

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

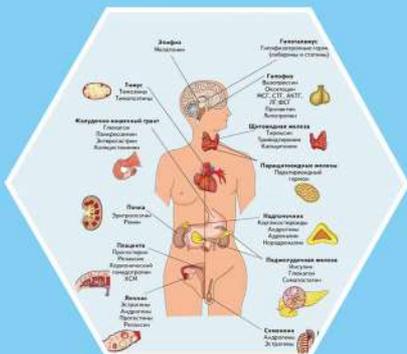
ISSN 1728-1261

№ 3 (89) октябрь 2021 г.



Неотложные состояния
при болезнях системы кровообращения
взрослого населения Хабаровского края:
состояние и тенденции

с. 16



Эндокринопатии в период
коронавирусной инфекции

с. 41



Роль ультразвуковой диагностики
при травме почек

с. 53



ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ

83

Хабаровский край
20 октября
1938



ЛЮБИМ И ГОРДИМСЯ



ISSN 1728-1261

DOI выпуска: 10.33454/1728-1261-2021-3

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

Издается с 2002 года.

№ 3 (89), октябрь 2021 г.

Дата выхода в свет: 18.10.2021

Главный редактор:

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

Редакционная коллегия:

В.Н. Кораблев, *зам. глав. редактора, д.м.н., к.э.н., профессор*

В.Е. Воловик, *д.м.н., профессор, академик РАЕ*

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

С.М. Колесникова, *к.м.н., доцент*

О.В. Молчанова, *д.м.н., доцент*

В.М. Савкова, *к.ф.н., доцент*

Редакционный научно-общественный совет:

И.Ф. Ахтямов, *д.м.н., профессор (г. Казань)*

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

В.С. Ступак, *д.м.н., засл. врач РФ (г. Москва)*

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

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

Масанобу Кобаяси, *д.м.н., профессор (г. Саппоро, Япония)*

Мариус М. Скарлат, *д.м.н., профессор (г. Тулон, Франция)*

Выпускающий редактор:

И.Г. Климонова

Дизайн, верстка:

Е.В. Евстратьева

Фото на обложку:

Н.З. Шелепенко

Переводчик:

А.В. Литвинов

Корректор:

Н.О. Грузинская

Архив номеров:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

Правила публикации авторских материалов:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

Полнотекстовые версии всех номеров размещены на сайте
Научной электронной библиотеки: www.elibrary.ru

Учредители:

Министерство здравоохранения Хабаровского края;

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

министерства здравоохранения Хабаровского края

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

Издатель:

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

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

Тираж 89 экз. Цена свободная

Регистрационное свидетельство

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

Подписной индекс в каталоге подписных изданий
Хабаровского края 14395

Адрес редакции и типографии:

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

© КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

ISSN 1728-1261

Issue DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3

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

№ 3 (89), October 2021

Chief Editor:

G.V. Chizhova, *Physician Emeritus of Russian Federation, M.D., Ph.D., D.M., professor*

Editorial Board:

V.N. Korablyov, *Deputy Chief Editor, M.D., Ph.D., Ph.D. in Economics, professor*
V.E. Volovik, *M.D., Ph.D., professor, Academician of Russian Academy
of Natural History*

V.V. Egorov, *Physician Emeritus of Russian Federation, M.D., Ph.D., D.M., professor*

S.M. Kolesnikova, *M.D., Ph.D., assistant professor*

O.V. Molchanova, *M.D., Ph.D., Dr.Sc., assistant professor*

V.M. Savkova, *M.D., Ph.D. (Pharmacy), assistant professor*

Science and Advisory Board:

I.F. Ahtyamov, *M.D., Ph.D., professor (Kazan)*

G.A. Palshin, *M.D., Ph.D., D.M., professor (Yakutsk)*

V.S. Stupak, *M.D., Ph.D., Dr.Sc., Physician Emeritus of Russian Federation (Moscow)*

D.A. Sychev, *M.D., Ph.D., D.M., professor (Moscow)*

Zhang Fengmin, *M.D., Ph.D., professor (Harbin, China)*

Masanobu Kobayashi, *M.D., Ph.D., professor (Sapporo, Japan)*

Marius M. Scarlat, *M.D., Ph.D., professor (Toulon, France)*

Executive Editor:

I.G. Klimonova

Designer:

E.V. Evstrat'eva

Cover photo:

N.Z. Shelepenko

Translator:

A.V. Litvinov

Proofreader:

N.O. Gruzinskaya

Archive of the issues:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

The rules of publication for the authors:

<http://zdravdv.ucoz.ru>

Full-text versions of all issues are available at Scientific Electronic
Library website: www.elibrary.ru

Managed by:

Health Ministry of Khabarovsk Krai
Postgraduate Institute for Public Health Workers

**Publication of not advertising materials
is free of charge**

Published by:

Postgraduate Institute for Public Health Workers

Printed by:

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

Circulation 89 copies. Free price

Registration certificate

ПИ № ТУ27-00546 on November 18, 2015 issued by the Office
Federal Service for Supervision of Communications,
Information Technology and Communications
for Far Eastern Federal District

Subscription index at Khabarovsk Krai subscription
catalog 14395

Address of the editorial office/publishing office:

9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, 680009, Russia
Phone/fax: +7 (4212) 27-24-92, 27-25-10
E-mail: rec@ipksz.khv.ru; <http://zdravdv.ucoz.ru>

© Postgraduate Institute for Public Health Workers

I. ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**О. В. Коленко, В. В. Егоров,
М. В. Пшеничнов, О. Б. Балева,
Н. В. Савченко, О. А. Прядко**
Организация работы Хабаровского
филиала ФГАУ «НМИЦ "МНТК
«Микрохирургия глаза»
им. акад. С. Н. Федорова"» Минздрава
России в условиях распространения
новой коронавирусной инфекции 4

**А. В. Платонов, Е. К. Базанов,
А. В. Козлова, А. А. Платонов,
Л. С. Бойкова**
Заболеваемость дерматозами
и их распространенность
в Амурской области 8

**Ю. В. Сулкина, Н. А. Болоняева,
Е. К. Гапоненко, Е. В. Денисова,
Л. П. Исаенко**
Эффективная стратегия развития
платных медицинских услуг
в медицинской организации 11

II. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**К. П. Топалов, Т. В. Зайцева,
Т. Г. Трембач**
Неотложные состояния при болезнях
системы кровообращения взрослого
населения Хабаровского края:
состояние и тенденции
*Часть 1. Общая и первичная
заболеваемость взрослого населения
Хабаровского края болезнями системы
кровообращения в 2002–2019 гг*
Часть II. Острый коронарный синдром ... 16

**Д. А. Яхиева-Онихимовская,
С. М. Колесникова**
Заболеваемость несовершеннолетних
правонарушителей в Хабаровском крае
и ЕАО 26

III. ОБМЕН ОПЫТОМ

В. Е. Трунова, С. П. Авраменко
Немоторные проявления болезни
Паркинсона 28

IV. В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

В. М. Савкова, Д. С. Савков
Судебно-медицинская экспертиза
в системе оценки качества
и безопасности медицинских услуг 33

I. EDITORIAL

**O. V. Kolenko, V. V. Yegorov,
M. V. Pshenichnov, O. B. Baleva,
N. V. Savchenko, O. A. Pryadko**
Organization of work of the Khabarovsk
branch of the The S. Fyodorov Eye
Microsurgery Federal State Institution
the Ministry of Health of Russia in the
context of the spread of a new
coronavirus infection 4

**A. V. Platonov, Ye. K. Bazanov,
A. V. Kozlova, A. A. Platonov,
L. S. Boykova**
The incidence of dermatoses and their
prevalence in the Amur Oblast 8

**Yu. V. Sulkina, N. A. Bolonyaeva,
E. K. Gaponenko, E. V. Denisova,
L. P. Isayenko**
An effective strategy for the development
of paid medical services in a medical
organization 11

II. ORIGINAL RESEARCH

**K. P. Topalov, T. V. Zaitseva,
T. G. Trembach**
Emergencies in diseases of the
circulatory system of the adult population
of the Khabarovsk Krai: the current status
and trends
*Part 1 General and primary incidence
of the diseases of blood circulatory system in
adult population of the Khabarovsk krai
in 2002–2019*
Part 2 Acute coronary syndrome 16

**D. A. Yakhieva-Onikhimovskaya,
S. M. Kolesnikova**
The incidence of juvenile offenders
in the Khabarovsk Territory and the
Jewish Autonomous Region 26

III. SHARING EXPERIENCES

V. E. Trunova, S. P. Avramenko
Non-motor symptoms of Parkinson's
disease 28

IV. AS ASSISTANCE FOR PRACTITIONER

V. M. Savkova, D. S. Savkov
Forensic medical examination
in the system of assessing the quality
and safety of medical services 33

**М. А. Сушкова, И. Д. Козут,
О. И. Новолодская**
Антиангиогенная терапия пациентам
с хориоидальной неоваскуляризацией
в условиях КГБУЗ КДЦ «Вивея» 38

**О. В. Ушакова, Е. Ю. Пьянкова,
Н. Н. Масалова, О. В. Серебрякова**
Эндокринопатии в период
коронавирусной инфекции 41

V. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В. Л. Коваленко, А. В. Степочкин
Возможности хирургического лечения
синхронного рака ободочной кишки
и желудка у пациента
в возрасте 77 лет 45

М. В. Щёткина
Биопленки – осложнение процедуры
контурной пластики гиалуроновой
кислотой в косметологии.
Клинический случай 47

В. П. Янчук
Синдром средней доли:
клиническое наблюдение 50

VI. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

Л. О. Глазун, Е. В. Полухина
Роль ультразвуковой диагностики
при травме почек 53

**Р. В. Прянишников, В. Е. Воловик,
А. Г. Рыков**
Модифицированная SCARF-остеотомия
в лечении поперечного плоскостопия
с выраженным Hallux Valgus
(обзор литературы) 61

VII. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

В. В. Унжаков
Эпидемиология черепно-мозговой
травмы 65

VIII. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

В. В. Гончар, Е. Г. Стеценко
Слово об учителе
(к 80-летию профессора
Ивана Федоровича Служаева) 68

**M. A. Sushkova, I. D. Kogut,
O. I. Novolodskaya**
Antiangiogenic therapy for patients
with choroidal neovascularization
in the facilities of Viveya Consultive
and Diagnostic Center 38

**O. V. Ushakova, E. Yu. Pyankova,
N. N. Masalova, O. V. Serebryakova**
Endocrinopathies in the era
of coronavirus infection 41

V. CLINICAL CASES

V. L. Kovalenko, A.V. Stepochkin
Possibilities of surgical treatment
of synchronous colon and stomach
cancer in a 77-year-old patient 45

M. V. Shchetkina
Biofilms as a complication of the hyaluronic
acid contouring procedure in cosmetology.
A clinical case 47

V. P. Yanchuk
Middle lobe syndrome: a clinical case 50

VI. CLINICAL LECTURE

L. O. Glazun, E. V. Polukhina
The role of ultrasonic diagnostics
in kidney injury 53

**R. V. Pryanishnikov, V. E. Volovik,
A. G. Rykov**
Modified SCARF osteotomy in the treatment
of transverse flat foot with severe Hallux
Valgus (*literature review*) 61

VII. LITERATURE REVIEW

V. V. Unzhakov
Epidemiology of traumatic brain injury 65

VIII. HISTORY OF MEDICINE

V. V. Gonchar, E. G. Stetsenko
A word about the teacher
(on the 80th birthday of Professor
Ivan Fedorovich Sluzhayev) 68

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-4-8
УДК 617.7:614.21]-084:616.98:578.834.1 Coronavirus

Организация работы Хабаровского филиала ФГАУ «НМИЦ „МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России в условиях распространения новой коронавирусной инфекции

О.В. Коленко^{1,2}, В.В. Егоров^{1,2}, М.В. Пшеничнов¹, О.Б. Балева¹, Н.В. Савченко¹,
О.А. Прядко¹

¹ Хабаровский филиал ФГАУ «НМИЦ „МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, 680033, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 211, тел.: +7 (4212) 22-40-90; e-mail: naukakhvmntk@mail.ru

² КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680000, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Organization of work of the Khabarovsk branch of the The S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution the Ministry of Health of Russia in the context of the spread of a new coronavirus infection

O.V. Kolenko^{1,2}, V.V. Yegorov^{1,2}, M.V. Pshenichnov¹, O.B. Baleva¹, N.V. Savchenko¹, O.A. Pryadko¹

¹ The S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, the Khabarovsk Branch, Khabarovsk, Russian Federation, 211 Tikhookeanskaya Street, 680033, Khabarovsk, phone +7 (4212) 22-40-90; e-mail: naukakhvmntk@mail.ru

² Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье представлена информация и проведен анализ нормативно-правовых документов, принятых в Российской Федерации, Хабаровском крае, и приказов директора Хабаровского филиала ФГАУ «НМИЦ „МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России по обеспечению эпидемиологического благополучия при организации помощи пациентам с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата в условиях распространения новой коронавирусной инфекции.

Разработанный комплекс противоэпидемических мероприятий при оказании экстренной и плановой офтальмологической помощи жителям Дальневосточного федерального округа позволил в 100 % случаев выполнить государственное задание по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Ключевые слова: офтальмология, лечебная работа, высокотехнологическая медицинская помощь, COVID-19, неотложная офтальмологическая помощь.

The article provides information and analyzes the regulatory documents adopted in the Russian Federation, the Khabarovsk Krai, and the orders of the director of the Khabarovsk branch of the 1The S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, the Khabarovsk Branch, of the Ministry of Health of Russia on ensuring epidemiological well-being by organizing assistance to patients with diseases of the organ of vision and adnexa in the context of the spread of a new coronavirus infection.

The developed complex of anti-epidemic measures in the provision of emergency and planned ophthalmological care to residents of the Far Eastern Federal District made it possible in 100% of cases to fulfill the state task for the provision of high-tech medical care.

Key words: ophthalmology; medical treatment; high-tech medical care; COVID-19; ophthalmology emergency care.

Плановая лечебная работа Хабаровского филиала ФГАУ «НМИЦ „МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (Филиал) в 2020 году претерпела существенные изменения, которые были обусловлены распространением в Российской Федерации коронавирусной инфекции.

Первоначально вспышка новой коронавирусной инфекции произошла в конце 2019 года в Китайской Народной Республике с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй).

11 февраля 2020 года Всемирная организация здравоохранения определила официальное название инфекции, вызванной новым коро-

навирусом, – COVID-19 (CoronaVirus Disease 2019). Международный комитет по таксономии вирусов присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2 [6].

ВОЗ 11 марта 2020 года объявила пандемию новой коронавирусной инфекции. В широком понимании пандемия – это распространение нового заболевания в мировых масштабах [6].

Как и при других коронавирусных инфекциях, основным морфологическим субстратом поражения при COVID-19 является альвеолярный аппарат легких. Кроме легких, коронавирус COVID-19 поражает центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, вызывая различную полиорганную патологию.

В связи с этим неблагоприятный прогноз при коронавирусе ассоциирован у пациентов с наличием сахарного диабета, артериальной гипертензии, цереброваскулярных заболеваний, ишемической болезни сердца, хронической обструктивной болезни легких. Кроме этого, к группе риска относятся люди пожилого возраста (старше 65 лет).

COVID-19 является высококонтагиозным вирусом. Основным источником заболевания – человек, носитель вируса, находящийся в инкубационном периоде заболевания. Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным (кашель, чихание) и контактным (рукопожатие) путями, через пищевые продукты, поверхности, предметы обихода.

В медицинских учреждениях, где одновременно находится большое количество людей, если не соблюдать меры профилактики инфекционного заражения, существует высокая вероятность формирования эпидемических очагов COVID-19.

Мероприятия по недопущению распространения коронавирусной инфекции в медицинских организациях начали проводить в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 г. № 198н [3].

Несколько лечебных учреждений Хабаровского края были перепрофилированы в ковидные госпитали. КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» в г. Хабаровске и КГБУЗ «Городская больница № 4» в г. Комсомольске-на-Амуре, где имелись офтальмологические отделения, начали принимать и оказывать помощь больным с новой коронавирусной инфекцией. Уменьшение количества офтальмологических коек в лечебных учреждениях Хабаровского края привело к снижению доступности помощи пациентам с заболеваниями органа зрения и его придаточного аппарата.

На этот период времени Хабаровский Филиал оказался единственным лечебным учреждением

в крае, которое оказывало специализированную, в том числе высокотехнологичную хирургическую, плановую, неотложную и экстренную офтальмологическую помощь в круглосуточном режиме.

Цель данной публикации – анализ организации работы Филиала в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020 году.

Всем сотрудникам Филиала в 2020 году, в период повышенной инфекционной опасности, пришлось работать в новых условиях оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата. Основной задачей Филиала стало не только возвращение человеку зрения, но и обеспечение инфекционной безопасности как пациентов, находящихся в филиале, так и работников, оказывающих медицинскую помощь и другие услуги.

Все это усложняло условия труда, создавало дополнительный стресс как для одних, так и для других. В целях обеспечения эпидемиологического благополучия, предупреждения заноса и распространения COVID-19 на территории Филиала 3 марта 2020 года директором Филиала подписан приказ № 37/1, которым был утвержден Порядок дезинфекции (рис. 1).

Порядок дезинфекции при неблагоприятной эпидемиологической обстановке по вирусным инфекциям

В период неблагоприятной эпидемиологической обстановки по вирусным инфекциям текущая и генеральная уборки проводятся в режиме вирусных инфекций.

1. Сестра-хозяйка, заведующая хозяйственным отделом, и старшие медицинские сестры отделений контролируют проведение термометрии сотрудникам – ежедневно по приходу на рабочее место.
2. Кратность проведения текущей уборки – 2 раза в сутки:
 - ✓ пол в помещениях, подоконники, лифтовые помещения, рабочий стол, стационарные телефоны, клавиатура компьютеров – 2 раза в день;
 - ✓ общественные санитарные узлы и душевые (пол, санитарно-техническое оборудование, в том числе вентили кранов, спуск бачков унитаза), расположенные на этажах – не менее 2 раз в день;
 - ✓ уборочный инвентарь после проведения уборки подлежит обязательной дезинфекции и стирке, совмещенной с дезинфекцией, после каждой уборки;
 - ✓ после уборки проводится обеззараживание воздуха помещений с использованием генератора аэрозоля или бактерицидных облучателей.
3. Каждые 2 часа производится дезинфекция: кнопки лифта, дверные ручки, перила лестничных маршей.
4. Сестра-хозяйка, заведующая хозяйственным отделом и старшие медицинские сестры отделений контролируют исполнение сотрудниками мер личной гигиены:
 - ✓ проведение гигиенической обработки рук;
 - ✓ своевременную замену спецодежды;
 - ✓ использование средств индивидуальной защиты;
 - ✓ особый контроль необходим за использованием медицинских масок, замена которых осуществляется каждые 2 часа.
5. Сестра-хозяйка, заведующая хозяйственным отделом и старшие медицинские сестры отделений контролируют ежедневно исполнение санитарного законодательства при обращении с опасными медицинскими отходами.
6. Сестра хозяйка, заведующая хозяйственным отделом и старшие медицинские сестры отделений контролируют ежедневно качество проведения уборки.

Рис. 1. Порядок дезинфекции, введенный в Филиале с началом неблагоприятной эпидемической ситуации из-за распространения новой коронавирусной инфекции

16 марта 2020 года был издан приказ директора учреждения № 57 «О дополнительных мерах по профилактике распространения новой коронавирусной инфекции в Филиале и его лечебно-диагностическом отделении (ЛДО)». Согласно данному приказу всем пациентам, которые обращались в Филиал за медицинской помощью, и посетителям Филиала проводилась термометрия. Врачам-терапевтам предписывалось собирать эпидемиологический анамнез (пребывание за границей в течение 14 дней до госпитализации, наличие заболевших членов семьи гриппом и острой респираторной вирусной инфекцией), проводить тщательный осмотр и термометрию пациентов, которые оформлялись на лечение.

Также на всех видных местах при входе в Филиал была размещена дополнительная актуальная информация для пациентов (рис. 2).

УВАЖАЕМЫЕ ПОСЕТИТЕЛИ!

В связи с неблагополучной эпидемической ситуацией по вирусным инфекциям в Хабаровском крае, в целях предупреждения массового распространения заболеваний и недопущения распространения инфекционных заболеваний среди пациентов и персонала Хабаровского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, Вам необходимо:

1. Пройти термометрию на медицинском посту, расположенном возле гардероба.

ВНИМАНИЕ!

- Пациенты с повышенной температурой тела приниматься не будут. Дата и время приема будут перенесены на более поздний срок.
- Пациентам с повышенной температурой необходимо вернуться домой и вызвать врача-терапевта поликлиники на дом.

2. Не посещать находящихся на стационарном лечении пациентов, в случае необходимости особого ухода – оформить пропуск;
3. Применять средства индивидуальной защиты – медицинские маски.

Рис. 2. Объявления для пациентов с информацией о дополнительных мерах по профилактике распространения новой коронавирусной инфекции в Филиале

В связи с неблагополучной эпидемиологической ситуацией в отношении распространения в Хабаровском крае COVID-19 с 22 марта 2020 года на базе КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10», в которой оказывалась неотложная и экстренная офтальмологическая помощь, был организован медицинский центр для оказания медицинской помощи больным с заболеваниями, вызванными новой коронавирусной инфекцией либо подозрением на нее [4].

В связи с этим министерством здравоохранения Хабаровского края была принята новая схема маршрутизации пациентов, нуждающихся в неотложной и экстренной офтальмологической помощи. С этого времени Филиал начал оказывать неотложную и экстренную медицинскую помощь пациентам в условиях стационара при следующих офтальмологических состояниях: травмах глазного яблока, острых и гнойных заболеваниях органа зрения,

придаточного аппарата и орбиты, нарушениях кровообращения в сосудах органа зрения и других состояниях, когда несвоевременное оказание помощи может привести к необратимой потере зрения или гибели пациента.

Все пациенты с вышеперечисленными состояниями поступали в Филиал по направлению врача-офтальмолога из офтальмологического кабинета при краевом травматологическом пункте, который был развернут на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2». При поступлении в Филиал пациент осматривался врачом и при наличии показаний госпитализировался для проведения лечения. У всех пациентов, поступающих в Филиал, осуществлялся забор необходимого клинического материала для последующего исследования на наличие антител IgG и IgM к коронавирусу COVID-19. Каждый пациент для проведения необходимого лечения размещался в изолированную палату с ограничением контактов с другими пациентами.

В то же время Филиал продолжал оказывать плановую офтальмологическую помощь жителям не только Хабаровского края, но и других субъектов Дальневосточного Федерального округа (ДФО).

В связи с продолжавшимся распространением COVID-19 на территории Хабаровского края, действуя в условиях крайней необходимости с целью усиления противоэпидемических мероприятий для предупреждения дальнейшего распространения заболевания среди населения, Главный государственный санитарный врач по Хабаровскому краю 13 апреля 2020 года подписал постановление № 11 [5].

Согласно данному постановлению министерству здравоохранения Хабаровского края, руководителям стационарных и амбулаторных медицинских организаций всех форм собственности с 15 апреля 2020 года до особого распоряжения вводился запрет на плановую госпитализацию пациентов в медицинские организации стационарного типа, за исключением пациентов с заболеваниями и состояниями, при которых отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время может повлечь ухудшение их состояния, угрозу жизни и здоровью. Указанным лицам при направлении на госпитализацию предписывалось обязательное проведение лабораторного обследования на COVID-19. На основании данного постановления Филиал приостановил оказание плановой офтальмологической помощи всем пациентам как Хабаровского края, так и проживающим в других субъектах ДФО.

Экстренная и неотложная офтальмологическая помощь пациентам продолжала осуществляться при наличии у них направления

из офтальмологического кабинета при краевом травматологическом пункте.

При этом в Филиале в полном объеме продолжал соблюдаться режим противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику распространения COVID-19. Для этого администрацией Филиала был сформирован необходимый штат персонала и составлен график его работы.

С 5 июня 2020 года вступил в силу Приказ Минздрава России [1, 2], который внес изменения во временный порядок приема пациентов медицинскими организациями, оказывающими специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь, в плановой форме в условиях риска распространения COVID-19. В частности, перед плановой госпитализацией (не ранее семи дней до поступления) необходимо обязательное лабораторное исследование биологического материала пациента (мазки из носа и ротоглотки) на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19.

С этого времени Филиал возобновил оказание пациентам офтальмологической помощи в плановом порядке.

В течение июня 2020 года плановая офтальмохирургическая помощь в Филиале оказывалась жителям г. Хабаровска и Хабаровского края в форме дневного стационара, без госпитализации пациентов в круглосуточный стационар. При этом, как правило, обследование, операция и выписка пациентов проводились в один день.

С июля 2020 года был начат прием пациентов – жителей Хабаровского края и других субъектов ДФО – для проведения лечения в условиях круглосуточного стационара.

В связи с длительным перерывом в оказании плановой офтальмохирургической помощи и ее отсутствием в других лечебных учреждениях Хабаровского края увеличились сроки ожидания ее получения.

Для повышения доступности плановой офтальмохирургической помощи и уменьшения сроков ожидания администрацией Филиала была организована работа коллектива в нерабочие субботные дни.

15 декабря 2020 года Министерством юстиции РФ зарегистрирован и вступил в силу Приказ Министерства здравоохранения РФ [1, 3], согласно которому признавался утратившим силу пункт, который обязывал пациента перед плановой госпитализацией иметь отрицательный результат лабораторного исследования биологического материала (мазков из носоглотки) на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19.

За период с 22 марта по 30 декабря 2020 года в Филиале получили экстренную и неотложную офтальмологическую помощь при различных заболеваниях 542 пациента (см. табл.).

Таблица

Виды офтальмологических заболеваний и количество пациентов, которым была оказана экстренная и неотложная офтальмологическая помощь в Филиале в период с 22.03.2020 г. по 30.12.2020 г.

Виды заболеваний	Количество пациентов
1. Ранения глазного яблока и его придаточного аппарата, из них:	103
– проникающие ранения глазного яблока;	45
– в том числе с внутриглазным инородным телом	23
Химический ожог глаза 2-3 степени	3
Флегмоны орбиты	3
Кератит	73
Гнойная язва роговицы	34
Передние и задние увеиты	273
Невриты, ретиноваскулиты	44
Острый приступ глаукомы	6
Факогенная некомпенсированная глаукома	3

Среди всех перечисленных заболеваний 21,2 % пациентов нуждались в проведении хирургического вмешательства по экстренным показаниям (ранения глазного яблока и придаточного аппарата, флегмона орбиты, острый приступ глаукомы, факогенная некомпенсированная глаукома).

Существенную помощь в организации работы Филиала в период пандемии оказывал сайт Филиала, являющийся лицом клиники. Люди могли находить ответы на интересующие их вопросы в режиме онлайн. На страницах нашего сайта в разделах «Главное» и «Пациентам» отражалась вся актуальная информация, касающаяся работы Филиала, в том числе в условиях коронавирусной инфекции. Особое внимание уделялось обследованиям на SARS-CoV-2, необходимым для проведения оперативного лечения.

В период пандемии изменилась работа с разделом «Вопрос – Ответ», где ответы на возникающие у пациентов вопросы давали врачи клинко-экспертного отдела Филиала. Структура этих вопросов сильно изменилась. Часто задаваемыми вопросами были: будет ли лечение проходить с госпитализацией в стационар, где в Хабаровске можно сдать анализ на COVID-19 методом ПЦР и в какие сроки до поступления на лечение этот анализ должен быть сдан, чтобы человека допустили к оперативному лечению.

Итоги лечебной работы Филиала за 2020 год в сравнении с показателями 2019 года были следующие.

Объем лечебной помощи пациентам с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата за 2020 год уменьшился на 18,9 % по сравнению с 2019 годом (24 314 и 30 002 курсов лечения соответственно). Ограничение работы Филиала во время пандемии, перепрофилирование офтальмологических коек в других лечебных учреждениях Хабаровского края привели к увеличению сроков ожидания плановой офтальмологической помощи жителям Хабаровского края. В то же время специализированная,

в том числе высокотехнологичная медицинская помощь при заболеваниях глаза, которые могут привести к необратимой слепоте или гибели глаза, осуществлялась и продолжает осуществляться в полном объеме.

Таким образом, несмотря на проблемы, которые внесла в работу новая коронавирусная инфекция COVID-19, Филиал продолжил работу по оказанию офтальмологической помощи жителям Хабаровского края и ДФО и продолжает выполнять предназначение, определенное С. Н. Федоровым, – несет свет и добро людям, проживающим на Дальнем Востоке России.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19: приказ Министерства здравоохранения РФ № 198н от 19.03.2020 г. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73669697/> (дата обращения: 01.06.2021).

2. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков по распространению новой коронавирусной инфекции COVID-19»: приказ Министерства здравоохранения РФ № 513н от 29.05.2020 г. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74112062/> (дата обращения: 01.06.2021).

3. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицин-

ских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19: приказ Министерства здравоохранения РФ № 1288н от 4.12.2020 г. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74955432/> (дата обращения: 01.06.2021).

4. О маршрутизации лиц с внебольничной пневмонией и перепрофилировании медицинских организаций: распоряжение министерства здравоохранения Хабаровского края № 307-р от 20.03.2020 г. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/465369273> (дата обращения: 01.06.2021).

5. О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019 в Хабаровском крае: постановление Главного государственного санитарного врача по Хабаровскому краю № 11 от 13.04.2020 г. – URL: <http://27.rosпотребнадзор.ru/content/323/93372/> (дата обращения: 01.06.2021).

6. Всемирная организация здравоохранения [официальный сайт]. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 01.06.2021).

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-8-10

УДК 616.5:31(571.61)

Заболееваемость дерматозами и их распространенность в Амурской области

А. В. Платонов, Е. К. Базанов, А. В. Козлова, А. А. Платонов, Л. С. Бойкова

ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», 675007, Амурская обл., г. Благовещенск, ул. Новая, 41; тел.: +7 (4162) 52-84-83, e-mail: aokvd@amurzdprav.ru

The incidence of dermatoses and their prevalence in the Amur Oblast

A. V. Platonov, E. K. Bazanov, A. V. Kozlova, A. A. Platonov, L. S. Boykova

Skin and Venereal Diseases Dispensary of the Amurskaya Oblast, 41 Novaya Street, 675007, Blagoveshchensk, Amurskaya Oblast, Russia; phone: +7 (4162) 52-84-83; e-mail: aokvd@amurzdprav.ru

В статье проведен анализ динамики распространенности и заболеваемости населения Амурской области болезнями кожи и подкожной клетчатки в целом, а также по отдельным нозологиям (псориаз, атопический дерматит), за период 2010–2020 гг. Анализ показателей распространенности и заболеваемости проведен также в разрезе возрастных групп населения, диспансерного наблюдения, определены основные мероприятия по активизации лечебно-профилактической работы на этапах: профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Ключевые слова: распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки, заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, распространенность атопического дерматита и псориаза, заболеваемость атопическим дерматитом и псориазом, статистическая информация.

The article analyzes the dynamics of the prevalence and morbidity of the population of the Amurskaya Oblast with diseases of the skin and subcutaneous tissue in general, as well as for specific nosologies (psoriasis, atopic dermatitis), for the period 2010–2020. The analysis of prevalence and morbidity indicators was also carried out in the context of age groups of the population, dispensary observation, the main measures were identified to intensify treatment and prophylactic work at the stages of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation.

Key words: prevalence of skin and subcutaneous tissue diseases; incidence of skin and subcutaneous tissue diseases; prevalence of atopic dermatitis and psoriasis; incidence of atopic dermatitis and psoriasis; statistical information.

Распространенность болезней кожи в Амурской области в 2020 г. продолжает оставаться стабильно высокой – 4 732,3 на 100 000 населения (рис. 1). Большая часть регистрируемой патологии приходится на контактный дерматит (1 461,4 на 100 000 населения) и псориаз (392,7 на 100 000 населения). Атопический дерматит стоит на 3-ем месте (273,9 на 100 000 населения), экземы занимают 4-е место (189,0 на 100 000 населения).

Доля часто встречающихся дерматозов (атопический дерматит, псориаз, контактный дерматит, другие дерматиты (экзема), дискоидная красная волчанка, локализованная склеродермия) в структуре распространенности всех болезней кожи и подкожной клетчатки составляет 37 %.

Оценивая работу дерматовенерологов по охвату больных хроническими дерматозами диспансерным наблюдением, следует обратить внимание, что она находится на недостаточно высоком уровне (рис. 2). Охват диспансерным наблюдением дерматологических больных Амурской области несколько ниже среднероссийских показателей. Так, в 2020 году охват диспансерным наблюдением больных экземой составил 42 %, атопическим дерматитом 46 %, псориазом 87 %, склеродермией 9 % и дискоидной красной волчанкой 98 %. Таким образом, проведенный анализ показал, что на фоне высокой распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки среди населения профилактическая работа врачей-дерматовенерологов, направленная на стабилизацию процесса, достижение ремиссии заболевания, предупреждение его прогрессирования и развития осложнений по некоторым нозологиям, остается на низком уровне. Низкий охват диспансерным наблюдением больных дерматозами требует усиления работы в данном направлении.

Болезни кожи и подкожной клетчатки чаще встречаются среди детской возрастной группы 0–17 лет. Заболеваемость в данной возрастной категории превышает аналогичный показатель взрослого населения. Среди детей 0–17 лет показатель заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки у детей 0–14 лет на 9 % ниже, чем в подростковой группе детей 15–17 лет, составляя соответственно 6 418,9 и 7 015,4 на 100 000 соответствующего

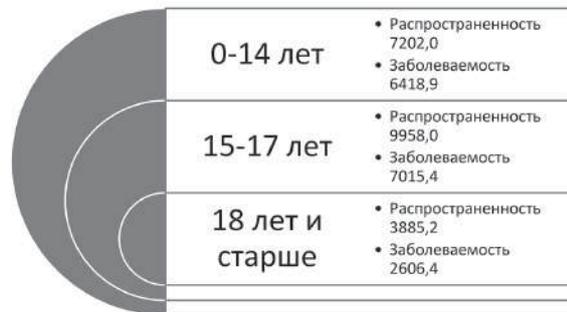


Рис. 1. Повозрастная структура распространенности и заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (на 100 тыс. нас.) 2020 г.

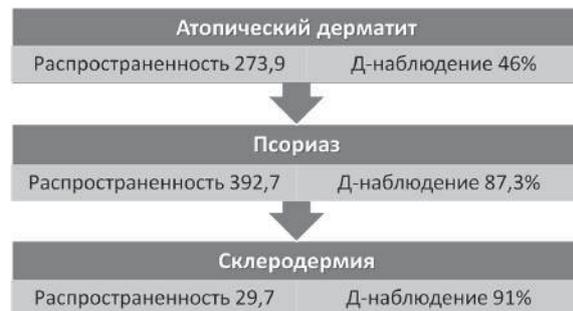


Рис. 2. Распространенность болезней кожи и охват больных (на 100 тыс. нас., %) диспансерным наблюдением в Амурской области, 2020

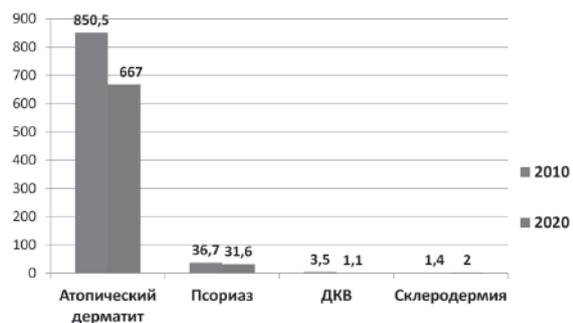


Рис. 3. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки детей в возрасте 0-14 лет на 100 тыс. соотв. нас. в Амурской области

пшего населения в 2020 году, т. е. количество детей этого возраста с впервые установленным диагнозом составляет 8 % от численности всех детей данной возрастной категории в Амурской области. В этой возрастной группе наблюдаются стабильно высокие показатели заболеваемости атопическим дерматитом (на 100 000 соответствующего населения): 850,5 в 2010 г., 667,0 в 2020 г. (рис. 3).

Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, регистрируемая среди подростков 15–17 лет, еще выше – 7 014,7 на 100 000 соответствующего населения, при этом в данной возрастной группе обращают на себя внимание показатели заболеваемости атопическим дерматитом – 370,6 на 100 000 соответствующего населения, псориазом – 109,0 на 100 000 соответствующего населения (рис. 4).

