку травматичность сведена до минимума: наружных швов практически нет, хирург обходится 3–4 проколами. Следовательно, процесс заживления проходит гораздо быстрее. После лапароскопических операций больной выписывается на 3–5-й день. Время нахождения пациента в отделении перед операцией тоже сокращено, благодаря тому что больной поступает с полной диагностикой. Поэтому увеличивается оборот койко-мест, что дает возможность принять большее количество людей, нуждающихся в оперативном лечении.



Последнее достижение хирургов-урологов – перкутанная нефролитотомия (лазерное дробление и удаление камней из почки через разрез размером 2–3 см). Эта современная методика относится к высокотехнологичным методам лечения больных с мочекаменной болезнью. Все активнее и увереннее осваиваются операции на органах грудной клетки, как традиционные, так и торакоскопические (через проколы). Планируется расширение спектра эндоскопических вмешательств на органах брюшной полости или грыже пищеводного отверстия диафрагмы, иначе – ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь); операции при морбидном ожирении.

Большие успехи демонстрируют травматологи-ортопеды. В Няганской окружной больнице в 2007 году впервые в России была выполнена операция с применением новой системы фирмы Mathys (Швейцария) для реконструкции и восстановления дефектов кости, в основе которой лежит новый деградируемый материал "Нориан". Он широко востребован и применяется в развитых странах, как оптимальный вариант, отвечающий

требованиям современной высокотехнологичной травматологии и ортопедии. Освоены и успешно выполняются операции по эндопротезированию крупных суставов (коленного, тазобедренного, плечевого). К примеру, известный российский фигурист Алексей Ягудин смог вернуться к полноценным тренировкам только благодаря эндопротезированию тазобедренного сустава. Операция звезд обошлась недешево. В Няганской окружной больнице жителям Югры эндопротезирование выполняют бесплатно.

В 2008 году в Няганской окружной больнице впервые в Югре выполнены две операции статедопластики. Это слухолучающая операция на стремени, производимая при отосклерозе. Прогнозируемый успех операции – 98%. Также 9 пациентам проведена тимпанопластика, которая на территории Югры выполнялась пока в единичных случаях. Она относится к группе хирургических вмешательств по реконструкции и созданию нового аппарата звукопроведения. Тимпанопластика показана тем больным, у которых можно ожидать значительного улучшения. Такие оперативные вмешательства относятся к высокотехнологичным видам медицинской помощи, после которых прооперированный человек не нуждается в помощи слухового аппарата.

Возраст первых пациентов, перенесших операции, от 7 до 58 лет. Проведение таких операций стало возможным благодаря привлечению к сотрудничеству члена европейской Академии отологии и нейроотологии профессора С.Я. Косякова, который провел первые обучающие операции. Для успешного освоения слухолучающих операций на базе отоларингологического отделения Няганской окружной больницы организована костная лаборатория. По словам Косякова, все предпосылки для дальнейшего развития этого вида медицинской помощи у больницы есть. В перспективе слухолучающие операции выйдут на более уверенные позиции.

В отделении микрохирургии глаза используются высокоэнергетические лазеры, проводятся операции на хрусталике глаза, имплантации при катаракте и глаукоме. Для этих целей в отделении имеется операционный микроскоп, ежедневно проводится около 10 операционных вмешательств. Особое внимание уделяется осложнениям при сахарном диабете, которые приводят к инвалидности и слепоте. Наши специалисты освоили новое направление – лазерные операции при осложнениях сахарного диабета, позволяющие сохранить зрение пациентам. Бесшовная хирургия (операция факоэмульсификации катаракты) позволила значительно сократить сроки лечения. Сегодня наша задача состоит в том, чтобы выйти на 70% именно таких высокотехнологичных операций при катаракте.

В Европе и во всем мире такая цифра считается золотым стандартом.

В 2006 году в стенах НОБ открылся новый Центр сосудистой хирургии, единственный в нашем округе. Здесь проводятся операции на всех сосудах, ставятся сосудистые протезы, стенты, проводится баллонопластика. Только за прошлый год доктора провели 565 оперативных вмешательств, половина из которых относится к высокотехнологичным.

При операциях по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей применяется малотравматичный метод эндовенозной лазерной коагуляции с хорошим косметическим эффектом. Пациентам с сосудистыми "звездочками" выполняется компрессионная склеротерапия и лазерное склерозирование поверхностных сосудов.

Через прокол артерии протез устанавливается внутрь сосуда, по аналогии с нашившей в свое время технологией "труба в трубе". После таких операций больные очень быстро идут на поправку. На сегодняшний день востребованность Центра сосудистой хирургии очень высока, поэтому было принято решение расширить его коечный фонд с 15 до 24 мест.

В 2008 году произошло еще одно немаловажное событие. На базе НОБ открыт Центр амбулаторного гемодиализа, с 11 искусственными почками, необходимым больным с почечной недостаточностью.

В 2009 году состоялось открытие отделения магнитно-резонансной томографии (МРТ). Для больницы, города, всего здравоохранения округа это значимое событие, ведь магнитно-резонансная томография – это единственный метод медицинской диагностики, позволяющий получить полный объем данных о пациенте, включая высокоточные сведения об анатомии, функциях и метаболизме органов и тканей.

МРТ – это современный, безопасный (без ионизирующего излучения) и надежный метод лучевой диагностики со 100%-ным результатом. Он является уникальным и практически не имеющим аналогов исследованием для ранней диагностики заболеваний центральной нервной системы, позвоночника, мышечно-суставной системы и внутренних органов. В планах больницы – проводить обследование в две смены, таким образом диагностируя до 20 пациентов в сутки. Благодаря магнитно-резонансной томографии у окружной больницы появился замкнутый диагностический цикл, а пациентам больше не придется уезжать в другие города для полного медицинского обследования.

Остается лишь добавить, что за первое полугодие 2009 года показатели по объему проведенных исследований и оперативных вмешательств превзошли показатели 2008 года.

**Ибрагим
Ибрагимов**
руководитель РМЦ,
заслуженный врач
Республики Дагестан,
народный врач
Республики Дагестан,
заслуженный врач
Российской Федерации



Дагестанский республиканский медицинский центр



Республиканский медицинский центр (РМЦ) создан в 1996 году, его структурные подразделения – Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн и труда, Республиканский гериатрический центр и поликлиника №1 со стационаром.

За время существования РМЦ штат врачей и среднего медперсонала увеличивался в 5 раз. Профильную специализацию и усовершенствование прошли 127 врачей из 149 (85%) и 80 медработников среднего звена из 107 (74,7%). Почетного звания "Заслуженный врач Республики Дагестан" удостоены 11 врачей, "Заслуженный работник здравоохранения" – 12 работников

среднего и младшего звена. РМЦ является научной и клинической базой кафедр Дагестанской медицинской академии.

В 2001 году на базе РМЦ создан Республиканский гериатрический центр – организационно-методический центр гериатрической службы республики. Основные направления деятельности: мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп; выполнение государственных гарантий, в том числе льгот по медицинскому и лекарственному обеспечению, отдельным видам протезирования; оказание гарантированной квалифицированной консультативной, лечебно-диагностической и ре-

абилитационной помощи с применением современных методов диагностики и лечения; анализ деятельности лечебной сети, гериатрических и медико-социальных учреждений и подразделений по оказанию лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения организма.

Поликлиника №1 со стационаром представляет собой комплексное медицинское учреждение, обслуживающее 7 тыс. человек, в том числе работников Аппарата Президента и Правительства Республики Дагестан.

Ведущим структурным подразделением РМЦ является Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн и труда (РКГВ). Основные направления деятель-

ности: оказание специализированной высококвалифицированной лечебно-диагностической и реабилитационной помощи ветеранам войн и труда, воинам-афганцам и участникам локальных конфликтов, а также гражданам пожилого и старческого возраста с целью обеспечения длительной, максимально активной жизнедеятельности ветеранов как наиболее общественно значимой части населения.

РКГВ занял 3-е призовое место в конкурсе "Лучший госпиталь 2004 года" и 2-е призовое место в международном конкурсе на звание "Лучшее учреждение по профилактике заболеваний, укреплению здоровья и реабилита-

ции ветеранов войн и участников локальных конфликтов" в 2006 году.

Прекрасные гостиничные условия РМЦ, бесплатное лечение и 4-разовое питание привлекают все больше больных, число которых с 1996 года по настоящее время увеличилось в 10 раз. Та же тенденция отмечена и с численностью диспансерных больных. С момента создания РМЦ в республике стала отмечаться тенденция улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению старших возрастных групп. Частота обращений в Республиканский гериатрический центр только за 2009 год составила 5797 против 1550 за предыдущий год. Коечная мощность РМЦ возросла со дня открытия с 35 до 212 коек.

РМЦ оснащен современным высокотехнологичным лечебно-диагностическим обо-

рудованием: кабинетами функциональной диагностики с компьютерными спироанализатором и аппаратами ЭКГ "Альтон", холтеровского мониторирования, аппаратом для проведения электроэнцефалографии, эндоскопическим кабинетом (ФГДС) фирмы "Олимпус", ректороманоскопом Diasoues Yetewey 2D, кабинетом спелеотерапии. Име-

тся реанимобиль, оснащенный современным высокотехнологичным оборудованием. С 1998 года в РМЦ функционирует кабинет эндоскопической хирургии, оснащенный современным видеолaparоскопическим оборудованием, инструментарием фирмы "Карл Шторц" (Германия) и лазерной установкой "Шарплазер" (Израиль), позволяющими проводить малоинвазивные эндоскопические оперативные вмешательства.

С февраля 2004 года применяется метод ДУВЛ (ударно-волновая литотрипсия).

С сентября 2009 года функционирует новое отделение "Искусственная почка".

Значительные изменения претерпела лабораторно-диагностическая служба, представленная клинической, биохимической, бактериологической, иммунологической



и экспресс-лабораторией. Исследования проводятся на современном оборудовании: иммуноферментный анализатор Human Reder (Германия), биохимический анализатор АВХ-60 (Франция), коагулогический анализатор "Минилаб-700", мочевой анализатор "Докаридер", гемоглобинометр "Минигем-540" (Венгрия).

Руководитель РМЦ Ибрагим Магомедович Ибрагимов, заслуженный врач Республики Дагестан, народный врач Республики Дагестан, заслуженный врач РФ. С 1978 по 1996 год – министр здравоохранения Республики Дагестан. Награжден орденом "Знак Почета" и орденом Гиппократ. Почетный член правления Российской ассоциации организаторов здравоохранения, член редакционного совета журналов "Здравоохранение РФ" и "Южно-Российский медицинский журнал".

ДАГЕСТАНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

Республиканский медицинский центр создан в 1996 году, его структурные подразделения – Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн и труда, Республиканский гериатрический центр и поликлиника №1 со стационаром.

В РМЦ выросла плеяда высококвалифицированных врачей, профессионалов, владеющих методиками диагностики и лечения европейского класса. Почетного звания "Заслуженный врач Республики Дагестан" удостоены 11 врачей, "Заслуженный работник здравоохранения" – 12 работников среднего и младшего звена.

Республиканский гериатрический центр осуществляет мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп; выполнение государственных гарантий; оказание квалифицированной консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи.

Поликлиника №1 со стационаром – комплексное медицинское учреждение, обслуживающее 7 тыс. человек, в том числе работников Аппарата Президента и Правительства Республики Дагестан.

Ведущее структурное подразделение РМЦ – Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн и труда, занявший 3-е призовое место в конкурсе "Лучший госпиталь 2004 года" и 2-е призовое место в международном конкурсе на звание "Лучшее учреждение по профилактике заболеваний, укреплению здоровья и реабилитации ветеранов войн и участников локальных конфликтов" в 2006 году. Прекрасные гостиничные условия РМЦ, бесплатное лечение и 4-разовое питание привлекают все больше больных, число которых с 1996 года по настоящее время увеличилось в 10 раз.

РМЦ оснащен современным высокотехнологичным лечебно-диагностическим оборудованием: кабинетами функциональной диагностики с компьютерным спироанализатором и аппаратами ЭКГ, аппаратом для проведения электроэнцефалографии, эндоскопическим кабинетом, ректороманоскопом, кабинетом спелеотерапии.