Таким образом, проведенный анализ показал, что на фоне высокой распространённости болезней кожи и подкожной клетчатки среди населения Амурской области, особенно в детской возрастной группе 0–17 лет, организация профилактической работы врачей, направленная на стабилизацию процесса, достижение ремиссии заболевания, предупреждение его прогрессирования и развития осложнений, остается на недостаточном уровне. Необходимо активизировать охват диспансерным наблюдением больных дерматозами, усилив работу в данном направлении.

Таким образом, в связи с высоким уровнем распространенности и заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки необходимо усилить профилактическое направление в деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь больным дерматозами, обратив особое внимание на лиц детского возраста.

Диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями дерматовенерологического профиля должно проводиться в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами: Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 46, ч. 5, приказом МЗ РФ от 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении порядка прохож-

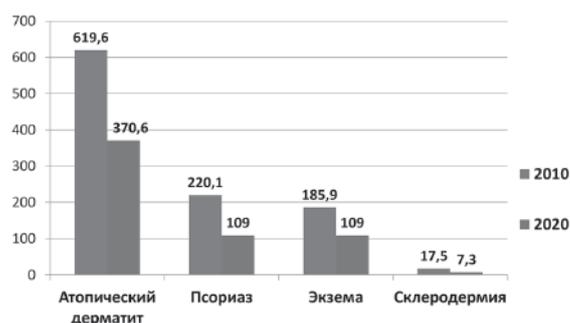


Рис. 4. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки детей в возрасте 15–17 лет на 100тыс. соотв. нас. в Амурской области

дения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», приказом МЗ РФ от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». Понятно, что отсутствие единого подхода в данном вопросе, вызванное различием нормативно регламентированных документов и законодательных актов порождает ряд сложностей в работе врачей-дерматовенерологов. Усиление профилактической работы позволит оказывать своевременную и качественную специализированную медицинскую помощь населению.

Необходимо продолжить консолидацию усилий дерматовенерологов с врачами других специальностей (педиатрами, врачами общей практики, семейными врачами) по профилактике, выявлению и ведению больных хроническими дерматозами.

Крайне важно повысить эффективность проводимых диспансерных мероприятий в отношении больных хроническими заболеваниями кожи на этапах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 [принят Гос. Думой 1 ноября 2011 года : одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года]. – Ст. 46, ч. 5, Ст. 54.

2. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми : приказ МЗ РФ № 173н от 29.03.2019.

3. Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях : приказ МЗ РФ № 302 от 16.05.2019.

4. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2009-2013 : стат. материалы. – М., 2014.

5. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2014-2019 : стат. материалы. – М., 2020.

6. Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации : отчетная форма федерального статистического наблюдения № 12 за 2010-2020 гг. // Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья : приказ № 812 от 18.12.2020. – Прил. № 1.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-11-15
УДК 614.2:33

Эффективная стратегия развития платных медицинских услуг в медицинской организации

Ю. В. Сулкина, Н. А. Болоняева, Е. К. Гапоненко, Е. В. Денисова, Л. П. Исаенко

КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея» МЗ ХК, 680000, г. Хабаровск, ул. Запарина, 83; тел.: +7(4212) 45-26-18; e-mail: priemnaya@viveya.khv.ru

An effective strategy for the development of paid medical services in a medical organization

Yu. V. Sulkina, N. A. Bolonyaeva, E. K. Gaponenko, E. V. Denisova, L. P. Isayenko

Viveya Consultative and Diagnostic Center under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 83 Zaporina Street, 680000, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 45-26-18; e-mail: priemnaya@viveya.khv.ru

Актуальность развития платных услуг в учреждениях здравоохранения объясняется главным образом заинтересованностью руководителей в развитии медицинских учреждений, поскольку полученные денежные средства являются как источником дополнительного материального стимулирования работников, так и дополнительным источником оснащения учреждения.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская организация, платные медицинские услуги.

The relevance of the development of paid services in health care institutions is mainly due to the interest of managers in the development of medical institutions, since the funds received are both a source of additional material incentives for employees and an additional source of equipment for the institution.

Key words: healthcare; medical organization; paid medical services.

Платные медицинские услуги занимают важное место в формировании доходов медицинской организации [1, 2, 3].

Основной нормативно-правовой базы, регламентирующей именно деятельность при оказании платных медицинских услуг, являются:

– Гражданский Кодекс РФ и Федеральный закон № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях», где говорится о том, что приносящая доход деятельность обязательно должна быть предусмотрена Уставом, и для её оказания организация должна иметь достаточное оснащение;

– Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», регламентирующий, что при оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядок оказания и стандарты медицинской помощи. То есть, порядок и стандарты не разделяются по источникам – для всех услуг они одинаковы;

– Закон «О защите прав потребителей», согласно которому при получении платных медицинских услуг пациент должен быть защищен всеми теми гарантиями, которые предоставляет потребителю данный закон;

– Постановление Правительства Российской Федерации № 1006, регламентирующее

правила оказания платных медицинских услуг;

– Приказ министерства здравоохранения Хабаровского края от 30 ноября 2011 г. № 28, устанавливающий порядок определения платы за медицинские услуги на территории Хабаровского края.

Но всё же эффективность работы данного направления уже на уровне каждого учреждения зависит от качественно сформированной внутренней законодательной среды, которую каждое учреждение формирует самостоятельно, опираясь на положения действующего законодательства. Крайне необходимо разработать локальные акты, полностью зависящие от особенностей и потребностей конкретного медицинского учреждения.

Успешно организовать деятельность по оказанию платных услуг в учреждении, где существуют пробелы в деятельности, в целом крайне сложно. А для эффективной работы любого учреждения здравоохранения главными направлениями или принципами должны быть:

- доступность;
- открытость;
- пациентоориентированность.

Платные услуги ни в коем случае не должны быть в режиме самотёка: система должна быть логичной и управляемой как в отношении доходов, так и в отношении расходов.

Из чего же состоит система приносящей доход деятельности?

Основных элементов три, каждый из которых требует тщательной проработки в учреждении:

1. Организационные аспекты оказания платных медицинских услуг.
2. Качественное планирование доходов.
3. Управление расходами.

Организационные аспекты

На наш взгляд, ошибочно поручать организацию платных услуг специально созданному подразделению – отделу платных услуг или аналогичной структуре. Вопросы платных услуг касаются абсолютно всех служб медицинского учреждения: планово-экономической, бухгалтерской – в части планирования, учета и анализа, статистической – для формирования данных, необходимых для учета и контроля, инженерной, хозяйственной – в части обеспечения и снабжения и т. д.

Требования к оказанию таких услуг абсолютно такие же, как и к любым другим медицинским услугам, поэтому разумно создавать рабочую группу, состоящую из представителей всех служб административно-хозяйственного звена. Цель подобной рабочей группы – решение многочисленных вопросов, возникающих в процессе организации оказания платных услуг.

Целесообразно создать локальный акт, закрепляющий исполнение всех требований вышеуказанных нормативно-правовых актов за конкретными исполнителями с возложением на них соответствующей ответственности за исполнение. Обязательными блоками закрепления ответственности являются:

- правовое сопровождение данной деятельности от внесения необходимых изменений в Устав и контроля изменений в нормативно-правовых актах до разработки необходимых для работы типовых форм документов (договоры, информированные согласия и пр.) и т. д.;
- обеспечение информационной доступности для пациентов (сопровождение сайта, информационные стенды, колл-центр, навигация внутри учреждения, вывески, памятки и т. д.);
- обеспечение организации оказания медицинской помощи и осуществление контроля качества медицинской помощи;
- организация порядка персонифицированного учёта оказываемых услуг и обеспечение статистического учёта;

– порядок расчета тарифов и утверждение прейскурантов;

- планирование доходов и расходов;
- обеспечение отдельного учёта и отчетности;
- распределение средств – особое внимание необходимо уделить расходам на заработную плату;
- обеспечение лечебного процесса лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения;

– ведение необходимого кадрового учёта.

Поскольку каждый из указанных блоков имеет свои законодательные требования, поэтому каждый должен детально прорабатываться отдельными локальными актами (распоряжениями, положениями, инструкциями и т. д.) с установлением уже пошаговых действий и порядка взаимодействия служб и подразделений по каждому из направлений с указанием детальных обязанностей и установлением ответственности за каждый элемент.

Для сотрудников – непосредственных исполнителей платных медицинских услуг – необходим отдельный локальный акт. Например, Положение о порядке и условиях предоставления платных услуг, в котором для них прописываются все условия и порядок их участия в данной деятельности.

Работа эта достаточно трудоёмкая, но это основа, фундамент успешной деятельности, поэтому она обязательно должна быть проведена администрацией учреждения, если есть заинтересованность в успешном развитии. Все эти локальные акты подлежат достаточно частым дополнениям и уточнениям, и это всегда совместная работа служб, поэтому с каждым шагом будет вноситься ясность в процесс и оптимизироваться работа всего учреждения.

На самом деле большинство проблем качества связаны с недостатками в системе управления.

Еще несколько важных моментов, которые нельзя упускать в организации процесса оказания медицинских услуг в целом, а платных услуг в особенности.

Первое впечатление пациента не создаётся дважды. Зачастую от персонала, который имеет первый контакт с пациентами, зависит, придет ли пациент сюда в следующий раз. С таким персоналом необходимо заниматься постоянно: проводить тренинги, разъяснительную работу, т. е. принимать активное участие в организации процесса их работы.

Далее, необходимо помнить о том, что практически каждый имеет свою точку зрения на то, как можно улучшить работу. И здесь никакая информация не является бесполезной.

В нашем учреждении мы используем приём «пройти путем пациента», когда какой-либо сотрудник любого направления деятельности пробует пройти этот путь, начиная с мысли о получении услуги в консультативно-диагностическом центре «Вивея» до её конкретного получения. Анализируется сайт на предмет удобства поиска информации, делается звонок в колл-центр и т. д. И как говорится, свежим взглядом всегда обнаруживается что-то новое.

В целом по организационным аспектам можно отметить следующее: прежде всего, для развития чего-либо нужно отказаться от так называемого «комплекса неполноценности». Возможности для развития платных услуг есть у каждого учреждения, и вовсе не обязательно для этого быть уникальным: уникальные сферы можно найти или создать в любом из них. Ведь «изюминкой» иногда может стать просто врач, умеющий дружелюбно общаться с пациентами, удобный график работы и т. д. Хорошо известно, что пациенты не могут профессионально оценить квалификацию врача, зато манеру общения, доброжелательность оценивают очень четко.

Следующий элемент процесса деятельности по оказанию платных медицинских услуг – планирование доходов.

Прежде всего, необходимо оценить возможности со стороны кадрового потенциала и необходимого материально-технического оснащения. Именно здесь начинается взаимодействие администрации с непосредственными исполнителями услуг.

Иногда кажется, что ориентация на развитие платных услуг требует изменений, в том числе и психологии сотрудников, а именно их желания учитывать особенности каждого пациента. Но на самом деле высокие требования нужно предъявлять к культуре взаимоотношений при оказании помощи любым пациентам, независимо от источника финансирования. К сожалению, не всегда это выполняется. Поэтому нужно стараться четко формулировать эти требования. И настаивать на их исполнении. Например, это может быть частью коллективного договора или же самостоятельным локальным актом – «Философия учреждения» и т. п.

Безусловно, оценивая заинтересованность непосредственных исполнителей услуг в их оказании, главный интерес исполнителя – финансовый. Принято считать, что работник думает только о том, чтобы получить как можно больше денег за свою работу. На самом деле работник чаще ориентируется не столько на максимальную, сколько на «заработанную» оплату труда. Чтобы система оплаты оказывала стимулирующее воздействие, работник

должен знать принцип оценки его работы и оплаты труда. И данные показатели должны быть конкретными, понятными, открытыми.

В сфере трудовых отношений необходимо руководствоваться исключительно согласительным принципом. Он заключается в участии работника в определении собственной оплаты труда, в разработке и утверждении норм нагрузки, показателей и критериев оценки работы. Не стоит забывать о том, что система стимулов для работников значительно шире, и далеко не всегда материальный является самым главным.

Следующий важный этап планирования доходов – это формирование ассортиментной политики и ценообразование. Здесь основной документ – Приказ № 28 от 30.11. 2011 «Об утверждении порядка определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности государственных бюджетных учреждений, находящихся в ведении министерства здравоохранения Хабаровского края, оказываемые ими сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания» министерства здравоохранения Хабаровского края, устанавливающий порядок расчета и утверждения тарифов на платные услуги. Самое важное условие, которое, в том числе прописано и в данном приказе, – цены должны целиком покрывать издержки учреждения на оказание данных услуг. Именно с этой целью должны принимать самое активное участие в процессе расчета тарифов исполнители этих услуг, которые, в свою очередь, на стадии его разработки получают четкое представление о том, из чего складывается услуга, как и в каком размере сформирована его заработная плата за данную услугу, сколько расходных материалов на данную услугу он может максимально израсходовать.

В нашем Центре одним из мотивирующих факторов участия исполнителя в данном процессе является внедренная система списания расходных материалов по фактическому количеству оказанных услуг. Соответственно расходные материалы, которые не были учтены при расчете тарифа, просто невозможно будет списать.

Таким образом, расчет тарифа на оказание услуги – это плотная совместная работа непосредственного исполнителя услуги и специалиста финансовой службы, осуществляющего расчет. Целесообразно закрепить процесс такой работы отдельным локальным актом учреждения.

Также необходимо акцентировать внимание в учреждении на Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Законодательного закрепления требования о соответствии утверждаемого прейскуранта номенклатуре нет, но, тем не менее, номенклатура в настоящий момент является основополагающим документом для определения медицинской услуги как таковой и в вопросах налогообложения, и в спорных ситуациях, связанных с оказанием медицинской помощи. Поэтому при составлении прейскуранта обязательно оказываемые услуги должны быть увязаны с услугами, которые содержатся в номенклатуре.

Перечень утверждаемых услуг и тарифов – это эффективный инструмент выработки стратегии дальнейших действий. Систематически анализируя его на предмет количества оказанных услуг по каждому наименованию, мы получаем информацию о том, какие услуги из перечня не оказываются или на какие меняется спрос. Это позволяет своевременно проанализировать причины (высокая цена, незаинтересованность персонала в их оказании, изменение методики, устаревшая технология) и соответственно принять решения по таким услугам – исключение из перечня, пересчет тарифа, объединение услуг в комплексы, применение скидок и т. д.

Если обязательность проведения такого анализа в учреждении закреплена, это имеет хорошие результаты. Анализируется любое отклонение от планируемых показателей: как рост, так и снижение с обязательным определением причин и выработки дальнейшего плана мероприятий по их устранению.

Заключительный этап блока управления доходами – маркетинговые шаги. Здесь принимаются любые решения исключительно по результатам анализа данных или с определенной четко поставленной целью. Такими действиями могут быть предоставление скидок, создание особых условий, формирование определенных комплексов услуг и т. д.

Поскольку здравоохранение наиболее значимая из социальных сфер, необходимо учитывать особенности медицинского бизнеса как такового, определяющие подход к продвижению медицинских услуг.

И третий элемент процесса деятельности по оказанию платных медицинских услуг – управление расходами. Что здесь важно?

Управляемость этого направления напрямую зависит от грамотного закрепления ответственности по каждому направлению расходов. Казалось бы, это же должностные обязанности

работников. Но конкретная ситуация: выходит из строя, например, источник бесперебойного питания какого-то медицинского аппарата. Чья это ответственность? Хозяйственной службы, инженерного отдела, информационно-вычислительного отдела? Пока данный факт устанавливается – оборудование простаивает, происходят сбои в работе и, как следствие, учреждение несёт финансовые потери.

Ясность должна быть внесена заранее. И тот, кто несет ответственность за конкретное направление расходов, следит за состоянием, обеспечивает обслуживание, своевременно планирует замены, поскольку именно ответственное лицо может и грамотно обосновать необходимость осуществления расхода, и правильно определить все его качественные и количественные характеристики.

Экономическая служба, отдел закупок, бухгалтерия являются звеньями, которые лишь обеспечивают соответствие процесса снабжения требованиям действующего законодательства.

Далее происходит утверждение регламента взаимодействия подразделений и ответственных лиц в процессе обеспечения учреждения, в котором расписываются этапы с установлением сроков, обязанностей, ответственности. Такой документ должен являться настольной книгой практически каждого административно-хозяйственного подразделения.

Расходы в бюджетном учреждении, в том числе и в рамках приносящей доход деятельности осуществляются в соответствии с планом финансово-хозяйственной деятельности. Расчет расходов осуществляется с учетом норм трудовых, материальных, технических ресурсов, используемых для оказания учреждением услуг. И здесь приобретают огромное значение устанавливаемые в учреждении нормы, которые, являясь локальными актами, тоже служат основанием расходов.

Расчет и установление норм возможны практически по всем направлениям – от карандаша до дорогостоящего медицинского оборудования. Чем подробнее проработано это направление, тем меньше сложностей возникает в самой деятельности, поскольку все процессы становятся планомерными и ожидаемыми, а значит меньше вопросов и замечаний возникает у контролирующих органов. Максимальный эффект по нашему опыту – нормирование медикаментов и изделий медицинского назначения, используемых в процессе оказания услуг.

Одним из важных документов, содержащих в себе целый комплекс норм, в учреждении является калькуляция стоимости услуг, которую, как правило, принято считать документом экономиста. А по факту – это документ,

содержащий такую важную информацию, как коды услуг, утвержденных номенклатурой услуг, инструкция для исполнителя (сколько ресурсов он может и должен затрачивать и что он от этого получит). Экономисту это позволит определить, сколько средств необходимо запланировать для покрытия расходов в процессе осуществления деятельности, бухгалтерии – максимально допустимые размеры для осуществления расходов.

Нельзя не остановиться на еще одном из эффективных методов оптимизации расходов – такой форме взаимодействия медицинского учреждения со сторонними организациями как аутсорсинг. Все учреждения так или иначе с этим сталкиваются: стирка белья, техническое обслуживание оборудования, транспортные услуги. В большинстве случаев метод очень эффективен, поскольку, кроме экономической выгоды, позволяет избежать кадровых проблем и получить услуги более высокого качества. Для этого в договорах необходимо максимально точно прописать свои требования к услуге и установить соответствующую систему штрафных санкций за несоблюдение условий договора. У организации остаётся только функция контроля.

Это всё, что касается самых важных, на наш взгляд, элементов эффективной системы оказания платных услуг в учреждении.

Если же говорить о тенденциях и актуальных направлениях, востребованных пациентами на современном этапе, то в процессе оказания платных медицинских услуг можно выделить следующее:

- в части сервиса очевиден акцент на усиление ИТ-составляющей. Пациенты придают все большее значение таким элементам сервиса, как быстрый доступ к информации об учреждении, результатам обследований, возможности онлайн-записи на прием, наличию онлайн-каналов для обратной связи, растет интерес к телемедицине;

- пандемия усилила интерес граждан к состоянию собственного здоровья, в связи с чем наблюдается спрос пациентов на комплексное

предложение медицинских услуг в лечебном учреждении (в одном месте, в удобное время, расширенным спектром сверх стандарта);

- сюда также можно отнести размещение аптеки, ориентированной на пациента, с наличием препаратов, выписываемых врачами;

- востребованы комплексные программы по ранней диагностике заболеваний, по реабилитации после перенесенных заболеваний;

- каждому учреждению целесообразно проанализировать проблемные зоны в медицинских процессах и рассмотреть передачу выполнения отдельных услуг или их составляющих в специализирующиеся в данных направлениях учреждения, что зачастую имеет много положительных моментов. Это и использования дистанционного описания произведенных исследований и передача выполнения отдельных лабораторных исследований, своего рода аутсорсинг.

Поводя итог, хотелось бы отметить, что успешно развиваться можно, только повышая качество услуг. А качество оказываемой медицинской помощи напрямую связано с психологическим комфортом пациента.

Какую бы стратегию для развития не выбрало учреждение, необходимо всегда помнить, что ЛПУ – это учреждение социальной сферы, созданное для людей, поэтому главной целью при решении любой задачи является не жёсткое соблюдение норм действующего законодательства, а удовлетворение потребностей и желаний пациентов. А как грамотно увязать эти два компонента – это уже результат совместной работы команды, создаваемой руководителем.

Компетентность и лидерство руководящего состава являются одними из решающих факторов для эффективной работы учреждения. Руководящий состав должен быть не авторитарным прессингом для работников, а авторитетным примером для всех сотрудников.

Таким образом, именно команда определяет эффективность функционирования медицинской организации, в том числе в части оказания платных медицинских услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бершадская М. Б. Платные медуслуги на контроле главврача. Как пресечь ошибки персонала, чтобы избежать внеплановых проверок / М. Б. Бершадская // *Здравоохранение (электронный научный журнал)*. – 2019. – № 10. – URL: <https://e.zdravohrana.ru/759006> (дата обращения: 16.09.2021).

2. Кадыров Ф. Н. Какие утвердить документы для платных услуг / Ф. Н. Кадыров // *Экономика ЛПУ в*

вопросах и ответах (электронный научный журнал). – 2019. – № 4. – URL: <https://e.econompru.ru/721390> (дата обращения: 20.09.2021).

3. Синкина Н. Г. Алгоритмы для экономиста: какие утвердить документы для платных услуг / Н. Г. Синкина // *Экономика ЛПУ в вопросах и ответах (электронный научный журнал)*. – 2019. – № 4. – URL: <https://e.econompru.ru/721386> (дата обращения: 17.09.2021).

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-16-25
УДК 616.1-083.98-053.8(571.620)

Неотложные состояния при болезнях системы кровообращения взрослого населения Хабаровского края: состояние и тенденции

Часть 1. Общая и первичная заболеваемость взрослого населения Хабаровского края болезнями системы кровообращения в 2002–2019 гг.

Часть II. Острый коронарный синдром

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

¹ КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 72-87-37; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

² КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С. И. Сергеева МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

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

Emergencies in diseases of the circulatory system of the adult population of the Khabarovsk krai: the current status and trends

Part 1. General and primary incidence of the diseases of blood circulatory system in adult population of the Khabarovsk krai in 2002–2019

Part 2 Acute coronary syndrome

К. P. Topalov¹, T. V. Zaitseva², T. G. Trembach³

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

² Khabarovsk Krai Clinical Hospital No.1 named after professor S.I. Sergeev under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³ Medical Information and Analytical Center under the Health Ministry of Khabarovsk Krai, 51 Istomin Street, 680000, Khabarovsk, Russia; phone: + 7 (4212) 91-01-90, e-mail: tsp@miac.medkhv.ru

Изучены показатели заболеваемости взрослого населения Хабаровского края болезнями системы кровообращения и смертность от них в 2002–2019 гг. Особое внимание уделено неотложной патологии – острому коронарному синдрому и острым нарушениям мозгового кровообращения. Установлено, что острый коронарный синдром и острые нарушения мозгового кровообращения в крае составляют около 75–85 % всех впервые выявленных заболеваний системы кровообращения – ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний; они дают до 32 % летальных исходов от болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, смертность населения от болезней системы кровообращения, острый коронарный синдром, острые нарушения мозгового кровообращения.

The indicators of morbidity of the adult population of the Khabarovsk Krai with diseases of the circulatory system and mortality caused by these diseases in 2002–2019 were studied. Special attention is paid to urgent pathology - acute coronary syndrome and acute disorders of cerebral circulation. It was found that acute coronary syndrome and acute disorders of cerebral circulation in the region account for about 75–85% of all newly diagnosed diseases of the circulatory system - ischemic heart disease, cerebrovascular diseases; they result in up to 32% of deaths from diseases of the circulatory system.

Key words: diseases of the circulatory system; mortality of the population from diseases of the circulatory system; acute coronary syndrome; acute disorders of cerebral circulation.

XXI век способствовал переоценке отношения людей к своему здоровью, появилось осознание того, что здоровье является важнейшим фактором социально-экономического развития общества [4]. Именно здоровье дает человеку возможности для личного роста, обеспечивает материальное благополучие семьи, формирует экономическую стабильность социума в целом.

Уровень здоровья населения зависит в значительной степени от образа жизни, самосохранительного поведения человека, наличия вредных привычек. Определяется такой уровень данными о состоянии здоровья из статистических форм 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

Болезни системы кровообращения (БСК) остаются до настоящего времени актуальной проблемой регионального здравоохранения, несмотря на определенные успехи в области диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных с данной патологией. Высокий уровень заболеваемости населения Хабаровского края и смертности от этого класса болезней обусловлен следующими факторами: старением населения, индустриализацией общества, которая способствует снижению физической активности населения на фоне нерационального питания, снижением уровня жизни, нарастающим стрессом на работе и в быту, ростом воздействия экологических причин на человеческий организм [1, 6].

Существенную роль в структуре БСК играют ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), на долю которых приходится до 45–50 % всей патологии системы кровообращения. Среди этих двух нозологических форм болезней системы кровообращения неотложные состояния составляют 75–85 % (в зависимости от территории страны) и дают около 32 % всей смертности населения от болезней системы кровообращения.

Особое значение приобретают неотложные состояния при ИБС и ЦВЗ, которые требуют быстрой реакции со стороны медицинского персонала и самих пациентов при возникновении острых ситуаций со стороны функционирования сердца и деятельности головного мозга.

Отечественные и зарубежные врачи считают, что применение высокотехнологичных видов медицинской помощи, включая тромболитическую терапию (ТЛТ), чрескожные вмешательства (ЧКВ) и операции аортокоронарного шунтирования при ИБС, нейрохирур-

гические манипуляции на сосудах головного мозга при ЦВЗ в определенной степени могут способствовать улучшению качества жизни заболевших, снизить смертность населения в целом от БСК.

Цель настоящего исследования

Оценить общую и первичную заболеваемость взрослого населения БСК в Хабаровском крае по сравнению с федеральными и окружными значениями в 2002–2019 гг., выявить возможные факторы, влияющие на рост заболеваемости этой патологии.

Определить место острого коронарного синдрома (ОКС) при болезнях системы кровообращения взрослого населения, оценить результаты лечения больных ОКС в зависимости от территории проживания и места оказания кардиологической помощи в крае за 2009–2020 гг.

Изучить распространенность и первичную заболеваемость взрослого населения края острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в динамике за 2009–2020 гг., а также факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи.

Материал и методы

Предметом исследования стали сводные годовые отчеты о деятельности медицинских организаций Хабаровского края, подготовленные КГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ) за 2002–2020 гг. Из статистических сборников по заболеваемости взрослого населения Российской Федерации (РФ), Дальневосточного федерального округа (ДФО), выпускаемых Росстатом по РФ за 2002–2019 гг., извлекались абсолютные значения изучаемых явлений.

Изучение смертности взрослого населения края от ОКС и ОНМК основывалось на сведениях об умерших лицах из формы 51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» за 2002–2019 годы.

Для изучения тенденции заболеваемости взрослого населения и смертности от БСК брались равные промежутки времени – 2002–2007, 2008–2013 и 2014–2019 гг.

В отношении заболеваемости взрослого населения РФ, ДФО и ХК острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения анализировали три периода – 2009–2012 гг. (до начала организации сосудистых центров в крае) и два периода – 2013–2016 и 2017–2020 гг. после открытия специализированных центров.

Численность населения РФ, ДФО с учетом присоединенных 2 регионов (Республика Бурятия и Забайкальский край), Хабаровского края была взята по данным Росстата.

Для ликвидации различий в возрастном составе при изучении смертности среди взрослого мужского и женского населения был применен прямой метод стандартизации с использованием Европейского стандартного населения на 2013 год.

Результаты проведенных исследований были обработаны вариационным, корреляционным анализами, динамические ряды – методом наименьших квадратов.

Результаты исследования

Первичная заболеваемость взрослого населения Хабаровского края, по данным обращаемости в 2019 году, составила 434,3 ‰, по сравнению с 2002 г. этот показатель снизился на 14,9 % или на 75,9 ‰. Подобная закономерность отмечена в ДФО – снижение первичной заболеваемости взрослого населения на 8,8 %, или на 45,5 ‰; в РФ за этот период первичная заболеваемость взрослого населения возросла на 1,42 %, или на 7,7 ‰ и составила в 2019 году 548,8 ‰, что значительно выше краевого показателя (26,4 ‰).

Общая заболеваемость взрослого населения Хабаровского края почти в 2,8 раза превысила первичную заболеваемость. В 2002 году общая заболеваемость составила 1068,0 ‰. За 18 лет болезненность взрослого населения возросла до 1212,2 ‰, или на 13,5 %. Такая закономерность отмечена в РФ и ДФО – 24,6 и 21,0 % соответственно.

Удельный вес БСК в структуре общей и первичной заболеваемости взрослого населения ХК составил в среднем за 2002–2019 гг. 17,45 и 4,71 % соответственно. В РФ и ДФО эти показатели составили 18,93 и 5,73, 17,47 и 5,51 % соответственно.

Показатели общей заболеваемости взрослого населения края болезнями системы кровообращения (по данным обращаемости в медицинские организации, форма 12) имеют устойчивую тенденцию к росту. Динамика краевых показателей практически не отличается от федеральных и окружных значений (рис. 1).

Между краевыми показателями и данными по РФ и ДФО имеется корреляционная связь сильной интенсивности ($0,90 \pm 0,027$ и $0,92 \pm 0,025$ соответственно). Средние показатели общей заболеваемости взрослого населения РФ, ДФО и ХК составили $264,2 \pm 0,639$, $217,8 \pm 0,659$ и $196,1 \pm 0,668$ случаев соответственно. Последние три года (2017–2019) краевые показатели общей заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения в среднем ($264,7 \pm 0,25$ случаев на 1 000 взрослого населения) превысили окружные значения ($258,7 \pm 0,38$ случаев на 1 000 взрослого населения) на 2,32 %.

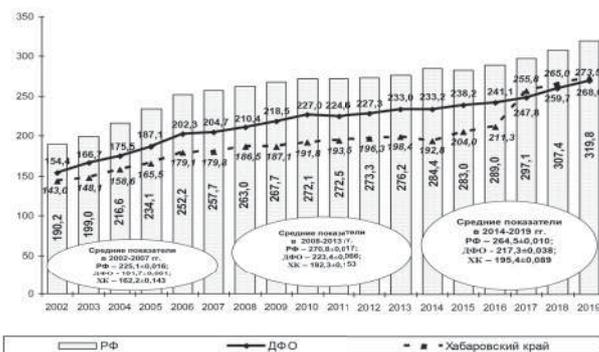


Рис. 1. Общая заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и Хабаровского края болезнями системы кровообращения на 1 000 человек соответственно

В то же время общая заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения в крае оказалась ниже федеральных значений ($308,1 \pm 0,025$ случаев на 1 000 взрослого населения) на 14,1 % (рис. 1).

Между первичной и общей заболеваемостью взрослого населения края болезнями системы кровообращения имеется прямая корреляционная связь высокой интенсивности – $0,81 \pm 0,037$. Подобная закономерность отмечена на федеральном и окружном уровнях – $0,95 \pm 0,020$ и $0,90 \pm 0,028$ соответственно.

Удельный вес общей и первичной заболеваемости взрослого населения РФ ишемической болезнью сердца в 2002–2019 гг. составил $23,39 \pm 0,0018$ и $21,69 \pm 0,0051$ % соответственно. Удельный вес общей заболеваемости взрослого населения РФ ЦВЗ был выше ($22,03 \pm 0,0018$ %), чем в крае ($21,05 \pm 0,0208$ %), однако первичная заболеваемость данной патологией была ниже ($23,27 \pm 0,0052$ %), чем в крае ($24,95 \pm 0,0661$ %).

Обращает внимание, что удельный вес общей заболеваемости населения РФ, ДФО и Хабаровского края ишемической болезнью сердца имеет тенденцию к снижению, однако доля первичной заболеваемости населения ИБС выросла за этот период (2014–2019 гг.) на 23,4, 33,2 и 35,2 % соответственно.

Подобная закономерность отмечена при изучении динамики заболеваемости взрослого населения ЦВЗ. Удельный вес общей заболеваемости взрослого населения ЦВЗ за 2002–2019 годы снизился в РФ, ДФО и Хабаровском крае на 14,8, 8,2 и 2,43 % соответственно. Удельный вес первичной заболеваемости данной патологией за эти годы увеличился в динамике на 19,3, 38,7 и 13,8 % соответственно и составил в последние годы (2014–2019) для РФ – $24,64 \pm 0,0084$ %, для ДФО и Хабаровского края – $26,64 \pm 0,0409$ и $25,43 \pm 0,1049$ % соответственно.

Обращает внимание разнонаправленность показателей общей и первичной заболеваемости взрослого населения края болезнями системы кровообращения в зависимости от места проживания. Так, краевой показатель общей заболеваемости БСК в 2010–2019 годах составил 22 156,1 случая на 100 тысяч населения, в Хабаровске, Комсомольске-на-Амуре и прочих территориях края – 25 536,6±19,52, 24 825,4±30,13 и 18 181,1±19,04 случая на 100 000 соответствующего населения. Первичная заболеваемость взрослого населения БСК имеет другую направленность: высокий показатель заболеваемости отмечен среди взрослого населения Комсомольска-на-Амуре (3751,2±13,25 случая), в Хабаровске и прочих территориях соответственно 2 265,9±6,66 и 2 311,0±7,77 случая на 100 000 населения.

Согласно клиническим рекомендациям по кардиологии [2] были изучены факторы, влияющие на показатели заболеваемости населения БСК.

Общая заболеваемость взрослого населения края БСК имеет корреляционную связь высокой степени интенсивности с патологией эндокринной системы (0,96±0,018), особенно с сахарным диабетом и ожирением (0,92±0,025 и 0,96±0,017 соответственно). В РФ сохраняется подобная закономерность – 0,94±0,022, в том числе при сахарном диабете и ожирении – 0,92±0,024 и 0,93±0,022 соответственно. Такая же закономерность отмечена и в ДФО – 0,90±0,028, в том числе при сахарном диабете и ожирении – 0,95±0,019 и 0,95±0,019 соответственно.

Первичная заболеваемость взрослого населения БСК также имеет корреляционную связь средней интенсивности с болезнями эндокринной системы (0,48±0,055), в том числе с сахарным диабетом и ожирением (0,31±0,059 и 0,68±0,046 соответственно). Первичная заболеваемость населения БСК имела большую зависимость от первичной эндокринной патологии (0,94±0,021) в РФ, чем в ДФО (0,50±0,054).

Общая заболеваемость взрослого населения края БСК имеет высокой степени корреляционную связь с артериальной гипертензией (0,99±0,0095), в том числе при ИБС (0,87±0,031) и ЦВЗ (0,96±0,017).

На общую заболеваемость взрослого населения края БСК оказывают влияние распространенность злокачественных новообразований (0,95±0,020), непсихотические расстройства (0,51±0,054).

Наш клинический опыт свидетельствует, что специальные психологические вмешательства могут оказать положительное влияние на пациентов, снимая у них напряжение,

депрессию, тревожность. Больным необходимо проводить индивидуальное или групповое консультирование по психосоциальным факторам риска и способам борьбы с болезнью, умению управлять стрессом, обучать методам медитации, аутогенных тренировок, дыхательной гимнастики, йоги, мышечной релаксации [1].

Существенное влияние на общую заболеваемость населения БСК оказывает возрастная структура. В крае имеется устойчивая связь БСК с лицами старше 50 лет (0,90±0,028) в большей степени при ЦВЗ (0,90±0,027), чем при ИБС (0,64±0,0948). В РФ эти показатели оказались следующими: для БСК в целом (0,93±0,024), ИБС и ЦВЗ – 0,87±0,030 и 0,78±0,039 соответственно. В ДФО влияние возраста старше 50 лет оказалось менее существенным, была выявлена корреляционная связь средней интенсивности: для БСК – 0,66±0,047, для ИБС и ЦВЗ – 0,65±0,047 и 0,67±0,046 соответственно.

Аналогичная ситуация отмечена в отношении первичной заболеваемости взрослого населения БСК. Между первичной заболеваемостью взрослого населения края БСК и лицами старше 50 лет выявлена корреляционная связь сильной интенсивности 0,72±0,044. На уровне РФ и ДФО эта связь оказалась равной 0,95±0,019 и 0,55±0,052 соответственно.

Для изучения динамики смертности взрослого населения края от БСК были выделены три периода 2002–2007, 2008–2013 и 2014–2019 гг. Оказалось, что показатели смертности взрослого населения от данной патологии снизились на 27,7 %, с 1 078,2±4,0 в 2002–2007 годах до 779,6±3,48 случая на 100 тысяч соответствующего возраста в последние годы (2014–2019). Такая закономерность сохраняется и для двух основных причин смерти от заболеваний системы кровообращения – ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний; первые причины смерти снизились на 18,7 %, вторые – на 30,0 %.

При этом удельный вес смертности взрослого населения от ИБС в эти годы повысился на 12,3 % с 45,22±0,186 до 50,80±0,219 % соответственно в 2014–2019 гг., однако по сравнению с 2008–2013 годами удельный вес смертности взрослого населения края от ИБС (52,72±0,196 %) снизился на 12,3 %.

В отношении смертности взрослого населения края от ЦВЗ ситуация несколько другая: в 2008–2013 гг. смертность этой категории населения края снизилась на 5,9 %, однако в последующие годы (2014–2019) она повысилась на 2,8 % – с 29,29±0,196 до 30,11±0,201 %.

Изучение смертности взрослого населения края от БСК свидетельствует, что показатели эти зависят от территории проживания людей. Самый высокий показатель смертности взрослого населения от БСК оказался в прочих территориях края ($975,8 \pm 5,08$ случая на 100 000 населения) и Комсомольске-на-Амуре ($924,4 \pm 6,67$ случая). Самый низкий показатель смертности взрослого населения от БСК зарегистрирован в Хабаровске ($791,1 \pm 3,97$ случая) при средних краевых значениях за 2010–2019 гг. в $850,6 \pm 2,84$ случая на 100 тысяч населения.

Имеется существенная разница в смертности взрослого населения между мужчинами и женщинами. Анализ стандартизованных показателей смертности взрослого населения от БСК показал: в динамике разница в смертности между мужским и женским взрослым населением нарастает, а именно с 1,67 до 1,98 раза; она составила в 2014–2019 гг. 839,2 и 423,9 случая на 100 000 соответствующего населения. Это значительно выше, чем в развитых индустриальных странах [5]. Увеличивается доля умерших пациентов старше 50 лет от БСК ($t=10,4$; $p<0,001$), с $83,4 \pm 0,195$ % в 2002–2007 гг. до $90,4 \pm 0,129$ в 2014–2019 годах.

Для снижения смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения, в том числе ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний, включая неотложные состояния в виде острого коронарного синдрома и острых нарушений мозгового кровообращения, министерство здравоохранения Хабаровского края начало реорганизацию специализированной медицинской помощи при БСК. На основании Постановления правительства Хабаровского края от 10.07.2012 г. № 231-пр в крае в 2013 году были организованы Региональный сосудистый центр (РСЦ) и два первичных сосудистых отделения (ПСО). РСЦ был создан в КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2). Первичные сосудистые отделения были организованы в КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» имени профессора С.И. Сергеева (ККБ № 1) и КГБУЗ «Городская больница № 7» (ГБ № 7) Комсомольска-на-Амуре.

На основе распоряжения МЗ ХК от 14 марта 2018 г. № 302-р было организовано третье первичное сосудистое отделение на базе КГБУЗ «Городская больница № 2» Комсомольска-на-Амуре. Последнее сосудистое отделение из-за пандемии COVID-19 работало не в полном объеме, по этой причине результаты этого отделения в статью не включены.

В последние годы практические врачи, особенно кардиологи, стали больше уделять внимания неотложным состояниям при пато-

логии сердца, так как это требовало экстренного выбора патогенетического обоснованного лечения до установления окончательной верификации диагноза с констатацией наличия инфаркта миокарда (ИМ), нестабильной стенокардии (НС) или иной (некоронарной) причины возникновения ангинозных симптомов.

Острый коронарный синдром (ОКС) представляет собой определенную группу клинических признаков, свидетельствующих о недавнем обострении коронарной (ишемической) болезни сердца, позволяющих заподозрить ИМ или НС [2].

К острому коронарному синдрому следует относить:

- случаи возникновения длительного (более 20 минут) ангинозного приступа в покое;
- первое появление стенокардии;
- недавнюю дестабилизацию стенокардии с увеличением тяжести как минимум до III функционального класса по Канадской классификации;
- раннюю постинфарктную стенокардию (возникшую в первые 2 недели после перенесенного инфаркта миокарда).

В основе ОКС лежит разрыв атеросклеротической бляшки (АСБ) с последующим образованием тромба, который критически сужает просвет коронарной артерии. Уменьшение коронарного кровотока возможно за счет изменившейся геометрии АСБ, присоединившего спазма коронарной артерии и/или эмболизации её дистальных участков с последующим образованием участков некроза в миокарде. Эволюция развившегося тромба во многом определяет характер течения заболевания и исходы ОКС [3].

По данным медико-социологического исследования установлено, что распространенность ОКС среди жителей РФ, ДФО и Хабаровского края составила в среднем за 2010–2019 годы: в крае – $346,8 \pm 1,79$ случая на 100 тыс. населения, в РФ и ДФО – $345,5 \pm 0,17$ и $294,4 \pm 0,67$ случая на 100 тыс. населения соответственно.

Ежегодные темпы убыли распространенности ОКС среди жителей РФ, ДФО и ХК старше 18 лет составили 2,01, 3,73 и 3,36 % соответственно (рис. 2).

Первичная заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и ХК острым коронарным синдромом на протяжении изучаемого периода имела тенденцию к росту, особенно в Хабаровском крае (рис. 3).

Так, ежегодные темпы роста первичной заболеваемости взрослого населения РФ, ДФО и ХК острым коронарным синдромом составили

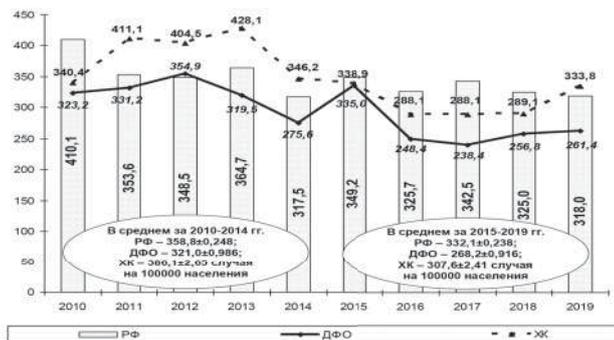


Рис. 2. Распространенность ОКС среди взрослого населения РФ, ДФО и Хабаровского края (на 100 000 человек)

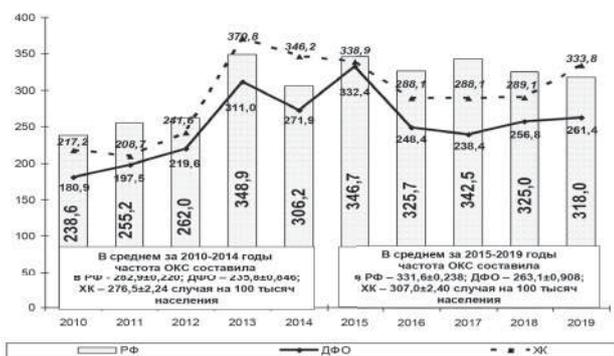


Рис. 3. Первичная заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и Хабаровского края ОКС (на 100 000 человек)

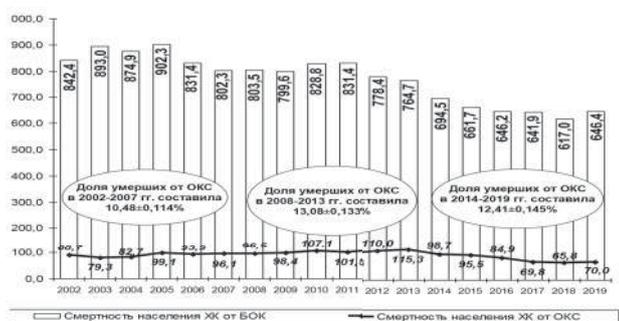


Рис. 4. Смертность взрослого населения РФ, ДФО и Хабаровского края от заболеваний системы кровообращения и острого коронарного синдрома на 100 000 населения

3,11, 2,66 и 3,29 % соответственно. В среднем, за 2010–2019 гг. первичная заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и ХК острым коронарным синдромом составила $306,9 \pm 0,16$, $251,8 \pm 0,62$ и $292,2 \pm 1,64$ случая на 100 000 населения соответственно.

В динамике первичная заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и ХК острым коронарным синдромом выросла за 2010–2019 годы на 17,2, 11,6 и 11,0 % соответственно.

Показатели смертности взрослого населения Хабаровского края от острого коронарного

синдрома на протяжении изучаемого периода (2010–2019) снизились на 23,4 % (рис. 4).

В среднем за 2002–2019 гг. смертность взрослого населения края от ОКС составила $114,2 \pm 0,76$ случая на 100 000 соответствующего населения. Из общего числа умерших пациентов в крае от заболеваний системы кровообращения в 2002–2019 гг. на долю смертности взрослого населения от острого коронарного синдрома приходится $11,9 \pm 0,075$ %. Удельный вес умерших пациентов старше 18 лет от острого коронарного синдрома в структуре смертности от ишемической болезни сердца составляет $24,13 \pm 0,140$ %.

В динамике отмечается рост смертности взрослого населения края от острого коронарного синдрома по сравнению с 2000–2007 годами на 18,4 %; с $10,48 \pm 0,114$ до $12,41 \pm 0,145$ % в 2014–2019 гг., несмотря на некоторое снижение этого показателя (5,12 %) по сравнению с 2008–2013 годами (рис. 4).

Доля умерших пациентов старше 18 лет от острого коронарного синдрома в общей когорте умерших взрослых пациентов от ишемической болезни сердца в крае увеличилась на 5,44 % ($t=3,58$; $p<0,001$), с $23,17 \pm 0,234$ в 2002–2007 гг. до $24,43 \pm 0,264$ % в 2014–2019 гг.

Частота госпитальной заболеваемости взрослого населения края ИБС на протяжении 2009–2020 гг. увеличилась ($t=1,98$; $p<0,05$) на 10,2 %: с $1315,7 \pm 47,30$ в 2009–2012 гг. до $1449,6 \pm 48,55$ случая на 100 000 населения. В 2013–2016 гг. рост частоты госпитальной заболеваемости взрослых жителей края ИБС был более значительным ($t=3,89$; $p<0,001$) – до $1576,9 \pm 47,70$ случая. В последующие годы (2017–2020) частота госпитальной заболеваемости взрослого населения ИБС практически оставалась на одном уровне ($t=1,87$; $p>0,05$) с тенденцией к росту.

В среднем за 2009–2020 гг. госпитальная заболеваемость взрослого населения края ИБС составила $1446,5 \pm 3,32$ случая на 100 000 соответствующего населения. Госпитальная заболеваемость взрослого населения ИБС в зависимости от места оказания кардиологической помощи составила в ККБ № 2 – $264,2 \pm 1,43$ случая, ККБ № 1 – $90,8 \pm 0,84$ случая, ГБ № 7 – $450,1 \pm 4,26$ случая, в прочих МО – $1243,0 \pm 3,43$ случая на 100 тыс.

Такая разбросанность показателей заболеваемости населения ИБС в зависимости от территории оказания кардиологической помощи обусловлена следующими факторами (табл. 1).

Согласно распоряжениям министерства здравоохранения Хабаровского края о маршрутизации в ККБ № 2 направляют взрослых пациентов из Хабаровска и южных районов

Таблица 1

Основные показатели кардиологической помощи взрослому населению края при остром коронарном синдроме

Показатели	Хаб. край	ККБ № 2	ККБ № 1	ГБ № 7	Прочие МО края
Пролечено больных с ИБС					
2009–2012 годы	58037	9960	4061	3413	40603
2013–2016 годы	68227	11038	4298	3745	49146
2017–2020 годы	60619	13129	3378	3955	40157
Пролечено больных с ОКС					
2009–2012 годы	30475	8904	1407	2747	17417
2013–2016 годы	28168	10649	1531	2995	12993
2017–2020 годы	22513	12217	1356	2753	6187
Из общего числа больных ИБС удельный вес больных с ОКС в процентах					
2009–2012 годы	52,5±0,207	89,4±0,308	34,7±0,747	80,5±0,678	42,9±0,246
2013–2016 годы	41,3±0,188	96,5±0,176	35,6±0,730	80,0±0,654	26,4±0,199
2017–2020 годы	37,1±0,196	93,1±0,222	40,1±0,843	69,6±0,731	8,08±0,136
Из общего числа пролеченных больных ОКС умерло					
2009–2012 годы	1803	509	120	177	997
2013–2016 годы	1509	443	118	163	785
2017–2020 годы	1390	574	148	234	434
Госпитальная летальность от ОКС в процентах					
2009–2012 годы	5,92±0,135	5,72±0,246	8,53±0,745	6,44±0,468	5,72±0,736
2013–2016 годы	5,36±0,134	4,16±0,193	7,71±0,682	5,44±0,415	6,04±0,850
2017–2020 годы	6,17±0,160	4,70±0,191	10,91±0,847	8,50±0,532	7,01±1,226
Удельный вес умерших от ОКС в процентах к умершим от ИБС					
2009–2012 годы	66,2±0,906	98,8±0,473	70,6±3,495	72,0±2,864	26,4±1,042
2013–2016 годы	56,3±0,958	95,9±0,924	63,4±3,531	74,4±2,948	23,0±0,989
2017–2020 годы	39,9±0,829	77,2±1,539	65,2±3,162	53,1±2,376	12,6±0,729

края, где транспортная инфраструктура развита хорошо. ККБ № 1 с 2009 г. по сентябрь 2020 г. обслуживала взрослое население и жителей старше 18 лет отдаленных районов края, а с 28.08.2020 г. – частично и жителей г. Хабаровска (Железнодорожного и Краснофлотского районов). ГБ № 7 оказывает кардиологическую помощь жителям старше 18 лет г. Комсомольска-на-Амуре и близлежащих районов (Амурский, Комсомольский, Солнечный). По этой причине удельный вес ОКС среди взрослых жителей, страдающих ИБС, неодинаков в зависимости от места оказания кардиологической помощи. В целом по краю удельный вес взрослых больных ОКС среди пациентов старше 18 лет с ишемической болезнью сердца снизился с 52,5±0,207 до 37,1±0,196 %. Такое снижение числа взрослых больных ОКС обусловлено уменьшением их в ГБ № 7 и прочих МО края (табл. 1).

В 2013–2020 гг. показатель госпитальной летальности взрослого населения края от ОКС был самым низким (4,45±0,136 %)

в региональном сосудистом центре (ККБ № 2). В 2013–2020 годах летальность взрослого населения от ОКС в крае составила 5,72±0,103 %, при этом в 2017–2020 гг. отмечено увеличение этого показателя ($t=3,91$, $p<0,001$) до 6,17±0,160 % по сравнению с 2013–2016 гг. (5,36±0,134 %).

Подобная закономерность роста летальности взрослого населения в 2017–2020 гг. отмечена в региональном центре и в двух ПСО (табл. 1) до 4,70±0,191, 10,91±0,847 и 8,50±0,532 % соответственно.

Удельный вес умерших больных от ОКС снизился в структуре умерших пациентов от ИБС в крае с 66,2±0,906 % до 39,9±0,829 %, особенно в региональном сосудистом центре и ПСО (табл. 1) на 21,9, 7,6 и 26,3 % соответственно. Низкий показатель умерших больных от ОКС в структуре умерших пациентов от ИБС в первичном сосудистом отделении ККБ № 1 обусловлен особенностями поступления больных с данной патологией из отдаленных районов края.

В структуре заболевших старше 18 лет ОКС и госпитализированных в стационар более одной трети приходится на острый инфаркт миокарда. В последние годы (2017–2020) отмечен рост удельного веса госпитальной заболеваемости взрослого населения ОИМ на 18,4 % за счет увеличения численности госпитализированных больных ОИМ в сосудистые центры (45,3 и 27,8 % соответственно).

В связи с открытием сосудистых центров в крае госпитальная летальность взрослого населения от ОИМ снизилась достоверно ($t=2,53$; $p<0,01$), с $15,4\pm 0,350$ % в 2009–2012 гг. до $14,3\pm 0,256$ % в 2013–2020 г. (табл. 2).

Особенно заметным оказалось снижение летальности от ОИМ в региональном центре до $9,8\pm 0,296$ % и в первичном сосудистом отделении г. Хабаровска до $18,1\pm 1,007$ %. В 2013–2020 гг. летальность жителей старше 18 лет при ИМ увеличилась в ПСО г. Комсомольска-на-Амуре с $12,2\pm 1,000$ до $15,7\pm 0,743$ %, или на 28,7 %.

Остается достаточно высоким показателем летальности от ОИМ у лиц старше 18 лет в прочих МО края – $22,0\pm 0,598$ % и на протяжении двух периодов 2013–2016 и 2017–2020 гг. практически остается на одном уровне – $21,6\pm 0,723$ % и $22,9\pm 1,060$ % соответственно.

Таблица 2

Основные показатели кардиологической помощи населению края при ОИМ

Показатели	Хаб. край	ККБ № 2	ККБ № 1	ГБ № 7	Прочие МО края
Удельный вес ОИМ среди больных с ОКС					
2009–2012 годы	$34,8\pm 0,273$	$46,9\pm 0,529$	$38,0\pm 1,294$	$38,9\pm 0,930$	$27,7\pm 0,339$
2013–2016 годы	$34,2\pm 0,283$	$43,8\pm 0,481$	$46,6\pm 1,275$	$34,2\pm 0,867$	$24,9\pm 0,379$
2017–2020 годы	$40,5\pm 0,327$	$44,5\pm 0,450$	$55,2\pm 1,351$	$49,7\pm 0,953$	$25,4\pm 0,553$
Пролечено больных с острым инфарктом					
2009–2012 годы	10600	4177	534	1069	4820
2013–2016 годы	9639	4666	713	1025	3235
2017–2020 годы	9121	5435	748	1367	1571
Умерло больных от острого инфаркта миокарда					
2009–2012 годы	1629	485	119	130	895
2013–2016 годы	1390	420	116	156	698
2017–2020 годы	1299	572	148	219	360
Летальность от острого инфаркта миокарда					
2009–2012 годы	$15,4\pm 0,350$	$11,6\pm 0,496$	$22,3\pm 1,801$	$12,2\pm 1,000$	$18,6\pm 0,560$
2013–2016 годы	$14,4\pm 0,358$	$9,0\pm 0,419$	$16,3\pm 1,382$	$15,2\pm 1,122$	$21,6\pm 0,723$
2017–2020 годы	$14,2\pm 0,366$	$10,5\pm 0,416$	$19,8\pm 1,457$	$16,0\pm 0,992$	$22,9\pm 1,060$
Поступили больные с ОИМ в стационар в первые сутки					
2009–2012 годы	6245	2661	320	607	2657
2013–2016 годы	6634	3679	336	680	1939
2017–2020 годы	7022	4592	356	1100	974
Процент поступивших больных с ОИМ в первые сутки					
2009–2012 годы	$58,9\pm 0,478$	$63,7\pm 0,744$	$59,9\pm 2,121$	$56,8\pm 1,515$	$55,1\pm 0,716$
2013–2016 годы	$68,8\pm 0,472$	$78,9\pm 0,598$	$47,1\pm 1,869$	$66,3\pm 1,476$	$60,0\pm 0,862$
2017–2020 годы	$77,0\pm 0,441$	$84,5\pm 0,491$	$47,6\pm 1,826$	$80,5\pm 1,072$	$62,0\pm 1,225$
Удельный вес больных ОИМ, получивших ТЛТ, стентирование в 1-е сутки					
2009–2012 годы	$30,6\pm 1,055$	$40,9\pm 1,490$	$35,3\pm 4,496$	$39,4\pm 3,160$	$17,6\pm 0,739$
2013–2016 годы	$62,0\pm 0,757$	$85,8\pm 0,622$	$30,7\pm 4,543$	$65,1\pm 2,264$	$21,4\pm 0,930$
2017–2020 годы	$65,5\pm 0,701$	$77,5\pm 0,700$	$44,7\pm 3,943$	$46,6\pm 2,203$	$38,1\pm 1,556$
Удельный вес умерших от ОИМ в первые сутки					
2009–2012 годы	$41,2\pm 1,22$	$35,9\pm 2,18$	$22,7\pm 3,84$	$50,8\pm 4,38$	$45,1\pm 1,66$
2013–2016 годы	$40,3\pm 1,32$	$45,0\pm 2,43$	$32,8\pm 4,36$	$44,2\pm 3,98$	$37,8\pm 1,84$
2017–2020 годы	$55,7\pm 1,38$	$76,6\pm 1,77$	$29,7\pm 3,76$	$45,2\pm 3,36$	$42,5\pm 2,61$

Благодаря организационным мероприятиям в крае увеличился удельный вес поступивших больных ОИМ в первые сутки от момента заболевания с $58,9 \pm 0,478$ % (2009–2012) до $77,0 \pm 0,441$ % (2017–2020) или на 30,7 % (табл. 2).

Особый рост удельного веса больных ОИМ старше 18 лет, поступивших в первые сутки от момента заболевания, отмечен в региональном сосудистом центре (с $63,7 \pm 0,744$ % до $84,5 \pm 0,491$ %) и в первичном сосудистом отделении ГБ № 7 г. Комсомольска-на-Амуре ($56,8 \pm 1,515$ до $80,5 \pm 1,072$ %).

Более чем в 2 раза увеличилось число больных ОИМ старше 18 лет, получивших ТЛТ или стентирование коронарных артерий в первые сутки поступления их в стационар: с $30,6 \pm 1,055$ в 2009–2012 гг. до $65,5 \pm 0,701$ % в 2017–2020 гг.

Это касается, прежде всего, регионального сосудистого центра и первичного сосудистого отделения г. Хабаровска, где показатель обеспечения больных ИМ тромболитисом и стентированием коронарных артерий достиг $77,5 \pm 0,700$ и $44,7 \pm 3,943$ % соответственно (табл. 2).

Несмотря на определенные успехи в организации кардиологической помощи больным с ОИМ, в крае отмечается в динамике рост летальности в первые сутки поступления пациентов в стационар от данной патологии: с $41,2 \pm 1,22$ % в 2009–2012 гг. до $55,7 \pm 1,38$ % в 2017–2020 годах. Особый рост этого показателя отмечен в региональном сосудистом центре: с $35,9 \pm 2,18$ % до $76,6 \pm 1,77$ %. В двух первичных сосудистых отделениях эти показатели не улучшились на протяжении изучаемого периода.

Организация лечения больных ОКС должна быть направленной на формирование доступного медицинского ресурса в интересах конкретного кардиологического больного. Это лечение зависит от интервала времени от

начала клинических симптомов и первого контакта заболевшего пациента с медицинским персоналом, обеспечивающим необходимые мероприятия по восстановлению проходимости коронарных артерий. Больных ОКС необходимо как можно быстрее доставлять в те медицинские организации, которые обладают возможностью неотложного инвазивного обследования и лечения коронарных больных, включая хирургические вмешательства на коронарных артериях. Оказание высококвалифицированной помощи в РСЦ и ПСО в диагностике и лечении сосудистой патологии проводится согласно действующим российским и региональным стандартам и протоколам с применением специализированных и высокотехнологичных методик.

Наш клинический опыт работы в первичном сосудистом отделении на базе ККБ № 1 свидетельствует об отсутствии истинной картины первичной заболеваемости взрослого населения края ИМ.

Показатели первичной заболеваемости взрослого населения ИМ в среднем за 2002–2019 гг. по форме 12 (174,3 случая) оказались ниже госпитальной заболеваемости (форма 14) за этот период (229,2 случая на 100 000 соответствующего населения) на 24,0 %. Степень корреляции между изучаемыми двумя показателями достиг $0,45 \pm 0,056$ (рис. 5).

Таким образом, для истинной картины заболеваемости населения различными нозологическими формами БСК всем лечебным учреждениям края необходимо организовать выполнение регионального регистра пациентов, имеющих сосудистую патологию. Мониторинг такого регистра позволит разработать организационные мероприятия по эффективности лечения этой категории больных, обеспечить преимущество их лечения и эффективное взаимодействие лечебных учреждений на этапах медицинской помощи пациентам с ССЗ, будет способствовать снижению смертности населения от заболеваний системы кровообращения.

Заключение

1. Общая болезненность взрослого населения края БСК на протяжении 18 лет (2002–2019) выросла на 13,5 %. За этот период в РФ и ДФО рост общей заболеваемости составил 24,6 и 21,0 % соответственно. Первичная заболеваемость населения края БСК за 18 лет снизилась на 14,9 %, на федеральном и окружном уровнях отмечен незначительный рост в РФ на 1,42 % и снижение первичной заболеваемости в ДФО на 8,8 %.

Показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения края БСК остаются



Рис. 5. Первичная заболеваемость взрослого населения края ИМ (форма 12) и госпитальная заболеваемость лиц старше 18 лет инфарктом миокарда (форма 14) на 100 000 соответствующего населения

по сравнению с РФ и ДФО более низкими, особенно в отношении первичной заболеваемости. Удельный вес общей и первичной заболеваемости БСК в крае среди взрослого населения за 2002–2019 гг. составил $17,45 \pm 0,0081$ % и $4,71 \pm 0,0070$ %, что ниже федеральных и окружных значений.

Установлено снижение распространенности ИБС и ЦВЗ среди населения на краевом, федеральном и окружном уровнях. Удельный вес первичной заболеваемости взрослого населения Хабаровского края, РФ и ДФО ИБС на протяжении 2002–2019 гг. вырос на 35,2, 23,4 и 33,2 % соответственно; ЦВЗ – на 13,8, 19,3 и 38,7 % соответственно.

Отмечена корреляционная связь высокой интенсивности болезней системы кровообращения и эндокринной патологии ($0,96 \pm 0,018$), в том числе с сахарным диабетом ($0,92 \pm 0,025$) и ожирением ($0,96 \pm 0,017$).

На общую заболеваемость БСК взрослого населения края оказывает влияние распространенность злокачественных новообразований ($0,95 \pm 0,020$), непсихотические расстройства ($0,51 \pm 0,054$), а также возрастной состав населения старше 50 лет ($0,90 \pm 0,028$).

Смертность взрослого населения края от БСК за 2002–2019 гг. снизилась на 27,7 % и составила в 2014–2019 годах $779,6 \pm 3,48$ случая на 100 тыс. Имеется существенная разница в показателях смертности взрослого населения в зависимости от территории проживания. Самый низкий показатель смертности взрослого населения от БСК оказался в Хабаровске ($791,1 \pm 3,97$ случая на 100 тыс.).

2. Распространенность ОКС среди взрослого населения Хабаровского края, РФ и ДФО в 2010–2019 гг. оказалась следующей: $346,8 \pm 1,79$, $345,5 \pm 0,17$ и $294,4 \pm 0,67$ случая на 100 тыс. соответственно. Ежегодные темпы убыли общей заболеваемости взрослого населения Хабаровского края, РФ и ДФО острым коронарным синдромом за 2010–2019 гг. составили 3,36, 2,01 и 3,73 % соответственно. Первичная заболеваемость взрослого населения Хабаровского края, РФ и ДФО острым коронарным синдромом, наоборот, росла. Так,

ежегодные темпы роста составили 3,29, 3,11 и 2,66 % соответственно.

Доля смертности взрослого населения края от ОКС в структуре умерших лиц старше 18 лет от БСК составила в 2014–2019 гг. $12,41 \pm 0,145$ %, в структуре умерших старше 18 лет при ИБС – $24,13 \pm 0,140$ %.

Установлено, что в связи с открытием сосудистых центров в крае улучшились показатели госпитальной летальности взрослого населения от ОКС. Самый низкий показатель госпитальной летальности взрослого населения от ОКС был зафиксирован в региональном сосудистом центре – $4,45 \pm 0,136$ % при краевом показателе в 2013–2020 гг. в $5,72 \pm 0,103$ %. Удельный вес умерших пациентов старше 18 лет от ОКС в структуре умерших взрослых от ИБС снизился с $66,2 \pm 0,906$ % до $39,9 \pm 0,829$ %.

Отмечено снижение смертности взрослого населения края от ОИМ с $15,4 \pm 0,350$ % до $14,3 \pm 0,256$ %.

Благодаря организационным мероприятиям в крае удельный вес поступивших взрослых больных ОИМ в стационар в первые сутки заболевания увеличился на 30,7 % и составил в 2017–2020 гг. $77,0 \pm 0,441$ %.

Более чем в 2 раза возросло число больных ОИМ старше 18 лет, получивших специализированное лечение в виде ТЛТ или стентирования коронарных артерий в первые сутки поступления их в стационар – с $30,6 \pm 1,055$ % до $65,5 \pm 0,701$ %.

Подчеркнуто несоответствие показателей первичной заболеваемости взрослого населения края ИМ по обращаемости и госпитальной заболеваемости этой патологией: госпитальная заболеваемость взрослого населения оказалась выше показателя по форме 12 на 24,0 %.

3. Региональному сосудистому центру края следует улучшить учет неотложных состояний, в том числе ОКС, по форме 12 для получения истинной картины заболеваемости взрослого населения ОКС, на основе которой будет возможно сформулировать мероприятия по снижению смертности населения Хабаровского края от заболеваний системы кровообращения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) / Рос. кардиол. журн. – 2017. – № 6. – С. 785.
2. Кардиология. Нац. Рук. : крат. изд. / под ред. Е.В. Шлякто. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 816 с.
3. Левайн Г.Н. Секреты кардиологии / Гленн Н. Левайн; пер с англ. / Г.Н. Левайн; под ред. С.Н. Терещенко. – М.: МЕДпресс, 2012. – 544 с.
4. Развитие человеческого потенциала в России сквозь призму здоровья населения / под ред. Стародубова В.И., Ивановой А.Е. – М.: Литтерра, 2012. – 360 с.

5. Сравнение показателей смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин и женщин старше 50 лет в России и США / С.А. Бойцов, О.В. Зайратьяни, Е.М. Андреев, И.В. Самородская // Рос. кардиол. журн. – 2017, – № 6. – С. 92–99.
6. Топалов К.П. Кардиологическая помощь населению Хабаровского края: состояние и тенденции / К.П. Топалов, Т.В. Зайцева, Т.Г. Трёмбач // Здоровоохранение Дальн. Востока. – 2018. – № 3. – С. 4–13.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-26-28
УДК 614.1:616-058.55-053.6(571.620 + 571.621)

Заболееваемость несовершеннолетних правонарушителей в Хабаровском крае и ЕАО

Д. А. Яхиева-Онихимовская, С. М. Колесникова

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

The incidence of juvenile offenders in the Khabarovsk Territory and the Jewish Autonomous Region

D. A. Yakhieva-Onikhimovskaya, S. M. Kolesnikova

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

В последнее время нередко возникают резонансные дела с участием детей, совершающих противоправные действия. Участники этих преступлений чаще всего дети – жертвы социальной дезадаптации и безнадзорности, которые подвержены повышенному риску распространенности и тяжести заболеваний (по сравнению с детским населением в целом) в связи с неблагоприятным социально-экономическим фоном их жизни и воспитанием, вследствие отягощенного социально-медицинского анамнеза их родителей. Как правило, эти дети ускользают от внимания участковой поликлинической службы: принципиально отказываются посещать врача-педиатра на раннем этапе развития заболевания и проходить профилактические медицинские осмотры, что в последующем приводит к большей отягощенности по соматической заболеваемости.

Ключевые слова: педиатрия; дети-правонарушители; безнадзорность; общая заболеваемость; медицинский осмотр; детская заболеваемость; вредные привычки; медико-социальные проблемы; антропометрия.

Recently, resonant cases have often arisen with the participation of children who commit unlawful acts. Participants in these crimes are most often children - victims of social maladjustment and child neglect, who are subject to an increased risk of the prevalence and severity of diseases (compared to the child population as a whole) due to the unfavorable socio-economic background of their life and upbringing, due to their aggravated socio-medical history of their parents. As a rule, these children elude the attention of the district out-patient clinic service: they fundamentally refuse to visit a pediatrician at an early stage of the development of the disease and undergo preventive medical examinations, which subsequently leads to a greater burden of somatic morbidity.

Key words: pediatrics; child offenders; child neglect; general morbidity; medical checkup; childhood morbidity; bad habits; medical and social problems; anthropometry.

Цели исследования. Изучить состояние здоровья детей из этой группы при помещении их в центр временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей УМВД России по Хабаровскому краю и ЕАО (далее – ЦВСНП).

Результаты исследования. За период с 01.01.2020 года по 01.06.2021 года в ЦВСНП поступило и обследовано 167 детей, из которых 134 мальчика (80,2 %), 33 девочки (19,8 %). По возрастному диапазону из 134 мальчиков 13 (9,7 %) – в возрасте до 10 лет, 42 (31,3 %) – от 11 до 14 лет, и 79 (59,0 %) – старше 14 лет. Что касается девочек, то за указанный период ни один ребенок младше 10 лет не поступал в ЦВСНП, от 11 до 14 лет в центре пребывало 5 (15,2 %), и старше 14 лет – 28 (84,8 %).

При поступлении в ЦВСНП детям проводилась антропометрия, измерение массы тела с последующей оценкой полученных результатов по справочнику Национального центра медико-санитарной статистики (НЦМСС)/ВОЗ.

При оценке физического развития отмечено, что среди мальчиков 9 – в возрасте до 10 лет (69,2 % от общего числа детей данного пола и возраста), 25 – в возрасте от 11 до 14 лет (59,5 % от общего числа детей данного пола и возраста) и 44 – старше 14 лет (55,9 % от общего числа детей данного пола и возраста) имели отклонения по ИМТ (индекс массы тела) на 2 сигмы от нормального коридора в сторону микросоматотипа. У 4 мальчиков от 11 до 14 лет (9,5 % от общего числа детей данного пола и возраста) и у 9 – старше 14 лет (11,3 % от общего числа детей данного пола и возраста) отмечалось наличие лишнего веса на 1 сигмальное отклонение от нормального коридора в сторону макросоматотипа. Таким образом, из 134 мальчиков, поступивших в ЦВСНП, 91 ребенок (67,9 %) имел нарушения физического развития.

Что касается девочек, то микросомия была выявлена у 8 девочек старше 14 лет (28,5 %

от общего числа детей данного пола и возраста). Лишний вес +1 сигмальное отклонение от нормального коридора в сторону макросоматотипа имели 6 девочек старше 14 лет (21,4 % от общего числа детей данного пола и возраста). Таким образом, из 33 девочек, содержащихся в ЦВСНП, 14 (42,4 %) также имели нарушения физического развития

В итоге, из 167 детей, содержащихся в ЦВСНП, 105 человек (62,9 %) имели недостаточную или избыточную массу тела, что укладывается в медико-социальную концепцию ВОЗ «Двойное бремя нарушения питания», когда одной из проблем является недостаток средств у родителей на питание и недобросовестное исполнению ими родительских обязанностей.

При осмотре детей во время поступления в ЦВСНП у 11 человек (6,5 %) были обнаружены клинические признаки алкогольного опьянения (согласно зафиксированным изменениям психической деятельности, нарушениям вегетативно-сосудистых реакций, двигательной сферы), 4 ребенка (2,3 %) занимались токсикоманией, 113 детей (67,6 %) – систематическим курением при этом у 77 из них (68,1 %) отмечался бронхит курильщика (J42).

При осмотре было выявлено, что у одной девочки в возрасте 11-14 лет и 17 девочек старше 14 лет (60,7 % от общего числа детей данного пола) отмечались признаки возможной беременности на момент поступления в ЦВСН.

Согласно анамнестическим данным, опросу, клинко-лабораторному обследованию во время нахождения несовершеннолетних в ЦВСНП, у 11 детей (6,5 %) отмечались психические расстройства (F07.87 – 1, F07.0 – 3, F43.0 – 5, F41.0 – 1, F91.2 – 1), у 3 (1,8 %) – болезни нервной системы, в том числе эпилепсия (G40.3), у 2 (1,1 %) – болезни глаза и придаточного аппарата (H10.1 – 1, H00.1 – 1), у одного (0,6 %) – болезни уха и сосцевидного отростка (H65.0), у 15 (8,9 %) – болезни органов дыхания (J06.9 – 4, J41.8 – 2, J02.9 – 4, J03.9 – 1, J32.0 – 1, J01.0 – 2, J45.9 – 1), у 7 (4,1 %) – болезни органов пищеварения (K82.8 – 2, K05.2 – 1, K05 – 1, K10.2 – 1, K58.9 – 1, K29.1 – 1), у 13 (7,8 %) – болезни кожи и подкожной клетчатки (L03.9 – 1, L20.9 – 2, L08.0 – 1, L70.0 – 3, L02.8 – 1, L56 – 1, L85.8 – 1, L02.0 – 1, L02.3 – 1, L24.9 – 1), у 3 (1,8 %) – болезни мочеполовой системы (N41.0, N94.0, N77.1) и у 7 (4,1 %) – последствия детско-юношеского травматизма. Также при первичном осмотре у 123 детей (73,6 %) визуально был обнаружен множественный кариес разной степени тяжести, а у 107 детей (64 %) – гипертрофия миндалин до III-IV степени. Кроме того, при первичном осмотре во время поступления в ЦВСНП у 3 детей (1,8 %) были диагностированы поверхностные

микозы (B36), у 10 (5,9 %) – энтеробиоз (B80), у 6 (3,5 %) – педикулез и фтириоз (B85), у 3 (1,8 %) – чесотка (B86).