С 1998 года в РМЦ проводятся малоинвазивные эндоскопические оперативные вмешательства; с 2004 года применяется метод ударно-волновой литотрипсии; функционирует новое отделение "Искусственная почка".

Руководитель РМЦ Ибрагим Магомедович Ибрагимов, заслуженный врач Республики Дагестан, народный врач Республики Дагестан, заслуженный врач РФ. С 1978 по 1996 год – министр здравоохранения Республики Дагестан. Награжден орденом "Знак Почета" и орденом Гиппократ. Почетный член правления Российской ассоциации организаторов здравоохранения, член редакционного совета журналов "Здравоохранение РФ" и "Южно-Российский медицинский журнал".

Россия, Республика Дагестан,
367012 Махачкала, ул. М. Гаджиева, д. 31
Тел.: (872) 68 3328
Факс: (872) 67 9333
E-mail: rmc2008@mail.ru

Евгений Сердюк

член ученого совета
ФГУ "Национальный
медико-хирургический
центр имени
Н.И. Пирогова"
Росздрава,
заслуженный врач
Российской Федерации



ФГУ «Национальный медико-хирургический
центр имени Н.И. Пирогова»

Туапсинский клинический комплекс

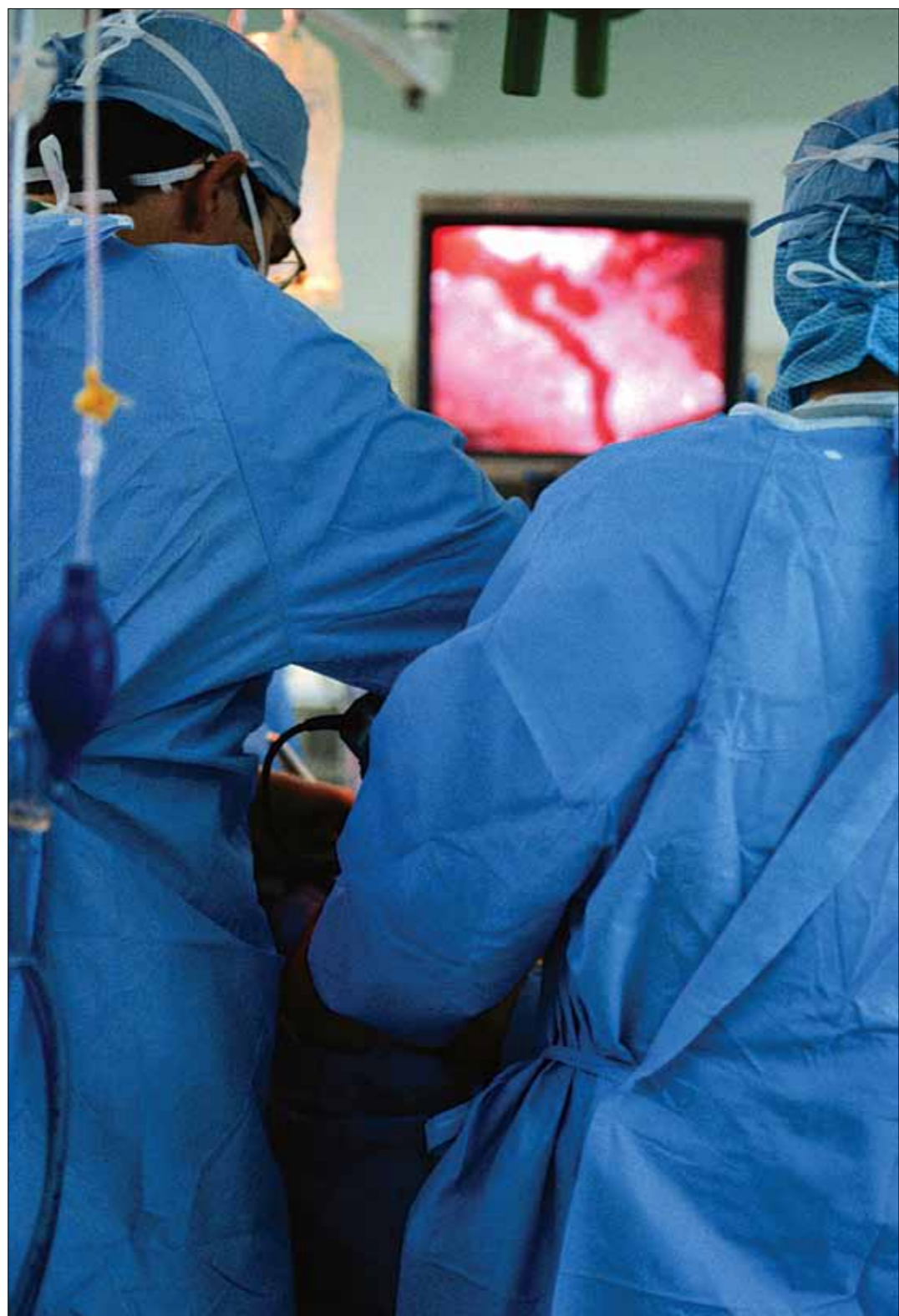
Приоритетным национальным проектом в Российской Федерации является оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению в регионах. Высокотехнологичная медицинская помощь – это медицинские услуги, выполняемые с использованием сложных и уникальных технологий, основанных на современных достижениях науки и техники, высококвалифицированными специалистами.

Уникальная структура многопрофильного стационара дает возможность пациентам получать весь комплекс необходимой медицинской помощи, начиная с диспансеризации и заканчивая реабилитацией, в одном учреждении, что позволяет значительно сэкономить временные и материальные затраты. Каждому гражданину гарантировано оказание квалифицированной медицинской помощи, индивидуальный подход, уважительное и гуманное отношение, соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

Ранняя диагностика позволяет заметно повысить эффективность лечения и предупредить развитие осложнений. Именно эти задачи призваны решать специалисты Туапсинского клинического комплекса (ТКК)

Являясь структурным подразделением Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова, ТКК укомплектован высококвалифицированными кадрами и современным медицинским оборудованием, что позволяет обеспечивать доступность высокотехнологичной медицинской помощи населению Южного федерального округа, активно использовать в клинической практике инновационные медицинские технологии и постоянно совершенствовать профессионализм персонала.

Туапсинскому клиническому комплексу уже исполнилось 85 лет! В далеком 1924 году постановлением Наркомздрава СССР для обслуживания моряков, нефтяников, рыбаков, портовиков был организован фельд-



шерский пункт водников. Этот медпункт, со штатом всего 10 человек, долгое время был известен как "портовая больница".

В годы Великой Отечественной войны именно здесь располагался военный морской госпиталь, где принимали раненых защитников города Туапсе. Во время войны здание больницы было разрушено, но уже в 1944 году вновь открылась и стала функционировать поликлиника, а вместе с ней и стационар на 25 мест. В 1978 году было начато строительство новой больницы для моряков на 120 мест, а в 1985 году Портовая больница приняла первых своих пациентов.

В 2002 году ГУ "Портовая больница" стало филиалом ФГУ "Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова", которое является головным лечебным учреждением системы российского здравоохранения. В настоящее время Туапсинский клинический комплекс представляет собой многопрофильное высокотехнологичное лечебное учреждение, осуществляющее помощь более чем по 30 специальностям и направлениям.

Поликлиническая сеть лечебного учреждения (520 посещений в смену) состоит из поликлиники для взрослых, детской консультации и стоматологической поликлиники. Стационар на 215 коек включает в себя несколько отделений: хирургическое, травматологическое, урологическое, отоларингологическое, терапевтическое, гастроэнтерологическое, кардиологическое, неврологическое, гинекологическое, отделения функциональной диагностики, лучевой диагностики, физиотерапевтическое, патолого-анатомическое, клиничко-диагностическую лабораторию, аптеку.

В ТКК проводятся исследования на современных биохимических, гематологических, иммуноферментных анализаторах с помощью компьютерной диагностической системы "Валента", рентген-исследования с цифровой обработкой, УЗИ с доплеровским исследованием сосудов, компьютерная томография на аппарате Somatom Smile (Siemens), коронарография, селективная ангиография, эндоскопические, гистологические, цитологические исследования.

Туапсинский клинический комплекс оказывает высокотехнологичные виды медицинской помощи. Освоены современные методики оперативного лечения, проводятся лапароскопические операции в хирургии, урологии, гинекологии, рентгенохирургические вмешательства в травматологии, эндоскопические отоларингологические, эстетические операции и манипуляции, эндопротезирование суставов, литотрипсия, артроскопия. При-

меняются эфферентные методы очистки крови от токсических веществ: гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез, УФО крови, лазеротерапия. Также применяются и нетрадиционные методы лечения: иглорефлексотерапия, древнеславянская и китайская методики лечения опорно-двигательного аппарата, нетравматичные методы мануальной терапии.

ТКК оснащен передовым техническим и программным обеспечением внутренних медицинских информационных систем и комплексом автоматизации лечебного процесса.

Самое современное и высокотехнологичное оборудование лучшего образца, грамотный, высококвалифицированный персонал, среди которого большинство имеет высшую категорию, чуткое отношение к больным со стороны медработников – все это привлекает пациентов со всего Южного федерального округа.

С отдельными организациями заключаются договоры на обслуживание и оказание высококласных медицинских услуг. Например, между ОАО "Туапсинский морской торговый порт" и Туапсинским клиническим комплексом заключено соглашение об оказании медицинской помощи работникам, членам их семей и портовикам-пенсионерам, где предусмотрены консультационные, диагностические и лечебные мероприятия для сотрудников, а также содержание медпункта на территории порта.

В планах развития Туапсинского клинического комплекса на 2008–2012 годы проведение реконструкции: оснащение новым современным медицинским оборудованием, развертывание полнопрофильного травматологического отделения, открытие новых отделений – диагностического, профилактики, физиотерапии, клинической лаборатории, внедрение хирургической косметологии, микрохирургии глаза, организация круглосуточного травмпункта. Будут проведены видеондоскопические внутриорганные операции, реконструктивно-пластические операции при дефектах и деформациях челюстно-лицевой области, эндоваскулярные окклюзии при помощи клеевых композиций, реконструктивные вмешательства на прецеребральных артериях при стенозирующих процессах, проведены кардиоваскулярные операции. В урологии к 2011 году планируется приобретение УЗ-сканера, применение доплеровских методов для биопсии простаты, внедрение радикальной простатэктомии на ранней стадии, имплантации фаллопротезов. В офтальмологии – внедрение лазерной стимуляции сетчатки и зрительного нерва.

ФГУ "Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова" Росздрава

Туапсинский клинический комплекс

Туапсинский клинический комплекс является филиалом ФГУ "Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова" и с 2003 года работает с государственным заказом в сфере оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Это многопрофильное лечебное учреждение, в котором проводятся глубокие диагностические исследования, используются передовые методы лечения, которые выполняют высококвалифицированные специалисты, применяя самое современное оборудование, используя только сертифицированное лекарственное средство последних поколений. Кроме того, это комфортное пребывание в 2- и 3-местных палатах.

В Туапсинском клиническом комплексе трудятся 3 кандидата медицинских наук, 91 врач, 179 человек среднего медперсонала, 99 – младшего. Имеют звание "Отличник здравоохранения" 8 человек, "Заслуженный работник здравоохранения Кубани" – 5 человек. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в Туапсинском клиническом комплексе:

- первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов протезами зарубежного производства;
- реконструктивно-пластические операции при дефектах и пороках развития костей конечностей, в том числе с наложением наружных фиксирующих устройств;
- оперативное лечение остеомиелита любых форм, в том числе с наложением наружных фиксирующих устройств;
- дистанционная ударно-волновая литотрипсия, оперативный метод разрушения и удаления камней из почек, мочеточников;
- трансуретральная контактная уретеролитотрипсия, оперативный метод разрушения камней в почках и мочеточниках при помощи гольмиевого лазера;
- современные методы коррекции недержания мочи при напряжении у женщин – операции ТВТ, ТВТ-О;
- трансуретральная резекция предстательной железы (является "золотым стандартом" хирургического удаления аденомы предстательной железы);
- эмболизация маточных артерий – современная альтернатива оперативному лечению при миоме матки;
- широкий спектр гинекологических операций, в том числе органосохраняющих, с применением лапароскопии, гистероскопии, гистерорезектоскопии;
- пластические операции при опущении, выпадении стенок влагалища и матки, в том числе с использованием синтетических материалов;
- комплексное лечение с использованием эфферентных методов, физиотерапии больных с синдромом "диабетическая стопа";
- реконструктивные операции при заболеваниях желудочно-кишечного тракта с использованием эндовидеохирургии в полном объеме;
- операции при врожденных, приобретенных дефектах, деформациях челюстно-лицевой области, в том числе с применением имплантатов, эндопротезов, эктопротезов.