Как видно из заболеваний воспитанников ЦВСНП, коды МКБ-10 которых указаны выше, большая их часть связана с нарушениями норм личной гигиены, пагубными привычками, хроническими психоэмоциональными стрессами, ранним началом половой жизни, низким уровнем резистентности организма и отсутствием адекватной и своевременной курации и санации очагов инфекции в организме. Это подтверждает, что заболеваемость несовершеннолетних правонарушителей, содержащихся в ЦВСН, вопрос не только медицинский, но и психолого-педагогический и социально-экономический.

По результатам комплексного обследования и лечения в ЦВСНП, а также медико-психологической реабилитации, включающей нутритивную коррекцию, учитывающую индивидуальные потребности организма ребенка, витаминизацию, адаптированную физическую нагрузку, диагностическую, просветительскую, консультативную, коррекционно-развивающую психологическую работу, из 105 детей с недостаточной или избыточной массой тела 71 (67,6 %) вошли в нормальный центильный коридор; а из 113 детей, подверженных табакокурению на постоянной основе, 84 (74,3 %) избавились от пагубной привычки, а у 54 исчезли клинические проявления бронхита курильщика (70,1 %). За время пребывания в центре у детей были полностью излечены паразитозы. Улучшились показатели состояния здоровья со стороны органов дыхания, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, органов пищеварения, последствий детско-юношеского травматизма. Дети находились в ЦВСНП не менее одного месяца.

Таким образом, следует отметить, что при тесном взаимодействии медицинских, юридических и психолого-педагогических структур даже за столь ограниченный период времени, как 30 суток нахождения в ЦВСНП, несовершеннолетние правонарушители в значительной степени могут улучшить свое здоровье.

Сотрудники ЦВСНП проводят с ребятами воспитательную работу, выясняют причины и условия, способствующие совершению ими преступных деяний, оказывают психологическую, социальную, и медицинскую помощь.

Сотрудники ЦВСНП надеются, что запас здоровья, а также семена добра, теплоты и знаний, которые они посеяли в ребенке за период его пребывания в ЦВСН, дадут всходы, и в дальнейшем он сможет проявить себя с положительной стороны и встанет на путь исправления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кривоносов А. Н. Исторический опыт борьбы с беспризорностью // *Государство и право*. – 2003. – № 7. – С. 92–98.
2. Chitsabesan P. Mental health, educational and social needs of young offenders in custody and in the community / P. Chitsabesan, S. Bailey. – DOI 10.1097/01.yco.0000228753.87613.01 // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2006. – № 19 (4): Jul. – P. 355–360.
3. Gould J. Health needs of children in prison / J. Gould, H. Payne // *Archives of Disease in Childhood*. – 2004. – № 89. – P. 549–550.
4. Griel Iii L. C. Health issues faced by adolescents incarcerated in the juvenile justice system / L. C. Griel Iii, S. J. Loeb. – DOI 10.1111/j.1939-3938.2009.01049.x // *J. of Forensic Nursing*. – 2009. – № 5 (3). – P. 162–179.
5. Health status of juvenile offenders. A survey of young offenders appearing before the juvenile courts / M. Dolan, J. Holloway, S. Bailey, C. Smith. – DOI 10.1006/jado.1998.0206 // *J. of Adolescence*. – 1999. – № 22 (1): Feb. – P. 137–144.
6. Lennings C. J. Substance use and treatment seeking in young offenders on community order / C. J. Lennings, D. T. Kenny, P. Nelson. – DOI 10.1016/j.jsat.2006.05.017 // *J. of Substance Abuse Treatment*. – 2006. – № 31 (4): Dec. – P. 425–432.
7. Risk Factors for Antisocial Behavior in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Longitudinal Studies / J. Murray, Y. Shenderovich, F. Gardner et al. – DOI 10.1086/696-590 // *Crime Justice*. – 2018. – № 47 (1): Mar. – P. 255–364.
8. The risk behaviors and mental health of detained adolescents: a controlled, prospective longitudinal study / Z. Zhou, H. Xion, R. Jia et al. – DOI 10.1371/journal.pone.0037199 // *PLoS One*. – 2012. – № 7 (5). – e37199.
9. WHO: Нормы роста детей, разработанные ВОЗ : справ.-информ. записка № 4. – URL: http://www.ragv.info/upload/iblock/629/backgrounders_4_rus.pdf.

ОБМЕН ОПЫТОМ

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-28-32

УДК 616.858-07

Немоторные проявления болезни Паркинсона

В. Е. Трунова¹, С. П. Авраменко^{1,2}¹ КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ ХК. 680030, г. Хабаровск, ул. Павловича, 1 б, тел.: +7 (4212) 47-42-48; e-mail: hospital@nxt.ru² КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Non-motor symptoms of Parkinson's disease

V. E. Trunova¹, S. P. Avramenko^{1,2}¹ Regional Clinical Hospital No. 2 under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 1b Pavlovich Street, 680030, Khabarovsk, Russia; phone: 7 (4212) 47-42-48; e-mail: hospital@nxt.ru² Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 72-87-37; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

В настоящее время болезнь Паркинсона является в равной степени моторным и немоторным заболеванием с широким спектром немоторных симптомов. В статье описаны двигательные симптомы болезни Паркинсона, оценена выраженность и значимость этих симптомов, а также возможное влияние друг на друга в аспекте нейротрансмиттерной дисфункции. Проведена сравнительная характеристика полученных результатов с данными международных исследований.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, немоторные симптомы, мышечные расстройства, гиперкинезы.

Currently, Parkinson's disease is an equally motor and non-motor disease with a wide range of non-motor symptoms. The article describes the non-motor symptoms of Parkinson's disease, assesses the severity and significance of these symptoms, as well as the possible influence on each other in terms of neurotransmitter dysfunction. A comparative characteristic of the results obtained with the data of international studies is carried out.

Key words: Parkinson's disease; non-motor symptoms; muscle disorders; hyperkineses.

Введение

Болезнь Паркинсона (БП) медленно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, проявляющееся главным образом двигательными расстройствами в виде гипокинезии, ригидности мышц, тремора покоя и пост-уральных нарушений, вызванных пре-

имущественным поражением дофаминергических нейронов черной субстанции, а также широким спектром немоторных расстройств, включающих вегетативные, когнитивные, аффективные, сенсорные и другие нарушения. Немоторные симптомы (НМС) наблюдаются практически у каждого пациента, страда-

Клинические подтипы БП, основанные на дисфункции различных нейротрансмиттеров

Нейромедиаторная дисфункция	Клинические симптомы	
	Немоторные	Моторные
Дофаминергическая	депрессия боль апатия избыточная дневная сонливость	тремор брадикинезия ригидность
Норадренергическая	депрессия тревога апатия ортостатическая гипотензия нарушения сна (нарушение поведения в rem-фазу)	акинетико-ригидные дискинезии
Холинергическая	умеренное когнитивное расстройство деменция нарушения мочеиспускания	застывание в периоде on («включения»)
Серотонинергическая	утомляемость депрессия тревога нарушение сна	леводопа-индуци-рованные дискинезии

ющего БП. Исследования показывают, что большинство пациентов имеют 8–12 НМС, оказывающих значительное влияние на качество жизни пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними [7]. Число заболевших БП возрастет во всем мире в связи с увеличением прогнозируемой продолжительности жизни. Ожидается, что число людей с диагнозом БП удвоится к 2030 году [2]. Качество жизни при БП наиболее тесно коррелирует с немоторной симптоматикой по сравнению с моторными симптомами и осложнениями.

Впервые немоторные симптомы при БП систематически описаны в 2006 году K. Ray Chaudhuri и соавторами. Немоторные симптомы БП отмечаются практически у всех пациентов, независимо от возраста дебюта и стадии болезни, являясь дополнительным отягощающим фактором в общей картине заболевания. Немоторные симптомы являются ведущими факторами, определяющими качество и продолжительность жизни пациентов с БП, ускоряют прогрессирование общей инвалидизации. При этом более рационально рассматривать влияние на качество жизни не одного конкретного НМС, а общего количества наблюдаемых НМС. Эта концепция подсчета суммарного количества НМС у пациента нашла свое выражение в показателе, известном как «общая тяжесть НМС» [9]. В 2017 году Titova и соавторы предложили использовать новую классификацию БП (табл. 1), основанную на нейропатологических и нейрохимических изменениях, данных нейровизуализации

и других биомаркеров, а также клинических проявлениях [1].

В основе современного персонализированного подхода к лечению БП должна лежать идентификация конкретных клинических синдромов, связанных со специфической дисфункцией нейротрансмиттерных систем. Холинергический подтип предполагает назначение комбинации дофаминергических препаратов и ингибиторов ацетилхолинэстеразы в сочетании с рекомендациями по образу жизни, физической активности, трудовой деятельности в связи с высоким риском когнитивного снижения и необходимостью немедикаментозной коррекции шага при застываниях в периоде «включения». При норадренергическом подтипе с расстройством вегетативных функций желательно использовать норадренергические препараты, а при серотонинергическом подтипе утомляемость можно корректировать с помощью серотонин-активных препаратов [1]. Для коррекции серотонинергической дисфункции используют трициклические антидепрессанты с учётом возраста и возможных побочных эффектов, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. К тому же есть данные о том, что агонисты дофаминовых рецепторов уменьшают депрессию и тревогу, благоприятно влияют на повышенную дневную сонливость и когнитивные нарушения у больных БП за счёт сродства не только к дофаминергическим D1-, D2-рецепторам,

но и вследствие антагонистического действия в отношении альфа-2-адренорецепторов, что уравнивает эффект дофамина и стимулирует активность норадреналина. Наиболее перспективным является использование мультимодальных антидепрессантов (К.А. Mills и соавт., 2018) [4].

Цель: изучить спектр немоторных проявлений болезни Паркинсона и их влияние на общее течение заболевания.

Материалы и методы. За период с 2017 по 2019 годы на базе Краевой клинической больницы № 2 было обследовано 36 пациентов (23 женщины и 13 мужчин) с болезнью Паркинсона. Критериями исключения являлись пациенты с анамнестическими указаниями на инсульты, опухоли головного мозга, черепно-мозговую травму, энцефалит, лечение нейролептиками. В процессе динамического наблюдения из исследования в соответствии с критериями исключения были исключены 4 пациента. Таким образом, в обследовании участвовали 32 человека (20 женщин и 12 мужчин). Дофаминергическая терапия у 28 пациентов проводилась леводопасодержащими препаратами (леводопа, наком, синдопа, тидомет форте). У 20 из 28 пациентов дополнительно использовали агонисты дофаминовых рецепторов (АДР): пирибедил, прамипексол, двоим были назначены АДР в сочетании с амантадином, один пациент получал комбинацию леводопы с АДР и амантадином, четверо пациентов принимали только АДР. Для диагностики немоторных проявлений болезни использовали унифицированную шкалу оценки болезни Паркинсона международного общества расстройств движений (MDS UPDRS) – немоторные аспекты, краткую шкалу оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE), батарею лобной дисфункции (FAB), шкалу депрессии Бека, шкалу депрессии Гамильтона (HDRS).

Результаты и обсуждение. Обследованы пациенты в возрасте от 54 лет до 81 года с преобладанием пациентов пожилого возраста, средняя стадия болезни – 2,5 (2–3 стадии по шкале Hoehn – Yahr), длительность болезни – $7,3 \pm 1$ год (от 3 до 11 лет). При анализе медицинской документации пациентов за прошедший период болезни (амбулаторные карты, электронные медицинские карты стационарных пациентов по данным архивов) отмечена недооценка врачами «общей тяжести НМС», в данных о соматическом и неврологическом статусах был отмечен лишь явный моторный аспект БП. Фактически ни у одного из обследуемых пациентов не была проведена своевременная коррекция НМС,

что делает эту проблему одной из ключевых при БП. В исследуемой группе в соответствии с унифицированной шкалой оценки БП международного общества расстройств движений (MDS UPDRS) были выявлены следующие немоторные проявления: усталость (80,5 %), когнитивные нарушения (74,6 %), нарушения ночного сна (68,4 %), дневная сонливость (68,4 %), депрессия (62,7 %), тревога (49,8 %), апатия (30,8 %) (рис. 1).

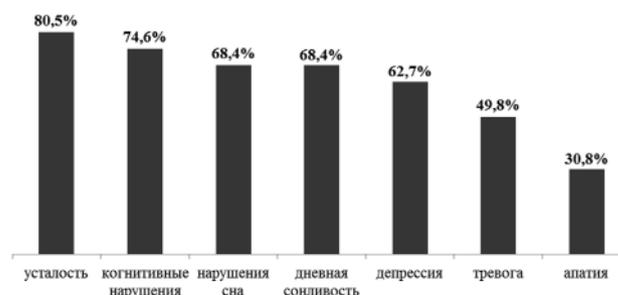


Рис. 1. Частота основных немоторных симптомов БП по MDS UPDRS

При тестировании по шкале MMSE у 29 пациентов (90,6 %) выявлены нарушения когнитивных функций разной степени выраженности. Лёгкие когнитивные нарушения обнаружены в 62 % случаев, лёгкая деменция в 24,3 %, деменция умеренной степени в 13,7 %. Известно что, когнитивные нарушения отмечаются на всех стадиях БП. Риск развития деменции при БП в 6 раз превышает вероятность ее появления в популяции. По литературным данным умеренные когнитивные расстройства имеют место у 39 % пациентов уже к моменту установления диагноза. У 10 % пациентов в течение трех лет когнитивные расстройства достигают степени деменции, а к 10 годам заболевания признаки легкой деменции выявляются примерно у половины больных. Это ограничивает возможности лечения и затрудняет уход за такими больными [5].

Когнитивные нарушения у пациентов сочетались с регуляторными расстройствами, что отражало дисфункцию лобных долей вследствие нарушений функциональных связей между базальными ганглиями и лобными долями. Обследование по шкале FAB показало, что регуляторные расстройства были представлены нарушениями концептуализации (37,5 %), беглости речи (56 %), динамического праксиса (54 %), усложнённой реакции выбора (38 %), простой реакции выбора (19 %). Расстройства когнитивных и лобных регуляторных функций сочетались с депрессией и нарушениями сна. Так, у 25 из 29 пациентов с когнитивными нарушениями – (86,2 %)

наблюдалась депрессия, в том числе у 11 человек депрессия сочеталась с нарушениями сна. Расстройства сна – одно из наиболее значимых неведимательных проявлений БП. Нарушения сна в исследуемой группе были представлены нарушением засыпания (69 %), нарушением поддержания сна (56 %) и ранним утренним пробуждением (56 %). Наряду с нарушениями ночного сна у больных БП часто встречается дневная сонливость – у 30-55 % больных. Дневная сонливость явилась одним из наиболее часто встречаемых проявлений БП. Субъективная сонливость может проявляться ощущением сонливости в течение дня (перманентная сонливость) или/и короткими засыпаниями во время повседневной активности (пароксизмальная сонливость) [8]. Дневная сонливость наблюдалась у 68,4 % обследуемых. Перманентная повышенная сонливость без засыпаний во время повседневной активности была выявлена у 18,1 % больных. У 27,2 % эпизоды засыпания возникали в ситуациях, требующих поддержания внимания. Наиболее часто эпизоды засыпания отмечались в ситуациях, не требующих активного внимания (при просмотре телепередач, во время чтения, сидя в кресле) – 54,5 %.

Депрессия – одно из наиболее частых психических расстройств, выявляющееся в среднем у 40 % пациентов с БП. Депрессия усугубляет когнитивные нарушения, связанные с дисфункцией лобной коры, и считается предиктором развития деменции, поэтому своевременная её диагностика важна для поддержания нормальной социальной активности пациентов с БП [1]. Тестирование по шкале Бека выявило депрессию в 62 % случаев, а по шкале Гамильтона у 68,8 % обследуемых.

Депрессия при БП отличается от первичной депрессии отсутствием чувства вины, идей самообвинения, чувства несостоятельности (по данным нашего исследования), но более выраженной раздражительностью, нарушениями сна, когнитивной дисфункцией и соматической тревогой. По нашему мнению, разная степень выраженности депрессии по шкалам Бека и Гамильтона, возможно, может быть объяснена различным спектром симптомов, представленных в опросниках, поэтому для лучшего понимания связи её с другими немоторными симптомами имеет смысл более подробно рассматривать депрессивные симптомы, наиболее часто встречаемые у обследуемых (рис. 2, 3).

Прослеживается связь между депрессией, тревогой и инсомнией. Так, у 63,7 % из обследуемых пациентов с нарушениями сна той или иной степени выраженности на-



Рис. 2. Основные жалобы в структуре депрессии у больных БП

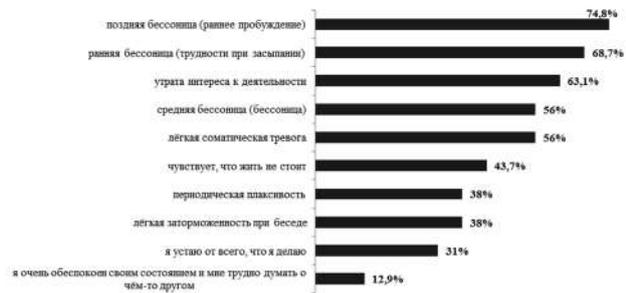


Рис. 3. Депрессивные симптомы у больных БП по шкале Гамильтона

блюдалась депрессия, в том числе у 57,1 % в сочетании с тревогой. У 18,1 % обследуемых клинически выраженная тревога сочеталась с тяжёлой депрессией, при этом у этих больных наблюдались суицидальные мысли. В соответствии с литературными данными утомляемость является одним из ключевых немоторных проявлений БП. Под утомляемостью при БП понимают состояние усталости, отсутствия энергии, ощущения физического и/или психического истощения. Встречаемость утомляемости при БП превышает, по крайней мере, в два раза частоту данного феномена в возрастной популяции [2]. Результаты наших наблюдений свидетельствует о том, что усталость наблюдалась 80,5 % обследуемых, при этом отмечалась определённая связь с депрессией, апатией нарушениями сна, снижением управляющих когнитивных функций.

Результаты международных исследований по распространенности и частоте встречаемости немоторных симптомов противоречивы (Chaudhuri K.R., Titova N. (eds). 2017). Усталость выявлялась лишь у 41,5 % пациентов [6]. Katunina E., Titova N. (2017) представили когнитивные нарушения самым распространённым немоторным симптомом БП, что соотносится с полученными нами данными, также так не обладают большим различием показатели встречаемости депрессии и трево-

ги (по нашим данным 62,7 % и 49,8 % против 42,5 % и 43,4 % соответственно). Показатели дневной сонливости вдвое выше показателей представленных Katunina E., Titova N., (30,5 %) [6].

Заключение

Обследование пациентов с болезнью Паркинсона выявило широкий спектр НМС, сопровождавших «двигательные» этапы болезни. Наиболее частыми симптомами оказались усталость, обнаруженная нами в 80,5 % случаев, когнитивные нарушения (74,6 %) и дневная сонливость (68,4 %), что косвенно свидетельствует о нарушении серотонинового обмена у обследуемых пациентов и требует его медикаментозной коррекции. Возможно, что полученные в нашем исследовании различия могут быть обусловлены отсутствием медикаментозной коррекции антидепрессантами. Необходимо отметить важность активного подхода к диагностике тревожно-депрессивных

расстройств у больных болезнью Паркинсона. Для выявления депрессии у таких пациентов могут быть использованы шкалы депрессии Бека, Гамильтона, Монтомери – Асберга, госпитальная шкала депрессии. Повышение осведомлённости врачей и родственников пациентов о немоторных симптомах болезни Паркинсона посредством организации образовательных программ для врачей, школ для пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, поможет устранить недооценку врачами недвигательных проявлений в течение заболевания. Понимание патогенетического происхождения недвигательных симптомов поможет врачу назначить лечение с учётом конкретного синдрома и позволит более персонализировано подходить к каждому пациенту. Таким образом, своевременная диагностика и коррекция немоторных симптомов должны стать неотъемлемой частью общей концепции лечения болезни Паркинсона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Титова Н. В. Немоторные симптомы болезни Паркинсона: подводная часть айсберга / Н. В. Титова, К. Р. Чаудури // *Анналы клин. и эксперимент. неврологии*. – 2017. – № 11 (4). – С. 5–18.
2. Alpha-synuclein in the appendiceal mucosa of neurologically intact subjects / M. T. Gray, D. G. Munoz, D. A. Gray et al. // *Movement Disorders*. – 2014. – № 29. – P. 991–998.
3. Alves G. Is fatigue an independent and persistent symptom in patients with Parkinson's disease? / G. Alves, T. Wentzel-Larsen, J. P. Larsen // *Neurology*. – 2004. – № 63 (10): Nov. 23. – P. 1908–1911.
4. Efficacy and tolerability of antidepressants in Parkinson's disease: A systematic review and network meta-analysis / K. A. Mills, M. C. Greene, R. DeZube et al. – DOI: 10.1002/gps.4834. – text: electronic // *Intern. J. of Geriatric Psychiatry*. – 2018. – № 33 (4): Apr. – P. 642–651.
5. Evolution of cognitive dysfunction in an incident Parkinson's disease cohort / C. Williams-Gray, T. Foltynie, C. Brayne et al. // *Brain*. – 2007. – № 130 (Pt 7): Jul. – P. 1787–1798.
6. Katunina E. The epidemiology of nonmotor symptoms in PD (cohort and other studies) / E. Katunina, N. Titova // *Intern. Rev. of Neurobiology*. – 2017. – Vol. 133. – P. 91–110.
7. Klingelhofer L. Pathogenesis of Parkinson disease – the gut-brain axis and environmental factors / L. Klingelhofer, H. Reichmann // *Nature Rev. Neurology*. – 2015. – № 1. – P. 625–636.
8. Oerlemans W. G. The prevalence of sleep disorders in patients with Parkinson's disease. A self-reported, community-based survey / W. G. Oerlemans, A. W. de Weerd // *Sleep Medicine*. – 2002. – № 3 (2): Mar. – P. 147–149.
9. The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease // P. Martinez-Martin, C. Rodriguez-Blazquez, M. M. Kurtis, K. R. Chaudhuri; NMSS Validation Group // *Movement Disorders*. – 2011. – № 26 (3): Feb. 15. – P. 399–406.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-33-37
УДК 61:340.6

Судебно-медицинская экспертиза в системе оценки качества и безопасности медицинских услуг

В. М. Савкова¹, Д. С. Савков²

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

² ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35; тел. +7 (4212) 76-13-96; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

Forensic medical examination in the system of assessing the quality and safety of medical services

V. M. Savkova¹, D. S. Savkov²

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

² Far Eastern State Medical University under Health Ministry of Russia, 35 Muravyov-Amursky Street, 680000, Khabarovsk, Russia; phone: +7 (4212) 76-13-96; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

В статье проанализированы законодательные акты, регламентирующие производство и использование судебно-медицинской экспертизы в гражданском процессе по так называемым врачебным делам.

Ключевые слова: медицинские споры, процессуальные роли сторон спора, роль и место судебно-медицинской экспертизы в гражданском процессе по врачебным делам.

The article analyzes the legislative acts regulating the process and use of forensic medical examination in civil proceedings in the so-called medical cases.

Key words: medical disputes; the procedural roles of the parties of the dispute; the role and place of forensic medical examination in civil proceedings on medical matters.

В правовой системе Российской Федерации для целей контроля в сфере охраны здоровья предусмотрено проведение медицинской экспертизы. Понятие и виды медицинских экспертиз установлены Законом Российской Федерации от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ). В статье 58 названного закона в общем виде поименованы 6 видов медицинских экспертиз: 1) экспертиза временной нетрудоспособности; 2) медико-социальная экспертиза; 3) военно-врачебная экспертиза; 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы; 5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией; 6) экспертиза качества медицинской помощи. Определено также, что медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осущест-

влять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина. При единстве цели всех видов медицинских экспертиз порядок их проведения различен. Например, медико-социальная экспертиза не имеет регламентированного статуса эксперта, и ее могут проводить экспертные комиссии любого набора врачей. Медицинские экспертизы не однородны и по другим параметрам. Так, судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) подчиняется не административному регламенту исполнительной власти, а процессуально-правовому регулированию судебной власти. Это означает, что СМЭ проводится по Определению суда для дачи заключения по возникшим у суда вопросам медико-биологического характера с соблюдением установленным законом процессуальных норм.

Общеизвестно, судебно-медицинское исследование имеет дело не с благополучием,

К СВЕДЕНИЮ

Здоровье – объект гражданских прав. Оно непередаваемо, неотчуждаемо и принадлежит право-обладателю с рождения. Его право на здоровье абсолютно и защищается государством. Для судебно-медицинской экспертизы здоровье – это объект биологической природы, подлежащей оценке на предмет умаления. Судебно-медицинская экспертиза призвана представить суду заключение конвертации медицинского смысла фактических обстоятельств в правовой.

а с утратами имеющегося здоровья. Причинение тяжкого вреда подлежит уголовной ответственности. В гражданском же процессе рассматривается причинение легкого вреда и вреда средней тяжести, возникшего из-за недостатков медицинского вмешательства (оказанных медицинских услуг). Помимо физического вреда здоровью в гражданском процессе выделяется категория морального вреда, представляющего собой нравственные и физические страдания. И в той мере, в какой подобные страдания отражаются на здоровье, это может подлежать установлению в порядке судебно-медицинской экспертизы. Таким образом, именно тяжесть вреда здоровью при оказании медицинских услуг является квалифицирующим признаком для целей удовлетворения потребностей правовой процедуры, и она устанавливается в порядке судебно-медицинской экспертизы. Правовым основанием для назначения судебно-медицинского исследования является постановление (определение) суда. При этом СМЭ назначается судьей самостоятельно либо по ходатайству любой из сторон процесса по медицинскому спору (то есть по воле сторон) с постановкой перед комиссией вопросов медико-биологического характера для разрешения. При этом экспертиза оплачивается сторонами спора, а не казной.

Предметом судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является установление степени соответствия медицинской помощи, оказанной пациенту (Истцу), потребностям состояния его здоровья. Схематично предмет судебно-медицинской экспертизы по медицинским спорам может быть представлен последовательностью действий Ответчика (медицинской организации) от состояния здоровья пациента через этапы установления диагноза и лечения к фактическим последствиям лечения, которые определенным образом – как причинно-следственная связь между медицинскими услугами и возникшими по ним расстройствами – соотносятся с исходным состоянием здоровья Истца (пациента). Соответственно, суд при рассмотрении дела о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг через судебно-медицинское исследование должен выяснить следующие обстоятельства:

1) является ли причинителем субъект оказания медицинской помощи либо вред здоровью произошел от вышедшего из-под контроля прогрессирующего патологического процесса, по поводу которого оказывалось медицинское пособие, либо от извращенной и непрогнозируемой реакции организма пациента на стандартизированное лечение (треугольник вредоносности);

2) в чем суть недостатка безопасности предпринятого медицинского пособия;

3) происходит ли вред здоровью от немедицинских обстоятельств при оказании медицинских услуг.

Эти же вопросы должны определять стратегию защиты медицинской организации, как ответчика по гражданскому спору о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг.

Таким образом, предметом экспертизы в гражданском процессе являются вопросы, подлежащие разрешению по Постановлению суда. И эти вопросы должны охватывать равно как установление источников происхождения, выявления обусловленности, так и определение меры умаления здоровья от действий Ответчика. При этом посредством СМЭ опосредуется связь между нарушениями в оказании медицинской помощи и их последствиями, которые по общему правилу являются ее объектами, отраженными в письменной форме.

Основными объектами судебно-медицинского исследования в гражданском процессе по так называемым врачебным делам являются материалы дела, и в первую очередь медицинская документация, так как она дает исчерпывающую информацию о действиях (бездействии) Ответчика. Именно благодаря детальному анализу медицинской документации, представляющей собой письменные доказательства, судебно-медицинские эксперты получают необходимые для обоснования своего экспертного заключения сведения:

1) своевременно и обоснованно ли был выставлен клинический диагноз, как развивался патологический процесс, и подавалось ли заболевание проводимому лечению;

2) соблюдались ли Ответчиком стандарты, в которых отражены установленные Федеральным органом исполнительной власти правила оказания медицинской помощи;

3) какие пороки безопасности были допущены ответчиком при оказании пациенту медицинской помощи.

Любая другая информация оценивается другими видами экспертиз. Иными словами, посредством СМЭ производится профессиональная оценка фактических обстоятельств дела (медицинского спора) о вреде здоровью при оказании медицинских услуг.

Подчеркнем, в гражданских делах о причинении вреда при оказании медицинских услуг процессуальное законодательство России предусматривает участие лиц с профессиональными знаниями в области медицины и выделяет среди них специалистов и экспертов. При этом специалист вправе, исходя из своих медицинских знаний, в устной или письменной форме давать Суду пояснения, но без проведения экспертизы, назначаемой на основании Постановления суда. Такое пояснение (заключение) будет принято судом и подшито к делу. Но, как правило, для получения независимого экспертного заключения Суд назначает СМЭ. Это обусловлено тем, что эксперт предупреждается судом или руководителем судебно-экспертной организации об ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Специалист же, который участвует в подготовке заключения на основе договора (с Истцом или с Ответчиком), не получает такое предупреждение и его не подписывает. Обратим внимание на два важных момента, которые медицинская организация может использовать при защите своей позиции. Недопустимо противопоставлять заключение специалиста, основанное на личном суждении, и заключение судебно-медицинского эксперта, основанное на проведении им экспертного исследования с соблюдением процессуальных требований. Такое противопоставление вне закона. Важно также не забывать, что для лица, привлеченного в состав судебно-медицинской экспертной комиссии, судебная медицина является его профессией и родом занятий. Это означает, что судебно-медицинский эксперт не занимается медицинской деятельностью, и она для него не более чем объект его профессиональной экспертной оценки. Подобным образом исключается смешение экспертов и специалистов в рамках процессуального института судебных экспертов – ведь те и другие обладают профессиональными медицинскими знаниями.

Законодательство РФ предусматривает производство нескольких видов СМЭ – пер-

вичная, повторная, дополнительная. И каждая из них может быть назначена судом по ходатайству сторон медицинского спора. Как известно, первичная СМЭ предусматривает первичное судебно-медицинское исследование объекта с соответствующим заключением эксперта. Повторную СМЭ назначают не в связи с ошибками в первичной экспертизе, а когда у суда или одной из сторон спора есть сомнения в правильности и обоснованности сделанных в ней выводов (статья 87 Гражданско-Процессуального Кодекса РФ). Повторную экспертизу назначают по тем же самым вопросам (решенные ранее вопросы не ставятся), но в другую экспертную организацию (другому эксперту). Подчеркнем, назначение повторной экспертизы – это право, а не обязанность субъекта, назначающего экспертизу. Дополнительная СМЭ, в свою очередь, назначается при неполноте экспертных выводов или недостаточной их ясности в предыдущей экспертизе. Основное отличие от повторной экспертизы – исследуются те вопросы, которые не были решены ранее и которые имеют существенное значение для разрешения спора. Дополнительная экспертиза поручается тому же эксперту. Если возникшие при первичной экспертизе вопросы не требуют дополнительной экспертизы, они решаются в судебном процессе путем опроса (допроса). Грамотно используя правовой статус указанных экспертиз, можно влиять на предупреждение операционных ошибок, когда вместо назначения дополнительной экспертизы назначается повторная, вместо назначения повторной экспертизы проводится допрос эксперта и т. д.

Судебно-медицинские экспертизы производятся по единым вневедомственным правилам гражданского и трудового законодательства как государственными территориальными Бюро судебно-медицинской экспертизы, так и негосударственными экспертными центрами, имеющими лицензию на проведение СМЭ. Алгоритм судебно-экспертной оценки медицинского пособия, основанной на парадигме правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг, представлен в таблице 1.

Как видно из табл. 1, медицинские споры характеризуются особенностями деликта. В силу товарно-нетоварной двойственности медицинской услуги ее потребительская часть подчиняется юридическим нормам, а профессиональная (медицинская) – правилам

К СВЕДЕНИЮ



Ознакомившись с заключением эксперта или его сообщением о невозможности дать экспертное заключение, Суд вправе допросить эксперта (ст. 187 ГПК РФ).

Таблица 1

Алгоритм судебно-медицинской экспертной оценки медицинского пособия

Оценка	СМЭ не подлежат	СМЭ подлежат (Предмет и пределы СМЭ)	
Критерий оценки	Вредообразующие нарушения медицинского пособия отсутствуют	Вредообразующие нарушения медицинского пособия существуют	
Объект оценки – посягательство	Отсутствует или не подлежит СМЭ: недостаток информации; недостаток качества медицинских услуг	Недостаток безопасности: 1) недостаток безопасности потребительского предоставления (обслуживания) – ст. 1095 ГК; 2) недостаток безопасности профессионального предоставления (медицинского пособия) – ст. 1095 ГК РФ: а) отклонение от медицинской технологии; б) пренебрежение упреждением и (или) устранением осложнений; 3) недостаток безопасности медтехники, аппаратуры, оборудования – ст. 1079 ГК	
Объект оценки – ущерб	Отсутствует или не подлежит СМЭ: имущественный вред	Физический или моральный вред	Тяжкий вред здоровью (уголовно-правовая ответственность) Легкий и средней тяжести вред здоровью (гражданско-правовая ответственность)
Причинно-следственная связь	Отсутствует	Существует	

медицины. Соответственно, это оказывает влияние на предмет и пределы судебно-медицинской экспертизы.

Законодательство РФ устанавливает требования к судебно-медицинскому эксперту. Эксперт – лицо, которое обладает специальными знаниями и соответствует квалификационным требованиям, необходимым для производства экспертной судебно-медицинской оценки медицинской помощи, оказанной Истцу. Соответственно, экспертом может быть гражданин РФ, имеющий высшее медицинское образование, а также прошедший профессиональную подготовку и аттестацию с выдачей документа установленного образца по судебно-медицинской экспертизе. Оформление судебно-медицинским экспертом экспертного заключения должно осуществляться только на основании проведенных им исследований (с указанием примененных методик) и производиться на основе действующих положений, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов. Бесспорно, существенное значение для Дела имеет принцип независимости эксперта. По закону судебно-медицинский эксперт не может находиться в какой-либо зависимости от юридических и (или) физических лиц, вовлеченных в расследование и заинтересованных в результате СМЭ. Открытыми должны быть и сведения о размере вознаграждения эксперта.

Субъектами доказательств в судебном процессе являются обе стороны спора,

и каждая доказывает свою позицию. Составительность и равноправие сторон в судебных спорах о вреде здоровью при оказании медицинских услуг позволяют Истцу и Ответчику использовать любые предусмотренные законом средства отстаивания своих интересов в Суде. Так, каждая из сторон медицинского спора вправе: отклониться от СМЭ, но с приведением весомых доказательств в обоснование своей позиции; сформулировать в Ходатайство вопросы для разрешения судебно-медицинскими экспертами; использовать результаты проведенной по назначению суда судебно-медицинской экспертизы для подтверждения или опровержения позиции противоположной стороны; ходатайствовать о назначении повторной или дополнительной судебно-медицинской экспертизы, предусмотренных гражданским законодательством.

Подчеркнем, формулировка вопросов для постановки перед СМЭ подчиняется потребностям доказывания. В предмет доказывания входит все то, что утверждает Истец и Ответчик. Причастность причинителя (Ответчика) к наступлению у пациента (Истца) вреда подтверждает истец и, соответственно, ему следует доказать факт обращения к Ответчику за получением медицинских услуг и факт наличия вреда в связи с этим. Стороне же Ответчика следует доказать не невиновность, а непричастность к факту причинения вреда здоровью пострадавшего. Соответственно, каждая из сторон медицинского спора вправе и должна обосновать, что она

предполагает доказать ответом эксперта на каждый вопрос. А суд должен оценить пригодность вопросов сторон для разрешения спора по существу. Не случайно формулирование обоснованного экспертного задания, как выверенной совокупности вопросов для постановки перед СМЭ, является условием получения ответов в ее выводах, пригодных для судебного правоприменения.

Подчеркнем еще раз, от судебно-медицинской экспертизы требуется, прежде всего, оценка степени вреда здоровью, а также в большинстве случаев определение посягательства и установление причинно-следственных связей между ними. Это означает, что любое неблагоприятное последствие для здоровья пациента не может расцениваться как причиненный вред до тех пор, пока судебно-медицинским экспертом не доказано, что указанное последствие обусловлено ненадлежащими действиями работника медицинской организации. Соответственно, при получении заключения СМЭ медицинской организации надлежит, во-первых, удостовериться, что оно содержит ответы на поставленные в экспертном задании вопросы. Если заключение СМЭ таких ответов не содержит, оно подлежит возврату в организацию, проводившую такую экспертизу с требованием явно сформулировать ответы на соответствующие вопросы. Такое требование заявляется в судебном процессе. Если судебно-медицинские эксперты избирательно отвечают на вопросы, поставленные в Определении суда, опуская часть из них или объединяя ответы так, что смысл теряется, ничто не мешает Ответчику обратиться с соответствующим ходатайством к органу, назначившему первичную СМЭ – в противном случае нарушаются материальные и процессуальные права его как стороны, не получившей искомым инструментов для доказывания.

Обратим внимание, заключение СМЭ не имеет заранее установленной силы для суда. И в системе доказательств по медицинскому спору заключение СМЭ должно оцениваться Судом наряду с другими доказательствами,

такими как заключение и консультация специалиста, аудио- и видеозаписи выступлений сторон спора, а также другие доказательства. Это означает, что у медицинской организации, как Ответчика, есть возможность для оспаривания результатов судебно-медицинской экспертизы. И правоприменительная практика это подтверждает.

Общеизвестно, состав любого правонарушения включает в себя вредообразующее посягательство, результирующий вред (ущерб) здоровью и причинно-следственную обусловленность второго первым. При этом вина имеет обязательное значение в уголовном процессе, а в гражданском процессе факультативное: ряд составов правонарушений вины не требует. Как свидетельствует правоприменительная практика, наиболее часто выявляют два состава внедоговорных (деликтных) правонарушений: техногенный деликт (от повышенной опасности) и медицинский деликт (вследствие недостатков медицинского представления). Вред, причиненный здоровью пациента медицинскими услугами с пороками безопасности, выражается в полной или частичной утрате или повреждении здоровья пациента, а также в неблагоприятном прогнозе его состояния после их оказания. В соответствии со ст. 151 ГК РФ вред выражается в физических и нравственных страданиях пациента, соотносимых с понятием морального вреда. Соответственно, вред, причиненный жизни и здоровью граждан, возмещается в виде материального и морального вреда интегральным лицом, причинившим указанный вред.

Таким образом, судебно-медицинская экспертиза представляет собой процессуально регламентированное применение судебно-медицинских компетенций в процессе исследования объектов для разрешения медико-биологических вопросов в процессе расследования фактов гражданского дела по конкретному медицинскому спору. Она служит целям и задачам российского правосудия и осуществляется на основе действующего законодательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баринов Е. Х. Предметная область судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг / Е. Х. Баринов, О. В. Родин, А. В. Тихомиров // *Мед. экспертиза и право.* – 2010. – № 3. – С. 8-15.
2. Каменева К. Ю. Особенности оценки заключений судебно-медицинских экспертиз по медицинским делам / К. Ю. Каменева, Е. Х. Баринов, А. В. Тихомиров // *Мед. экспертиза и право.* – 2013. – № 5. – С. 8-10.

3. Ковалев А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи : метод. Рекомендации. – М. : ФГБУ «РЦСМЭ» МЗ РФ, 2017. – 2-е изд. перераб. и доп. – 29 с.
4. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве при медицинских спорах / Е. Х. Баринов, П. О. Ромодановский, О. И. Косухина и др. // *Избр. вопр. судебно-медицинской экспертизы.* – Хабаровск, 2014. – № 14. – С. 13-15.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-38-40

УДК 617.735-08

Антиангиогенная терапия пациентам с хориоидальной неоваскуляризацией в условиях КГБУЗ КДЦ «Вивея»

М. А. Сушкова, И. Д. Когут, О. И. Новолодская

КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея» МЗ ХК, 680000, г. Хабаровск, ул. Запарина, 83; тел.: +7 (4212) 45-26-18; e-mail: priemnaya@viveya.khv.ru

Antiangiogenic therapy for patients with choroidal neovascularization in the facilities of Viveya Consultative and Diagnostic Center

М. А. Sushkova, I. D. Kogut, O. I. Novolodskaya

Viveya Consultative and Diagnostic Center under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 83 Zaparina Street, 680000, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 45-26-18; e-mail: priemnaya@viveya.khv.ru

Развитие хориоидальной неоваскуляризации (ХНВ) – одно из неблагоприятных вариантов течения таких заболеваний сетчатки, как возрастная макулярная дегенерация (ВМД), посттромботическая ретинопатия, осложненная миопия, диабетическая ретинопатия – является причиной необратимой потери зрения у людей старшей возрастной группы. За последнее десятилетие с внедрением анти-VEGF препаратов (препаратов, ингибирующих неоангиогенез) произошла революция в лечении данной патологии, позволившая не только сохранить, но и улучшить зрение пациентам. С 2011 г. в России начато широкое применение интравитреальных инъекций препарата «Ранибизумаб», а с 2016 г. препарата «Афлиберцепт», но в России сохраняется один из самых низких показателей применения данного вида лечения. С мая 2020 г. в КГБУЗ КДЦ «Вивея» начато лечение пациентов с ХНВ путем интравитреального введения препарата «Афлиберцепт» («Эйлеа»). Наличие Центра амбулаторной хирургии на базе «Вивеи» позволяет проводить данные манипуляции в амбулаторном режиме. Ведение пациентов, проведение предоперационного общеклинического обследования в условиях многопрофильного медицинского центра «Вивея» позволяет сократить время от постановки диагноза до начала лечения, уменьшить количество визитов, улучшить комплаенс.

Ключевые слова: хориоидальная неоваскуляризация, интравитреальные инъекции, афлиберцепт, центр амбулаторной хирургии

The development of choroidal neovascularization (CNV) is one of the unfavorable variants of the course of such retinal diseases as age-related macular degeneration (AMD), post-thrombotic retinopathy, complicated myopia, diabetic retinopathy and is the cause of irreversible vision loss in people of the older age group. Over the past decade, with the introduction of anti-VEGF-npenapates (drugs that inhibit neoangiogenesis), a revolution has occurred in the treatment of this pathology, which made it possible not only to preserve, but also to improve the vision of patients. Since 2011, the widespread use of intravitreal injections of the drug "Ranibizumab" has begun in Russia, and since 2016, "Aflibercept", but one of the lowest rates of use of this type of treatment remains in Russia. Since May 2020, the treatment of patients with CNV by intravitreal administration of the drug Aflibercept (Eilea) has been started at the CDC "Viveya". The presence of the Viveya-based Outpatient Surgery Center allows these manipulations to be carried out on an outpatient basis. Patient management, preoperative general clinical examination in the multidisciplinary medical center "Viveya" allows to reduce the time from diagnosis to the start of treatment, reduce the number of visits, and improve compliance.

Key words: choroidal neovascularization; intravitreal injections; Aflibercept; Out-patient Surgery Center.

Актуальность. Старение населения и увеличение продолжительности жизни сопровождается ростом возрастзависимых заболеваний сетчатки и зрительного нерва, в связи с чем в мире в период с 2005 г. по 2015 г. зарегистрировано увеличение случаев серьезной и необратимой потери зрения на 24 % [6].

Развитие хориоидальной неоваскуляризации (ХНВ) – одно из неблагоприятных вариантов течения таких заболеваний сетчатки,

как возрастная макулярная дегенерация (ВМД), посттромботическая ретинопатия, осложненная миопия, диабетическая ретинопатия – является причиной необратимой потери зрения у людей старшей возрастной группы. При этом основными факторами, стимулирующими развитие неоваскуляризации и отека сетчатки в условиях гипоксии, являются факторы семейства VEGF, и именно на их блокировку направлено действие анти-VEGF препаратов [2].

За последнее десятилетие с внедрением анти-VEGF препаратов (препаратов, ингибирующих неоангиогенез) произошла революция в лечении данной патологии, позволившая не только сохранить, но и улучшить зрение пациентам. Первым зарегистрированным препаратом в лечении ХНВ был «Ранибизумаб» (Lucentis; Novartis Pharma, Швейцария). В дальнейшем в клиническую практику внедрен препарат «Афлиберцепт» (Eylea; Regeneron, США).

С 2011 г. в России начато широкое применение интравитреальных инъекций препарата «Ранибизумаб», а с 2016 г. препарата «Афлиберцепт» [1]. С каждым годом число инъекций ингибиторов ангиогенеза растет во всем мире, но в России сохраняется один из самых низких показателей применения данного вида лечения. Одним из путей решения данной проблемы является дальнейшее внедрение стационар-замещающих технологий.

Цель: поделиться опытом ведения и лечения пациентов с ХНВ в условиях многопрофильного медицинского центра

Материалы и методы. С мая 2020 г. в КГБУЗ „КДЦ «Вивея»“ начато лечение пациентов с ХНВ путем интравитреального введения препарата «Афлиберцепт» («Эйлеа»). С мая по декабрь 2020 г. лечение получили 37 пациентов: 7 мужчин, 30 женщин; выполнено 75 интравитреальных инъекций.

В настоящее время манипуляции выполняет врач-офтальмолог, совмещая работу в операционной Центра амбулаторной хирургии с работой в офтальмологическом отделении. Операции выполняются согласно графику 1-2 раза в неделю.

Пациентам выполняется стандартное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию в состоянии медикаментозного мидриаза, оптическую когерентную томографию макулярной зоны и фоторегистрацию патологического процесса на сетчатке с помощью ретинальной камеры.

Остроту зрения определяли традиционным методом в стандартных условиях освещенности с помощью фороптора компьютерного CV-5000 TOPCON Corporation (Япония), таблицы Сивцева – Головина и набора пробных линз для подбора очков. Визометрию проводили по общепринятой методике: монокулярно с максимальной коррекцией аметропии.

Офтальмоскопия в прямом и обратном виде проводилась с помощью бинокулярного непрямого офтальмоскопа IO, Neitz Instrument Co. (Япония) и на щелевой лампе с использованием линз в 90 и 60 Д производства OCULAR-Instrument.inc, США

Оптическую когерентную томографию (ОКТ) проводили, используя томограф модели «OCT Stratus» компании Carl Zeiss Meditec AG, Германия. Изучали анатомо-топографическое соотношение слоев сетчатки и ее толщину в макулярной зоне. Состояние центральной зоны исследовали согласно протоколу сканирования Macular thickness, включавшего радиальные сканы длиной 6 мм. Анализ данных выполняли на основе протокола Retinal thickness/volume tabular, который позволял оценить топографию слоев и толщину сетчатки. Для анализа толщины макулярной области в различных отделах мы использовали следующие параметры: средняя центральная толщина сетчатки (мкм), общий объем макулы (мм³). Активная субфовеолярная или юкстафовеолярная хориоидальная неоваскуляризация, связанная с ВМД, подтверждалась наличием интратретинальной или субретинальной жидкости, кровоизлияниями.

Перед операцией пациенты проходили общее клиническое обследование: общий анализ крови и мочи, сахар крови, длительность кровотечения и время свертывания крови, крови на HB-S антиген и гепатит С, кровь на СПИД, ЭКГ, консультация ЛОР, стоматолога, терапевта, ФЛГ. Все обследования возможно выполнить в КГБУЗ „КДЦ «Вивея»“ по программе ОМС в течение 1-2 визитов.

За день до операции пациенту проводится промывание слезных путей и назначается антибактериальная и противовоспалительная терапия в каплях.

В день операции, непосредственно перед интравитреальной инъекцией проверяется острота зрения и ВГД, закапывается гипотензивный препарат «Дорзоламин» 2 %, расширяется зрачок препаратом «Тропикамид» 1 %. Пациенты направляются в Центр амбулаторной хирургии, находящийся изолированно на 3 этаже дополнительного корпуса КГБУЗ „КДЦ «Вивея»“.

Интравитреальная инъекция проводится в операционной в асептических условиях. Операционное поле обрабатывается раствором «Октенисепт», конъюнктивальная полость обрабатывается раствором «Повидон йод» 5 % трижды.

Всем пациентам интравитреально вводили антиангиогенный препарат «Афлиберцепт» («Эйлеа») по стандартному методу через иглу 32 G в 3,5-4 мм от лимба [5]. Проводились 3 загрузочные инъекции препарата с интервалом 4 недели, далее лечение пациентов проводилось в режиме Treat and extend (T&E): «лечить и увеличивать интервал». В основу данного режима лечения заложен принцип

достижения максимально возможного по длительности интервала между инъекциями при сохранении достигнутых анатомических и функциональных результатов лечения. Данный режим позволяет персонализировать лечение и увеличивать интервалы между инъекциями в соответствии с потребностями каждого пациента и индивидуальными периодами возврата активности [3].

В послеоперационном периоде пациенты в течение 2 часов находятся в послеоперационной палате, через 2 часа осматриваются врачом-офтальмологом: выполняется биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия пальпаторным способом. Повторный осмотр пациента проводится на 4-5 сутки после операции. В течение 7 дней пациенты получают антибактериальный и противовоспалительный препарат в каплях.

Ответ на медикаментозную терапию антиангиогенного препарата «Афлиберцепт» («Эйлеа») оценивали через месяц после инъекции. Достижение морфологического эффекта определялось как уменьшение центральной субфовеолярной толщины сетчатки, а также исчезновение или уменьшение субретинальной жидкости и интратетинальных кист [4].

Таким образом, пациенты проходят все этапы обследования и наблюдения на базе одного медицинского учреждения, что улучшает комплаенс и позволяет сократить количество визитов в медицинское учреждение.

Дальнейшее наблюдение за состоянием сетчатки также проводится в офтальмологическом отделении КГБУЗ «КДЦ «Вивея» лечащим врачом-офтальмологом, что позволяет вовремя выявить прогрессирование заболевания и продолжить медикаментозную терапию.

Выводы:

Одним из путей увеличения доступности лечения для пациентов с заболеваниями сетчатки является дальнейшее развитие стационар-замещающих технологий.

Наличие Центра амбулаторной хирургии на базе поликлинического лечебного учреждения позволяет проводить интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза при хориоидальной неоваскуляризации в амбулаторных условиях

Ведение пациентов и проведение предоперационного общеклинического обследования в условиях многопрофильного медицинского центра «Вивея» позволяет сократить время от постановки диагноза до начала лечения, уменьшить количество визитов, улучшить комплаенс. Пациент наблюдается и получает лечение у одного специалиста, что повышает качество наблюдения, позволяет вовремя выявить прогрессирование заболевания и продолжить терапию.

Отдаленные результаты лечения пациентов с хориоидальной неоваскуляризацией будут проанализированы и представлены в дальнейших публикациях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антиангиогенная терапия возрастной макулярной дегенерации / А. Ж. Фурсова, Н. В. Чубарь, М. С. Тарасов и др. // *Вестн. офтальмологии*. – 2018. – № 134 (6). – С. 59–67.
2. Будзинская М. В. Современный взгляд на лечение экссудативной формы возрастной макулярной дегенерации / М. В. Будзинская, А. А. Плюхова, С. Г. Торопыгин // *Вестн. офтальмологии*. – 2019. – № 135 (5). – С. 1–8.
3. Иошин И. Э. Подходы к назначению антиангиогенных препаратов при терапии пациентов с неоваскулярной возрастной макулярной дегенерацией / И. Э. Иошин, Т. А. Аноприева // *Рос. офтальмол. журнал*. – 2019. – Т. 12, № 3. – С. 102–112.
4. Охоцимская Т. Д. Афлиберцепт в лечении заболеваний сетчатки. Обзор клинических исследований / Т. Д. Охоцимская, О. В. Зайцева // *Рос. офтальмол. журнал*. – 2017. – № 2. – № 103–119.
5. Протокол выполнения интравитреального введения лекарственных препаратов. Консенсус Экспертного совета по заболеваниям сетчатки и зрительного нерва Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов» / В. В. Нероев, Ю. С. Астахов, С. А. Коротких и др. // *Вестн. офтальмологии*. – 2020. – Т. 136 (6). – С. 251–263.
6. Роль различных типов локализации ретинальной «жидкости» как прогностических биомаркеров в выборе режима антиангиогенной терапии при возрастной макулярной дегенерации / А. Ж. Фурсова, А. С. Дербенева, М. А. Васильева и др. // *Вестн. офтальмологии*. – 2020. – № 136 (6). – С. 227–234.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-41-44
 УДК 616.43-036.21:616.98:578.834.1 Coronavirus

Эндокринопатии в период коронавирусной инфекции

О. В. Ушакова¹, Е. Ю. Пьянкова², Н. Н. Масалова³, О. В. Серебрякова⁴

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

² ООО «Клиника гормонального здоровья», 680028, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 121; тел.: +7 (4212) 75-19-29; e-mail: vesunet.com

³ ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35; тел.: +7 (4212) 76-13-96; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

⁴ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, Российская Федерация, Забайкальский край, г. Чита, ул. Горького, д. 39 «а», тел.: +7 (3022) 35-43-24, e-mail: pochta@chitgma.ru

Endocrinopathies in the era of coronavirus infection

O. V. Ushakova¹, E. Yu. Pyankova², N. N. Masalova³, O. V. Serebryakova⁴

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

² Clinic of Hormonal Health, LLC, 121 Frunze Street, 680028, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 75-19-29; e-mail: vesunet.com

³ Far Eastern State Medical University under Health Ministry of Russia, 35 Muravyov-Amursky Street, 680000, Khabarovsk, Russia; phone: +7 (4212) 76-13-96; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

⁴ Chita State Medical Academy of the Health Ministry of Russia, 39 Gorky Street, 672000, Chita, Zabaikalsky Krai, Russia; phone +7 (3022) 35-43-24, e-mail: pochta@chitgma.ru

Трудности в лечении COVID-19 определили необходимость в систематизации факторов развития осложнений, критических состояний и смерти. Эндокринные и метаболические нарушения, связанные с ожирением, инсулинорезистентностью, хроническим воспалением и нарушением метаболизма липидов и жирных кислот, усиливают иммунологическую дисрегуляцию и делают подобных пациентов уязвимыми перед инфекцией. Данные проведенных наблюдений позволяют выделить сахарный диабет, ожирение в качестве фактора риска, отягощающего течение COVID-19, и констатировать длительность периода элиминации вируса, потенцирование сердечно-сосудистых заболеваний, увеличение продукции провоспалительных цитокинов, коагулопатии – факторы развития неблагоприятных исходов. В статье представлены обобщенные данные по организации медицинской помощи больным с эндокринной патологией в период коронавирусной пандемии.

Ключевые слова: глюкоза крови, сахарный диабет, ожирение, COVID-19, глюкокортикостероиды, дексаметазон

Difficulties in the treatment of COVID-19 have determined the need to systematize the factors for the development of complications, critical conditions and death. Endocrine and metabolic disorders associated with obesity, insulin resistance, chronic inflammation, and lipid and fatty acid metabolism disorders increase immunological dysregulation and make these patients vulnerable to infection. The data from the observations made it possible to single out diabetes mellitus, obesity as a risk factor aggravating the course of COVID-19, and to state the duration of the virus elimination period, potentiation of cardiovascular diseases, an increase in the production of pro-inflammatory cytokines, coagulopathy - factors in the development of unfavorable outcomes. The article presents generalized data on the organization of medical care for patients with endocrine pathology during the coronavirus pandemic.

Key words: blood glucose; diabetes mellitus; obesity; COVID-19; glucocorticosteroids; dexamethasone.

Коронавирус SARS-CoV-2 — РНК-содержащий вирус, относящийся к роду Betacoronavirus семейства Coronaviridae. Вирионы всех коронавирусов имеют суперкапсид с большими шиповидными отростками в виде булав длиной 5–10 нм, формируемыми S-гликопротеинами. Наличие этих отростков, напоминающих зубцы короны, и дало название всему семейству. Предполагается, что новый возбудитель является рекомбинантным штаммом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронави

русом. Данное предположение основывается на том, что генетическая последовательность SARS-CoV-2 на 79 % сходна с последовательностью SARS-CoV. Высокая восприимчивость к коронавирусу отмечается среди всех групп населения, но к группам риска тяжелого течения и летального исхода относятся, прежде всего, лица старше 65 лет, пациенты с хроническими болезнями, к которым, в том числе, относятся заболевания эндокринной системы.

Суммарный отчет о 72 314 случаях COVID-19, опубликованный Китайским центром

по контролю и профилактике заболеваний, подтвердил повышенную смертность у людей с сахарным диабетом (7,3 против 2,3 % пациентов без нарушений углеводного обмена) [4]. По данным W. Guan и соавт. [5], среди 2 020 больных (1 590 человек имели лабораторно подтвержденный диагноз COVID-19), поступивших в отделение интенсивной терапии и потребовавших инвазивной вентиляции легких либо скончавшихся, наиболее часто встречались пациенты с гипертензией (16,9 %) и сахарным диабетом (8,2 %). Еще 8,2 % имели несколько заболеваний. После поправки на возраст наиболее часто утяжеляли течение COVID-19 сахарный диабет (ОР 1,59; 95 % ДИ 1,03–2,45), гипертония (ОР 1,58; 95 % ДИ 1,07–2,32) и злокачественные опухоли (ОР 3,50; 95 % ДИ 1,60–7,64).

Именно поэтому актуальным встал вопрос об организации медицинской помощи больным с эндокринной патологией, особенно сахарным диабетом. Медицинская помощь данной категории пациентов оказывается преимущественно амбулаторно (85–90 %). В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки в отношении распространения коронавирусной инфекции рациональными организационными мерами являются: организация дистанционного консультирования и обучения пациентов с помощью различных средств связи: телемедицина, телефон, электронная почта, социальные сети, онлайн видеосвязь; обеспечение лекарственными средствами и средствами самоконтроля одновременно на длительный срок (3–6 месяцев), с привлечением волонтерского движения для доставки, особенно пожилым пациентам.

Основные мероприятия направлены на проведение внепланового активного скрининга состояния здоровья больных с эндокринными заболеваниями с высоким риском преждевременной смерти (прежде всего больных с сахарным диабетом 2 типа с перенесенными сердечно-сосудистыми заболеваниями 65+, с сахарным диабетом 1 типа в возрасте 45 лет и старше) в соответствии с эпидемиологической обстановкой и действующими ограничительными мероприятиями; повышение качества диспансерного наблюдения и ведения пациентов с эндокринными заболеваниями; обеспечение маршрутизации пациентов и доступности получения специализированной медицинской помощи по профилю «эндокринология», в том числе на период обострения эпидемиологической обстановки; обеспечение строгого контроля индивидуальных целевых значений трех основных факторов, влияющих на продолжительность жизни пациентов с сахарным диабетом: достижение целевых цифр

артериального давления, уровня холестерина липопротеидов низкой плотности, гликированного гемоглобина на всех уровнях оказания медицинской помощи, своевременное обеспечение лекарственными препаратами.

Важным в ведении пациентов сахарным диабетом является гликемический контроль. Длительная гипергликемия на фоне вирусного заболевания может вызывать такие острые осложнения диабета как диабетический кетоацидоз и гиперосмолярное состояние. При любой вирусной или бактериальной инфекции, обострении хронических заболеваний у больных диабетом ухудшаются показатели гликемии, что в свою очередь может вызвать декомпенсацию и требует назначения инсулинотерапии.

Возможными причинами гипергликемии у пациентов с сахарным диабетом на фоне протекающей коронавирусной инфекции выделяют следующие. Ткань поджелудочной железы является потенциальной мишенью вирусной инфекции в связи с экспрессией ангиотензинпревращающего фермента 2 типа (АПФ-2). Следует отметить, что коронавирус SARS-CoV-2, вызывающий COVID-19, связывается с АПФ-2 рецептором, который находится в ключевых метаболических органах и тканях, включая клетки поджелудочной железы, жировую ткань, тонкую кишку и почки. Таким образом, вполне вероятно, что SARS-CoV-2 может вызвать множественные изменения метаболизма глюкозы, которые могут осложнить патофизиологию ранее существовавшего диабета или привести к новым механизмам заболевания. В совокупности эти наблюдения могут подтверждать гипотезу о потенциальном вызывающем диабет эффекте COVID-19. Влияние вируса на эндокринные клетки поджелудочной железы может способствовать как развитию гипергликемии, так и снижать контроль углеводного обмена.

Следует отметить, что к появлению и поддержанию гипергликемии может приводить и патогенетическая терапия COVID-19, включающая назначение высоких доз глюкокортикоидов, которые сами по себе могут вызвать нарушение углеводного обмена. Препаратом выбора стал дексаметазон. Данный глюкокортикоид подавляет функции лейкоцитов и тканевых макрофагов, ограничивает миграцию лейкоцитов в область воспаления, способствует стабилизации лизосомальных мембран, снижая тем самым концентрацию протеолитических ферментов в области воспаления, уменьшает проницаемость капилляров, обусловленную высвобождением гистамина, ингибирует активность фосфолипазы A2, что приводит к подавлению синтеза простагландинов

и лейкотриенов, подавляет высвобождение ЦОГ (главным образом ЦОГ-2), что также способствует уменьшению выработки простагландинов, уменьшает число циркулирующих лимфоцитов (Т- и В-клеток), моноцитов, эозинофилов и базофилов вследствие их перемещения из сосудистого русла в лимфоидную ткань. Именно эти свойства определили его применение в комплексной терапии Covid-19.

В то же время дексаметазон повышает содержание глюкозы в крови, активизирует выделение инсулина. Кроме этого, он подавляет захват глюкозы жировыми клетками, что приводит к активации липолиза. Но вследствие увеличения секреции инсулина происходит стимуляция липогенеза, что приводит к накоплению жира и развитию инсулинорезистентности с последующим развитием гипергликемии у пациентов, не наблюдающихся по поводу сахарного диабета, и индуцирование гипергликемии у больных сахарным диабетом. Основным вариантом сахароснижающей терапии на фоне применения дексаметазона является инсулинотерапия. В методических рекомендациях по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом 2 типа при показателях гликемии выше 13 ммоль/л предложен перевод на базис-болюсную инсулинотерапию с распределением дозы инсулина короткого действия или инсулина ультракороткого действия) и базального инсулина 50%/50%. Базальный инсулин старт с 10 ЕД в сутки или 0,1-0,2 ЕД на кг массы тела. Инсулин короткого действия или ультракороткого действия в дозе 4 ЕД или 10% от дозы базального инсулина перед основными приемами пищи. Титрация дозы базального инсулина проводится по 2 ЕД 1 раз в 3 дня по уровню глюкозы плазмы натощак, дозы инсулина короткого или ультракороткого действия зависят от уровня гликемии перед едой и планируемого количества углеводов.

Выбор сахароснижающей терапии пациентам с сахарным диабетом 2 типа, заразившимся новой коронавирусной инфекцией зависит от степени тяжести течения новой коронавирусной инфекции. При легком течении инфекции для пациентов с сахарным диабетом 2 типа из сахароснижающей терапии рекомендовано применение ингибиторов ДДП-4, при средней тяжести течения и тяжелом – перевод на инсулинотерапию в базис-болюсном режиме, а в крайне тяжелом случае – введение инсулина с помощью инфузомата.

Кроме изменений в углеводном обмене, COVID-19, как инфекционное системное заболевание потенциально может вызвать тиреотоксический криз у пациента с нелеченным

или плохо компенсированным тиреотоксикозом. Фактором риска развития тиреотоксического криза является отказ от приема тиреостатиков и развитие в условиях COVID-19 декомпенсации основного заболевания. Клиническая картина тиреотоксического криза малоспецифична, и только анамнез или прямые признаки болезни Грейвса – Базедова (зоб и офтальмопатия) позволят заподозрить у пациента с COVID-19 практически фатальную коморбидность. Госпитализация при таком сочетании обязательна. Лабораторным подтверждением является крайне низкий уровень ТТГ при высоком уровне тиреоидных гормонов Т4/Т3.

В данной ситуации существует потенциальная возможность развития и микседематозной комы в условиях некомпенсированного гипотиреоза. Фактором риска развития данного осложнения является отказ от приема тироксина (боязнь применения «гормона» в условиях пандемии) и гипотермия как проявление развившейся декомпенсации гипотиреоза. COVID-19 как инфекционное системное заболевание потенциально может вызвать микседематозную кому у пациента с нелеченным гипотиреозом, особенно пожилого и старческого возраста. Нелеченный/плохо компенсированный гипотиреоз вызывает резкое снижение температуры тела, и даже при тяжелой инфекции может быть только субфебрилитет. Клиническая картина микседематозной комы, как и плохо компенсированного гипотиреоза, малоспецифична. Характерная для них гипотермия может маскировать начало заболевания COVID-19, поэтому только тщательный сбор анамнеза позволит выявить это фатальное сочетание. Сочетание некомпенсированного гипотиреоза и COVID-19 расширяет показания к госпитализации даже при температуре не выше 38 °С.

В группе высочайшего риска для жизни (аддисонический криз) в случае присоединения COVID-19 находятся пациенты с первичной надпочечниковой недостаточностью любой этиологии (аутоиммунной, в том числе в составе множественных аутоиммунных поражений; туберкулезной, генетически детерминированной, после адреналэктомии: односторонней по поводу кортикостеромы, двусторонней по поводу болезни Кушинга).

Пациенты с вторичной надпочечниковой недостаточностью любой этиологии (опухоли гипофиза или надгипофизарные опухоли, в том числе ранее оперированные на аденогипофизе или получившие облучение по поводу гипофизарных/супрагипофизарных поражений, а также лица, получающие по поводу любого заболевания терапию глюкокортикостероидами > 3 месяцев), рассматриваются как лица

с установленным/потенциальным вторичным гипокортицизмом и также входят в группу риска. У таких пациентов необходимо проверять наличие препаратов глюкокортикоидов для оказания неотложной помощи при ухудшении состояния (глюкокортикостероиды для парентерального введения (гидрокортизон) должны быть в домашней аптечке). Запрещена отмена глюко- и минералокортикоидных препаратов в рамках проводимой терапии. При нетяжелом течении COVID-19 без падения давления и температурой ниже 37.5 °С больной может быть оставлен дома. В амбулаторных условиях необходимо использовать правило: удвоение

дозы постоянно принимаемого глюкокортикоида при повышении температуры и болях в горле, а также повышенное употребление электролитсодержащих жидкостей с целью профилактики развития аддисонического криза.

Таким образом, ведение и лекарственное сопровождение больных с эндокринной патологией и COVID-19 требует особенного подхода. Основным должен стать процесс организации медицинской помощи, включающий как профилактические мероприятия, так и обеспечение постоянного сопровождения данной группы пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации «Алгоритм оказания специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». Вып. 9 / М-во здравоохранения Рос. Федерации, ОО «Российская ассоциация эндокринологов», ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии»; под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. – М, 2020. – 216 с.
2. Эндокринопатии и COVID-19. Неотложные состояния, их профилактика и лечение / ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России 21.04.2020. – URL: http://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/specialists/COVID-19/dop-materials/22.04.2020/EHndokrinopatii_i_COVID-19_21.04.2020.pdf
3. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin / P. Zhou, X. L. Yang, X. G. Wang et al. – DOI <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>. – text: electronic // *Nature*. – 2020. – № 579 (7798). – P. 270–273.
4. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China / J. J. Zhang, X. Dong, Y. Y. Cao et al. – DOI <https://doi.org/10.1111/all.14238>. – text: electronic // *Allergy*. – 2020. – Vol. 75, № 7: Jul. – P. 1730–1741.
5. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: a nationwide analysis / W. J. Guan, W. H. Liang, Y. Zhao et al. – DOI 10.1183/13993003.00547-2020. – text: electronic // *Europ. Respiratory J.* – 2020. – Vol. 55, № 5. – pii: 2000547.
6. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor / M. Hoffmann, H. Kleine-Weber, S. Schroeder et al. – DOI <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.052>. – text: electronic // *Cell*. – 2020. – Vol. 181, № 2. – P. 271–280.e8.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-45-47
УДК 616.348-006.04-053.89-089

Возможности хирургического лечения синхронного рака ободочной кишки и желудка у пациента в возрасте 77 лет

В. Л. Коваленко, А. В. Степочкин

ГБУЗ МО «Ступинская областная клиническая больница», 142800, Московская область, г. Ступино, ул. Чайковского, 7;
тел.: +7 (4966) 42-64-64; e-mail: stupinomed@mail.ru

Possibilities of surgical treatment of synchronous colon and stomach cancer in a 77-year-old patient

V. L. Kovalenko, A. V. Stepochkin

Stupino Regional Clinical Hospital, 7 Tchaikovsky Street, 7142800, Stupino, Moscow Oblast, Russia; phone +7 (4966) 42-64-64;
e-mail: stupinomed@mail.ru

Представлены возможности выполнения симультанной операции при синхронном раке ободочной кишки и желудка у пациента в возрасте 77 лет.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, рак желудка, симультанное хирургическое лечение.

The possibilities of performing simultaneous surgery for synchronous colon and stomach cancer in a 77-year-old patient are presented.

Key words: colon cancer; stomach cancer; simultaneous surgical treatment.

На протяжении последних десяти лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки (РОК). В России в 2018 году по сравнению с 2008 годом этот показатель вырос с 22,3 до 29,5 на 100 000 населения. При этом прирост заболеваемости составил 33,9 % [3]. Рост заболеваемости обусловлен, с одной стороны, улучшением диагностики, с другой стороны, увеличением продолжительности жизни населения. Пик заболеваемости у женщин приходится на возраст 74–79 лет, а у мужчин – 80 лет и старше. В таком возрасте у 10–15 % пациентов к моменту обнаружения РОК имеется или выявляется в процессе обследования иная патология, требующая оперативного лечения. Серьезную тактическую проблему для лечения представляют и первично-множественные новообразования в случаях, когда требуется хирургическое лечение обеих опухолей [1, 2].

Понятие «симультанная операция» введено М. Reifferscheid в 1971 г. и впервые упоминается в его статье «Одновременное вмешательство в брюшной полости – хирургические аспекты» [4]. Термин происходит от английского слова «simultaneously» – одновременность. В настоящее время под симультанными операциями понимают хирургическое вмешательство, од-

новременно производимое на двух или более органах по поводу разных заболеваний.

Как правило, у пожилых пациентов при сочетанной патологии резервные возможности организма ограничены, и оперативные вмешательства в большинстве случаев выполняются последовательно. В такой ситуации лечение второй опухолевой патологии затягивается до 6–12 месяцев, что может привести к запущенности опухолевого заболевания, и негативно сказывается на психике и качестве жизни пациента в период ожидания очередного вмешательства [1].

Цель. Настоящая работа представляет возможности выполнения симультанной операции при синхронном раке ободочной кишки и желудка у пациента в возрасте 77 лет.

Больной Т., 77 лет (1942 г. р.), поступил в терапевтическое отделение Ступинской областной клинической больницы (СОКБ) 13.06.2019 с жалобами на общую слабость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания в течение двух месяцев. При обращении к участковому терапевту в анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 36 г/л. В связи с анемией пациент направлен на дообследование и лечение в СОКБ.

Из анамнеза жизни: состоит на учете по аденOME предстательной железы и ХИБС, атеросклеротического коронарокардиосклероза, гипертонической болезни 2 А степени.

Общее состояние при поступлении пациента средней тяжести. Питания повышенного. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы бледные. Дыхание в легких везикулярное. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. АД=105/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, несколько болезненный в правом подреберье. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Имеется пастозность нижних конечностей. Стул, диурез без особенностей.

В анализе крови от 13.06.2020 г. гемоглобин – 36 г/л. Назначено лечение тяжелой анемии, включая гемотрансфузии.

При ФГДС в антральном отделе желудка выявлена инфильтративная язва размером 25×20 мм без признаков кровотечения. Биопсия из краев язвы № 10526 – высокодифференцированная аденокарцинома. СКТ органов брюшной полости с контрастированием – в области восходящего отдела ободочной кишки определяется объемное образование размерами 57×56 мм, суживающее просвет кишки и накапливающее контраст. Фиброколоноскопия – на расстоянии 100 см от ануса определяется экзофитное бугристое циркулярно суживающее просвет кишки плотное образование. Биопсия из образования кишки – аденокарцинома с распадом.

У пациента диагностирована первично-множественная синхронная полинеоплазия: рак восходящего отдела ободочной кишки с опухолевым стенозом и тяжелой анемией и рак антрального отдела желудка без регионарных и отдаленных метастазов. После купирования анемии и перевода пациента в онкологическое отделение на состоявшемся врачебном консилиуме решено, что в связи с эндоскопическими признаками обтурационной кишечной непроходимости и опасностью желудочного кровотечения пациенту показано хирургическое лечение по поводу этих двух новообразований.

05.07.2019 г. проведена операция: симультанная правосторонняя гемиколэктомия и дистальная субтотальная резекция желудка по Бильроту-2 с лимфодиссекцией D2 (хирург Коваленко В. А.). Во время операции отдаленных и регионарных метастазов не найдено. В области печеночного угла ободочной кишки была обнаружена плотная циркулярная опухоль размером 6×5 см без выхода за пределы кишки (фото 1).