Россия, Краснодарский край,
352800 Туапсе, ул. Калараша, д. 14
Тел.: (86167) 30 956 (директор),
(86167) 30 950 (секретарь),
(86167) 57 739 (регистратура)

Федор
Борознец
начальник
ФГУЗ "МСЧ №125"
ФМБА России



ФГУЗ «Медико-санитарная часть №125» ФМБА России

Федеральное государственное учреждение здравоохранения "МСЧ №125" ФМБА России – это многофункциональное медицинское учреждение со стационарными и амбулаторно-поликлиническими подразделениями, с достаточным уровнем оснащённости и широким спектром оказываемой медицинской помощи.

В составе МСЧ №125 взрослая и детская поликлиники на 850 посещений в смену, стоматологическая поликлиника на 40 рабочих мест, стационар на 390 коек. Кроме того, в учреждении имеются физиотерапевтическое и рентгенологическое отделения, клинико-диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, патолого-анатомическое отделение, отделение переливания крови, отделение скорой медицинской помощи, детская молочная кухня, центр амбулаторного диализа. Основными подразделениями взрослой поликлиники являются цехово-терапевтические отделения, женская консультация, кабинеты специалистов. Прием ведется по 25 специальностям.

Детская поликлиника и детское отделение обеспечивают необходимый объем медицинской помощи детскому населению города. Ведущее звено поликлиники – педиатрическая служба в составе 10 территориальных участков – осуществляет профилактические и лечебные мероприятия по снижению заболеваемости детей и подростков.

В отделениях стационара ежегодно лечится более 10 тыс. пациентов. Благодаря внедрению более совершенных технологий лечебно-диагностического процесса в медсанчасти снижаются средние сроки пребывания больных в стационаре, увеличивается интенсивность работы койки, высокий процент выписанных из стационара с выздоровлением и улучшением, малый процент послеоперационных осложнений.

Наметилась тенденция к усложнению категории оперативных вмешательств, в практике хирургов и гинекологов в течение ряда лет успешно применяются лапароскопические операции.

В МСЧ №125 внедрена тропониновая диагностика острого коронарного синдро-

ма, тромбозис. Использование этого вида диагностики и лечения позволяет диагностировать острую коронарную патологию на ранней стадии, обеспечить своевременную госпитализацию и оказание помощи данной категории больных, что в конечном итоге оказало положительное влияние на показатели летальности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Динамическое наблюдение за состоянием здоровья атомщиков и населения города в целом осуществляется квалифицированным персоналом медсанчасти: здесь работают 180 врачей, 30% из них имеют клиническую подготовку и почти половина (49,4%) – квалификационные категории. В коллективе 5 кандидатов и 2 доктора наук. Из 498 средних

данных работы всех органов и систем организма. Уровень исследований гарантируется участием лабораторий в Федеральной системе оценки качества.

Применяются высокотехнологичные методы функциональной диагностики: компьютерная запись и обработка данных электрокардиографии, велоэргометрии, спиррографии, доплерографическое исследование сосудов, суточное мониторирование ЭКГ и АД. Проводится ультразвуковая диагностика заболеваний сердца, щитовидной железы, органов брюшной полости и малого таза. Большую помощь в диагностике заболеваний оказывают проводимые рентгенологические исследования, фиброгастроскопия, бронхоскопия.



медицинских работников учреждения квалификационные категории имеют 70,9%.

Диагностическая база медсанчасти представлена современным оборудованием импортного и отечественного производства. Показатели крови определяются на автоматических и биохимическом анализаторах. Внедрены исследования онкомаркеров, гормонов щитовидной железы, органов репродуктивной сферы, инфекций, передающихся половым путем.

Клинико-диагностическая лабораторией осуществляется полный комплекс лабораторных исследований в течение суток, обеспечивается получение лабораторных

Своей основной задачей МСЧ №125 провозглашает оказание квалифицированной медицинской помощи с использованием новых технологий в области лечебной и профилактической медицины, повышение качества медицинской помощи, достижение высоких конечных результатов в охране здоровья пациентов.

Сделан акцент на максимальную концентрацию технологий, чтобы большинство проблем можно было решить на базе медсанчасти. И самое главное – жесткое администрирование и постоянный финансовый контроль учреждения, без которого невозможно эффективное развитие.

Новое открытие позволит отказаться от химиотерапии при лечении лейкемии у детей

В ходе обследования двух сестер-близнецов британским ученым под руководством Тарик Энвер из Оксфордского университета удалось найти клетку, ответственную за возникновение детской лейкемии, сообщает BBC News со ссылкой на журнал Science. Это открытие позволит разработать более специфичные и более щадящие способы лечения детей, страдающих от рака крови.

В костном мозге близнецов Оливии и Изабеллы Мерфи были найдены стволовые клетки, которые вызывают развитие лейкемии, однако болезнь развилась только у одной из сестер. По мнению ученых, это свидетельствует о том, что для того, чтобы болезнь начала развиваться, в организме должны произойти дополнительные изменения. Эти изменения, возможно вызванные инфекцией, произошли в организме Оливии, и она заболела, в то время как Изабелла оставалась здоровой. По оценкам ученых, до 1% всего населения является носителями опасных клеток, но только 1% из них действительно заболевает лейкемией. Открытие стволовых клеток, вызывающих лейкемию, позволит разработать принципиально новые способы лечения этой болезни, направленные на уничтожение клеток – виновников болезни. Это позволит не только облегчить очень тяжелое лечение лейкемии, но и обеспечить отсутствие рецидивов заболевания. Одна из авторов исследования Мел Гривз из Института исследования рака надеется, что новые методы лечения лейкемии позволят отказаться от использования химиотерапии.

Еще один шаг, позволяющий продвинуться в лечении лейкоза, сделали ученые из университета Восточной Англии (Великобритания), сообщает EurekAlert. Они обнаружили клетку, выживающую в ходе лечения лейкемии и вызывающую рецидивы. Они также рассчитывают разработать лекарство, направленное на уничтожение именно этого типа клеток.

Напомним, что лейкемия возникает, когда белые кровяные тельца захватывают костный мозг и организм перестает вырабатывать нормальные клетки крови. Вместе с лимфомой это заболевание охватывает до половины всех случаев рака у детей. В настоящее время врачам удается вылечить лейкемию в 90% случаев, однако часто излечение от этой болезни достается очень дорогой ценой. Так, героиня исследования Оливия Мерфи ослепла на один глаз.

Ранее сообщалось об экспериментах по лечению врожденного сочетанного иммунодефицита, которые проводили в госпитале Ормонд Стрит в Лондоне. Для лечения этого заболевания применялась генная терапия, в ходе которой больной ген заменяли на здоровый. Однако, как выяснилось, у части детей от лечения развивается лейкоз.

Детская терапия и перинатальная помощь



Наталья
Протопопова
руководитель ОПЦ,
главный специалист-
эксперт акушер-гинеколог
министерства здравоохранения
Иркутской области, д.м.н.,
профессор,
заслуженный врач РФ



Новые организационные технологии перинатальной помощи

В сложившихся социально-экономических условиях репродуктивное здоровье населения становится фактором национальной безопасности, критерием эффективности социальной и экономической политики государства.

Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года поставлена задача сокращения уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление здоровья нации.

Решение этой задачи невозможно без изучения особенностей внутриутробного развития плода, пренатальной диагностики и установления причин внутриутробных заболеваний, разработки комплекса медико-организационных мероприятий, направленных на раннее выявление и эффективное лечение пренатальной патологии.

Совершенствование акушерской и неонатологической помощи в нашей стране невозможно без организации системы оказания региональной перинатальной помощи.

Иркутская область относится к территориям, имеющим большую протяженность (свыше 1800 км) и низкую плотность населения. В области в настоящее время имеется 9 городских округов, 64 городских поселения и 360 сельских поселений. Вследствие этих особенностей главной задачей стало повышение доступности и качества медицинской помощи населению Иркутской области, оказание высокотехнологичной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным детям.

Основополагающим принципом оказания медицинской помощи в учреждениях родовспоможения стала регионализация.

Регионализация представляет собой наличие 4 уровней оказания медицинской помощи:

- большое число простых медицинских учреждений, обеспечивающих уход за беременными и новорожденными на периферийном уровне (24 медицинских учреждения);
- 12 районных больниц с акушерскими отделениями второго уровня;

- 3 городских перинатальных центра третьего уровня;
- областной перинатальный центр (ОПЦ) – четвертый уровень.

С 2003 года в Иркутской области образована единая интегрированная сеть учреждений родовспоможения, обеспечивающая взаимодействие между первым, вторым, третьим уровнями оказания медицинской помощи и областным перинатальным центром с соответствующей системой коммуникаций, общей системой сбора данных, наличием показаний для перевода пациентов в ОПЦ, клинических протоколов для организации оказания

- распределены все ЛПУ по уровню и диапазону медицинских услуг.

I уровень медицинской помощи – акушерские отделения с количеством родов, не превышающим 500 в год. Уровень медицинской помощи – минимальный, неосложненное течение беременности. Должна быть готовность к оказанию медицинской помощи при неотложных состояниях у матери или новорожденного. При поступлении беременных высокого перинатального риска или экстренных ситуациях немедленно должно проводиться консультирование в дистанционном реанимационно-консультативном отделении ОПЦ. В зависимости от сложности ситуации возможны



медицинских услуг, обеспечивающих эффективную и безопасную помощь на каждом уровне.

В области проделана большая подготовительная работа:

- проведена реструктуризация медицинских учреждений;
- внедрены стандарты акушерской и неонатологической помощи;
- разработаны и внедрены медицинские рекомендации о показаниях и порядке госпитализации в учреждения родовспоможения различного уровня;

следующие варианты взаимодействия: вызов бригады, постоянное консультирование, решение вопроса об уровне ЛПУ для перевода пациентки.

II уровень: ЦРБ, городские родильные дома с количеством родов от 500 до 1500 в год. Уровень медицинской помощи: беременные группы среднего перинатального риска. Все учреждения родовспоможения имеют круглосуточный пост акушера-гинеколога, анестезиолога, неонатолога. Имеется 1–2 реанимационных места для оказания неотложной помощи новорожденным. Все не-

отложные состояния, возникающие в период беременности, родах, неонатальном периоде, подлежат мониторингу и консультированию в дистанционном реанимационно-консультативном отделении ОПЦ.

III уровень: городские перинатальные центры с количеством родов 3000–4500 в год. В городских перинатальных центрах имеются отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделения второго этапа выхаживания недоношенных детей.

IV уровень: областной перинатальный центр с количеством родов 4500–5000 в год. Учреждение обеспечено круглосуточным постом врача акушера-гинеколога, неонатолога, анестезиолога-реаниматолога для новорожденных, экспресс-лабораторией; работает дистанционное реанимационно-консультативное отделение с выездными бригадами. Областной перинатальный центр является отделением государственного учреждения здравоохранения "Иркутская областная клиническая больница", обеспечивающим практически полный спектр высокотехнологичных видов хирургической и терапевтической помощи, что позволяет в плановом и экстренном порядке привлекать для оказания консультативной помощи всех специалистов (эндокринолога, кардиохирурга, нейрохирурга, гематолога и др.).

Областной перинатальный центр является ключевым звеном в системе оказания перинатальной помощи в Иркутской области.

Согласно действующей концепции, перинатальный центр выполняет следующие основные функции:

- оказание высококвалифицированной помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, как родившимся в ОПЦ, так и переведенным из других родовспомогательных учреждений, а также детям раннего возраста с отдаленными последствиями перинатальной патологии;
- координация деятельности родовспомогательных учреждений всех уровней на территории области;
- обучение персонала ОПЦ и других родовспомогательных учреждений; повышение квалификации медицинских кадров;
- разработка и внедрение клинических протоколов оказания дифференцированной помощи женщинам и детям в ЛПУ всех уровней;
- контроль качества оказания медицинской помощи женщинам и детям.