В антральном отделе желудка инфильтрация передней стенки небольших размеров (фото 2).

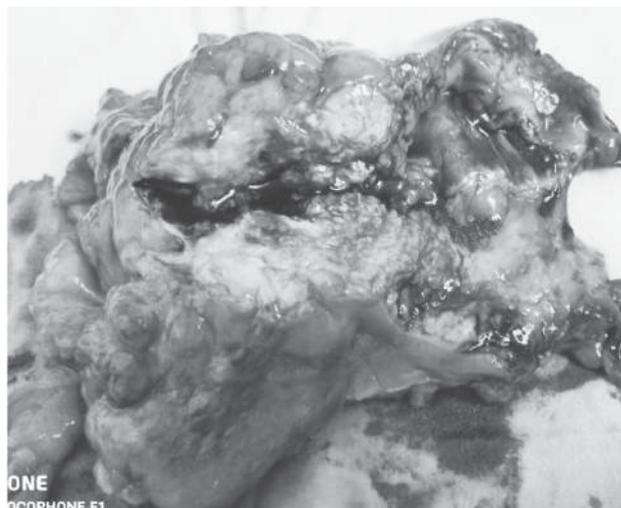


Фото 1. Внешний вид резецированной ободочной кишки с опухолью. Стенка кишки в зоне роста опухоли рассечена

В течение 3 часов 40 минут выполнен вышеуказанный объем хирургического вмешательства. Течение после операции без осложнений. Больной выписан на 17-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Гистологическое исследование резецированного кишечника № 5744: малодифференцированная аденокарцинома с прорастанием мышечного слоя толстой кишки без метастазов в шести лимфатических узлах. Гистологическое исследование резецированного желудка № 5756: высокодифференцированная аденокарцинома желудка с прорастанием мышечного слоя без метастазов в сальники и лимфатические узлы.

В настоящее время, спустя 18 месяцев после хирургического лечения, состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет, находится на диспансерном наблюдении у районного онколога.



Фото 2. Резецированный желудок с язвенно-инфильтративной опухолью

Таким образом, несмотря на преклонный возраст пациента и сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы, симультанная операция, выполненная по поводу первично-множественного синхронного рака ободочной кишки и рака антрального отдела желудка, позволила одновременно решить несколько задач:

1. предупредить развитие таких осложнений, как кишечная непроходимость и желудочное кровотечение;
2. предупредить возможность прогрессирования онкологического заболевания в случае

последовательного хирургического лечения двух опухолей разных органов;

3. сократить время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения;
4. устранить риск повторной операции, повторного наркоза и их осложнений;
5. исключить повторное обследование и предоперационную подготовку;
6. повысить экономическую эффективность лечения;
7. избежать дополнительной психологической травмы пациента при повторном оперативном лечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гедревич З. Э. *Симультанные операции при раке ободочной кишки у лиц пожилого и старческого возраста* / З. Э. Гедревич, А. В. Прохоров, Ю. Г. Цемахов // *Мед. журнал.* – 2015. – № 3. – С. 42–44.
2. Дыхно Ю. А. *Симультанные операции при раке легкого* // *Сиб. онкол. журнал.* – 2009. – № 1 (31). – С. 83–85.

3. *Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность)* / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена фпл. ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ, 2019. – 250 с.: ил.
4. Reiffescheid, M. *Der simultaneingriff in der Bauchhohle – Chirurgische Aspekte* // *Zentralblatt für Chirurgie.* – 1971. – Bd. 96, № 35. – S. 1210–1211.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-47-49
УДК 613.49

Биопленки – осложнение процедуры контурной пластики гиалуроновой кислотой в косметологии. Клинический случай

М. В. Щёткина

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 9242002030; e-mail: ipksz.cosm@mail.ru

Biofilms as a complication of the hyaluronic acid contouring procedure in cosmetology. A clinical case

M. V. Shchetkina

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 9242002030; e-mail: ipksz-cosm@mail.ru

Биопленки – осложнение процедуры контурной пластики гиалуроновой кислотой в косметологии. Описан клинический случай осложнения процедуры контурной пластики на фоне хронического тонзиллита.

Ключевые слова: филлер, биологические пленки, инъекция, бактерии, лечение, косметология, осложнение.

Biofilms are a complication of the hyaluronic acid contouring procedure in cosmetology. A clinical case of complications of the contouring plastic surgery procedure against the background of chronic tonsillitis is described.

Key words: filler; biological films; injection; bacteria; treatment; cosmetology; complication.

Контурная пластика – одна из самых востребованных процедур в современной косметологии.

После выполнения процедур могут возникнуть такие нежелательные явления, как отек,

гематома, гиперкоррекция, обострение герпетической инфекции, аллергическая реакция, эмболия сосудов.

Биопленка – одно из нечастых осложнений, но требующих определенного подхода к терапии.

Биологические пленки – это совокупность микроорганизмов, в которой клетки как бы приклеенные друг к другу или к поверхности, связаны между собой. Они образуются вокруг очага воспаления.

Биопленки создаются разными микроорганизмами, например, бактериями, простейшими животными или грибами [2].

Стадии образования:

- прикрепление бактерий к поверхности;
- формирование колонии;
- созревание биопленки;
- дисперсия.

На первом этапе блуждающие вокруг поверхности очага воспаления бактерии концентрируются и прикрепляются к его поверхности, а затем захватываются защитной клейкой полимерной массой, выделяемой из клеток, в результате чего и образуются микроколонии, которые не восприимчивы к действию антибиотиков, – так называемое обрастание. Биопленка состоит из ДНК, белков и полисахаридов. Этот состав защищает клетки и способствует их взаимодействию. Передаваемые биопленкой биохимические сигналы также ускоряют и передачу питательных веществ к разрастающимся бактериям [5]. На последней стадии ее формирования биопленка может только менять форму и размер. Полностью сформированная колония неподвластна действию антибиотиков. Такая биоактивная масса на различных стадиях развития приобретает собственные ДНК и ЗПМ, а ее дисперсия может привести к распространению и формированию новых колоний [1].

Биопленка может быть дремлющей в зависимости от наличия активизирующих внешних факторов. Когда клеточный метаболизм замирает, биопленка впадает в пассивное состояние. Биопленка активизируется при нарушении ее внутренней среды, например, травмах, инъекциях, физическом давлении. Такие действия обычно вызывают локальные инфекции, абсцессы, гранулемы на инородных телах, узелки или системные заражения.

Биопленки препятствуют заживлению ран и значительно сокращают эффективность наружных антибактериальных средств [9].

Образование биопленок может быть следствием введения филлеров.

Как правило, побочные явления в виде эритематозных, слегка болезненных узелков проявляются через несколько недель после введения инородного вещества. Бывает, они не исчезают месяцами и причиняют пациенту существенный дискомфорт. Ранее считалось, что это аллергическая реакция на введенный филлер, но доказательной базы получено не

было. Образующиеся узелки всегда маленького размера, локально расположены и не несут в себе антиген. Более того, многие из них рассасываются при приеме антибиотиков [8]. Подобная реакция происходит чаще всего после введения гидрофильных филлеров – в результате образуется биопленка.

Терапия осложнения следует начать с двухнедельного курса противомикробных препаратов широкого спектра. После антибиотикотерапии следует начать применение гормонов.

Меры предосторожности: инъекция филлера часто осуществляется в областях с постоянно присутствующими бактериями, таких как губы или кожа лица, пораженная акне. Поэтому так важно соблюдать существующие правила, чтобы избежать попадания инфекции до и после процедуры:

- тщательное промывание места введения инъекции с использованием антисептического раствора;
- локальное нанесение антибактериальных наружных средств 2-3 раза в сутки с целью профилактики инфекционных осложнений;
- любое болезненное ощущение спустя несколько дней после инъекции – повод обратиться к врачу.

Очень важно помнить о риске появления гранулемы инородных тел, как о возможном осложнении после введения филлеров [1]. Не исключено, что это один из механизмов формирования биопленок.

Биопленки могут представлять собой эритематозные узелки и папулы, инертные, бессимптомные гранулемы, которые могут даже спадать сами по себе, а особенно при введении гиалуроновой кислоты. Биопленки также могут привести к локальным гнойным инфекциям, проявляющимся в виде глубоких абсцессов. Гранулемы могут также проявляться в виде гипертрофических рубцов, отеков и постоянной эритемы или обесцвечивания.

Рецидив активной инфекции после успешного лечения – признак присутствия биопленки [3]. Чтобы предотвратить такие инфекции, рекомендуется строгая техника асептических инъекций наряду с тщательным обеззараживанием кожи антисептическими растворами [7].

Лечение

1. В гранулемы, образованные биопленками, вводят кортикостероиды, непосредственно в очаг воспаления. В тяжелых случаях возможна системная терапия глюкокортикостероидами.

2. Курс противомикробных препаратов широкого спектра действия.

3. Эффективно использование гиалуронидазы для лизиса механической поддержки колонии биопленки.

4. Использование бактериофагов для борьбы с болезнями, связанными с биопленкой, благодаря их способности проникать в более глубокие слои биопленок и нацеливаться на устойчивость к антибиотикам, которая развивается в контексте биопленок. Бактериофаги (или фаги) – это вирусы, которые заражают бактерии и в конечном итоге вызывают лизис клеток. По этой причине их также можно использовать в качестве стратегии против биопленки. Клеточный лизис вызывается лизинами, которые продуцируются фагами.

5. Лазеры для достижения прямого лизиса биопленочного матрикса в воспалительных узлах.

6. Хирургическое иссечение воспалительных поражений следует применять только в очень тяжелых, устойчивых к лечению случаях.

Профилактика осложнений

Не существует четких указаний о том, как окончательно устранить риск образования биопленки, но есть определенные меры, которые необходимо соблюдать для обеспечения безопасных и чистых инъекций.

Важно знать, были ли ранее имплантированы постоянные или неразлагаемые наполнители. Постоянные наполнители несут более высокий риск заражения в результате травмы или разрушения, если они соседствуют с другими филлерами. Возможно, это связано с вызванным иглой разрывом защитной капсулы, которая подвергает старый наполнитель воздействию бактерий. Кроме того, следует избегать больших объемов наполнителей, так как они могут вызывать значительное воспаление.

Клинический случай. Пациентка И., 39 лет, обратилась в клинику с целью заполнения носогубной и носощечной складок филлерами на основе гиалуроновой кислоты. Аллергический анамнез без особенностей. Накануне перенесла обострение хронического тонзиллита, не лечилась. С целью коррекции косметических недостатков носощечной борозды были выбраны препараты из одной линейки: монофазная гиалуроновая кислота 23 мг/мл, содержание BDDE 0,48, а для коррекции носогубной складки – гиалуроновая кислота 26 мг/мл, содержание BDDE 0,56. Всего было введено 2 мл общего количество препарата. Через 3 недели пациентка обратилась с жалобами на не симметричную припухлость в местах введения препарата. Болезненности не наблюдалось. Пациентке была назначена антигистаминная терапия, стероиды наружно в течение 7 дней. Лечение без эффекта. На 8-й день произведено введение гиалуронидазы в очаги, дексаметазон внутримышечно однократно, макролиды 10 дней, что привело к разрешению процесса.

Таким образом, при проведении инъекций с гиалуроновой кислотой необходимо соблюдать правила асептики и антисептики. Необходимо использовать эффективный антисептический раствор для кожи. Внимательно собирать анамнез на предмет хронической стрептококковой инфекции. Проводить тщательный осмотр. При возникновении таких нежелательных явлений следует применять антибиотики широкого спектра действия, противомикробные препараты, кортикостероиды, бактериофаги. Целесообразно применение гиалуронидазы для удаления филлера, а также лазерная терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Димитраску Д. И. Современные знания о формировании биопленки после инъекций дермального наполнителя с гиалуроновой кислотой: обзор / Д. И. Димитраску, А. В. Георгеску. – URL: <http://www.dermatology.ru/translation/sovremennye-znaniya-o-formirovanii-bioplunki-posle-ineksii-dermalnogo-napolnitelya-s-gi>

2. Федоров А. А. Биопленки и их роль в инфекциях мягких тканей после имплантации филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты // Инъекционная косметология. – 2016. – № 3.

3. Юсова Ж. Ю. Асептика: профилактика постинъекционных осложнений / Ж. Ю. Юсова, А. И. Соболева, Е. О. Леонтьева // Инъекционная косметология. – 2016. – № 3.

4. Filler Nodules: Inflammatory or Infectious. A Review of Biofilms and Their Implications on Clinical Practice //

O. Ibrahim, J. Overman, K. A. Arndt, J. S. Dover // *Dermatologic Surgery*. – 2018. – № 44 (1): Jan. – P. 53-60.

5. Niami F. The increasing relevance of biofilms in common dermatological conditions // *The J. of Dermatological Treatment*. – 2018. – № 29 (2): Mar. – P. 202-207.

6. Бактериальные биопленки после инъекций филлеров: руководство к действию для косметологов. – URL: <http://aesthetic-futures.com.ua/bakterialnye-bioplunki-posle-inyeksiy-fillerov>.

7. Возможные осложнения после контурной пластики. – URL: <https://cosmetology-info.ru/6044/Plastic-surgery-Vozmozhnye-oslozhneniya-posle-konturnoy-plastiki/>

8. Материалы с обучения. Образование биопленок при введении филлеров. – URL: <https://olta.su/articles/open/139>.

9. Образование биопленок при введении филлеров. – URL: <https://www.1nep.ru/articles/148927/>

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-50-52

УДК 616.24-002-073.7

Синдром средней доли: клиническое наблюдение

В. П. Янчук

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

Middle lobe syndrome: a clinical case

V. P. Yanchuk

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

Под термином «синдром средней доли» подразумеваются процессы, которые приводят к тому, что из-за внешнего давления и изменений в состоянии тканей сужаются воздухоносные пути. Обзорная рентгенография в двух проекциях является базовым методом лучевого обследования больных с подозрением на пневмонию средней доли. Недуг развивается у 6 % людей с заболеваниями легких. Синдром средней доли – неокончательный клинический и рентгенологический диагноз. Он требует уточнения патологического процесса.

Ключевые слова: пневмония, синдром средней доли, рентгенологические исследования.

The term of middle lobe syndrome refers to abnormal processes that lead to the fact that due to external pressure and changes in the state of tissues, the airways are narrowed. Plain radiography in two projections is the basic method of radiological examination of patients with suspected "pneumonia" of the middle lobe. The disease develops in 6% of people with lung disorders. Middle lobe syndrome is an inconclusive clinical and radiological diagnosis. It requires clarification of the abnormal process.

Key words: pneumonia; middle lobe syndrome; X-ray studies.

Синдром средней доли развивается у 6 % людей с заболеваниями легких. Среди причин синдрома средней доли на первом месте стоят инфекционные процессы, саркоидоз легких, возвратная пневмония и туберкулез у пожилых людей. Эти причины наблюдаются у 40-60 % больных со среднедолевым синдромом. Примерно у 20-30 % больных причиной является бронхогенный рак. Инородные тела также могут быть причиной средне долевого синдрома [2, 4, 6].

Механизм развития синдрома средней доли предопределен патологическим состоянием, которое приводит к недостаточному снабжению воздухом участка легких. Добавляется медленный патологический процесс, возникающий при взаимодействии патогенных агентов с микроорганизмами. Полному или частично «выпадению» доли способствует сужение просвета средне долевого бронха. Последнее вызывается воспалительным отеком либо сдавливанием. На поздней стадии синдром приводит к развитию абсцесса легких [1-5].

Клинические проявления синдрома средней доли самые разнообразные и зависят от характера изменений. Иногда синдром средней доли протекает без проявления признаков, но может быть кашель с мокротой, кровохарканье,

боли в груди на пораженной стороне. Наблюдается постоянное или временное повышение температуры тела в пределах 37,0-37,9 °С. Это может происходить в течение нескольких недель или месяцев. Может развиваться обструктивный пневмонит, цирроз и пневмосклероз, фиброателектаз, бронхоэктаз. Гнойно-деструктивные процессы в основном представлены абсцессом в хронической форме либо пневмонией [1-5].

В диагностике синдрома средней доли рентгенологическому исследованию отводится решающая роль: рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, компьютерная томография грудной клетки, бронхография. Не меньшее значение при исследовании имеет и бронхоскопия. Когда проводится бронхоскопия, удается раскрыть причину, по которой нарушается проходимость бронхов, выявить в устье бронха стеноз, гнойный секрет, ино родное тело [1, 3-5].

Рентгенологически синдром средней доли проявляется уменьшением и уплотнением тени средней доли правого лёгкого. Критерием синдрома средней доли является снижение пневматизации и уменьшение объема средней доли. Это определяется в виде тени треугольной формы однородной структуры с четкими кон-



А Б
Рис. 1. А – рентгенологическое исследование ОГК в прямой проекции;
Б – рентгенологическое исследование ОГК в правой боковой проекции

турами, которая вершиной обращена к корню правого легкого, а основанием – к передней грудной стенке и диафрагмальному синусу, либо тени в виде 2–3 см полоски [1–5].

Клиническое наблюдение. Больной Н., 63 лет, поступил 19.11.18 года в одну из городских больниц г. Петропавловска-Камчатского по экстренным показаниям. Диагноз направления: пневмония. Диагноз поступления: внебольничная пневмония в средней доле правого легкого средней степени тяжести, дыхательная недостаточность II ст. по смешанному типу.

При поступлении в стационар пациент жаловался на кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, ноющие боли в мелких суставах кистей, перебои в работе сердца.

Из анамнеза заболевания: болен в течение месяца. 24.10.18 г. амбулаторно обращался за медицинской помощью. По данным флюорографии органов грудной клетки «нельзя исключить инфильтрацию правого легкого», снимки утеряны. Амбулаторно получал курс антибиотикотерапии. Эффект был положительный, но, как оказалось, кратковременный, спустя несколько дней после лечения 07.11.18. повторно обратился в поликлинику, где и был поставлен диагноз J18.9 Пневмония средней доли правого легкого.

Характер заболевания: хроническое, известное ранее. Лечение продолжили до 19.11.18. до поступления в одну из городских больниц г. Петропавловска-Камчатского по экстренным показаниям.

На момент осмотра: состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледные, цианоз губ. Перкуторно – притупление справа над S6,8. Аускультативно – ослабление справа над S6,8. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца аритмичны, первый тон ослаблен. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 85 ударов в минуту. Живот правильной формы, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание затруднено.

При поступлении в стационар 19.11.2018 пациенту была выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости.

Врачом-рентгенологом высшей категории, заведующим отделением А.В. Бондаренко была описана картина «среднедолевого синдрома», возможно, пневмонии средней доли правого легкого и, с учетом возраста, рекомендована бронхоскопия (рис. 1).

Проведено лабораторное и инструментальное обследование: ОАК: WBC $7,1 \times 10^9/\text{л}$, RBC $2,94 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB $<88 \text{ г/л}$, СОЭ 45.0 мм/час. ОАМ: удельная плотность 1015, белок 0,5 г/л, белок количественно 0,7 г/л лейкоциты 2–4 в п. зр., микроскопия лейкоциты 5–7–10, эритроциты 120–150–150, эпителий плоский 1–2–2. Биохимическое исследование: мочевина 43,6 ммоль/л, креатинин 427 мкмоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

Микробиологическое исследование, МБТ(-), УЗИ: признаки изменений поджелудочной железы и печени. Умеренные изменения почек, простые кисты почек. ЭКГ: диффузные изменения миокарда, экстрасистолия. Бронхоскопия на амбулаторном этапе не проводилась.



Рис. 2. «Слепок» самого средне-долевого бронха и сегментарных бронхов

Установлен клинический диагноз: внебольничная пневмония средней доли правого легкого, средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность I-II ст. по смешанному типу. ИБС, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Клапанная форма фибрилляции предсердий, экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность IV-а ст. Сахарный диабет II типа, субкомпенсация. Диабетическая нефропатия ХБП IV ст. Серопозитивный ревматоидный артрит.

Больному проводилась антибиотикотерапия. Были назначены препараты калия, мочегонные, а также нестероидные противовоспалительные препараты по поводу ревматоидного артрита на протяжении 2 недель, без положительной динамики. Бронхоскопия не назначалась и не проводилась. Больной «затяжелел», отмечались явления полиорганной недостаточности и 03.12.18 г. его перевели в реанимационное отделение, где проводилась антибиотикотерапия, кроме этого коррекция водно-электролитного и кислотно-основного

состояния, гастропротекция, гемотерапия, парентеральное питание, энтеральное питание.

С учетом описания врача рентгенолога и по настоянию врачей-реаниматологов 04.12.2018 г. больному была назначена и на следующий день выполнена бронхоскопия. Обнаружено: правый среднедолевой бронх (просвет не прослеживается) заполнен плотным зеленоватым содержимым; с помощью биопсийных щипцов из среднедолевого бронха был получен «слепок», размерами 0,4×0,4×2,5 см, самого среднедолевого бронха и сегментарных бронхов (рис. 2).

По результатам патоморфологического исследования биопсийного материала из измененной стенки среднедолевого бронха после извлечения «инородного тела» констатировано: закупорка среднедолевого бронха справа гнойно-некротическими массами. Ателектаз. Ограниченный эндобронхит. Опухолевый рост не обнаружен.

После проведенной бронхоскопии и интенсивной терапии отмечалась положительная динамика в состоянии больного, улучшилась и рентгенологическая картина. Пациент был переведен в обычную палату и через 2 недели выписан в удовлетворительном состоянии.

Представлено клиническое наблюдение за течением внебольничной пневмонии средней доли правого легкого у пациента 63 лет. Данное клиническое наблюдение интересно тем, что клиническая и рентгенологическая картина у пожилых людей может быть обусловлена и воспалительным процессом, и онкологическим заболеванием, и туберкулезом, что требует тщательной дифференциальной диагностики. Ведущим диагностическим методом является рентгенологический, а диагностическим и лечебным методом в подобных клинических ситуациях является бронхоскопия. Бронхоскопия должна назначаться и выполняться практически сразу после осмотра и проведения рентгенологического исследования, т. е. нужно всегда выполнять стандарт обследования пульмонологического больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карнаушкина М. А. Синдром уплотнения легочной ткани при оценке компьютерно-томографических изображений органов грудной клетки в практике клинициста: патогенез, значение, дифференциальный диагноз / М. А. Карнаушкина, А. В. Аверьянов, В. Н. Лесняк. – DOI 10.18093/0869-0189-2018-28-6-715-721 // Пульмонология. – 2018. – № 28 (6). – С. 715–721.
2. Крючкова Т. А. Синдром средней доли у ребенка / Т. А. Крючкова, Т. А. Романова, И. В. Гудова // Научные ведомости. Серия «Медицина. Фармация». – 2012. – № 16 (135), Вып. 19. – С. 191–193.
3. Ланге С. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной клетки / С. Ланге, Д. Уолли; пер. с англ. под ред. С. К. Тернового, А. И. Шехтера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 432 с.
4. Тюрин И. Е. Рентгенодиагностика внебольничных пневмоний // Поликлиника. – 2013. – № 3-1. – С. 7–11.
5. Тюрин И. Е. Рентгенодиагностика тяжелой пневмонии и гриппа / И. Е. Тюрин. – DOI 10.22328/2079-5343-2016-1-13-16 // Лучевая диагностика и терапия. – 2016. – № 1. – С. 13–16.
6. Bronchiolitis: A practical approach for the general radiologist / P. J. Winningham, S. Martínez-Jiménez, M. L. Rosado-deChristenson et al. – DOI 10.1148/rg.2017160131 // RadioGraphics. – 2017. – № 37 (3). – P. 777–794.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-53-60
УДК 616.61-001-073.43

Роль ультразвуковой диагностики при травме почек

Л. О. Глазун, Е. В. Полухина

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 72-87-37; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

The role of ultrasonic diagnostics in kidney injury

L. O. Glazun, E. V. Polukhina

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 72-87-37; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

При повреждениях почек ультразвуковое исследование является первоочередным, а часто и главным инструментальным методом диагностики, позволяющим диагностировать основные травматические поражения: ушиб почки, гематомы различной локализации, разрыв почки, ряд сосудистых повреждений. В уточнении распространенности процесса при травмах высокой степени тяжести и при повреждении крупных сосудов рекомендуется использовать компьютерную томографию с контрастированием, которая в этих случаях имеет преимущество в сравнении с возможностями ультразвукового исследования. Ультразвуковое исследование незаменимо в динамическом наблюдении состояния почки после травмы.

Ключевые слова: травма почки, ультразвуковая диагностика, разрыв почки.

In case of kidney damage, ultrasound is the primary, and often the main instrumental diagnostic method, which makes it possible to diagnose the main traumatic lesions: kidney contusion, hematomas of various localization, kidney rupture, and a number of vascular injuries. To clarify the prevalence of the process in high-severity injuries and damage to large vessels, it is recommended to use contrast-enhanced computed tomography, which in these cases has an advantage over the capabilities of ultrasound. Ultrasound examination is indispensable in the dynamic observation of the state of the kidney after injury.

Key words: kidney injury; ultrasound diagnostics; kidney rupture.

Повреждения почек составляют 8–10 % всех случаев закрытых и проникающих травм брюшной полости и забрюшинного пространства. В мирное время наблюдаются в основном закрытые повреждения, причем у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин. Наиболее подвержены травмированию лица молодого и среднего возраста. Первое место среди причин травмы занимает уличный травматизм, второе – бытовой и спортивный травматизм. Причиной травмы почки могут быть сотрясение тела или удар в область почки. При этом важно то, что для повреждения почки необязательно воздействие большой травматической силы, даже незначительный удар может вызвать значительные повреждения органа [3, 12].

Правая почка повреждается чаще левой, что можно объяснить ее более низким расположением. Травмы почки могут сочетаться с повреждениями других органов (чаще органов брюшной полости, реже грудной клетки) либо быть изолированными.

В связи с широким внедрением в практическое здравоохранение инвазивных методов диагностики и лечения, таких как диагности-

ческая чрескожная пункционная нефробиопсия, чрескожная нефростомия, чрескожная литотрипсия, возросла частота наблюдаемых осложнений. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия также может привести к закрытым травматическим поражениям почек.

Классификация травмы почек

Закрытые повреждения делят на семь групп в зависимости от характера и имеющих травматических изменений в почке и в окружающей паранефральной клетчатке [6]:

- ушиб почки, при котором отмечаются множественные кровоизлияния в почечной паренхиме при отсутствии макроскопического ее разрыва и субкапсулярной гематомы;
- повреждения паранефральной клетчатки и разрывы фиброзной капсулы, что может сопровождаться мелкими надрывами коры почки;
- подкапсулярный разрыв паренхимы, не проникающий в лоханку и чашечки;
- разрыв фиброзной капсулы и паренхимы почки с распространением его на лоханку или чашечки. Такие травмы сопровождаются кро-

воизлияниями и затеками мочи в паранефральную клетчатку с формированием урогематомы;

- размозжение почки;
- отрыв почки от почечной ножки, а также изолированное повреждение почечных сосудов с сохранением целостности самой почки;

- контузия почки при литотрипсии.

Американская Ассоциация травматологов рекомендует следующую градацию повреждений почки [17]:

- Степень 1: гематурия без изменений по данным методов визуализации, ушибы, нераспространенные подкапсульные гематомы;

- Степень 2: нераспространенные перинефральные гематомы, поверхностные кортикальные повреждения глубиной менее 1 см без повреждения собирательной системы;

- Степень 3: повреждения почки более 1 см без вовлечения собирательной системы;

- Степень 4: повреждения почки, распространяющиеся на собирательную систему, повреждение сосудов почки с кровоизлияниями, сегментарные инфаркты, распространенные подкапсульные гематомы со сдавлением почки;

- Степень 5: размозжение почек, отрыв мочеточников, полный разрыв или тромбоз основных почечных артерий или вен.

В диагностике повреждений почек методы визуализации имеют особое значение, поскольку физикальное обследование пациента, как правило, не позволяет определить вид, характер и тяжесть повреждения. Кроме того, травма почки часто сочетается с поражением других органов. Ультразвуковое исследование, являясь идеальным скрининговым методом, позволяет выявить характер поражения почек и дать дополнительную информацию о состоянии органов брюшной полости.

Благодаря высокой информативности в выявлении жидкости в брюшной полости ультразвуковое исследование было введено в обязательный алгоритм обследования пациентов при сочетанной травме в виде выполнения протокола FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma). Этим термином обозначается ограниченное ультразвуковое исследование, направленное исключительно на поиск свободной жидкости в брюшной полости, в перикардиальной полости и плевральных полостях, а также на выявление признаков пневмоторакса.

Ультразвуковое исследование является первым инструментальным методом, дающим начальную оценку повреждения почек при травме. Чувствительность ультразвуковой диагностики в выявлении повреждений паренхимы почек составляет, по данным зарубежных авторов, от 25 % до 67 %, при достаточно высокой

специфичности – 96-100 % [7, 10]. По данным отечественных авторов, выявление паренхиматозных повреждений почки при ультразвуковом исследовании значительно выше (90,1-92,0 %) [1, 2]. Тем не менее, возможности ультразвуковой диагностики ограничены в оценке глубины и распространенности поражения. При наличии клинических проявлений травмы почки, не обнаруженных при ультразвуковом исследовании, и при тяжелых повреждениях, выявленных эхографически, для уточнения степени поражения необходимо дополнительно проведение компьютерной томографии, обладающей большей чувствительностью и точностью диагностики [7, 10]. Предпочтение отдают проведению спиральной компьютерной томографии, ввиду наличия трехмерного изображения, позволяющего более точно определить степень повреждения паренхимы и полостной системы почки, а также уточнить состояние сосудистой системы почек.

Несмотря на большую информативность компьютерной томографии, следует отметить ее меньшую доступность, ограничения в применении у пациентов с нестабильной гемодинамикой и невозможность использования в динамическом наблюдении за эффективностью лечения.

Ультразвуковая диагностика ушиба почки

Несмотря на то, что травма почки представляет опасность для жизни, наибольшую часть (90–95 %) составляют умеренные повреждения, которые лечатся консервативно [16].

Наименее тяжелым повреждением почки является ее ушиб. Ультразвуковые проявления ушиба почки зависят от степени повреждения паренхимы. Минимальные повреждения могут не выявляться при ультразвуковом исследовании.

При более выраженных повреждениях определяются следующие эхографические признаки ушиба почки:

- увеличение размера;
- утолщение паренхимы;
- повышение кортикальной эхогенности.

Данные признаки не являются специфичными и могут встречаться при других заболеваниях почек. Но, как правило, больные с ушибом почки поступают с четкими анамнестическими данными травмы почки с целью исключения разрыва почки. Подобные изменения паренхимы мы наблюдали и у пациентов после дистанционной литотрипсии.

Наиболее информативна диагностика ушиба почки в сравнении с противоположной стороной. При этом выявляется отчетливая

асимметрия размеров почек с увеличением поврежденной за счет утолщения паренхимы. Кортикальная эхогенность при ушибе почки повышается до I-II степени и становится равна эхогенности паренхимы печени и селезенки или превышает ее. Для ушиба характерно сохранение контура почки за счет неповрежденной капсулы. При выраженном отеке отмечается сдавление почечного синуса и увеличение почки.

При доплерографии у больных с ушибом почек выявляется повышение скоростных показателей кровотока в почечных артериях на всех уровнях и повышение индекса резистентности. Аналогичные изменения гемодинамики наблюдаются и у пациентов с мочекаменной болезнью в первые-вторые сутки после сеанса дистанционной нефролитотрипсии, что объясняется увеличением тонуса сосудистой стенки под воздействием ударной волны, отеком и инфильтрацией паренхимы почки [11].

Ультразвуковая диагностика гематом

При повреждении почек гематомы могут быть различной локализации и размеров. Различают гематомы:

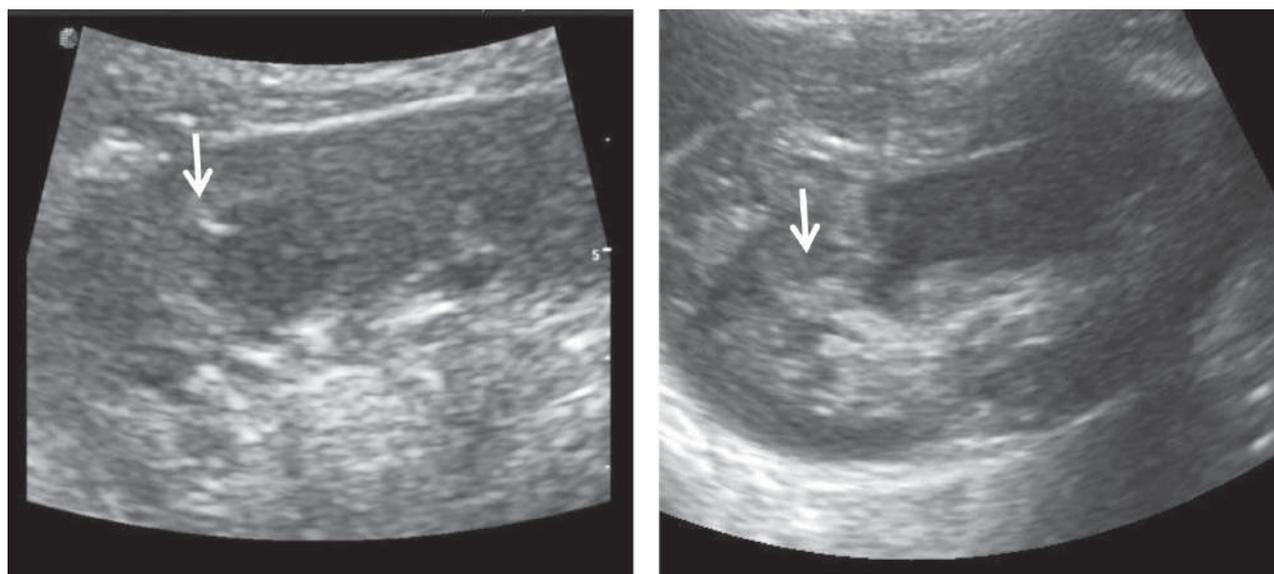
- внутривнутрипаренхиматозные;
- подкапсульные;
- перинефральные гематомы и урогематомы за счет повреждения паренхимы почки с разрывом фиброзной капсулы;
- паранефральные гематомы за счет повреждения сосудов забрюшинной клетчатки.

Для всех гематом характерно изменение ультразвуковой картины в зависимости от

стадии процесса. Свежие гематомы содержат жидкую кровь и изображаются в виде гипоэхогенного образования. К концу первых суток гематома переходит в стадию сгустка и сопровождается повышением эхогенности. В этой стадии гематома трудноотличима от тканевых структур. Именно на эту стадию приходится наибольшее количество диагностических ошибок. Спустя трое суток после травмы начинается стадия гемолиза – отделение плазмы и фибрина, разделение на плотный и жидкий компоненты. Гематома приобретает сетчатую структуру. В стадии гемолиза гематома уменьшается в размерах. Гематомы небольших размеров могут полностью рассасываться. Исходом может быть организация гематомы (стадия репарации) и формирование зоны фиброза или образование посттравматической кисты.

Внутрипаренхиматозные гематомы обычно небольших размеров. Могут встречаться не только при тупых травмах, но и при инвазивных врачебных вмешательствах (диагностическая пункционная биопсия). При ультразвуковом исследовании внутривнутрипаренхиматозные гематомы проявляются участками пониженной эхогенности без четких контуров, часто с локальным утолщением паренхимы. Повреждение паренхимы подтверждается при цветовом доплеровском картировании: зоны кровоизлияний не окрашиваются. При динамическом исследовании через 2–3 дня после травмы выявляется повышение эхогенности зоны гематомы (рис. 1).

Реже встречаются крупные внутривнутрипочечные гематомы, рассасывание таких обра-



А

Б

Рис. 1. Внутрипаренхиматозная гематома в нижнем полюсе левой почки после нефробиопсии (стрелки). Гипоэхогенное образование в первые сутки после травмы (А). Гиперэхогенное образование в области гематомы через 2 дня (Б)



Рис. 2. Подкапсульная гематома почки после литотрипсии (стрелка)

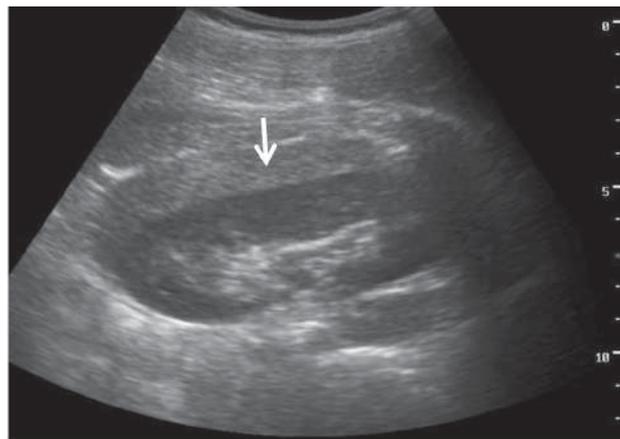


Рис. 3. Крупная подкапсульная гематома в стадии сгустка (стрелка)

зований затягивается. При ультразвуковом исследовании выявляются внутрипочечные образования гетерогенной, сетчатой структуры.

При наличии больших дефектов и гематом возможно образование посттравматических кист примерно спустя месяц с момента повреждения. Эти кисты являются псевдокистами, так как не имеют капсулы, а находятся полостью в паренхиме и содержат жидкостные продукты гемолиза. В структуре посттравматических осложнений кисты почек составляют 10,2 % [5].

Подкапсульные гематомы образуются при разрывах коркового слоя почки без нарушения целостности капсулы. Они могут быть различных размеров: от небольшого локального пространства между капсулой и почкой до полного отслоения капсулы.

Изображение гематом зависит от срока их давности. В первые сутки обнаруживаются анэхогенные жидкостные образования (рис. 2).

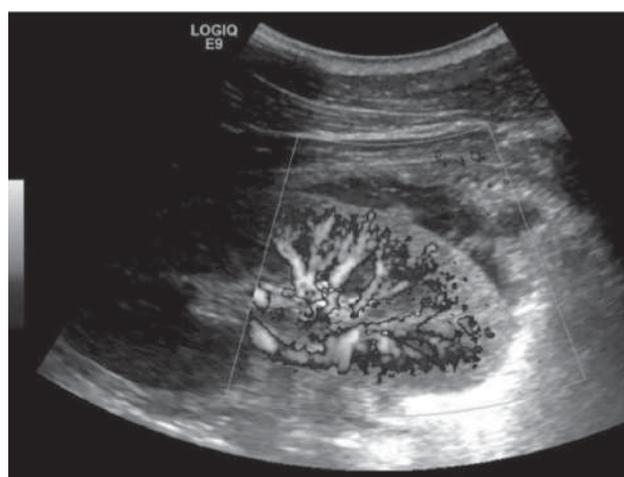
На вторые сутки и в последующие двое суток от момента повреждения почки гематома находится в стадии сгустка и визуализируется в виде эхогенного образования. Вначале эхогенность его ниже эхогенности почки. Затем эхогенность повышается и превышает эхогенность почки (рис. 3). В случаях близкой к почке эхогенности гематома с трудом дифференцируется от паренхимы, что служит основой диагностических ошибок.

Спустя трое суток от момента травмы начинается процесс лизирования гематомы, которая разделяется на жидкостный компонент и более плотные структуры, приобретая сетчатый вид (рис. 4).

Подкапсульные гематомы могут вызывать компрессию почки и быть причиной нарушения внутрипочечного кровотока. При цветовом доплеровском картировании отмечается снижение васкуляризации коркового слоя почки в зоне подкапсульной гематомы. При крупных



А



Б

Рис. 4. Подкапсульная гематома в стадии гемолиза. Сетчатая структура гематомы. Гиперэхогенный сгусток в месте разрыва (стрелка) (А). При цветовом доплеровском картировании снижение васкуляризации в корковом слое почки в зоне подкапсульной гематомы (Б)

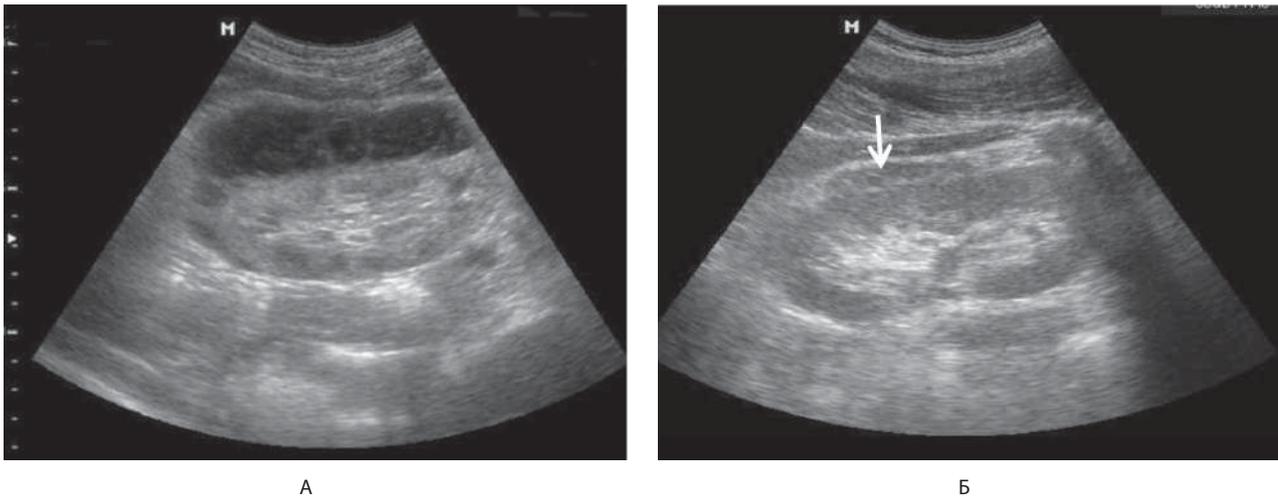


Рис. 5. Крупная подкапсулярная гематома в стадии гемолиза с признаками сдавления почки (А). В динамике через 3 месяца гематома в стадии организации (стрелка) (Б)

гематомах, отслаивающих капсулу почки на большом протяжении, при ультразвуковом исследовании отмечается выраженное повышение кортикальной эхогенности. Динамическое наблюдение показывает восстановление нормальной структуры паренхимы в стадии организации сгустка (рис. 5).

Хроническая субкапсулярная гематома, вызывающая компрессию почечной паренхимы и связанную с ней вторичную артериальную гипертензию обозначается как почка Пейджа – по имени автора, экспериментально доказавшего такой механизм возникновения артериальной гипертензии.

При травме единственной почки крупная подкапсулярная гематома может быть причиной острой почечной недостаточности [8].

Ультразвуковое исследование высокоинформативно в диагностике забрюшинных гематом, точность диагностики достигает 99,4 % [13].

Паранефральные гематомы являются следствием повреждения сосудов задней паранефральной клетчатки, они могут быть следствием тупых травм или диагностических и лечебных пункций. При этом в заднем паранефральном пространстве визуализируется дополнительное образование, эхогенность и структура которого соответствует изменениям, претерпеваемым в динамике гематомой.

Обнаружение **перинефральной гематомы**, ограниченной капсулой Герота и непосредственно связанной с почкой, служит указанием на разрыв почки и основанием поиска зоны повреждения (рис. 6) [13].

Ультразвуковая диагностика разрыва почки

Разрыв почки с нарушением капсулы приводит к формированию крупных перинефральных гематом (рис. 7).



Рис. 6. Перинефральная гематома, отделенная фасцией Герота от переднего паранефрального пространства (стрелка). Неоднородность структуры почки с зоной повышенной эхогенности в нижнем полюсе

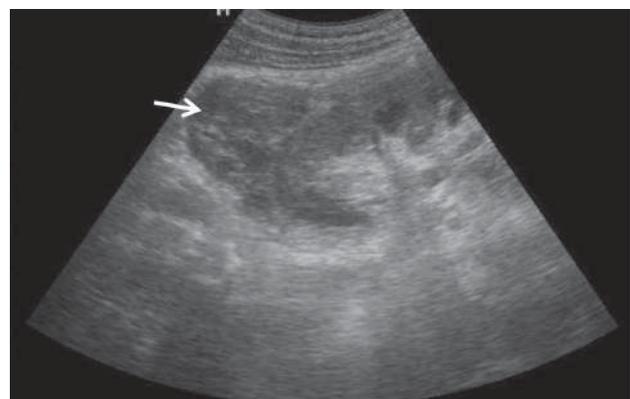


Рис. 7. Разрыв почки. Крупная перинефральная гематома (стрелка)

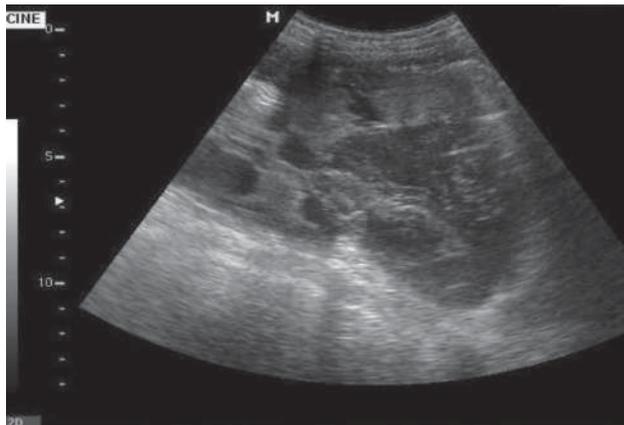


Рис. 8. Разрыв почки с гематомой и нарушением структуры почки

Ультразвуковыми критериями разрыва почки являются:

- прерывание капсулы почки с внутрипаренхиматозной гематомой;
- дополнительное гипоэхогенное образование в перинефральном пространстве между капсулой почки и фасцией Герота;
- ограничение экскурсии почки при дыхании;
- смещение почки.

Ограничение или отсутствие дыхательной экскурсии почки является четким маркером вовлечения в процесс околопочечной клетчатки. Образование крупной гематомы в перинефральном пространстве приводит к смещению почки (как правило, кпереди). Смещение почки наиболее четко выявляется при сравнении глубины положения левой и правой почки. Данный признак особенно полезен при гематоме в стадии сгустка и затруднении ее дифференцирования от окружающих тканей.

Существенную помощь в выявлении зоны поврежденной паренхимы оказывает цветовое доплеровское картирование. Отсутствие изображения внутрипочечных сосудов указывает на травматическое повреждение паренхимы

почки, однако для уточнения степени повреждения паренхимы и разрыва почки следует продолжить обследование больного с применением компьютерной томографии.

Ультразвуковая картина почки зависит от выраженности повреждения почечной паренхимы (от небольших надрывов коркового слоя до размозжения почки и отрыва почечной ножки). При тяжелых повреждениях почка дифференцируется с трудом (рис. 8). В таких случаях степень и распространенность поражения более точно определяет компьютерная томография, обладающая большей чувствительностью и точностью диагностики. Тем не менее, в нашей практике данные, полученные при ультразвуковом исследовании, служили достаточным основанием для экстренного оперативного вмешательства.

Дополнительное перинефральное образование может быть различной структуры и размеров в зависимости от тяжести повреждения и сроков осмотра после травмы. Если разрыв паренхимы достигает чашечно-лоханочной системы, формируется околопочечная урогематома. Быстрое увеличение размеров урогематомы является показанием к ревизии забрюшинного пространства. При ультразвуковом исследовании обнаруживается крупное неоднородное, преимущественно анэхогенное образование (рис. 9).

При глубоких разрывах паренхимы почки, распространяющихся на лоханку или чашечки и сопровождающихся макрогематурией, возможны осложнения, связанные с тромбированием чашечно-лоханочной системы кровяными сгустками. В чашечках и лоханке могут визуализироваться округлой формы экзогенные образования (тромбы). При расположении тромба в лоханочно-мочеточниковом сегменте возникает обструкция с ультразвуковыми признаками гидронефроза (рис. 10). Массивные кровотечения в полост-



Рис. 9. Крупная урогематома при тяжелой травме почки

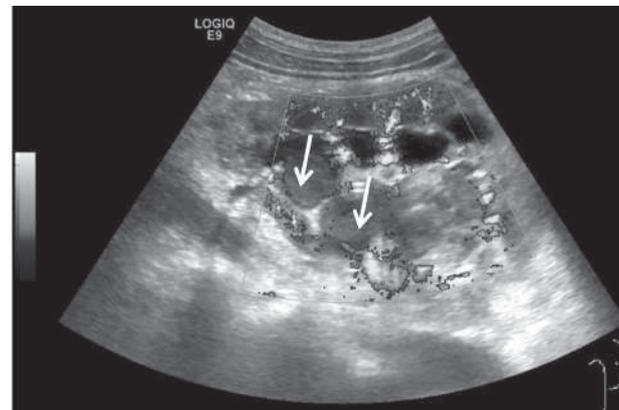


Рис. 10. Тампонада чашечно-лоханочной системы сгустками крови (стрелки)

ную систему могут вызывать также тампонаду мочевого пузыря.

В редких случаях при тупых травмах происходит разрыв крупных ретенционных кист. Киста уменьшается в размере, вокруг нее определяется жидкость. Контуры кисты неровные. При разрыве содержимое кисты может изливаться в чашечно-лоханочную систему или перинефральную клетчатку.

Ультразвуковая диагностика сосудистых повреждений почки

Повреждение почки с поражением сосудистого русла происходит только в 10–15 % случаев тупых травм почки. Изолированное поражение почечной артерии вследствие тупой травмы случается чрезвычайно редко, менее чем в 0,1 % всех травм [9].

Варианты повреждения сосудов различны: отрыв сосуда, диссекция, тромбоз. Анализ механизмов повреждения магистральной почечной артерии показывает, что окклюзия левой почечной артерии возникает за счет разрыва интимы почечной артерии при автотравме во время резкого торможения.

Окклюзия правой почечной артерии происходит в результате прямой травмы эпигастральной области и при прижатии артерии к позвоночному столбу. При этом непосредственной причиной окклюзии является повреждение интимы сосуда в виде ее разрыва и отслойки с последующим тромбозом.

Изолированная травматическая острая окклюзия магистральной почечной артерии – трудно диагностируемая патология. При полиорганной травме трудно бывает даже заподозрить повреждение почки, поскольку часто отсутствуют изменения в анализах мочи. Тем не менее, использование цветового доплеровского картирования позволяет поставить правильный диагноз [4].

Заподозрить окклюзию почечной артерии можно при отсутствии контрастирования при таком распространенном исследовании, как экскреторная урография. Точная диагностика осуществляется с помощью ангиографии. Однако ультразвуковое исследование, как правило, предшествует этому методу диагностики. При цветовом доплеровском картировании выявляется отсутствие кровотока в почке или резкое ослабление васкуляризации. При наличии добавочной почечной артерии окрашиваются только сосуды в области кровоснабжения данной артерии.

Нарушение перфузии почки приводит к кортикальному некрозу, проявляющемуся резким истончением коркового слоя с гиперэхогенным ободком вокруг пирамид. В позднем

периоде после травмы выявляется нефросклероз [4, 15].

При травматической окклюзии почечной артерии единственной почки или при двусторонних окклюзиях только активные хирургические вмешательства, в том числе эндоваскулярные, позволяют сохранить почку и жизнь пациента.

Частое проведение пункционной нефробиопсии в нефрологических клиниках с целью морфологической верификации диагноза приводит к росту количества осложнений. Для своевременной диагностики возможных осложнений ультразвуковое исследование должно проводиться до биопсии, во время биопсии и после биопсии. Помимо макрогематурии, паранефральных и внутрпочечных гематом, достаточно частым осложнением пункций является внутрпочечная артериовенозная фистула, по данным ультразвукового исследования встречающаяся с частотой от 3 до 12,5 %. В острый период артериовенозные фистулы обычно проявляются гематурией и болевым синдромом. В дальнейшем в большинстве случаев протекают бессимптомно и закрываются спонтанно в 80 % случаев в течение ближайших нескольких месяцев. У 40 % больных артериовенозная фистула сопровождается перинефральной гематомой [14].

Выявление артериовенозных фистул при ультразвуковом исследовании стало возможным с внедрением цветового доплеровского картирования, при котором определяется достаточно яркая картина ускоренного артериовенозного сброса на уровне фистулы.

Инфаркт почки вследствие посттравматической тромботической окклюзии сегментарных или междолевых артерий встречается значительно реже. При инфаркте почки при ультразвуковом исследовании выявляется локальный участок повышенной эхогенности,



Рис. 11. Посттравматический очаговый нефросклероз (стрелка)

чаще треугольной формы. При использовании цветового доплеровского картирования и энергетического доплера в данном участке васкуляризация отсутствует.

В отдаленный период в области инфаркта формируется зона очагового нефросклероза с резким истончением паренхимы и повышением ее экзогенности (рис. 11).

В исключительно редких случаях травматическое повреждение почечной артерии

приводит к образованию псевдоаневризмы, которая выявляется в виде анэхогенного округлого образования с двунаправленным кровотоком при цветовом доплеровском картировании.

В связи с тем, что формирование ряда осложнений травматического поражения почек наблюдаются в отдаленный период, рекомендуется ультразвуковой контроль почечного статуса в течение 3 лет после получения травмы [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Басек И. В. Неотложная комплексная лучевая диагностика закрытых повреждений почек при сочетанной травме : автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 25 с.
2. Сорока И. В. Особенности диагностики и лечения травмы почек у пострадавших с сочетанными повреждениями в различные периоды травматической болезни : автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2002. – 23 с.
3. Тиктинский О. А. Травмы мочеполовых органов / О. А. Тиктинский, Н. О. Тиктинский. – СПб. : Питер, 2002. – 288 с.
4. Ультразвуковая диагностика острой травматической окклюзии магистральной почечной артерии у ребенка / Е. Б. Ольхова, В. И. Руненко, М. И. Горицкий и др. // *Мед. визуализация*. – 2004. – № 5. – С. 63–69.
5. Шанава Г. Ш. Диагностика и лечение осложнений сочетанных травм почек в различных периодах травматической болезни : автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 23 с.
6. Шаплыгин А. В. Ранения и травмы почек (клиника, диагностика и лечение) : автореф. дисс. д-ра мед. наук / А. В. Шаплыгин. – М., 1999. – 40 с.
7. Accuracy of sonography in detection of renal injuries caused by blunt abdominal trauma: a prospective study / R. Jalli, N. Kamalzadeh, M. Lotfi et al. // *Ulusal Travma re Acil Cerrahi Dergisi*. – 2009. – Vol. 15, № 1. – P. 23–27.
8. Acute renal failure due to subcapsular renal hematoma in a solitary kidney: improvement after decompression / S. F. Matin, T. H. Hsu, E. A. Klein et al. // *The J. of Urology*. – 2002. – Vol. 168. – P. 2526–2527.
9. Blunt renal artery injury: incidence, diagnosis, and management / L. M. Bruce, M. A. Croce, J. M. Santaniello et al. // *The Amer. J. of Surgery*. – 2001. – Vol. 67, № 6. – P. 550–554.
10. Comparative evaluation of ultrasonography and CT in patients with abdominal trauma: A prospective study / M. Kshitish, V. Sushma, T. Sanjay et al. // *Ind. J. of Radiology and Imaging*. – 2000. – Vol. 10. – P. 237–243.
11. Ellah M. A. Changes of renal blood flow after ESWL: Assessment by ASL MR imaging, contrast enhanced MR imaging, and renal resistive index / M. A. Ellah, C. Kremser, L. Pallwein // *Europ. J. of Radiology*. – 2010. – Vol. 76 (1). – P. 124–128.
12. How to treat blunt kidney ruptures: primary open surgery or conservative treatment with deferred surgery when necessary? / H. Danuser, S. Wille, G. Zoscher, U. Studer // *Europ. Urology*. – 2001. – Vol. 39, № 1. – P. 9–14.
13. Lee G. C. Ultrasonography for acute blunt renal trauma: does it help? / G. C. Lee, K. L. Chang, C. W. Kam // *Hong Kong J. of Emergency Medicine*. – 2006. – Vol. 13, № 1. – P. 57–60.
14. Raju D. S. Arteriovenous fistula following kidney biopsy / D. S. Raju, S. Rammurti // *Ind. J. of Nephrology*. – 2008. – Vol. 18, № 2. – P. 83–84.
15. Renal artery dissection after blunt abdominal trauma: a rare cause of acute cortical necrosis / E. J. Sharples, M. Sobeh, M. Matson, M. M. Yaqoob // *Amer. J. of Kidney Diseases*. – 2002. – Vol. 40, № 3. – P. 11.
16. Urological trauma in the Pacific Northwest: etiology, distribution, management and outcome / J. N. Krieger, C. B. Algood, J. T. Mason et al. // *The J. of Urology*. – 1984. – Vol. 132, № 1. – P. 70–73.
17. Validation of the American Association for the Surgery of Trauma organ injury severity scale for the kidney / R. A. Santucci, J. W. McAninch,
18. M. Safir et al. // *The J. of Trauma*. – 2001. – Vol. 50, № 2. – P. 195–200.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-61-64
УДК 617.586-007.58

Модифицированная SCARF-остеотомия в лечении поперечного плоскостопия с выраженным Hallux Valgus (обзор литературы)

Р. В. Прянишников¹, В. Е. Воловик^{1,2,4}, А. Г. Рыков^{2,3,4}

¹ ООО «Ортодент», 680000, г. Хабаровск, ул. Тургенева, 49; тел.: +7 (4212) 24-34-50; e-mail: podiatryLab@yandex.ru

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

³ Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина», 680022, г. Хабаровск, ул. Воронежская, 49; тел.: +7 (4212) 40-92-51; e-mail: mail@dkb-dv.ru

⁴ ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35; тел.: +7 (4212) 76-13-96; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

Modified SCARF osteotomy in the treatment of transverse flat foot with severe Hallux Valgus (literature review)

R. V. Pryanishnikov¹, V. E. Volovik^{1,2,4}, A. G. Rykov^{2,3,4}

¹ Ortodent, LLC, 49 Turgenev Street, Khabarovsk, 680000, Russia; phone +7 (4212) 24-34-50; e-mail: podiatryLab@yandex.ru

² Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

³ Private Health Care institution "Clinical Hospital of Russian Railways-Medicine", 49 Voronezhskaya Street, 680022, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 40-92-51; e-mail: mail@dkb-dv.ru

⁴ Far Eastern State Medical University under Health Ministry of Russia, 35 Muravyov-Amursky Street, 680000, Khabarovsk: Russia, phone: +7 (4212) 30-53-11; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru

В клинике патологии стопы «Podiatry Lab» г. Хабаровска разработана и внедрена в практику модифицированная SCARF-остеотомия.

За период с 2019 года по настоящее время по предложенной методике прооперировано 23 пациента. Отдаленные результаты при сроке 10-12 месяцев после операции отслежены у 8 пациентов, остальные результаты отслежены и оценены при сроке 3 и 6 месяцев после операции. При контрольном осмотре через 10-12 месяцев после операции абсолютное большинство пациентов удовлетворены косметическими и функциональными результатами проведенной операции.

Ключевые слова: плоскостопие, SCARF-остеотомия, Hallux Valgus, остеосинтез.

In the clinic of foot pathology "Podiatry Lab" in Khabarovsk, a modified SCARF osteotomy has been developed and introduced into practice.

During the period from 2019 to the present, 23 patients have been operated according to the proposed method. Long-term results at a period of 10-12 months after the operation were tracked in 8 patients, the rest of the results were tracked and evaluated at a period of 3 and 6 months after the operation. At the follow-up examination during 10-12 months after the operation, the vast majority of patients are satisfied with the cosmetic and functional results of the operation.

Key words: flat foot; SCARF – osteotomy; Hallux valgus, osteosynthe.

Актуальность. На сегодняшний день в лечении выраженных деформаций первого луча стопы при поперечном плоскостопии приоритетной хирургической технологией справедливо считается операция Lapidus. Эффективность данной методики для коррекции угла M1M2 (угол, который образован продольными осями первой и второй плюсневых костей) подробно описана в литературе [1, 2, 3, 4, 13, 16, 19, 23, 24].

Еще в 1934 году Lapidus P.W. указал на важность варусного отклонения первой плюсневой кости и нестабильность плюсне-клиновидного сустава в формировании Hallux valgus. Lapidus P.W. предложил выполнение артродеза между первой плюсневой костью и медиальной клиновидной костью или, в ряде случаев, с основанием второй плюсневой кости в сочетании с релизом мягких тканей [10-12].



Рис. 1. Применение операции Lapidus для лечения metatarsus primus adductus с вальгусным отклонением первого пальца

Изначально данная процедура была предложена для лечения metatarsus primus adductus с вальгусным отклонением первого пальца (рис. 1). Техника операции и фиксации претерпели значительные изменения с момента своего появления, но наибольший прогресс был достигнут в 1989 году, после того, как Sangeorzan B., Hansen S. сообщили о создании артродеза путем фиксации двумя скрещенными винтами [22].

В настоящее время доступны различные виды стабильного остеосинтеза с использованием низкопрофильных пластин с угловой стабильностью винтов, что увеличивает жесткость фиксации (рис. 2).

Преимущество выполнения методики Lapidus при вальгусном отклонении большого пальца стопы заключается в том, что эта процедура решает проблему на вершине деформации, позволяет стабильно фиксировать фрагменты и стабилизирует медиальную колонну стопы. Поэтому многие специалисты отдают предпочтение этой методике в сравнении с классической SCARF-остеотомией в случае выраженной деформации первого луча в сочетании с нестабильностью первого плюсне-клиновидного сустава.

Несмотря на то, что методика Lapidus являлась абсолютным показанием для лечения гипермобильности первого плюсне-клиновидного сустава с вальгусным отклонением большого пальца стопы, результаты хирургического лече-



Рис. 2. Остеосинтез с использованием низкопрофильных пластин с угловой стабильностью винтов при операции Lapidus

ния все еще остаются предметом обсуждения и разногласий [8, 9, 14, 17, 18].

Большинство хирургов связывают гипермобильность с чрезмерным смещением медиальной колонны в сагиттальной плоскости, но одновременно считают, что может возникать гипермобильность во фронтальной плоскости. Основываясь на двух отдельных исследованиях на трупах оказалось, что первый плюсне-клиновидный сустав «отвечает» за 41-57 % общего движения медиальной колонны стопы [11, 15].

Значительная часть специалистов относят гипермобильность к патологическому состоянию и высказывают предположение, что почти половина движения первого луча стопы может быть уменьшена изолированным артродезом плюсне-клиновидного сустава. Хотя операция Lapidus ассоциируется с лечением гипермобильности, следует понимать, что остеотомии первой плюсневой кости столь же эффективны при лечении этого состояния.

Проспективное рандомизированное исследование на 101 стопе, проведенное Faber и соавторами [6], представило аналогичные результаты при сравнении дистальной плюсневой остеотомии (Hohmann type) с процедурой Lapidus у пациентов с гипермобильностью. Coughlin M.J., Jones C.P. отметили, что гипермобильность разрешилась после диафизарной остеотомии и мягкотканного релиза у всех, кроме 2-го и 23-го пациентов [5]. Таким образом, представляется важным добиться уменьшения межплюсневого угла независимо от метода лечения [7, 21].

Несмотря на многие преимущества этой методики, есть и осложнения. В ряде случаев необходимо удаление металлоконструкций, однако при использовании пластин с низким профилем такая ситуация достаточно редкая. Также можно выделить технические осложнения: повреждение нерва, замедленное сращение или несращение.

При коррекции первого луча стопы необходимо устранить варусное отклонение первой плюсневой кости, укоротить и плантаризовать плюсневую кость и также устранить ротацию. При этом недокоррекция или наоборот гиперкоррекция может привести к нежелательным последствиям: гиперекстензии первого пальца, остаточному вальгусному отклонению первого пальца или наоборот – варусному отклонению, перегрузке в области сесамовидного гаммака, боли в области клиновидно-ладьевидного сустава и др. В связи с этим для получения хорошего результата лечения необходим точный расчет на этапе предоперационного планирования, что технически достаточно сложно сделать при выполнении артродеза.



Рис. 3, 4, 5. Разработанная и внедренная в практику в клинике патологии стопы Podiatry Lab модифицированная SCARF-остеотомия

В 1926 году доктором Мауер была предложена SCARF-остеотомия для лечения вальгусного отклонения первого пальца стопы. В 1977 году Тимоти Джеймс Герберт получил патент на разработанные им винты, которые начали применять в клиниках Америки. В 1986 году Terry Whipple модернизировал модель винта, сделав его канюлированным, и запатентовал его под названием «винт Герберта».

С начала 80-х годов методика с использованием SCARF-остеотомии широко распространилась в США благодаря доктору L.S.Weil, а с 1991 года популяризирована в Европе при активном участии доктора L.S. Varouk. С 2000-х годов данная методика начинает активно распространяться в России.

Сегодня данная методика является «золотым стандартом» в лечении деформации первого луча стопы. Суть метода заключается в Z-образной остеотомии диафиза первой плюсневой кости и смещении плантарного фрагмента с целью коррекции варусного отклонения первой плюсневой кости. Данная остеотомия позволяет корректировать положение плантарного фрагмента в трех плоскостях. Однако степень коррекции и жесткость фиксации напрямую зависит от степени отклонения первой плюсневой кости, ее формы и ширины, степени мобильности первого плюсне-клиновидного

сустава. Все перечисленное ведет к ограничению в применении данного метода при коррекции выраженных деформаций первого луча стопы, тем более сочетающихся с нестабильностью плюсне-клиновидного сустава.

Материал и методы. В клинике патологии стопы «Podiatry Lab» разработана и внедрена в практику модифицированная SCARF-остеотомия (рис. 3, 4, 5). Основной задачей была возможность выполнения оптимальной контролируемой коррекции первого луча стопы с последующей стабильной фиксацией при выраженных деформациях, в том числе сочетающихся с гипермобильностью плюсне-клиновидного сустава.

Были внесены изменения в технику проведения дистального и проксимального пропила, изменено положение винтов для фиксации фрагментов кости на уровне остеотомии (рис. 6, 7). Это позволило не только максимально подконтрольно выполнять коррекцию во всех плоскостях, но и добиться стабильной фиксации при малом контакте фрагментов (рис. 8, 9).

За период с 2019 года по настоящее время по предложенной методике прооперировано 23 пациента. Отдаленные результаты при сроке 10-12 месяцев после операции отслежены у 8 пациентов, остальные результаты отслежены и оценены при сроке 3 и 6 месяцев после операции.



Рис. 6, 7. Пример внесенных изменений в технику проведения пропилов и проведения винтов при модифицированной SACRF-остеотомии



Рис. 8, 9. Отдаленный результат коррекции деформации при использовании модифицированной SCARF-остеотомии

У всех пациентов на фоне остеотомии первой плюсневой кости была выполнена Акин-остеотомия проксимальной фаланги первого пальца стопы. В ряде случаев реконструкция первого луча стопы сопровождалась коррекцией деформации центральных плюсневых костей и деформации Тейлора («стопа портного» – отклонение пятой плюсневой кости кнаружи, а мизинца внутрь с формированием «шишки» у основания мизинца).

Результаты. Заживление послеоперационных ран наступило во всех случаях первичным натяжением. Инфекционных осложнений не отмечено. Средний межплюсневый угол M1M2 после операции составил менее 8°. Вторичного смещения, нагрузочных дисциплинарных переломов и потери коррекции в послеоперационном периоде не выявлено. Начальные рентгенологические признаки консолидации отмечены на сроке 3 месяца после операции.

Срок ношения обуви Борука составил 6-7 недель с началом нагрузки на оперированную стопу на следующий день после операции. Активные движения пальцами стопы были разрешены также на следующий день

после операции, более активная реабилитация начата после снятия швов. Отек оперированной стопы сохранялся в среднем 6-7 месяцев и полностью исчезал к 8-10 месяцу после операции. При осмотре через 10-12 месяцев после операции абсолютное большинство пациентов удовлетворены косметическим и функциональным результатом проведенной операции.

Заключение. Таким образом, предложенная модифицированная SCARF-остеотомия позволила реализовать поставленную задачу – выполнение оптимальной контролируемой коррекции первого луча стопы с последующей стабильной фиксацией при выраженных деформациях первого луча стопы.

Внесенные существенные изменения в технику проведения дистального и проксимального пропиаа, изменение положения винтов для фиксации фрагментов кости на уровне остеотомии позволило не только максимально подконтрольно выполнять коррекцию во всех плоскостях, но и добиться стабильной фиксации при малом контакте фрагментов, что в целом обусловило благоприятный результат лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карданов А. А. Хирургическая коррекция деформаций стопы : моногр. / А. А. Карданов. – М. : Медпрактика, 2016. – 219 с.
2. Bednarz P. A. Modified Lapidus procedure for the treatment of hypermobile hallux valgus / P. A. Bednarz, A. Manoli 2nd. // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 2000. – № 21 (10). – 816–821.
3. Clark H. R. Adolescent bunions treated by the modified Lapidus procedure / H. R. Clark, R. G. Veith, S. T. Hansen Jr. // *Bull. of the Hospital for Joint Diseases Orthopaedic Inst.* – 1987. – № 47 (2). – 109–122.
4. Coetzee J. C. The Lapidus procedure: a prospective cohort outcome study / J. C. Coetzee, D. Wickum // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 2004. – № 25 (8). – P. 526–531.
5. Coughlin M. J. Hallux valgus and first ray mobility. A prospective study / M. J. Coughlin, C. P. Jones // *The J. of Bone and Joint Surgery. Amer. vol.* – 2007. – № 89 (9). – P. 1887–1898.
6. Faber F. W. Role of first ray hypermobility in the outcome of the Hohmann and the Lapidus procedure. A prospective, randomized trial involving one hundred and one feet / F. W. Faber, P. G. Mulder, J. A. Verhaar // *The J. of Bone and Joint Surgery. Amer. vol.* – 2004. – № 86-A (3). – P. 486–495.
7. Hallux valgus and first ray mobility: a cadaveric study / M. J. Coughlin, C. P. Jones, R. Viladot et al. // *Foot & Ankle Intern.* – 2004. – № 25 (8). – P. 537–544.
8. Hansen Jr S. T. Hallux valgus surgery. Morton and Lapidus were right! // *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*. – 1996. – № 13 (3). – P. 347–354.
9. Johnson K. A. Hallux valgus due to cuneiform-metatarsal instability / K. A. Johnson, T. A. Kile // *J South Orthop Assoc.* – 1994. – № 3 (4). – P. 273–282.
10. Lapidus P. W. A quarter century of experience with the operative correction of the metatarsus varus in hallux valgus / P. W. Lapidus // *Bull. of the Hospital for Joint Diseases Orthopaedic Inst.* – 1956. – № 17. – P. 404–421.
11. Lapidus P. W. Operative correction of the metatarsus varus primus in hallux valgus / P. W. Lapidus // *Surgery, Gynecology & Obstetrics*. – 1934. – № 58. – C. 183–191.
12. Lapidus P. W. The author's bunion operation from 1931 to 1959 / P. W. Lapidus // *Clin Orthop.* – 1960. – № 16. – P. 119–135.
13. McInnes B Bouche R. Critical evaluation of the modified Lapidus procedure / B. McInnes, R. Bouche // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 2001. – № 40 (2). – P. 71–90.
14. Mobility changes of the first ray after hallux valgus surgery: clinical results after proximal metatarsal chevron osteotomy and distal soft tissue procedure / J. Y. Kim, J. S. Park, S. K. Hwang et al. // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 2008. – № 29 (5). – P. 468–472.
15. Mobility of the first tarsometatarsal joint in relation to hallux valgus deformity: anatomical and biomechanical aspects / F. W. Faber, G. J. Kleinrensink, M. W. Verhoog et al. // *Foot & Ankle Intern.* – 1999. – № 20 (10). – P. 651–656.
16. Myerson M. Metatarsocuneiform arthrodesis for management of hallux valgus and metatarsus primus varus / M. Myerson, S. Allon, W. McGarvey // *Foot Ankle*. – 1992. – № 13 (3). – P. 107–115.
17. Myerson M. Metatarsocuneiform arthrodesis for treatment of hallux valgus and metatarsus primus varus / M. Myerson // *Orthopedics*. – 1990. – № 13 (9). – P. 1025–1031.
18. Myerson M. S. Hypermobility of the first ray / M. S. Myerson, A. Badekas // *Foot and Ankle Clinics*. – 2000. – № 5 (3). – P. 469–484.
19. Rink-Brüne O. Lapidus arthrodesis for management of hallux valgus—a retrospective review of 106 cases / O. Rink-Brüne // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 2004. – № 43 (5). – P. 290–295.
20. Roling B. A. Biomechanics of the first ray. Part IV: the effect of selected medial column arthrodeses. A three-dimensional kinematic analysis in a cadaver model / B. A. Roling, J. C. Christensen, C. H. Johnson // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 2002. – № 41 (5). – P. 278–285.
21. Rush S. M. Biomechanics of the first ray. Part II: Metatarsus primus varus as a cause of hypermobility. A three-dimensional kinematic analysis in a cadaver model / S. M. Rush, J. C. Christensen, C. H. Johnson // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 2000. – № 39 (2). – P. 68–77.
22. Sangeorzan B. Modified Lapidus procedure for hallux valgus / B. Sangeorzan, S. Hansen // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 1989. – № 9 (6). – P. 262–266.
23. The modified Lapidus arthrodesis: a retrospective analysis / A. R. Catanzariti, R. W. Mendicino, M. S. Lee et al. // *The J. of Foot & Ankle Surgery*. – 1999. – № 38 (5). – P. 322–332.
24. The modified Lapidus procedure for hallux valgus: a clinical and radiographic analysis / F. J. Kopp, M. M. Patel, D. S. Levine et al. // *Foot & Ankle Intern.* – 2005. – № 26 (11). – P. 913–917.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-65-67

УДК 616-036.22: 616.01.3

Эпидемиология черепно-мозговой травмы

В. В. Унжаков

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 72-87-37; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Epidemiology of traumatic brain injury

V. V. Unzhakov

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 72-87-37; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

В статье представлены медико-социальные проблемы черепно-мозговой травмы в странах с различным уровнем экономического развития. Эти проблемы показывают необходимость проведения исследований клинических и типовых патологических процессов у больных с черепно-мозговой травмой. Не вызывает сомнения важность изучения причин, приводящих к декомпенсации этих процессов, прогнозирования их течения и исхода, а также лечебного воздействия на эти процессы для улучшения результатов лечения пострадавших.