Именно возможность выполнить все перечисленные функции отличает ОПЦ от других учреждений родовспоможения области.

Иркутский областной перинатальный центр

Иркутский областной перинатальный центр создан в 1995 году на базе родильного дома государственного учреждения здравоохранения "Иркутская областная клиническая больница". Сегодня он входит в число ведущих учреждений здравоохранения Сибирского федерального округа. Особое внимание в этом ЛПУ уделяется оказанию консультативной, лечебно-диагностической помощи супружеским парам, страдающим нарушениями репродуктивного здоровья и бесплодием, наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц и родильниц, новорожденным детям, а также реализации современных технологий по антенатальной охране плода и рациональному родоразрешению беременных, имеющих тяжелые экстрагенитальные заболевания.

Наиболее важным разделом работы областного перинатального центра является выхаживание младенцев с критически низкой массой тела, начиная с 500 грамм. Кроме того, центр занимается предупреждением и выявлением врожденной и наследственной патологии плода, реабилитацией младенцев с неудовлетворительным прогнозом здоровья.

В этом специализированном ЛПУ налажено взаимодействие со всеми областными учреждениями охраны здоровья материнства и детства. Сотрудниками центра проводится оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц и родильниц, новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи.

Выездные реанимационные бригады – акушерская и неонатологическая – обеспечивают своевременное оказание специализированной медицинской помощи в экстренных ситуациях.

Подготовка медицинских кадров является обязательной составляющей работы центра:

- организация конференций, постоянно действующих семинаров;
- повышение профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала на рабочих местах;
- внедрение в деятельность учреждений охраны материнства и детства современных медицинских технологий диагностики, лечения и профилактики;
- обучение работе по стандартам и клиническим протоколам.

Все эти меры обеспечивают высокое качество медицинских услуг. Мониторинг и анализ материнской, перинатальной и младенческой смертности, клиничко-экспертная оценка качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным позволяют разрабатывать предложения по совершенствованию и развитию службы в области.

В настоящее время нельзя обойтись и без информационных мероприятий для населения по охране репродуктивного здоровья, безопасному и ответственному родителству, формированию здорового образа жизни. Буклеты, передачи на местном телевидении, публикации в газетах, постоянная рубрика в общественно-политических журналах "Главная тема", "Байкальский свадебный салон", "Родительский Дом" – это далеко не полный перечень этого направления работы.

Сотрудники центра осваивают и внедряют новые инновационные технологии, например фетальную хирургию. Самая большая мечта сотрудников областного перинатального центра – чтобы все дети были здоровы, счастливы и жили в полных семьях.

В Иркутской области в работу перинатальных центров внедрены новые технологии помощи новорожденным. Учитывая, что одной из основных проблем выхаживания глубоко недоношенных детей является развитие тяжелых дыхательных нарушений, в родильном зале у детей с очень низкой массой тела используется метод СРАР. Внедрение раннего назального СРАР, пациент-триггерной вентиляции, высокочастотной осцилляторной вентиляции легких значительно повысило выживаемость детей с экстремально низкой массой тела с 36 до 67%, позволило уменьшить частоту внутрижелудочковых кровоизлияний в 7 раз, летальность от респираторного дистресс-синдрома (РДС) – в 10 раз.

Сурфактантная терапия также остается ключевым методом патогенетического лечения РДС. Не менее важно для детей с экстремально низкой массой тела адекватное обеспечение питательными веществами, поскольку от этого зависит благоприятный

Среди новых организационных форм оказания медицинской помощи следует отметить работу дистанционного реанимационно-консультативного отделения ОПЦ.

Целью создания дистанционного реанимационно-консультативного отделения с выездными бригадами является:

- круглосуточная консультативная помощь специалистам родовспомогательных учреждений 1-го и 2-го уровней;
- формирование системы оперативно-слежения и управления акушерской ситуацией;
- консультативная помощь при проведении интенсивной терапии новорожденным;
- организация и своевременное оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в ЛПУ (выездные формы работы).

При организации системы дистанционно-консультирования проводилось обучение

- отсроченному – по перинатальным исходам и дефектам, выявленным при оперативном контроле.

Перинатальному аудиту подлежат случаи тяжелых осложнений у беременных, родильниц, рожениц, которые могли привести к материнской смертности, все случаи преждевременных родов в учреждениях 1-го уровня, случаи тяжелой асфиксии у новорожденных детей.

Областной перинатальный центр является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Иркутского государственного медицинского университета, Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН.

Здесь осуществляют свою практическую деятельность главный специалист-эксперт акушер-гинеколог, главный специалист-эксперт неонатолог министерства здравоохранения Иркутской области, что позволяет определить стратегию развития всей службы на территории области.

Организация дистанционного консультативно-реанимационного отделения с выездными бригадами позволила обеспечить круглосуточное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц и новорожденных, нуждающихся в интенсивной терапии, во всех ЛПУ области.

Создание единой перинатальной службы в Иркутской области позволило подойти к формированию системы управления качеством медицинской помощи, включающей управление ресурсами, технологиями и мониторинг результатов.

Организация областного перинатального центра, единой перинатальной службы в Иркутской области, внедрение поэтапного оказания медицинской помощи и современных перинатальных технологий, стандартизация медицинской помощи, непрерывная подготовка кадров, акушерский аудит и экспертиза качества медицинской помощи позволили снизить репродуктивные потери в регионе. Данная работа должна проводиться постоянно, так как и в настоящее время имеется резерв для дальнейшего совершенствования медицинской помощи и повышения ее качества. Ключевую роль, безусловно, играет областной перинатальный центр.

Реорганизация перинатальной службы в Иркутской области обеспечила принцип равной доступности высококвалифицированной медицинской помощи с позиций максимальной оправданности и эффективности экономических вложений, сохранения небольших учреждений родовспоможения, что крайне необходимо в регионах с большой протяженностью территорий и низкой плотностью населения, сложной структурой транспортных коммуникаций.

Особенности заместительной почечной терапии у детей. Первые результаты работы детского диализного зала

Андрей Полукаров

директор МЛПУ "Зональный перинатальный центр" (г. Новокузнецк), к.м.н.



Тамара Борщикова

заведующая отделением анестезиологии – реанимации Городской детской клинической больницы МЛПУ "Зональный перинатальный центр" (г. Новокузнецк), врач-анестезиолог-реаниматолог высшей категории, к.м.н.



Актуальной проблемой нефрологии является замещение утраченных почечных функций у больных, страдающих острой и хронической почечной недостаточностью. Частота развития терминальной хронической почечной недостаточности (тХПН) у детей составляет 4–8 больных в год на миллион детского населения. Следовательно, в нашей стране ежегодно терминальная стадия ХПН развивается у 300–400 детей: из них на диализ попадают только 80–100 человек, и, следовательно, ежегодно практически 3/4 этих больных не получают необходимой специализированной медицинской помощи (Д.В. Зверев, 2008 год).

Детям младше 5 лет с тХПН в нашей стране диализ практически нигде, кроме крупных диализных центров, не проводится. Следовательно, во многих регионах нашей страны этот диагноз до сих пор является фатальным. Тем не менее опыт зарубежных коллег говорит о хороших перспективах в лечении этой категории больных в возрасте даже до 2 лет. Как показывает опыт M.G. Coulthard и J. Crosier (Великобритания, 2002 год), из 192 пролеченных на гемодиализе детей с тХПН в возрасте до 2 лет трансплантация почки выполнена 103 больным, с хорошим результатом у 86 детей. К школьному возрасту больше половины этих пациентов имели функционирующий трансплантат и вели активный образ жизни.

На базе Городской детской клинической больницы Новокузнецкого зонального перинатального центра (НЗПЦ) работают единственные на юге Кузбасса детские нефрологическое и урологическое отделения, и мы на практике сталкиваемся с подтверждением роста нефрологической заболеваемости у детей. За последние 2 года не только существенно увеличилось количество "традиционных" нефрологических (острые и хронические гломерулонефриты и пиелонефриты, наследственные нефропатии и пр.) и урологических (крипторхизм, варикоцеле, сперматоцеле и пр.) заболеваний, но и число пациентов с тХПН.

К основным причинам развития тХПН у детей относятся: обструктивные уропатии, почечная гипоплазия, дисплазия, пиелонефрит (36%); гломерулопатии (26%);

наследственные нефропатии (поликистоз, нефронофтиз, цистиноз, пр.) (17,3%); нефротический синдром (9,4%); гемолитико-уремический синдром (4,5%).

Среди больных с патологией почек большой процент составляют дети в возрасте до 5 лет. У малышей до 1 года жизни причиной ХПН чаще всего являются пороки развития почек. В качестве внешних факторов эту ситуацию усугубляют неблагоприятная экологическая обстановка, нездоровый образ жизни родителей и т.п. В 2008 году в клиническом родильном доме НЗПЦ 79,5% родивших женщин имели в анамнезе заболевания, являющиеся фактором риска для здоровья ребенка, число рожениц с тяжелой патологией составило 4,9%. По данным 2007 года, 3,6% рожениц имели вредные привычки – курили, употребляли алкогольные напитки и наркотики. Доля детей, родившихся с пороками развития, возросла в 2003–2007 годах с 7,7 до 8,4%.

В техническом обеспечении лечения детей с заболеваниями почек ранее имелись объективные проблемы, обусловленные отсутствием как врачей-педиатров со специализациями по анестезиологии – реаниматологии и нефрологии, так и аппаратов "искусственная почка", имеющих "педиатрические" режимы работы. Сегодня детские диализные отделения (диализные залы) открываются при отделениях анестезиологии – реанимации. Считаем, что возможность замещения нарушенной функции почек в подобных отделениях должна быть настолько же естественной, как поддержание функции дыхания при острой дыхательной недостаточности. Кроме того, в арсенале работы врача, работающего с нефрологическими больными, в доступе должны быть все три метода: гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки.

Требованием сегодняшнего дня стало раннее начало диализа больному с тХПН. Максимальное продление жизни больного тХПН без заместительной почечной терапии безнадежно устарело, так как пациент все равно "приходит" к ЗПТ, но только в состоянии уремии, кахексии, с грубыми повреждениями и дис-



персонала единым принципам оказания помощи в акушерстве и неонатологии, с учетом клинических протоколов и стандартов.

По нашим данным, консультации чаще необходимы на этапе осложнений беременности (22,4%), на этапе родов (15,6%); при гинекологических осложнениях (4,8%). Наибольшее число консультаций связано с оценкой состояния и проведения лечения новорожденных – 57,2%.

Среди категорий консультируемых пациентов чаще транспортируются новорожденные (55,4%) и беременные женщины (22,0%).

Транспортировки требуют прежде всего недоношенные новорожденные и дети, родившиеся с тяжелой асфиксией.

Важным компонентом при организации консультативного центра является контроль. Перинатальный аудит проводится по двум направлениям:

- оперативному – в процессе консультирования, по ранее выполненным мероприятиям, в том числе исполнению предыдущих консультаций;

Организация акушерско-гинекологической помощи в Гудермесском районе Чеченской Республики

Идрис Байсултанов

главный врач
МУ "Гудермесская ЦРБ",
к.м.н.



Роза Далаева

заместитель
главного врача
по детству
и родовспоможению



Главными направлениями развития акушерско-гинекологической помощи в сельской местности являются создание единой системы медицинской помощи населению путем максимального приближения врачебной помощи к жительницам села, совершенствование медико-социальной помощи.

Большое значение имеют профилактические осмотры, при проведении которых рекомендуются цитологический и кольпоскопический методы. Женщины сельского участка должны быть разделены на группы: практически здоровые, подлежащие профилактическому ежегодному осмотру и больные женщины, требующие лечения или динамического наблюдения.

Для контроля за лечением и наблюдения диспансерных гинекологических больных у каждой акушерки должна быть специальная картотека, где в контрольных картах динамического наблюдения необходимо указать дату осмотра, назначенного акушером-гинекологом, и дату его фактического проведения. Дубликаты этих карт должны находиться у акушера-гинеколога, отвечающего за лечение и динамическое наблюдение больных. Больные могут быть вызваны для осмотра врача в районную женскую консультацию или быть осмотрены при выездах врачебных бригад на места.

Особенностью организации акушерско-гинекологической помощи женщинам сельской местности является этапность ее оказания, заключающаяся в различном объеме и уровне медицинского обслуживания и лечения в зависимости от мощности и оснащения акушерско-гинекологических учреждений, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы.

На 1-м этапе амбулаторную помощь жительницы села получают от акушерок ФАП. Практически здоровые молодые женщины с благоприятным общим и акушерским анамнезом и неосложненным течением беременности могут постоянно находиться под наблюдением акушерок, посещая акушера-гинеколога женской консультации ЦРБ или осмотры выездной врачебной бригадой 6–8 раз за время беременности.



Объем медицинского обследования на 1-м этапе соответствует требованиям, предъявляемым к ФАП. Акушерки проводят подворные обходы, во время которых выявляют беременных и больных женщин, дородовые и послеродовые патронажи. Все беременные должны родоразрешаться в стационаре, имеющем врача данной специальности. После родов акушерка осуществляет обязательный патронаж на 2–7-й день после выписки. Для этого требуется четкая преемственность между всеми звеньями службы охраны материнства и детства – ФАП, женская консультация, родильное отделение, детская поликлиника.

На 2-м этапе амбулаторную помощь беременным и гинекологическим больным оказывает медперсонал сельской амбулатории и участковой больницы, периодические обследования проводят акушеры-гинекологи РБ и ЦРБ. На 2-м этапе постоянно наблю-

даются здоровые женщины без осложнений в течении беременности, при этом они должны быть осмотрены акушером-гинекологом также не менее 6–8 раз. Беременные со средними и высокими факторами риска постоянно находятся на динамическом контроле персонала РБ и ЦРБ с сохранением наблюдения медперсонала 2-го этапа.

Стационарную помощь оказывают участковая и районная больницы и ЦРБ 3-й категории, клинично-лабораторным возможностям которых соответствует объем обследования.

танавливают динамическое наблюдение. При необходимости решают вопрос о целесообразности сохранения беременности.

Этапная система оказания акушерско-гинекологической помощи позволяет обеспечить женщин – работниц села квалифицированной врачебной помощью и максимально приблизить ее к населению.

Опыт этапной системы свидетельствует: для документального обеспечения преемственности в работе отдельных звеньев при проведении динамического наблюдения за

ностей акушерок и этапная система оказания акушерско-гинекологической помощи обеспечили 100-процентный охват беременных диспансерным наблюдением, из них 88% взяты на диспансерный учет в ранние сроки – до 12 недель. Ранее выявление в предыдущие годы: в 2005 году – 42%, в 2006 году – 68%, в 2007 году – 69%. Эти нововведения позволили существенно снизить материнскую и перинатальную смертность.

Между структурными подразделениями Гудермесской ЦРБ развита система обмена



информацией. Врач акушер-гинеколог амбулаторного звена регулярно заполняет диспансерную книжку беременной женщины, с которой женщина поступает в родильное отделение. В день выписки женщины и ребенка из родильного отделения информация о них посредством мобильной связи передается на ФАП и во ВА. Благодаря этому осуществляется совместный послеродовой патронаж акушерки и первое посещение новорожденного патронажной медсестрой в наиболее ранние сроки.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ГУДЕРМЕССКОМ РАЙОНЕ ЧР В 2008 ГОДУ

Численность общего населения	142375
Женское население	52804
Женщины фертильного возраста (15–49 лет)	42961
Родилось всего детей	4226
Показатель рождаемости	29,6
Детское население	49088
Девушки (15–17 лет вкл.)	4097

Показатель рождаемости в Гудермесском районе (29,6) высок как по сравнению с аналогичным показателем в Чеченской Республике (27,5), так и России (10,4). В связи с тем, что коечная мощность отделений родовспоможения Гудермесской ЦРБ не позволяет полноценно обслуживать растущее население района при таком высоком показателе рождаемости, в настоящее время на территории ЦРБ строится современный перинатальный центр.

Беременные, роженицы и гинекологические больные, нуждающиеся в квалифицированной специализированной помощи и постоянном врачебном наблюдении, не должны госпитализироваться в стационары 2-го этапа, где нет круглосуточного дежурства акушера-гинеколога.

На 3-м этапе амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают женские консультации центральных районных больниц, стационарную помощь – ЦРБ 3-й категории. Обеспечивается углубленное обследование состояния здоровья беременной, при необходимости проводится консультативное обследование другими специалистами, выполняется тот объем медицинских обследований, который не мог быть выполнен на предыдущих этапах. Далее составляют индивидуальный план наблюдения за беременными для медперсонала первых двух этапов, за беременными высокого риска ус-

беременными на каждую женщину заполняют 2 дубликата индивидуальной карты беременной и родильницы. Один остается у акушерки села, другой – у акушера-гинеколога женской консультации ЦРБ. На руки выдается диспансерная книжка беременной женщины, которая регулярно заполняется врачом акушером-гинекологом, с ней женщина поступает на роды.

В Гудермесском районе для улучшения оказания акушерско-гинекологической помощи сельскому населению открыты 5 сельских врачебных амбулаторий, для которых построены новые типовые здания, 17 ФАП, расположенных в новых типовых помещениях, и 1 УБ. На всех ФАП введены должности акушерок, даже в населенных пунктах с небольшим количеством жителей.

Врачебные амбулатории (ВА) и ФАП оснащены необходимым оборудованием и инструментарием. Введение на ФАП и ВА долж-

Виктор
Медведко
генеральный
директор



ХК ОАО «НЭВЗ-СОЮЗ»

Создание серийного производства биосовместимых керамических изделий медицинского назначения – актуальная задача отечественной травматологии и ортопедии

По данным ВОЗ, количество заболеваний и повреждений крупных суставов растет с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения. В 2000 году во всем мире количество лиц в возрасте 60 лет и старше составило 590 млн. человек, а к 2025 году – превысит 1 млрд. человек. Удельный вес заболеваний и повреждений тазобедренного сустава среди патологий опорно-двигательной системы вырастет на 80%. В США



Рис. 1. Востребованная номенклатура изделий

при численности населения 250 млн. человек в год проводится около 450 тыс. операций по замене тазобедренного сустава. В России на 10 тыс. человек 27 нуждается в эндопротезировании тазобедренных суставов, то есть при численности населения России 142,2 млн. человек, по различным оценкам, необходимо проведение до 384 тыс. эндопротезирований в год. Однако реальная цифра на сегодня – не более 26 тыс. операций в год.

В силу того что на сегодня в РФ нет конкурентоспособных отечественных ИМН для травматологии и ортопедии, основной объем рынка занимают имплантаты и эндопротезы зарубежного производства. Так, в 2008 году общий объем импорта данной продукции составил 34,76 млн. долларов, а объем импорта эндопротезов суставов нижних конечностей составил около 32,57 млн. долларов.

Традиционно используемые в практике реконструктивной хирургии опорно-двигательного аппарата металлические имплантаты взаимодействуют с биологическими жидкостями

и тканями, частицы металла переносятся и накапливаются в результате транспортных реакций в различных органах. Металлы токсичны, способны изменять иммунные реакции организма и недостаточно интегрируются в структуру костной ткани. Необходимо отметить, что в эндопротезах ряда зарубежных фирм широко применяются керамические материалы. Керамика встречается как в виде покрытий (гидроксиапатит), в виде отдельных



Рис. 2. Микроструктура плотной и пористой керамики (а, б), покрытие из гидроксиапатита (в)

керамических компонентов (пары трения эндопротезов крупных суставов, рис. 1), так и в виде цельнокерамических эндопротезов (MOLANA MTR, фирма MOJE). При этом цены на импортную продукцию, оставаясь очень высокими, изменяются в диапазоне от 1800 до 4900 долларов за комплект.

Одним из резервов совершенствования отечественной имплантологии как отрасли реконструктивной травматологии и ортопедии является создание новых керамических материалов и изделий с новыми биологическими и механическими свойствами. Разработка и широкое внедрение в медицинскую практику недорогих эндопротезов и имплантатов на основе различных видов керамики позволит сформировать востребованную сегодня медико-социальную стратегию в области современной травматологии и ортопедии, позволяющую обеспечить высокотехнологичной медицинской помощью широкие слои населения. Создание на базе ХК ОАО «НЭВЗ-Союз» (г. Новосибирск) серийного производства керамических изделий медицинского назначения позволит ликвидировать в ближайшем будущем зависимость от импортной продукции путем создания российских имплантатов и эн-

допротезов, имеющих улучшенные функциональные характеристики.

Осваиваемыми в настоящее время в ХК ОАО «НЭВЗ-Союз» в серийном производстве видами изделий являются:

– керамические биосовместимые имплантаты и эндофиксаторы на основе высокопрочных пористых керамических материалов с биоактивным покрытием для хирургического лечения позвоноч-

но-спинномозговых травм, заболеваний и повреждений костей;

– цельнокерамические суставные эндопротезы, выполненные из различных по структуре видов керамики: пористой керамики с биоактивным покрытием для элементов, контактирующих с костью, и из плотной керамики для элементов пар трения (рис. 2).

Авторами разработок, привлекаемых для реализации в промышленном масштабе, являются ряд академических и научно-образовательных учреждений Сибири (ИФПМ СО РАН, ИХТТМ СО РАН, НГТУ, ТПУ, ЗАО «СибНИИЦМТ»), а также ведущие сибирские центры травматологии и ортопедии (ФГУ «ННИИТО Росмедтехнологий», ТВМИ МО РФ), объединенные в составе консорциума «Биосовместимая медицинская нанокерамика». Инвестиции в проект создания серийного производства керамических изделий медицинского назначения с годовыми объемами производства около 2 млрд. рублей предполагаются с участием ГК РОСНАНО, для чего в августе 2009 года подана, зарегистрирована и в настоящее время проходит экспертную оценку официальная заявка ХК ОАО «НЭВЗ-Союз».

Терапия с помощью стволовых клеток

Терапия с помощью эмбриональных стволовых клеток еще на один шаг приблизилась к реальным клиническим условиям. Американские исследователи подали заявку на проведение испытаний на человеке.

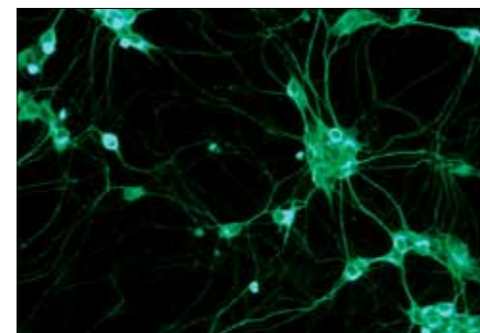
Тестирование планируется провести на 12 пациентах, которые в настоящее время теряют зрение из-за болезни Штаргардта. Она представляет собой одну из наиболее распространенных форм слепоты у детей и подростков.

Лечение будет состоять из одной единственной инъекции клеток сетчатки, полученных из эмбриональных стволовых клеток.

Предыдущие исследования на крысах и мышах показали, что такое лечение способно предотвратить дальнейшую потерю зрения без неблагоприятных побочных эффектов, отмечает Роберт Ланца, главный научный сотрудник из компании Advanced Cell Technology.

Стволовые клетки заменяют утраченные клетки, именуемые пигментными эпителиями сетчатки (ПЭС), которые поддерживают фоторецепторы, необходимые для того, чтобы человек видел.

Испытания могут начаться уже в январе 2010 года. Второй проект касается лечения различных



повреждений спинного мозга. Однако пока испытание отложено до III квартала 2010 года.

Так обстоят дела в США, а французские врачи сообщили, что они использовали человеческие эмбриональные стволовые клетки для выращивания кожи, которая в один прекрасный день может спасти жизнь, когда потребуются поставить временные «заплаты» на теле больных, пострадавших от сильных ожогов.

В лабораторных условиях аналогичная процедура была испытана и отработана на мышах. На людях эти выращенные кожные «заплаты» еще не проверялись, однако исследователи полагают, что разработанная ими методика может стать настоящим благом для хирургов, стремящихся спасти пациентов, ожидающих пересадки кожи.

На протяжении более двух десятилетий основной способ оказания помощи пациентам с ожогами был таков: брались клетки кожи самого больного, называемые кератиноцитами, и выращивались в лаборатории до нужных размеров, необходимых, чтобы заменить поврежденный участок. Но этот процесс занимает около трех недель, а обезвоживание организма и инфекция для пациента могут стать смертельными.

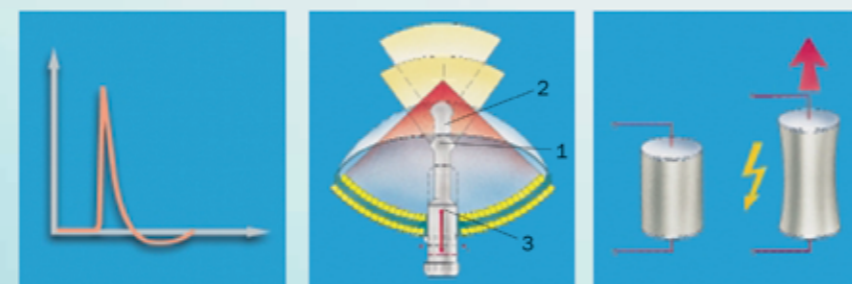
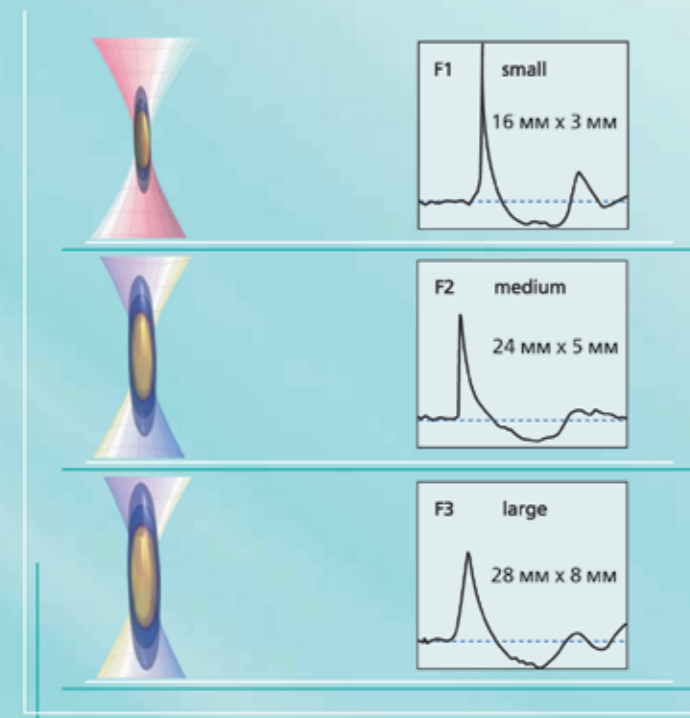
Наука и здоровье



Развитие пьезотехнологий будущее ударно-волновой терапии

PiezoLith 3000 – экстракорпоральный литотриптер последнего поколения. Обладает возможностью изменения размера фокального пятна.

Источник ударных волн выполнен по двухслойной пьезотехнологии, что обеспечивает повышенную мощность и надежность.



Особенности импульса давления ударной волны:

- Исключительно большая амплитуда
- Короткое время нарастания
- Короткая длительность импульса

Двухслойный источник ударной волны со встроенным ультразвуковым наведением:

- Пьезоэлементы уровень 1
- Пьезоэлементы уровень 2
- Встроенное ультразвуковое наведение 3

При возбуждении высоковольтным импульсом, цилиндрические пьезоэлементы кратковременно расширяются на несколько микрометров по их продольной оси.

PiezoLith 3000

PiezoLith 3000 оснащен ультразвуковой и рентгеновской системой наведения, что обеспечивает высокую безопасность и эффективность.



Гипербарическая оксигенация – современный высокотехнологичный метод лечения

Елена Колчина

доцент кафедры ГБО Российской медицинской академии последипломного образования, к.м.н.



Олег Посыпкин

директор Завода медицинской техники и товаров народного потребления ФГУП "ГКНПЦ имени М.В. Хруничева"



Служба гипербарической оксигенации (ГБО) России работает более 50 лет и насчитывает около 1,5 тыс. отделений, созданных во всех крупных многопрофильных стационарах. Подразделения ГБО развернуты во многих военных госпиталях, включая гарнизонные, так как применение метода оказалось очень эффективным при лечении пострадавших в результате боевых действий.

Принцип ГБО заключается в том, что при повышенном давлении в организм человека поступает значительно больше кислорода, чем в нормальных условиях. Это очень важно при нарушении доставки кислорода, наблюдаемой при целом ряде острых состояний, таких как отравления угарным газом и метгемоглинообразователями, гипоксия при массивной кровопотере, острой недостаточности кровообращения. Однако улучшение транспорта кислорода к тканям – лишь одна из составляющих лечебного действия метода. Во-первых, при многих заболеваниях дефицит кислорода не столь очевиден, как при острых состояниях, и эффективность гипербарической оксигенации не может быть объяснена только "сверхдоставкой" кислорода. Во-вторых, позитивная динамика в состоянии

больных наблюдается длительное время после окончания сеанса, когда в организме избыточное количество кислорода уже элиминировано. Многочисленные исследования показали, что, влияя на микроциркуляторную перфузию и клеточную энергетику, гипербарический кислород действует как фармакологический агент, вызывая в организме множество сложных разнонаправленных изменений, сохраняющихся длительный период после окончания лечения. Современные представления о ГБО значительно расширяют сферу ее применения. Этот метод используют не только для решения сиюминутной проблемы доставки кислорода, но и для пролонгированного влияния на различные функции организма. За последние десятилетия клинически и экспериментально показано, что ГБО представляет собой уникальное средство воздействия на многочисленные метаболические процессы. Сегодня очевидно, что под действием ГБО модифицируется синтез многих биологически активных веществ, в том числе ферментов антиоксидантной системы, возникают стойкие изменения нейроэндокринных процессов, что дает возможность влиять на различные звенья патогенеза забо-



ЗАВОД МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ И ТОВАРОВ НАРОДНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ

УНИКАЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Наличие технологической базы ФГУП "ГКНПЦ имени М.В. Хруничева" и многолетний опыт работы сотрудников в области производства космических аппаратов позволили провести разработку и организовать серийное производство такого высококачественного наукоемкого медицинского оборудования, как баросистемы и барокомплексы БЛКС-303 МК и БЛКС-307-"Хруничев".

Изготовленное на предприятии оборудование с успехом эксплуатируется в крупнейших медицинских центрах, клиниках, санаториях России, стран СНГ и дальнего зарубежья. Оно лицензировано и сертифицировано по стандартам Российской Федерации, Евросоюза (Директива PED 97/23 EC), США (регистрация в FDA, National Board). Кроме того, система менеджмента качества завода сертифицирована и результативно функционирует в соответствии с требованиями международных стандартов ISO 9001:2000, ISO 13485:2003 и кодекса ASME (США).

Предприятие является лицензированной экспертной организацией по проведению экспертизы промышленной безопасности и гарантирует качественный монтаж, ввод в эксплуатацию, гарантийное и послегарантийное обслуживание баросистем и барокомплексов высококвалифицированными специалистами.



леваний, разрывая "порочные круги", стимулируя механизмы саногенеза. Показано, что метод стимулирует локальную эндотелиальную супероксиддисмутазу. Вызываемые ГБО изменения структуры ДНК носят стойкий характер и приводят к формированию механизмов адаптации и защиты против окислительного стресса.

Важнейшая роль ГБО как метода реабилитационной терапии связана с выраженным адаптационным действием на состояние организма и трансформацией обменных процессов в нем, что приводит к более согласованной и экономной работе функциональных систем. Эффекты от применения метода стойки далеко выходят за рамки одного сеанса и даже курса лечения, так как на фоне ГБО повышается эффективность комплексной терапии, оптимизируется лечебный процесс, что дает значительный экономический эффект. Анализ применения метода выявил сокращение сроков госпитализации, снижение частоты оперативных вмешательств (в частности, при некротизирующих инфекциях мягких тканей практически вдвое), снижение затрат на социальную адаптацию. Показательно изучение отдаленных результатов лечения с использованием ГБО: хорошо известно полноценное восстановление больных, получавших сеансы ГБО после эпизодов нарушения мозгового кровообращения, большая устойчивость таких больных к факторам внешней среды, восстановление социальной активности, уменьшение явлений астенизации. Различия в группах получавших ГБО и находящихся на традиционной терапии статистически значимы.

Помимо чисто клинических аспектов, ГБО используется как метод тренировки организма к неблагоприятным условиям – как внешним, так и внутренним, создаваемым болезнью. Нагрузка кислородом позволяет сформировать неспецифические защитные реакции, что делает клетки организма более устойчивыми к отрицательным воздействиям. Классикой гипербарической науки стали труды по профилактическому использованию ГБО у работников вредных производств.

Специалистам, не знакомым с ГБО, бывает трудно понять, почему метод применим при

самых различных патологиях. Дело в том, что в гипербарической медицине, как в реаниматологии, главенствует синдромный подход и так как аналогичные синдромы выявляются при различных заболеваниях, применение ГБО позволяет получить позитивные результаты в различных клинических ситуациях. Помимо интенсивной терапии, использование ГБО целесообразно при многих заболеваниях как компонент комплексной терапии. В барокамере не только лечится конкретное заболевание, но и увеличивается способность организма к саморегуляции. Нередко именно на фоне проведения ГБО повышается эффективность традиционной терапии, в частнос-

ти большую роль играет применение метода в моделировании реакции организма на лекарственную терапию. Главные преимущества ГБО – неинвазивность и возможность профилактического применения.

В России есть определенный опыт работы с многоместными гипербарическими комплексами, однако предпочтение отдано одностольным барокамерам, как наиболее удобным и доступным для многих лечебных учреждений. При лечении больного в одностольной барокамере у врача есть возможность подбирать индивидуальные лечебные схемы, контролировать переносимость сеанса каждым больным.



Современные российские одностольные лечебные барокамеры модели БЛКС, выпускаемые заводом медицинской техники и товаров народного потребления ФГУП "ГКНПЦ имени М.В. Хруничева", имеют высокие технические характеристики, комфортны для пациента, экономически привлекательны по стоимости приобретения и обслуживания по сравнению с зарубежными аналогами. Сейчас планомерно происходит замена парка барокамер на новые гипербарические системы. Однако этот процесс идет слишком медленно, и есть печальные примеры, когда прекрасные отделения закрываются из-за полного износа оборудования и отсутствия перспектив на приобретение нового.

ГБО – высокотехнологичный метод лечения. Поэтому высокотехнологичным, или, иными словами, наукоемким, может быть назван труд врача ГБО, обязанного владеть не только обширными клиническими и техническими познаниями, но и современной информацией о биоэнергетике клетки, функции мембран, быть в курсе современного



состояния проблем патологии, таких как оксидативный стресс, системный воспалительный ответ, эндотелиальная дисфункция, и других разделов фундаментальной медицины. К сожалению, за последние 10–15 лет в нашей стране интенсивность научных фундаментальных исследований в гипербарической медицине снизилась, и большую часть интереснейшей и важнейшей информации мы черпаем из зарубежных источников, но в области практики российский опыт остается уникальным и вызывает большой интерес иностранных коллег. Недопустимым расточительством можно считать отсутствие такого важного и экономически целесообразного метода лечения в стандартах обязательного медицинского страхования. Государственная поддержка развития ГБО в России не только продиктована клинической значимостью метода и его ролью в сохранении здоровья нации, но и является вопросом престижа отечественной медицины.



Александр
Худяев

исполняющий обязанности
генерального директора
ФГУ "РНЦ "ВТО"
имени академика
Г.А. Илизарова
Росмедтехнологий",
профессор



Центр Илизарова

Разработка новых технологий и материалов

Доминирующими в ФГУ "РНЦ "ВТО" имени академика Г.А. Илизарова" являются технологии чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову, которые используются при лечении пациентов с травмами скелета и их последствиями, с различными вариантами деформаций и укорочений конечностей, косметическими дефектами. Эволюция технологии несвободной костной пластики привела к возможности замещения костных дефектов полилокальным формированием дистракционных регенератов, что позволяет сократить срок и этапность реабилитации пациентов.

При лечении пациентов с последствиями травм, имеющих ложные суставы и дефекты костной ткани, в РНЦ "ВТО" успешно применяется комбинированный остеосинтез, включающий традиционный для учреждения чрескостный остеосинтез и блокируемый интрамедуллярный остеосинтез. При лечении пациентов с опухолеподобными поражениями нашли применение методики внутрикостного армирования костей спицами, имеющими напыление и обладающими остеоиндуцирующими свойствами.

В РНЦ "ВТО" осваивается имплантация новых моделей первичных и ревизионных эндопротезов тазобедренных, коленных, голеностопных суставов и суставов верхней конечности (плечевой, локтевой, лучезапястный), а также межфаланговых суставов кисти и стопы. По показаниям, одновременно с имплантацией применяется пластика костных дефектов ауто- и аллотрансплантатами, пластика связок при эндопротезировании коленного сустава, восстановление дистального межберцового синдесмоза при эндопротезировании голеностопного сустава.

Отработана методика ревизионного двухэтапного эндопротезирования в условиях гнойной инфекции с применением артикулирующих и неподвижных цементных спейсеров. При тяжелой двусторонней патологии выполняется билатеральное протезирование в один операционный день.

К уникальным разработкам РНЦ "ВТО" относятся: эндопротезирование после опорных остеотомий; методика двухэтапного эн-



допротезирования с низведением бедра в аппарате Илизарова при застарелых травматических, врожденных вывихах бедра; сохраняющие протез методики остеосинтеза околопротезных переломов аппаратом Илизарова; методики артротомии и опорных медиализирующих остеотомий для восстановления опорности конечности после удаления протеза.

В ФГУ "РНЦ "ВТО" им. академика Г.А. Илизарова" активно развивается направление сосудистой хирургии. В специализированном отделении выполняются экстренные операции по удалению тромбов, шунтирование, протезирование сосудов, позволяющие восстановить магистральный кровоток в артерии при эмболии и тромбозах периферических артерий с развитием острой ишемии. Операции проводятся также при варикотромбофлебитах и кровотечениях из варикозных вен с целью профилактики тромбозов легочной артерии, массивной кровопотери, при тромбозах глубоких вен конечностей и таза, хирургической профилактики и лечении тромбозов осложненных, в том числе с имплантацией кава-фильтра, при травмах сосудов.

Специалисты Центра Илизарова владеют новейшими методиками эстетического хирургического лечения вен. Здесь существует возможность устранения отдельных видов патологии методами эндоваскулярных вмешательств, в том числе с установкой стентов на различных уровнях.

При лечении пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов успешно используются различные варианты абразивной артропластики. При значительных костно-хрящевых дефектах применяется методика пересадки остеохондральных ауто- и алло-трансплантатов с помощью набора инструментов для мозаичной артропластики.

Лечение пациентов с деформирующим артрозом коленного сустава с нарушением биомеханической оси заключается в выполнении лечебно-санационной артроскопии и высокой корригирующей остеотомии большеберцовой кости с последующей фиксацией различными модулями аппарата Илизарова.

При травматическом вывихе надколенника и вывихе легкой степени показана артроскопически контролируемая стабилизация надколенника. При лечении пациентов со

средней и тяжелой степени вывиха надколенника артроскопический метод сочетается с реконструкцией разгибательного аппарата коленного сустава, дополняемой в некоторых случаях остеосинтезом аппарата Илизарова.

В случае нестабильности коленного сустава используются различные варианты пластики связочного аппарата, в том числе методика трансстибиальной фиксации Rigid Fix, которая, по показаниям, сочетается с резекцией ме-



нисков и хондропластикой. Внедрена методика артроскопической стабилизации плечевого сустава.

Нейрохирурги РНЦ "ВТО" успешно развивают идею адекватного сочетания наружной и внутренней фиксации в хирургии позвоночника и спинного мозга при лечении врожденной и приобретенной патологии, в том числе при сколиозах, травмах, спондилолистезах на всех уровнях. Совершенствуются методики эндоскопических и торакоскопических вмешательств, хирургии периферических нервов с последующей эпинеуральной электростимуляцией. Нашли широкое применение операции эпидуральной стимуляции спинного мозга при различных патологиях. Новые пионерские разработки в краниохирургии направлены на улучшение мозгового кровотока при травме и инсульте.

Рентгеновское отделение Центра Илизарова оснащено современными стационарными, хирургическими и палатными рентгеновскими аппаратами, 64-срезовым компьютерным томографом и высокопольным магнитно-резонансным томографом, а также рентгеноангиохирургическим комплексом, что позволяет оперативно и с высоким качеством осуществлять все виды современной рентгенодиагностики.

В ФГУ "РНЦ "ВТО" им. академика Г.А. Илизарова Росмедтехнологий" ведется изучение фундаментальных аспектов взаимодействия наночастиц с клеточными и субклеточными структурами организма и разработка новых технологий и материалов с целью промышленного производства для сокращения сроков и повышения эффективности лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Разработан лабораторный регламент и изучены свойства 5 наноматериалов на основе костной ткани животных и сыворотки крови, направленные на стимуляцию репаративных процессов в костной и хрящевой тканях. В 2008 году Центром был представлен и принят РАМН в полном объеме проект "Тканевой инженерии при травме и заболеваниях костно-мышечной системы" в рамках Программы развития нанотехнологий в Российской Федерации до 2015 года и программы РАМН "Нанотехнологии и наноматериалы в медицине на период 2008–2015 годов".

Громко заявив о себе на весь мир, Центр Илизарова не останавливается на достигнутом, тем более что безграничные возможности метода позволяют все больше повышать уровень обмена опытом в международном масштабе. Впереди – новые горизонты сотрудничества, которые, несомненно, послужат улучшению качества жизни человечества на земном шаре.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Г.А. ИЛИЗАРОВА

ФГУ "Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г.А. Илизарова Росмедтехнологий" – основоположник метода чрескостного остеосинтеза, который сегодня применяется более чем в 40 странах мира. Высокопрофессиональным докторам Центра доверяют свое здоровье пациенты с разных частей планеты. Лечение и реабилитацию в РНЦ "ВТО" им. академика Илизарова" ежегодно проходят свыше 7 тыс. человек.

Именно здесь впервые в мире разработаны и внедрены в широкую медицинскую практику способы удлинения конечностей (до 50 см и более), оперативного лечения ложных суставов, последствий полиомиелита, возмещения дефектов костей, лечения врожденной и приобретенной патологии кисти и стопы.

Безграничные возможности аппарата внешней фиксации позволили выйти далеко за пределы традиционной ортопедии и травматологии. Сегодня в РНЦ "ВТО" им. академика Г.А. Илизарова" успешно лечат пациентов с травмами и заболеваниями позвоночника, сосудистыми поражениями конечностей и головного мозга, костными кистами и опухолями.

В настоящее время врачи Центра широко применяют метод эндопротезирования при реабилитации пациентов с заболеваниями крупных и мелких суставов. Центр Илизарова одним из первых в России стал заниматься эндопротезированием плечевых, коленных, локтевых суставов и суставов кисти.

Премия Правительства РФ в области качества подтверждает высокий уровень медицинского обслуживания и сервиса в РНЦ "ВТО".

Центр – одно из первых лечебных учреждений ортопедо-травматологического профиля, получившее сертификат соответствия международному стандарту ИСО 9001:2000.

В структуру РНЦ "ВТО" входят поликлиника и стационар на 800 коек. Базой для проведения научных исследований служит экспериментальный отдел на 300 животных, 7 научных отделов и 7 лабораторий. На базе РНЦ "ВТО" им. академика Илизарова" работает кафедра травматологии и ортопедии, где ежегодно проходят учебные курсы для российских и зарубежных врачей. В Центре трудятся высококвалифицированные специалисты: 12 профессоров, 33 сотрудника со степенью доктора наук, 80 – со степенью кандидата наук.

Профессионализм ученых и врачей, современное оборудование, уникальные методики диагностики и лечения, разнообразные направления восстановительной медицины, комфортные условия пребывания и заботливое отношение медицинского персонала к пациентам – слагаемые успешной работы ФГУ "Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г.А. Илизарова Росмедтехнологий".

Россия, 640014 Курган, ул. М. Ульяновой, д. 6
Тел.: (3522) 45 4747
Факс: (3522) 45 0373
E-mail: office@ilizarov.ru, http://www.ilizarov.ru

Вячеслав Федоров
генеральный директор
ООО "Витафон"



Микровибрация – фактор здоровья

*Вибрация – повреждающий фактор,
микровибрация – фактор здоровья*

Долгое время считалось, что вибрация – повреждающий фактор. Хорошо известна вибрационная болезнь. Знания о вибрации создали предрассудки, которые долгое время не позволяли сделать неожиданное открытие: микровибрация – фактор здоровья и она принципиально необходима для нормального протекания физиологических, иммунных и восстановительных процессов в организме человека и животных.

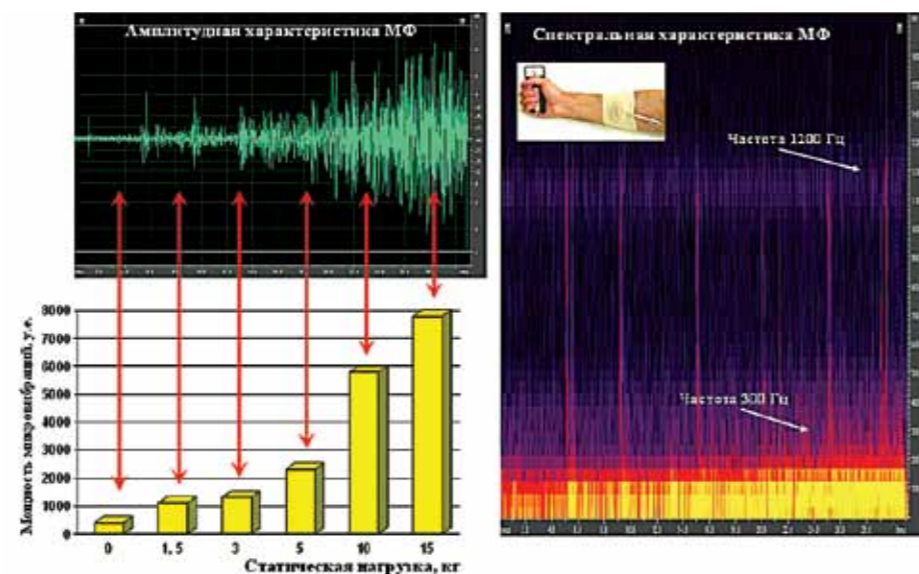
Самым убедительным аргументом значимости микровибрации является тот факт, что анатомическое строение животных и человека максимально приспособлено для рационального использования собственных ресурсов микровибрации и для восприятия внешней микровибрации.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ МИКРОВИБРАЦИЙ В ТКАНЯХ ОРГАНИЗМА

Источником микровибрации в тканях организма являются организованные сокращения мышечных клеток. Мышечные клетки преобразуют биохимическую энергию в механическую. Сокращение даже одной мышечной клетки приводит к микровибрации ткани. Чем выше частота и чем больше сокращается клеток, тем сильнее микровибрации, тем больше расходуется энергии. Мышечные клетки составляют около 60% массы тела и более 80% всех функциональных клеток. Они представлены в разной пропорции практически во всех тканях и расходуют более 80% энергоресурсов организма. Мышечные клетки сокращаются постоянно, даже в покое и во сне образуя так называемый микровибрационный фон. По предварительным оценкам, на микровибрационный фон за сутки расходуется около 40% (!) всех энергоресурсов организма.

МИКРОВИБРАЦИЯ ТКАНЕЙ – НЕЗАМЕНИМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ

Микровибрация тканей, так же как и тепло, является важной и незаменимой



составляющей физиологических и иммунных процессов. Микровибрация необходима организму для лимфодренажа, венозного оттока, для обеспечения питания клеток, удаленных от капилляров, для обеспечения иммунных процессов в части продвижения и контакта лейкоцитов с клетками ткани, для нормального костномозгового кровообращения.

Снижение интенсивности микровибраций тканей приводит к замедлению иммунных реакций, ухудшению лимфодренажа и венозному застою, что в конечном итоге снижает иммунитет и способность организма к самовосстановлению.

Дефицит микровибрации может возникать с возрастом, при хронической усталости, переутомлении от интенсивных и длительных нагрузок, при травмах, воспалительных процессах, при нарушении кровоснабжения спинного мозга, при общем снижении интенсивности сокращения мышечных клеток, возникающем по другим причинам.

Для компенсации дефицита микровибрации разработана серия виброакустических аппаратов, разрешенных к применению в медицинской практике. Они позволяют скомпенсировать дефицит микровибраций в локальной облас-

ти от минимально достаточного уровня до физиологического максимума, который определяется как интенсивность микровибраций мышечной ткани при максимальном физическом напряжении здорового организма. Виброакустическая терапия позволяет добиваться следующих эффектов:

- увеличение выхода в циркуляцию медиаторов и цитокинов из ткани;
- улучшение питания клеток, удаленных от капилляров;
- обогащение крови родоначальными стволовыми клетками (патент РФ).



С ее помощью обеспечивается также ряд других эффектов, позволяющих существенно повысить иммунитет и способности организма к самовосстановлению.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПО ДАННЫМ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

За 15 лет проведено более 30 научных исследований в области травматологии, ортопедии, хирургии, урологии, педиатрии, терапии, стоматологии. По данной тематике защищены 3 кандидатские диссертации и 1 докторская, разработан и применяется целый ряд методик повышения иммунитета. В частности, в исследовании на кафедре инфекционных заболеваний ВМА доказано, что компенсация дефицита микровибрации в области почек, печени и позвоночника позволяет у часто болеющих лиц снизить заболеваемость гриппом и ОРЗ в 3 раза. У часто болеющих лиц показатели индуцированных концентраций ИФН- α более чем вдвое ниже, чем у редко болеющих лиц.

Виброакустическая терапия позволяет нормализовать синтез интерферона в печени в ответ на появление в крови индукторов, за счет чего и достигается эффект. В других исследованиях показано улучшение физической формы и спортивных результатов у спортсменов высшего мастерства, сокращение сроков лечения перелома, значительное улучшение качества жизни у больных ДГПЖ, гипертонией, а также сокращение сроков лечения заболеваний позвоночника и суставов.

Проведенные клинические исследования и наблюдения убедительно доказывают, что своевременная и достаточная компенсация дефицита микровибрации в тканях организма является простым, доступным и эффективным методом повышения иммунитета, работоспособности людей и снижения заболеваемости.



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

Витафон

выпускать только полезные
и качественные товары для здоровья

Предприятие специализируется на выпуске виброакустических аппаратов, предназначенных для компенсации дефицита микровибрации в тканях и органах организма человека. Модели "Витафон", "Витафон-2", "Витафон-ИК" и "Витафон-Т" имеют знак СЕ. Следуя инновационному курсу, предприятие разработало и выпускает новую серию изделий для здоровья позвоночника.

ООО "Витафон" активно участвует в клинических и фундаментальных исследованиях по изучению роли микровибрации в физиологических процессах с целью создания новых изделий. В ходе исследований разработан принципиально новый прибор "миотремограф". Устройство осуществляет оценку тонуса мышечных волокон путем измерения мощности микровибрационного фона тканей человека. Прибор позволяет оценить резервы мышечных ресурсов, степень их истощения, определить состояние и уровень стресса, тяжесть критических состояний организма и многое другое. Все инновации защищены патентами РФ и стали возможны благодаря развитию нового научного направления "микробиомеханика".

Россия, 198097 Санкт-Петербург,
Огородный пер., д. 23
Тел./факс: (812) 747 2627
E-mail: info@vitafon.ru
HTTP://www.vitafon.ru

Елена
Кондякова

Начальник
ФГУЗ "МСЧ №100"
ФМБА России,
к.м.н.



Лечебно-оздоровительный потенциал озера Гусиное и бухты Безымянная



Формирование программы охраны и укрепления здоровья практически здоровых лиц является одной из приоритетных задач государственной политики нашей страны. Отраслевой программой "Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 годы" в целях развития системы укрепления здоровья здоровых предусматривается проведение реформирования профилактического здравоохранения, в том числе санаторно-курортной помощи, а именно усиление ее приближения к населению. Санаторно-курортная помощь является одним из эффективных путей увеличения потенциала здоровья здоровых лиц, а также возвращения здоровья больным, больным вне стадии обострения, лицам, находящимся в состоянии предболезни.

Санаторно-курортное лечение более эффективно в климатических условиях, привычных для человека. Климат обычно является фоном, на котором проводится лечение. Он может быть и терапевтическим фактором. Поэтому одной из первоочередных задач курортологии является оценка климата с точки зрения не только его физических особенностей, но и терапевтического и физиологического

воздействий на организм человека. Как показывает санаторно-курортная практика, умелое использование привычного климата обуславливает наиболее эффективное лечение.

Определяющим фактором при выборе мест, наиболее перспективных для развития санаторно-курортного дела, является высокий лечебно-оздоровительный потенциал, обеспечивающий совокупность ведущих методов санаторно-курортного лечения: климатотерапию, бальнеотерапию, пеллоидотерапию. Такие территории именуют "лечебно-оздоровительные местности". Традиционно лечебно-оздоровительной считается местность, обладающая природными лечебными ресурсами и пригодная для лечения и оздоровления населения.

В настоящее время в Приморском крае рекреационная деятельность ориентирована на использование лечебного фактора углекислых минеральных вод (курорт "Шмаковка") и лечебных грязей (курорт "Садгород").

С целью расширения масштабов рекреационной деятельности проведены поисково-разведочные работы в бухте Безымянная пос. Домашлино и на озере Гусиное о. Пу-

тятин с целью выявления и оценки качества донных природных отложений для использования в медицине, а также составления совокупности ландшафтно-биоклиматических, бальнеологических, экологических факторов и возможности формирования и функционирования такой деятельности. Ландшафтно-климатический потенциал: озеро представляет собой памятник природы ботанического профиля. Бухта Безымянная располагается в живописном месте, окружена сопками, защищающими песчаный берег и прибрежную акваторию от ветров. На формирование климата района большое влияние оказывает муссонная циркуляция атмосферы. В озере и бухте наличествуют донные грязевые отложения.

Исследования показали, что величина минерализации и наличие биологически активных компонентов позволяют отнести воды бухты Безымянная к бальнеологическим минеральным водам, используемым для наружных процедур. По санитарно-биологическим показателям озерная вода и вода бухты Безымянная соответствуют нормативным требованиям.

Качество донных отложений оценивалось в соответствии с методическими указаниями Министерства здравоохранения РФ "Критерии оценки качества лечебных грязей при их разведке, использовании и охране" (1987 год), методического руководства по анализу лечебных грязей (В.И. Бахман, 1965).

Нами проводились контрольные задачи. Контрольной задачей был выбран объект исследования – вода бухты Безымянная.

Была отобрана проба из ближайшей расщелины в ледовом покрытии очень небольшого размера. При заборе возникли определенные трудности.

В пробе воды был проведен качественный анализ в дробном варианте основных катионов минерализации: K^+ , Na^+ , Mg^{2+} , Ca^{2+} – соответствующими микрокристаллоскопическими реакциями.

Представить результаты в виде стенового материала не представляется возможным по причине засахаривания этих проб со временем (испарение воды и превращение кристаллизационной зоны в монолиты).

Открытию мешает магний. По форме и по количеству кристаллов октаэдрической формы.

K^+ – реактив на K^+ $Na_2P_2O_7$ (N02)6

Ca^{2+} – получение гипса с серной кислотой. Игольчатые кристаллы.

Mg^{2+} – получение кристаллов магнезита аммонит фосфата.

Все реакции фармакопейные.

Количественное определение. При определении количественного анализа контрольной задачей была морская вода, в которой определяли ион хлора методом Мора. Титрант нитрат серебра и индикатор хромат калия. Определяли потенциометрическим методом с индикаторным серебряным электродом.

Mg^{2+} и Ca^{2+} определяли трилометрически. Сумма K^+ и Na^+ определялась ионообменной хроматографией. Полученные результаты отмечались в таблице по причине сезонного колебания водных ресурсов.

Все методы фармакопейные.

Результаты санитарно-микробиологических и физико-химических исследований донных отложений озера Гусиное и бухты Безымянная залива Стрелок показали, что в озере лечебная грязь сапропелевого характера, грязи в бухте Безымянной – слабощелочные. Оба вида относятся к лечебным грязям, отвечают требованиям по физико-химическим и санитарно-микробиологическим показателям, предъявляемым к таким грязям.

Таким образом, грязи обладают лечебным эффектом и могут применяться при грязелечении.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ №100

ФЕДЕРАЛЬНОГО
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО
АГЕНТСТВА

Медико-санитарная часть №100 ФМБА России создана на основании распоряжения Правительства РФ от 01.12.2007 №1722-р, приказа ФМБА России от 07.12.2007 №340. Целью деятельности и в соответствии с Законом РФ «Об охране здоровья граждан» является медико-санитарное обеспечение населения ГО ЗАТО г. Фокино (29 205 человек), а также работников отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (воздействием опасных для здоровья человека физических, химических и биологических факторов).

Предметом деятельности является оказание лечебно-профилактической помощи работникам промышленных предприятий города и прикрепленному населению, проживающему на отдельной территории, в соответствии с перечнем организаций и территорий, подлежащих обслуживанию ФМБА России. Основное предприятие, контингенту которого предоставляется медицинское обслуживание медико-санитарной частью №100, – это ФГУП «30 Судоремонтный завод Министерства обороны Российской Федерации», основная задача которого – ремонт судов Тихоокеанского флота.

Второе предприятие – ФГУП «Даль РАО Министерства атомной промышленности». Данное предприятие имеет договорные отношения с Тихоокеанской строительной компанией, контингент которой проводит работы в промышленной зоне.

В структуру вновь созданного лечебного учреждения входят стационарные отделения на 138 коек, амбулаторно-поликлинические отделения на 650 посещений в смену, отделение скорой медицинской помощи до 15 тыс. вызовов в год, стационарозамещающие формы работы, 2 промышленных здравпункта, амбулатории пос. Дунай и пос. Путятин. В коллективе трудятся более 500 человек, из них врачей – 120, среднего медицинского персонала – 240; 97% медицинских работников имеют сертификат на право осуществления медицинской деятельности. В МСЧ №100 широко применяются новые методы диагностики и лечения: лапароскопия, холтеровское мониторирование, СМАД, УЗИ-исследование. Работает кабинет БОС (биологической обратной связи). Лучшим коллективом является медицинский персонал хирургического отделения, возглавляемый врачом-хирургом высшей категории Анатолием Степановичем Несмеяном.

Начальник МСЧ №100 ФМБА России кандидат медицинских наук Елена Григорьевна Кондякова. В 2004 году занесена в энциклопедию «Лучшие люди России». Награждена медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени в 1999 году

РОССИЯ, ПРИМОРСКИЙ КРАЙ,
692880 ЗАТО Г. ФОКИНО,
УЛ. КЛУБНАЯ, Д.17
ТЕЛ./ФАКС: (42339) 24 869



СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. ДЕКАБРЬ, 2009 ГОД. №3

Главный редактор Т.В. Киселева
**Заместитель главного редактора,
руководитель проекта** О.Б. Комарницкая
Исполнительный директор И.В. Чернышев
Редакторы К.В. Бужинский, Г.Б. Воробьёв
**Директор департамента по связям
с общественностью** М.А. Панова
Начальник отдела распространения С.В. Щербак

Дизайн-проект Ю.О. Бутов
Ответственный секретарь О.В. Носова
**Компьютерная верстка и техническая
подготовка** Е.А. Бубер
Компьютерная верстка И.Ю. Власюк
Корректоры Ю.В. Бандурина, М.Р. Телятьева

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС 77-33558 от 8 октября 2008 года выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель: 000 "Национальная Лига здоровья"

Издатель: 000 "Национальная Лига здоровья"

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламных объявлениях.

Перепечатка материалов, опубликованных в "Современных медицинских технологиях", допускается только по согласованию с редакцией.

© **Современные медицинские технологии.**

Адрес редакции:

Россия, 115419 Москва, ул. Новый Арбат, д. 19,
тел./факс: (495) 625 0971, 697 8745;
e-mail: redactor@president-press.org,
ml@president-press.org; www.centersp.ru.