Ключевые слова: эпидемиология, черепно-мозговая травма, социальные факторы, исходы, патологические процессы.

The article presents medical and social problems of traumatic brain injury in countries with different levels of economic development. These problems show the need for studies of clinical and typical pathological processes in patients with traumatic brain injury. There is no doubt about the importance of studying the reasons leading to the decompensation of these processes, predicting their course and outcome, as well as a therapeutic effect on these processes to improve the results of treatment of victims.

Key words: epidemiology; traumatic brain injury; social factors; outcomes; pathological processes.

Медико-социальные аспекты черепно-мозговой травмы

Результаты эпидемиологических исследований черепно-мозговой травмы (ЧМТ) имеют большое значение для организации медицинской помощи больным с этой патологией. Они позволяют рассчитать ожидаемое число пострадавших с ЧМТ в стране и в отдельных ее регионах, ожидаемое число госпитализируемых и умерших по причине ЧМТ и могут быть использованы при планировании мероприятий по дальнейшему совершенствованию нейротравматологической помощи населению, способствовать разработке новых методов интенсивной терапии.

Медико-социальные аспекты ЧМТ в России и в бывшем СССР

В 1985 г. приказом Министерства здравоохранения СССР была утверждена отраслевая научно-техническая программа С.09 «Травма центральной нервной системы» на 1986–1990 гг. В рамках этой программы было проведено крупномасштабное изучение эпидемиологии острой ЧМТ в 30 крупных городах и в 27 сельских районах Советского Союза с общей численностью населения более 30 млн чел. Основные итоги изучения эпидемиологии острой ЧМТ в рамках программы С.09 изложены в сообще-

ниях сотрудников института нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко РАМН [2, 5].

Частота распространенности ЧМТ в СССР на то время составляла 4,0 на 1 000 чел. (колебания от 2,1 до 7,2) по состоянию на 1987 г. У мужчин этот показатель превышал таковой у женщин в 2–3 раза. Было вычислено расчетное число пострадавших с ЧМТ в СССР за 1 год – не менее 1,2 млн чел., из них не менее 100 тыс. пациентов с тяжелой ЧМТ. На месте происшествия и по пути в больницу погибало 25–50 % пострадавших с тяжелой ЧМТ. Бытовая травма в целом по СССР составляла 57–70 % всех случаев ЧМТ, из них в 25–50 % эта травма была умышленной (нападения, драки). Дорожная травма – 10–20 %, из них только 50 % случаев были связаны с автомобилем. Алкогольное опьянение отмечено в 10–15 % случаев острой ЧМТ. Производственная травма – 1,2–2,2 %, спортивная травма – 1,2–2,2 %. Наиболее часто острая ЧМТ встречалась у мужчин в возрасте 20–39 лет, второй пик независимо от пола в возрасте старше 60 лет. Сотрясения головного мозга составили 81–90 %, ушибы головного мозга – 5–12 %, сдавления головного мозга внутримозговой гематомой – 1–9 %. Частота госпитализации пациентов с острой ЧМТ в среднем по СССР составляла 2,0 на 1 000 чел., общая летальность – 1,3–4,9 %, среди пострадавших с тяжелой ЧМТ – 1–30 % [1, 3, 4].

Медико-социальные аспекты ЧМТ в экономически развитых странах

По опубликованным в 2007 г. данным литературного обзора, на 249 миллионов жителей в США зарегистрировано 1 975 000 случаев повреждений головы [6]. По данным некоторых авторов [11], только 16 % от регистрируемых в США ежегодно пациентов с «повреждением головы» поступают на стационарное лечение. Получается, что только у одного из 6 пострадавших имеются показания к поступлению в стационар. Но и в этой группе часть больных ограничивается кратковременным лечением в отделениях неотложной медицины. Очевидно, что использовать эти данные для интерполяции на эффективность лечения, исходы ЧМТ, экономические затраты следует весьма дифференцированно [8]. В 1990 году в США от острых травматических повреждений погибло 148 500 человек, что составило 8 % от всех умерших. Точный расчет количества погибших вследствие черепно-мозговой травмы не так прост, как может показаться на первый взгляд [14].

Уровень смертности от ЧМТ в популяции, по данным различных источников, в США составляет от 14 до 30 на 100 000 в год [16].

Авторы показали, по каким критериям формировались исследуемые группы. Так, например, исследователи изучали пациентов с признаками повреждения головного мозга: потеря сознания, ретроградная амнезия, очаговые неврологические симптомы, переломы черепа. В качестве критериев тяжести ЧМТ авторы делали акцент на временных характеристиках выбранных показателей. Фатальной ЧМТ считалась, если больной умирал в течение 28 суток после травмы. К тяжелой ЧМТ относились случаи внутричерепных гематом, очагов ушиба, сопровождающиеся потерей сознания или ретроградной амнезией больше 24 часов. Для оценки тяжести состояния пациентов использовалась шкала комы Glasgow в следующей интерпретации: крайне тяжелое 3–5 баллов, средней тяжести 6–7 баллов, умеренное 8–15.

Другие авторы в исследуемую группу включили больных с врачомным диагнозом ЧМТ вследствие механического воздействия с внутричерепным кровоизлиянием, ушибом или размождением мозга. Тяжелыми считались пациенты с количеством баллов меньше 8 по ШКГ, средней тяжести 9–12 баллов по ШКГ, в случаях, когда проводилось оперативное вмешательство или были изменения на КТ, при 13–15 баллах по ШКГ ЧМТ оценивалась как легкая [15] в исследуемую группу включались все пациенты, у которых диагноз по международной классификации болезней соответствовал

одному из вариантов ЧМТ, тяжесть состояния оценивалась по одной из рекомендуемых национальных шкал. Кроме того, в исследуемую группу включались все больные, выписанные из стационара (живые и умершие) с диагнозом ЧМТ [23]. Как видно из приведенных данных, каждая из публикаций имеет свойственную ей оригинальную методологическую основу. Даже если используется отдельные одинаковые критерии или классификации, в контексте каждой из публикаций они не могут быть основой для получения сравнимых результатов. Анализ этих публикаций дает основания полагать, что в подобных исследованиях необходимо организовывать сбор и обработку данных в соответствии с конкретными задачами, а не стремиться к «глобальности» результатов [10].

Чаще всего причиной ЧМТ становятся транспортные средства (велосипеды, мотоциклы, автомобили, самолеты, различные плавсредства и пр.), занятия спортом, активный отдых также занимают не последнее место среди внешних факторов риска [19].

Процент тех или иных транспортных средств как причин ДТП существенно колеблется в различных публикациях, этот аспект проблемы нуждается в дальнейшем исследовании. Введение ремней безопасности существенно сократило количество ЧМТ и снизило ее тяжесть после ДТП. Исследования из Франции [20] показывают, что, общие закономерности, выявленные в США для ЧМТ, повторяются примерно в тех же цифрах в других экономически развитых странах.

Медико-социальные аспекты ЧМТ в странах с нестабильной экономикой

Социальный и экономический статусы являются факторами, влияющими на частоту встречаемости ЧМТ.

В нескольких исследованиях было показано, что, независимо от расовых и этнических факторов, ЧМТ достоверно чаще встречается в слоях населения с низким доходом и невысоким социальным статусом. В работе, вышедшей в Йоханнесбурге [17] показано, что частота встречаемости ЧМТ в этой стране не превышает уровня Чикаго – 316 на 100 000, но возраст риска ЧМТ 24–44 года – верхняя граница почти в два раза выше. Среди «цветного» населения причиной ЧМТ у 52 % пострадавших как мужчин, так и женщин, являются ссоры и бытовые конфликты, и только в 27 % случаев – автомобильная травма, при этом пострадавшие, как правило, являются пешеходами. Среди белого населения этой страны структура причин травматизма такая же, как и в экономически развитых странах [15].

Таким образом, результаты медико-социальных исследований ЧМТ служат основанием для многочисленных работ, в которых обсуждаются разнообразные организационные, лечебные (минимально достаточный объем помощи на различных этапах эвакуации, оптимальные прогностические критерии динамики состояния, выявление факторов влияющих на течение и исход ЧМТ и пр.), взаимосвязь различных организационных, клинических, патогенетических факторов, влияние этой взаимосвязи на динамику состояния пострадавших, на объем и принципы оказания медицинской помощи и пр. При анализе этих публикаций обращает внимание то, что существует масса противоречий между исследованиями, анализирующими влияние различных факторов на течение ЧМТ, проведение различных лечебных мероприятий и исход травмы [12].

Так, казалось бы, «твердо установленный» факт – у людей пожилого возраста течение ЧМТ тяжелее и хуже исход, подтверждается далеко не всеми авторами [22].

В репрезентативных исследованиях, проведенных практически за один временной промежуток (важное условие сравнимости полученных результатов) были получены следующие результаты. Ряд авторов выявили, что наилучший исход ЧМТ наблюдался у взрослых пациентов и пациентов в возрасте до 20 лет (среди детей 5–9 лет), плохой исход в группе 69–80 лет (среди детей 15–19 лет). В работе других авторов не было обнаружено взаимосвязи между исходом ЧМТ и возрастом [9].

В контексте данной статьи несомненный интерес представляют медико-социальные вопросы, связанные с черепно-мозговым травматизмом в конкретном регионе. Эти вопросы показывают актуальность проблемы, необходимость проведения исследований клинических и типовых патологических процессов у больных с ЧМТ. Не вызывает сомнения важность изучения причин, приводящих к декомпенсации этих процессов, прогнозирования их течения и исхода, а также лечебного воздействия на эти процессы для улучшения результатов лечения пострадавших.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берснев В. П. Стационарная нейрохирургическая помощь больным с острой черепно-мозговой травмой в Санкт-Петербурге / В. П. Берснев, Е. Н. Кондаков, Э. Д. Лебедев // *Материалы II съезда нейрохир. РФ.* – СПб., 1998. – С. 13.
2. Кондратьев А. Н. Анестезия и интенсивная терапия травм ЦНС / А. Н. Кондратьев, И. М. Изченко. – СПб.: Мед. изд-во, 2002. – 126 с.
3. Коновалов А. Н. Основные итоги отраслевой научно-технической программы С.09 «Травма центральной нервной системы» (1986–1990 гг.) / А. Н. Коновалов, Л. Б. Лихтерман // *Журн. вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко.* – 1992. – № 4–5. – С. 38–39.
4. Лихтерман Л. Б. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. *Нейротравматология: Справ.* / Л. Б. Лихтерман, В. Н. Корниенко, А. А. Потапов и соавт.; Под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – М.: Медицина, 1994. – 294 с.
5. Непомнящий В. П. Эпидемиология черепно-мозговой травмы. *Нейротравматология: Справ.* / В. П. Непомнящий, В. В. Ярцев; Под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – М.: Медицина, 1994. – 260 с.
6. Abelson-Mitchell N. Epidemiology and prevention of head injuries: literature review / N. Abelson-Mitchell // *J clin nurs.* – 2008. – № 1. – P. 46–57
7. Alberico A. M. Outcome after severe head injury: Relationship to mass lesions, diffuse injury, and ICP course in pediatric and adult patients / A. M. Alberico, J. D. Ward, S. C. Choi et al. // *J neurosurg.* – 1987. – № 7. – P. 648–649.
8. Andersson E. H. Epidemiology of traumatic brain injury: a population-based study in western Sweden / E. H. Andersson, R. Bjöklund, I. Emanuelson // *Acta neurol scand.* – 2003. – № 107. – P. 256–259.
9. Berger M. S. Outcome from severe head injury in children and adolescents / M. S. Berger, L. H. Pitts, M. Lovely et al. // *J neurosurg.* – 1985. – № 6. – P. 189–194.
10. Bishara S. N. Post-traumatic amnesia and Glasgow Coma Scale related to outcome in survivors in a consecutive series of patients with severe closed-head injury / S. N. Bishara, F. M. Partridge, H. P. D. Godfrey et al. // *Brain inj.* – 1992. – P. 366–373.
11. Fife D. Head injury with and without hospital admission: Comparisons of incidence and short-term disability / D. Fife // *Am j public health.* – 1987. – № 10. – P. 799–810.
12. Fife D. Incidence and outcome of hospital-treated head injury in Rhode Island / D. Fife, G. Faich, W. Hollenshead et al. // *Am j public health.* – 1986. – № 4. – P. 769–773.
13. Gordon E. Outcome of head injury in 2298 patients treated in a single clinic during a 21-year period / E. Gordon, H. von Holst, A. Rudehüll // *J neurosurg anesthesiol.* – 1995. – № 7. – P. 235–247.
14. Jennett B. Epidemiology of head injury / B. Jennett // *J neurosurg ps.* – 1996. – № 60. – P. 362–369.
15. Klauber M. R. The epidemiology of head injury: A prospective study of an entire community. – San Diego County, California. – 1978 / М.
16. Kraus J. F. Epidemiology of Head Injury / J. F. Kraus // *Head Injury / Ed. by P. R. Cooper.* – 3 rd. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1993. – P. 221.
17. Nell V. Epidemiology of traumatic brain injury in Johannesburg. Morbidity, mortality and etiology / V. Nell, S. O. Brown // *Soc sci med.* – 1991. – № 33. – P. 284–289.
18. Sallee D. Traumatic brain injuries in Alaska, 1996–1998 / D. Sallee, M. Moore, M. Johnson // *Alaska med.* – 2000. – № 42. – P. 37–40.
19. Thurman D. J. Surveillance of traumatic brain injuries in Utah / D. J. Thurman, L. Jeppson, C. L. Burnett et al. // *Western j med.* – 1996. – № 165. – P. 192–196.
20. Turet L. The epidemiology of head trauma in Aquitaine (France), 1986: A community-based study of hospital admissions and deaths / Turet L., Hausherr E., Thicoipe M., et al: // *Int j epidemiol.* – 1990. – № 8. – P. 128–133
21. Vasquez-Barquero A. The epidemiology of head injury in Cantabria / A. Vasquez-Barquero, J. L. Vasquez-Barquero, O. Austin et al. // *Neurologia.* – 1990. – № 5. – P. 155–159
22. Wagner A. K. Intentional traumatic brain injury: epidemiology and risk factor associations with injury severity and mortality / A. K. Wagner, H. C. Sasser, F. M. Hammond et al. // *J traum.* – 2000. – № 49. – P. 404–410.
23. Whitman S. Comparative head trauma experiences in two socioeconomically different Chicago-area communities / S. Whitman, R. Coonley-Hoganson, B. T. Desai // *Am j epidemiol.* – 1984. – № 4. – P. 559–570.

Слово об учителе (к 80-летию профессора Ивана Федоровича Служаева)

В. В. Гончар, Е. Г. Стеценко

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

A word about the teacher (on the 80th birthday of Professor Ivan Fedorovich Sluzhayev)

V. V. Gonchar, E. G. Stetsenko

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

В этом году 17 ноября исполнилось бы 80 лет со дня рождения учителя, педагога, врача, ученого, видного организатора стоматологического образования на Дальнем Востоке и стоматологической помощи в Хабаровском крае, доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента Российской академии естественных наук (РАЕН) Ивана Федоровича Служаева. Его ученики не сочли возможным оставить эту дату без внимания и, несмотря на то, что о профессоре немало сказано, считают необходимым представить новому, современному поколению врачей-стоматологов своего учителя и наставника.

И. Ф. Служаев после окончания в 1964 году Кемеровского государственного медицинского института (КГМИ) работал врачом-стоматологом в лечебных учреждениях г. Кемерово, служил в рядах Советской армии в п. Угольные Копи Чукотского автономного округа. С 1967 по 1969 год – ассистент кафедры терапевтической стоматологии КГМИ, ученик д-ра мед. наук, профессора, первого заведующего кафедрой терапевтической стоматологии КГМИ Р. Я. Пеккера. В 1975 году, после окончания аспирантуры и защиты кандидатской диссертации «Капилляроскопические и реопародонтографические исследования состояния сосудистой системы пародонта при патологии и воздействии физических факторов» продолжил работать ассистентом кафедры терапевтической стоматологии КГМИ. В 1981 году был приглашен в Хабаровский государственный медицинский институт (ХГМИ) для организации кафедры терапевтической стоматологии. Через год был избран на должность заведующего кафедрой терапевтической стоматологии. В 1984 году Ивану Федоровичу присвоено ученое звание доцента. Им была создана учебно-методическая база, организован учебный процесс, положено начало научным разработкам, сформирован

коллектив кафедры терапевтической стоматологии, которая плодотворно работает и в настоящее время.

Решением коллегии отдела здравоохранения Исполнительного комитета Хабаровского краевого Совета народных депутатов (Крайисполком) от 10.11.1983 г. И. Ф. Служаев был назначен главным внештатным стоматологом Хабаровского края и занимал эту общественную должность 16 лет. Свою деятельность в этой должности он начал с критического осмысления состояния стоматологической службы. По его мнению, состояние и уровень оказания стоматологической помощи в крае были низкими, а в ряде городов и районов края качество оказания стоматологической помощи было неудовлетворительным. Серьезными проблемами являлись недостаток врачей-стоматологов, отсутствие контроля их деятельности, недоступность стоматологической помощи в сельской местности и в отдаленных районах края. Снабжение стоматологической службы края материалами и инструментами осуществлялось без учета реальной потребности, существовали проблемы с мелким инструментарием, современными пломбирочными материалами, отсутствовали амальгама и амальгамосмесители. Все это отражалось на качестве лечения. Серьезные недостатки имелись в лечении и профилактике кариеса и заболеваний тканей пародонта, не уделялось внимание обучению детей и взрослого населения гигиене полости



Служаев И.Ф.
(17.11.1941–31.12.2009 г.)

рта, объем и качество лечебной работы оставались неудовлетворительными.

По инициативе И. Ф. Служаева были проведены первые комплексные исследования распространенности стоматологических заболеваний на Дальнем Востоке, разрабатывались и реализовывались планы развития стоматологической службы Хабаровского края. Необходимо отметить, что именно на этот период приходится пик развития стоматологической службы и организации оказания стоматологической помощи жителям Хабаровского края.

При поддержке руководителей краевого здравоохранения и под общественным руководством Ивана Федоровича открылись новые стоматологические поликлиники в Хабаровске, Комсомольске-на-Амуре, Николаевске-на-Амуре, Амурске, а также стоматологические кабинеты в школах, вузах, на предприятиях. Внедрялись новые технологии, медицинские организации укомплектовывались новым отечественным оборудованием, а подготовка врачей-стоматологов в ХГМИ позволила перейти стоматологической службе региона на более качественный уровень и более широко удовлетворять потребности населения.

Вдумчивый, опытный клиницист и экспериментатор, он всегда стремился к передовому, прогрессивному в науке и сам являлся новатором и изобретателем. Сегодня лазеры – одно из самых высокотехнологичных и перспективных изобретений в новейшей истории медицины. Их применение нашло место во многих сферах медицины: хирургии, терапии, дерматологии, косметологии, а также в стоматологии, а в конце 1980-х – начале 1990-х гг. к ним относились с опаской, настороженностью и явным недоверием. Несмотря на это Иван Федорович посвятил много сил изучению механизмов профилактики и лечебного действия лазеров в стоматологии, был первопроходцем в этом вопросе, и по праву можно считать, что он внес существенный вклад в развитие лазерных способов профилактики и лечения стоматологических заболеваний. Итогом его научного труда явилась защита в 1991 году докторской диссертации на тему «Клинико-



На фото: Гончар В. В., Служаев И. Ф., Стеценко Е. Г.

экспериментальное обоснование применения лазерного света для профилактики и лечения кариеса зубов». Это была новаторская работа, не все научное сообщество приняло ее результаты, раздавались голоса скептиков. Тем не менее, под руководством И. Ф. Служаева и его учеников, работавших в Хабаровском крае, были внедрены в практику технологии использования лазерного света в комплексном лечении заболеваний пародонта, а использование лазерного света в сочетании с фторсодержащими препаратами для лечения и профилактики начального кариеса обеспечило значительное снижение прироста кариеса у детей дошкольного и школьного возраста.

Иван Федорович – автор более 130 научно-методических трудов, имел 64 удостоверения на рационализаторское предложение по вопросам теоретической и практической стоматологии, а разработанный им аппарат – фотоплетизмограф «Оптодонт» и устройство для фиксации датчиков при проведении фотоплетизмографии в стоматологии позволили значительно улучшить диагностику состояний сосудистой системы пульпы и пародонта, контролировать эффективность проводимых лечебных и профилактических мероприятий при лечении основных стоматологических заболеваний. Его идеи, изобретения и полученные результаты, значительно обогатившие стоматологическую науку, являются предметом гордости стоматологов Дальнего Востока России.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко, Т. А. История Дальневосточного государственного медицинского университета в биографиях сотрудников. К 150-летию Хабаровска / Т. А. Бойко; под ред. В. П. Молочного. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2008. – 352 с.
2. Гончар, В. В. Стоматологическая помощь на Дальнем Востоке России: организация и повседневная практика (1890–1991 гг.): моногр. / В. В. Гончар; под ред. П. Э. Ратманова. – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2018. – 260 с.
3. Доктора наук. Интеллектуальный потенциал Хабаровского края: библиограф. справ. / сост. В. И. Луинов. – Хабаровск: Изд. дом «Приамур. ведомости», 2012. – 544 с.
4. Дело Служаева И. Ф. на соискание ученого звания «Профессора» // Архив ДВГМУ Ф. 1. Оп. 27. Д. 834.
5. Личное дело. Служаев И. Ф., заведующий кафедрой стоматологии терапевтической // Архив ДВГМУ Ф. 1. Оп. 3. Д. 1324.
6. ГАХК (Государственный архив Хабаровского края) Ф. 683. Оп. 2. Д. 1567. Л. 213.
7. ГАХК (Государственный архив Хабаровского края) Ф. 683. Оп. 2. Д. 1589. Л. 80–84.
8. ГАХК (Государственный архив Хабаровского края) Ф. 683. Оп. 2. Д. 1562. Л. 1–5.

Требования к материалам, представляемым для размещения в журнале «Здравоохранение Дальнего Востока»

1. Статьи должны быть написаны на высоком научном и методическом уровне с учетом требований международных номенклатур, отражать актуальные проблемы медицины, содержать новую научную информацию, рекомендации практического характера.

2. В редакцию направляют:

а) отпечатанные первый и второй экземпляры текста статьи на листах формата А4 (210 x 297 мм, поля текста – по 2,5 см с каждой стороны) через полуторный интервал. Объем статей: оригинальные исследования – до 8 страниц, включая таблицы, рисунки и список литературы; лекции и обзоры – до 10 страниц; опыт клинической работы – до 5 страниц). Текст должен быть набран шрифтом Times New Roman, кегль 12 или 14, без двойных пробелов, Enter следует нажимать только в конце абзаца;

б) резюме на русском языке, объемом не менее 1/3 страницы, с указанием 5–7 ключевых слов;

в) электронный вариант на flash-накопителе с текстом и таблицами в формате Word (DOC или RTF), рисунками в форматах TIFF, PSD, JPG (разрешение не ниже 300 dpi) для растровой графики, CDR, AI – для векторной графики. Допустимы таблицы и диаграммы в формате Excel (XLS). Внедренные в Word диаграммы, фотографии, сканированные изображения принимаются только при наличии исходных файлов в указанных форматах;

г) сопроводительное направление;

д) оригинал или сканированную копию авторской оферты. В случае написания статьи группой авторов оферта направляется в редакцию каждым автором.

3. На первой странице статьи должны быть УДК, название статьи, фамилии и инициалы авторов, полное, без сокращений наименование учреждения. Второй экземпляр статьи подписывается всеми авторами с указанием фамилии, имени, отчества и почтового адреса автора для переписки, а также номеров контактных телефонов, e-mail. Материал статьи должен быть тщательно выверен, без обширных исторических и литературных сведений, без орфографических ошибок и опечаток. Цитаты, формулы, дозы лекарственных средств визируют на полях. В формулах необходимо пояснять:

а) строчные и прописные буквы (прописные обозначают двумя черточками снизу, строчные – сверху);

б) латинские (подчеркивают синим карандашом) и греческие (красным) буквы;

в) подстрочные и надстрочные индексы, диакритические знаки, дополнительные символы.

4. Иллюстрации (фотографии, графики, схемы, карты и др.) представляют в черно-белом варианте в двух экземплярах. Фотографии должны иметь контрастное изображение на плотной гладкой бумаге, без изгибов. Рисунки, схемы и карты исполняются при помощи компьютерной графики. На обороте каждой иллюстрации простым карандашом указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора, верх и низ. Подрисовочные подписи печатают на отдельном листе с указанием номеров рисунков, их названий и объяснением условных обозначений.

При представлении микрофотографий должны быть указаны метод окраски и кратность увеличения.

5. Таблицы должны быть компактными, пронумерованными, иметь название. Цифровой материал необходимо представить статистически обработанным. Фототаблицы не принимаются.

6. Сокращения терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Названия фирм, предприятий – изготовителей медикаментов, реактивов и аппаратуры следует давать в оригинальной транскрипции с указанием страны-производителя. Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ).

7. Библиографический список печатают в конце текстовой части. Представляют только относящиеся к обсуждаемому вопросу работы на русском и других языках. Список должен быть оформлен в соответствии с ГОСТ Р 7.0.100-2018 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления» с учетом новейших изменений и дополнений. Все источники должны быть пронумерованы и соответствовать нумерации (в квадратных скобках) в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные материалы не принимаются. Объем библиографического списка не должен превышать 25 источников (исключение составляют материалы, направляемые в рубрику «Обзор литературы»). Не следует включать в список источники, на которые нет ссылок в тексте.

8. Не подлежат представлению в редакцию статьи, направленные для опубликования в другие журналы или уже опубликованные.

9. Все присланные статьи рецензируются. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать поступившие материалы; изменения согласовываются с автором. Ответственность за правильность написания специальных терминов несет автор. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу. Статьи, не принятые к опубликованию, авторам не возвращаются.

10. Материалы для публикации авторы направляют по адресу: 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, КГБОУ ДПО ИПКЗ3, а также по e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru. По всем возникающим вопросам обращаться в редакцию по тел. +7 (4212) 27-25-10.

11. Авторы заключают с редакцией авторский договор (о передаче произведения для использования). Форма авторской оферты прилагается к настоящим Требованиям. Редакция оставляет за собой право размещать фрагменты статей, резюме и библиографические списки в массовых электронных базах данных и web-страницах. Номера журнала размещаются в электронной библиотеке e:Library <http://elibrary.ru>. Полные тексты номеров журнала размещаются на сайте ИПКЗ3 <http://www.ipksz.ru/> в закладке «Редакционно-издательская деятельность» или по ссылке ИПКЗ3.

КГБОУ ДПО ИПКСЗ
Редакция журнала
«Здравоохранение Дальнего Востока»
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9;
тел. (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

ОФЕРТА

Я, _____, паспорт _____ № _____
(фамилия, имя, отчество) (серия)
выдан _____,
(кем) (дата)

тел. _____, e-mail _____, действуя от своего имени и в своих интересах, предлагаю КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», именуемому в дальнейшем «Издательство», заключить со мной безвозмездный договор об отчуждении в полном объеме в пользу Издательства принадлежащего мне исключительного права на статью

(наименование произведения)

полный текст которой (далее «Произведение») вместе с оригиналом Оферты или ее сканированной копией направляется в Издательство.

Настоящим гарантирую Издательству, что я являюсь автором произведения и что на момент направления настоящей Оферты в Издательство все интеллектуальные права на Произведение принадлежат мне, не находятся в залоге, не состоят под арестом и не обременены правами третьих лиц каким-либо иным образом.

Подтверждаю свое согласие считать письменную форму безвозмездного договора между мной и Издательством об отчуждении исключительного права на Произведение соблюденной с момента акцепта данной Оферты Издательством в порядке, предусмотренном редакционной политикой.

Я также даю свое согласие на хранение и обработку Издательством всех моих персональных данных, указанных в настоящем документе. Данное согласие выдано на весь срок действия исключительного права на Произведение.

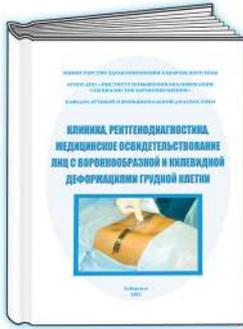
В случае акцепта Издательством данной Оферты в форме регистрации Произведения в журнале регистрации документов, поступающих в редакцию журнала «Здравоохранение Дальнего Востока», в течение 3 (трех) рабочих дней исключительное право на Произведение, свободное от каких-либо прав третьих лиц, в полном объеме переходит к Издательству с момента такого акцепта.

(подпись)

(ф.и.о. полностью)

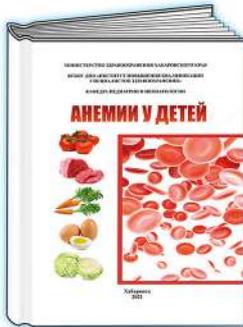
« ____ » _____ 20 ____ г.

НОВИНКИ ИЗДАТЕЛЬСТВА ИПКСЗ 2021 ГОДА



Клиника, рентгенодиагностика, медицинское освидетельствование лиц с воронкообразной и килевидной деформациями грудной клетки : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / М-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО ИПКСЗ, каф. лучевой и функциональной диагностики ; **сост. В. П. Янчук, Е. А. Янчук, В. Е. Воловик.** – 2021. – 48 стр.

Учебное пособие отражает все основные аспекты проведения рентгенодиагностики грудной клетки и интерпретации полученных данных при различных заболеваниях, сопровождающихся деформациями и другими изменениями. Предназначено для врачей-рентгенологов, травматологов, торакальных хирургов.



Анемии у детей : учеб. пособие для специалистов здравоохранения / М-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО ИПКСЗ ; **сост. В. В. Филиппова, С. Н. Чумаков.** – 2021. – 80 стр.

В пособии представлены современные данные о различных патогенетических формах анемий, методы диагностики, особенности терапии различных форм анемий, современные методы терапии, основные группы ферропрепаратов. Дана клиническая характеристика редких врожденных и наследственных форм анемий.

Предназначено для ординаторов, обучающихся по основной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности «Педиатрия», «Неонатология», для врачей-педиатров.



Принципы аудиологического обследования в оториноларингологии : методические рекомендации для врачей-оториноларингологов, врачей-оторино-ларингологов-сурдологов / **авт.-сост. В. Э. Кокорина, Н. Д. Чибуркина** ; М-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО ИПКСЗ. – 2021. – 28 стр.

В методических рекомендациях отражены принципы аудиологического исследования с целью проведения дифференциальной диагностики различных форм тугоухости путем определения порогов слуха, измерения остроты слуха, восприятия разночастотных звуков. Предназначены для студентов, интернов, клинических ординаторов, врачей-курсантов, лаборантов-аудиометристов



Актуальные вопросы и правовые риски предоставления медицинских услуг : сб. материалов V Всерос. науч.-практ. конф., 18 марта 2021 г., г. Хабаровск / М-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО ИПКСЗ, каф. орг. здравоохранения и мед. права ; **под ред. М. Г. Свередюка, В. Н. Кораблева.** – 2021. – 132 стр. – ISBN 978-5-98247-087-4.

Издание предназначено для медицинских работников, специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья, юристов, преподавателей, ординаторов всех специальностей, студентов медицинских и юридических вузов, а также для тех, кто занимается изучением вопросов медицинского права. Материалы представлены в авторской редакции



Организация контроля в сфере охраны здоровья : учеб. пособие / М-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО ИПКСЗ; каф. орг. здравоохранения и мед. права ; **сост. В. М. Савкова, Д. С. Савков.** – 2021. – 118 стр.

В учебном пособии рассматриваются правовые вопросы организации контроля в сфере охраны здоровья, освещается правоприменительная практика, предлагаются возможные варианты действий медицинских организаций в целях минимизирования рисков привлечения к различным видам юридической ответственности.

Учебное пособие предназначено для ординаторов и врачей, обучающихся по программам дополнительного профессионального образования, по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Будет полезна для руководителей медицинских организаций и врачей всех специальностей.

Рецензируемое научно-практическое медицинское издание для широкого круга практикующих врачей и научных работников. Издаётся с 2002 года и выходит один раз в три месяца.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

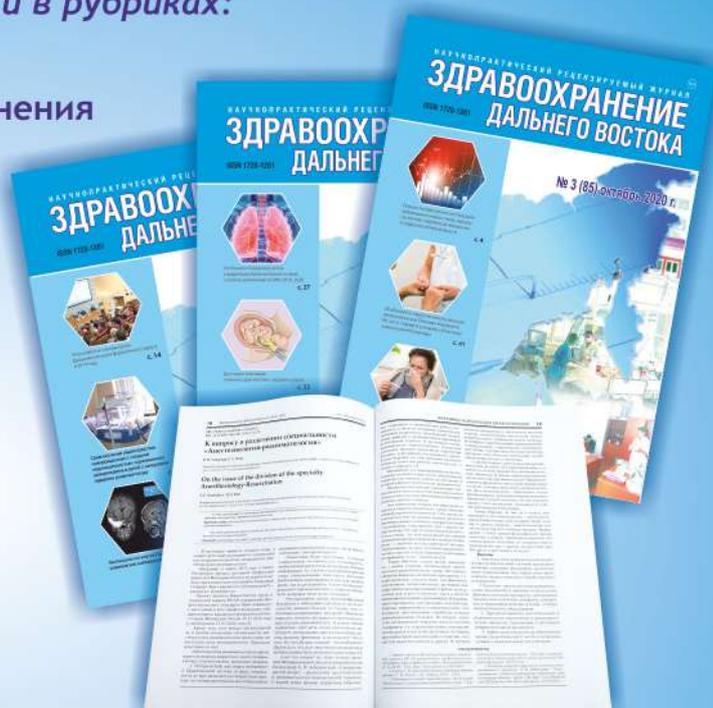
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

ISSN 1728-1261

Учредители:
министерство здравоохранения Хабаровского края
и КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения»

На страницах журнала публикуются материалы, освещающие разнообразные аспекты современного здравоохранения, медицинской и фармацевтической науки в рубриках:

- ✓ Экономика и организация здравоохранения
- ✓ Оригинальные исследования
- ✓ Обмен опытом
- ✓ В помощь практическому врачу
- ✓ Среднему медицинскому работнику
- ✓ Клинические наблюдения
- ✓ Обзор литературы
- ✓ Клиническая лекция
- ✓ Фармация
- ✓ История медицины
- ✓ Вопросы образования и повышения квалификации



Если Вы стремитесь к постоянному творческому и профессиональному росту, хотите быть в курсе современных теоретических и практических научных достижений в области здравоохранения, обмениваться передовым опытом лечения и предупреждения болезней – наше издание предоставляет Вам, уважаемый читатель, такие возможности.

Среди авторов журнала по различным теоретическим и практическим аспектам медицины – руководители и специалисты органов управления системы здравоохранения, практикующие врачи различных специальностей с многолетним опытом работы, деятели медицинской науки, сотрудники факультетов и кафедр различных медицинских учебных заведений.

Для оформления договора на поставку журнала через редакцию необходимо направить заявление в свободной форме на имя ректора КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Г.В. Чижовой по адресу: 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

По вопросам организации подписки на наше издание обращаться по телефону (4212) 27-25-10. E-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru