



Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «ИД Медицина
и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

E-mail: m-i-d@mail.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
Т.С. Ахметгалиева
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сарыгина, 29

Тираж: 1500 экз.

Журнал распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. –
зам. главного редактора, Луцик А.А. – зам. главного редактора, Ми-
хайлуц А.П., Разумов А.С. – ответственный секретарь,
Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Га-
леев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горба-
товский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гу-
кина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Заха-
ренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк),
Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово),
Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово),
Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Но-
вицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Ры-
ков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Се-
ледцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Те-
мерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Ус-
тьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кеме-
рово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С.
(Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокуз-
нецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк).

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ОФИЦИАЛЬНОЕ

ДОКЛАД ГУБЕРНАТОРА
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ А. ТУЛЕЕВА
НА ТОРЖЕСТВЕННОМ ПРИЕМЕ,
ПОСВЯЩЕННОМ ДНЮ
МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА3

И.Я. Хайновская, Н.И. Ходакова, И.А. Друшляк
ИСПОЛНЕНИЕ МУНИЦИПАЛЬНЫХ
ЗАДАНИЙ НА ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
В СИСТЕМЕ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ ЗА 2003 ГОД8

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

И.Р. Шмидт
РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ
ПРОБЛЕМЫ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИИ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
РАЗВИТИЯ НАУКИ13

**А.В. Субботин, А.Н. Глушков,
Е.Г. Арефьева, А.В. Шабалдин,
М.Л. Филипенко, Е.Н. Воронина,
В.И. Борисов, Н.А. Короткевич, А.В. Теплов**
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ HLA DRB2
И ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ IL-1 β , IL-1Ra
И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ
И ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА18

**С.М. Брызгалина, Е.М. Шимотюк,
Е.П. Каширина, Т.П. Маклакова**
ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС ЖИТЕЛЬНИЦ
ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА
ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕЙСТВИИ
ТЕХНОГЕННЫХ И ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ23

А.Ю. Милюков, А.А. Пронских
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ С ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА28

А.В. Елманов, В.С. Горин
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН
КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ31

**Л.Е. Шукевич, Ю.А. Чурляев, Е.В. Лишов,
Е.В. Григорьев, В.А. Костюченко, В.М. Медведева**
ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА,
ИХ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ
С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ34

О.И. Бибик, Л.В. Начева, О.А. Пономарева
КОЛИЧЕСТВЕННОЕ СООТНОШЕНИЕ
ЭКТОПАРАЗИТОВ ГНЕЗД СИНАНТРОПНЫХ ПТИЦ
НА ТЕРРИТОРИИ Г. КЕМЕРОВО37

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

**Л.Ю. Мительман, А.В. Митюхин,
Е.Ф. Вайман, Г.И. Колпинский**
НОВЫЙ МЕТОД АДЪЮВАНТНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ
ГАММА-ТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА42

А.Е. Беюнок, Г.Ц. Дамбаев
СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АРЕФЛЮКСНОГО
ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО СОУСТЬЯ
ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТАХ45

ИНФОРМАЦИЯ

ЗОЛОТО АРХИМЕДА И СЕРЕБРО РУМЫНИИ
ДОСТАЛИСЬ КЕМЕРОВЧАНАМ47

МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НОВЫЕ КНИГИ48

ДОКЛАД ГУБЕРНАТОРА КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ А. ТУЛЕЕВА НА ТОРЖЕСТВЕННОМ ПРИЕМЕ, ПОСВЯЩЕННОМ ДНЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

17 июня 2004 г.

Уважаемые работники здравоохранения Кузбасса!

Мы встречаемся с вами накануне замечательного праздника — Дня медицинского работника. Сегодня мы чествуем тех, кто связал свою судьбу с самой благородной, самой гуманной профессией — дарить людям здоровье и радость жизни. Этот день можно считать поистине всенародным праздником. Потому что у каждого из нас найдутся слова благодарности для наших медиков. Кто хоть раз был между жизнью и смертью, тревожился за своих родителей, детей, любимых, прекрасно знает: в такие минуты врачи кажутся нам Ангелами-хранителями в белых халатах.

Вы, уважаемые медицинские работники, выбрали самую ответственную и жертвенную профессию на земле — невзирая на личные жизненные обстоятельства, собственное самочувствие, элементарную человеческую усталость — отдавать всего себя, без остатка, во имя святой миссии — спасения ближнего своего. Вы главным принципом своей жизни избрали слова: «Светя другим — сгораю сам». Это дано не каждому. Это участь избранных. Ваше душевное тепло и сердечность лечат больных не меньше медикаментов и процедур. Не случайно в Библии сказано: «Врач — это не просто целитель телесных повреждений, он, в первую очередь, — врачеватель души больного».

Кузбасское здравоохранение развивается. Мы гордимся успехами в области кардиохирургии, трансплантации органов и тканей, реанимации, эндопротезирования, эндохирургии, в области лечения тяжелых множественных травм (политравмы).

Уже в этом году врачи областной травматологической больницы (г. Прокопьевск) освоили еще одну технологию — оперативное лечение сколиоза у детей. Теперь не нужно будет направлять больных детей в клиники других регионов. К тому же, если раньше одна такая операция обходилась областному бюджету от 150 до 180 тысяч рублей, то теперь она стоит 40-45 тысяч рублей. Это значит, что мы сможем вылечить больше ребятшек.

С удовлетворением хочу отметить, что у нас в Кузбассе за 5 последних лет почти в два раза снизилась младенческая смертность (в 1999 г. — 20,8 случаев на 1000 родившихся, в 2003 году — 11,9 случаев). Наблюдается устойчивый рост рождаемости. За последние 5 лет она увеличилась на 20,9 %. Если в 1999 году в области родилось 25 тыс. 500 детей, то в 2003 году — 30 тыс. 600 детей. К 2003 году мы добились, что почти каждому ребенку (97 %) ставят прививки от детских инфекций. В результате — значительно снизили уровень инфекционной заболеваемости.

В 2003 г. Правительством РФ был разработан проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа». Под этот проект Всемирный банк предоставляет России займ в размере 50 млн. долларов. По нашей просьбе Правительство РФ включило Кузбасс в первую очередь проекта на получение оборудования и дорогостоящих медикаментов для лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Мы приобрели современное оборудование для выявления туберкулеза на общую сумму 20 млн. рублей (в 2003-2004 гг.), полностью обеспечили всю область медикаментами для лечения этого страшного заболевания, на что выделено из всех источников около 70 миллионов рублей (в 2003 г.). Усилили финансирование из областного бюджета на дополнительное питание больных в туберкулезных стационарах (5 млн. руб.).

С каждым годом мы увеличиваем финансирование здравоохранения. Так, в 2003 году расходы на охрану здоровья населения составляли около 6,8 млрд. рублей, в 2004 году запланировано 9,3 млрд. рублей. То есть, на 27 % больше, чем в 2003 году.

За счет денег, выделенных из областного бюджета, в 2003-2004 гг. были сданы в эксплуатацию: 2 родильных отделения (гг. Мариинск, Анжеро-Судженск), 2 поликлиники (гг. Киселевск, Кемерово), диагностический центр для ветеранов (г. Белово), операционный блок и хирургическое отделение областно-

го госпиталя ветеранов войн (г. Кемерово), межвузовская поликлиника (г. Кемерово) и ряд других объектов.

К сегодняшнему празднику мы открыли: больничный комплекс Центральной районной больницы в п. Зеленогорский Крапивинского района (стационар на 125 коек и поликлиника на 250 посещений в день), вторую очередь 5-го корпуса областной клинической больницы, первую очередь областного врачебно-физкультурного диспансера (г. Кемерово).

Готовятся к сдаче: поликлиника в г. Осинники (к Дню шахтера, август 2004 г.) и родильный дом в г. Мыски (к сентябрю 2004 г.). Продолжается капитальный ремонт и реконструкция: областного ожогового центра, онкологического диспансера, офтальмологической больницы, областного противотуберкулезного диспансера, областной психиатрической больницы, других объектов в городах и селах области.

Острой проблемой является износ медицинского оборудования. В среднем по области он составляет 67 процентов. Поэтому на его обновление в 2003 году мы выделили из всех источников более 57 млн. рублей. Как видите, средства немалые.

Особо хочу поблагодарить тех глав городов и районов, которые наиболее активно работают в этом направлении: г. Кемерово (Михайлов Владимир Васильевич), г. Новокузнецк (Мартин Сергей Дмитриевич), г. Междуреченск (Щербаков Сергей Федорович), г. Полысаево (Зыков Валерий Павлович), г. Киселевск (Лаврентьев Сергей Сергеевич) Тисульский район (Поморцев Алексей Григорьевич).

Что делаем для медицинского обслуживания сельского населения Кузбасса? В этом году мы приняли специальную программу строительства на селе жилья для медицинских работников. Эта программа рассчитана на 3 года (до 2006 г. включительно). За это время мы планируем построить до 100 фельдшерских пунктов. Как мы это видим? Строится двухквартирный дом. В одной половине живет медик, в другой — находится медицинский пункт. Что это дает? Во-первых, позволит сохранить и привлечь на село новые кадры. Во-вторых, улучшатся условия оказания медицинской помощи селянам. А главное, медработник всегда на месте, и жители могут получить экстренную помощь в любое время суток. До конца 2004 года в эксплуатацию будут сданы пока 2 таких дома (в поселке Красная Поляна Ленинск-Кузнецкого района и в селе Морозово Промышленновского района). На эти цели из областного бюджета уже выделено 500 тысяч рублей. Естественно, все медицинские учреждения, которые сегодня действуют на селе, сохраняются. А строительство домов для семейных врачей — это дополнительно.

В 2003 году мы приняли ряд мер по укреплению материальной базы сельских лечебных учреждений, обеспечению их медицинским оборудованием и санитарным транспортом. За два последних года (2002-2003) на эти цели было выделено более 15 млн. руб. (из областного бюджета). 9 июня 2004 г. начал работать «Медицинский автопоезд», который оказывает медицинскую помощь жителям отдаленных сел области. По нашему поручению его организовала областная больница (главный врач Рычагов Игорь Петрович). В состав автопоезда входят 8 кабинетов, в которых ведут прием врачи основных специальностей. Только за 2 поездки автопоезда в Яйский район (с. Улановка, с. Кайла) медицинскую помощь получили более 600 селян. Теперь эти выезды станут постоянными в течение года.

Кроме того, чтобы решить проблему дефицита кадров на селе, молодым специалистам, которые едут туда работать, выплачиваем «подъемные» — по 20 тысяч рублей.

Мы продолжаем оказывать кузбассовцам адресную помощь. Созданная в области 5 лет назад система областного госпиталя и его филиалов в городах позволила нам полностью обеспечить бесплатное стационарное лечение ветеранов и инвалидов войн. В 2003 году в них бесплатно поправили свое здоровье свыше 16 тысяч человек. В 2003 году более 500 больных (в том числе и детей) получили дорогостоящее лечение в федеральных клиниках Кемерова, Ленинска-Кузнецкого, Москвы, Томска, Новосибирска и других. Более трех тысяч человек обеспечили слуховыми аппаратами (на общую сумму 5 млн. руб.).

И, конечно, всегда у нас на контроле вопрос вопросов — льготное лекарственное обеспечение определенных категорий населения (ветеранов, инвалидов, «чернобыльцев», больных сахарным диабетом, туберкулезом и др.). В прошлом году расходы на одного льготника составили 533 рубля в год (для сравнения: в 2001 году — 257 рублей, в 2002 году — 413 рублей). Расходы областного бюджета на льготное обеспечение, по сравнению с 2001 годом, выросли на 61 % и составили в 2003 г. 83,3 млн. рублей. Такие льготы получают далеко не во всех регионах России.

Сдерживаем рост цен на лекарства. И, если в среднем по России в 2003 году цены на лекарства выросли на 7,2 %, то у нас в Кузбассе — на 4 % (за счет более низких торговых надбавок на лекарства, по сравнению с другими регионами, плюс — жесткий административный контроль).

Не забываем мы и о самих медиках. В области многое делается для улучшения условий жизни и работы наших врачей. Уже третий год подряд мы выдаем из областного бюджета средства (ежегодно около 4 млн. руб.) на оплату проездных билетов для участковых врачей — а их у нас более 1300 человек. Это хорошая экономия семейного бюджета. Ведь раньше они ездили за свой счет.

В прошлом году мы выдали участковым врачам 500 сотовых телефонов. Это позволяет им оперативно вызывать бригаду Скорой помощи, при необходимости решать вопросы срочной госпитализации больных, посоветоваться с коллегами. Готовим еще сотовые телефоны в таком же количестве для участковых врачей юга Кузбасса.

Мы помогаем решать квартирный вопрос. Для этого выделяем льготные жилищные ссуды на 10 лет под 5 % годовых. В 2003 году свои жилищные условия улучшили 182 медицинских работника. На эти цели из областного бюджета было выделено 62 млн. руб. До конца 2004 года наши медики получают еще 210 льготных ссуд, 51 из них мы уже выдали. И сегодня в честь вашего профессионального праздника мы вручили вам еще 18 льготных ссуд и 4 бесплатные квартиры. Хочу добавить — любой врач, фельдшер или медсестра на селе, который попросит ссуду на строительство индивидуального жилья или развитие подсобного хозяйства, получит ее в течение года.

Заботимся об оздоровлении медицинских работников. Так, в прошлом году 50 наших медиков отдохнули в санатории «Здравница Кузбасса» в Белокурихе, в этом году мы уже отправили туда 100 человек.

Уважаемые земляки! В России во все времена врач не только исцелял от недугов. Он всегда был носителем передовых прогрессивных идей, хранителем высоких нравственных ценностей. И кузбасские медики — не исключение. Наши врачи — это лучшие люди области, честные, ответственные, высококвалифицированные специалисты. Сегодня в здравоохранении Кузбасса работают более 70 тысяч человек. Среди них: 135 докторов и 455 кандидатов медицинских наук, 4 заслуженных деятеля науки РФ, 28 заслуженных работников здравоохранения, 220 заслуженных врачей, 496 отличников здравоохранения. Для всех этих людей стремление прийти на помощь людям стало истинным призванием.

Вы знаете, что 2004 год — тяжелый для всех нас год: аварии на шахте «Тайжина», в шахтоуправлении «Сибирская», паводок на юге нашей области. Мы понесли невосполнимые потери, но число жертв и последствия трагедий могли быть еще тяжелее, если бы не профессионализм и мужество наших врачей, медсестер, санитарок.

От имени всех кузбассовцев — большое спасибо и низкий поклон медикам городов: Кемерово, Ленинска-Кузнецкого, Киселевска, Прокопьевска, Новокузнецка, Осинников, Анжеро-Судженска, Калтана, Новокузнецкого района, которые, не жалея собственных сил, делали все возможное для спасения жизни попавших в беду людей.

С глубоким удовлетворением хочу отметить тот факт, что наша кузбасская медицина получает международное признание. Назову хорошо известное всем имя — член-корреспондент Российской Академии медицинских наук Барбараш Леонид Семёнович, который в этом году за развитие кардиохирургии был отмечен Международным фондом «Поколение» — премией великого русского кардиохирурга Бакулева.

Номинантом другой престижной международной премии стал творческий коллектив авторов, который выполнил работу по профилактике осложнений открытой травмы. Авторский коллектив награжден золотой медалью и дипломом международного Салона «Архимед-2004», а также серебряным Кубком румынского форума изобретателей «За стремление спасти человека». В состав коллектива авторов вошли сотрудники Кемеровского областного центра медицины катастроф (директор Галеев Игорь Константинович), Кемеровской городской больницы № 11 (главный врач Попов Петр Васильевич), Кемеровской городской клинической больницы № 3 им. Подгорбунского (главный врач Ликстанов Михаил Исаакович), Кемеровской государственной медицинской академии (ректор Евтушенко Александр Яковлевич).

И еще одно признание — в рамках международной программы «Партнерство ради прогресса» коллектив областной клинической больницы (главный врач Рычагов Игорь Петрович) награжден Гран-При «Эффи» во Франции.

Чтобы по достоинству оценить труд наших медиков, мы уже в третий раз (с 2001 г.) провели областной конкурс «Лучший врач года». 14 врачей стали победителями этого престижного состязания. Их работы были направлены для участия во Всероссийском профессиональном конкурсе. За 2003 год 8 из них стали призерами. Такого результата мы добились впервые. С особым удовольствием хочу назвать имена призеров, которые заняли первое место по России. Лучшими в своих номинациях были признаны Епифанцева Наталья Николаевна (г. Новокузнецк) и Гусев Сергей Иванович (г. Кемерово). Мы гордимся тем, что профессионализм наших кузбасских врачей был высоко оценен в общероссийском масштабе.

В этом году в Кузбассе впервые был проведен областной конкурс на звание Лауреата премии имени Марии Нестеровны Горбуновой (видного организатора здравоохранения области в 70-х гг. XX в.). В нем принимали участие руководители учреждений здравоохранения, которые внесли наибольший вклад в его развитие. Лауреатом премии им. М.Н.Горбуновой стала Седачёва Людмила Афанасьевна — ветеран здравоохранения, заместитель главного врача областной клинической больницы. Кроме того, в 2003 году более 1700 медицинских работников были награждены областными и ведомственными наградами.

В 2002 году, вы помните, высшей награды Министерства здравоохранения РФ, золотой медали «За заслуги перед Отечеством здравоохранением», удостоены два кузбасских врача — Швец Тимур Иванович, начальник департамента здравоохранения и Шмидт Изабелла Рудольфовна, заведующая кафедрой неврологии Новокузнецкого ГИДУВа. Это очень высокая оценка. Всего по России такой наградой удостоены около 150 врачей, ученых, организаторов здравоохранения.

И сегодня, накануне профессионального праздника, государственными отраслевыми наградами и медалями Кемеровской области награждено 72 человека. А 84 медицинских работника уже получили почетные грамоты, благодарственные письма Администрации области и книги «Клинические рекомендации для практикующих врачей». Их вручил мой заместитель Курилов Константин Семенович.

Несмотря на то, что в области многое делается для сохранения здоровья кузбассовцев, проблем, к сожалению, еще много. Одна из важнейших — это здоровье наших детей, нашего подрастающего поколения. Вы знаете, что в 2002 году в Кузбассе была проведена всеобщая диспансеризация. Она показала, что свыше 360 тысяч детей, а это больше половины (57,4 %), больны и нуждаются в лечении.

Но выявить болезнь — это полдела. Главное, чтобы дети реально получили необходимую для них помощь. За 2003 год более 110 тысяч хронически больных детей были пролечены в стационарах. Свыше 170 тысяч детей были оздоровлены в санаториях, детских оздоровительных лагерях. В летний сезон этого года мы расширили сеть детских оздоровительных учреждений. Их в области организовано свыше 1600. То есть, по сравнению с прошлым годом, в 2004 году отдохнет на 25-30 тысяч ребятишек больше. Кроме того, около 2 тысяч детей поправят свое здоровье в санатории «Морская сказка» на Черноморском побережье. А 125 детей-инвалидов уже побывали в Греции (в мае 2004 года).

Отдельно хочу остановиться на проблеме здоровья школьников.

В России только 5 % выпускников школ признаны абсолютно здоровыми. Не лучше ситуация и у нас в Кузбассе. Поэтому, начиная с 2003 года, в области реализуется программа «Образование и Здоровье». Пока о результатах говорить рано, но считаю, что опыт согласованной работы педагогов и медицинских работников по сохранению здоровья школьников принесет свои плоды. Вместе с тем, работу эту необходимо усилить. Первое, что необходимо — это активизировать работу Координационного Совета здравоохранения и образования по вопросам охраны здоровья школьников. Второе — развивать сеть специальных образовательных учреждений, школ санаторного типа для детей, страдающих хроническими заболеваниями. Третье — шире использовать средства массовой информации для пропаганды здорового образа жизни среди школьников.

Особую тревогу вызывают у нас беспризорные и безнадзорные дети. К сожалению, количество их увеличивается. В основном это сироты и дети, родители которых лишены родительских прав. Они особенно нуждаются и в медицинской, и в социальной помощи. Для этих целей в детских больницах городов Кемерово, Новокузнецк, Междуреченск были открыты 50 медико-социальных коек. В 2003 году на этих койках получили медицинскую и социальную помощь свыше 1700 детей — все, кто в ней нуждался. Ни один из них не вернулся на улицу. Все они были определены в детские социальные учреждения. Но я считаю, что таких детей может быть меньше. Необходимо до автоматизма отработать схему взаимодействия детских поликлиник с органами социальной защиты, образования, УВД по каждой социально-неблагополучной семье, имеющей детей. Предупреждать безнадзорность, беспризорность — это главное.

Еще одна назревающая проблема в охране здоровья детей. Вы знаете, уважаемые земляки, что Правительство РФ намерено заменить натуральные льготы на их денежные компенсации. Мое мнение — нельзя допустить, чтобы было отменено льготное лекарственное обеспечение детей. Я считаю, что для ребятишек в возрасте до 3-х лет и для детей-инвалидов эта льгота должна быть сохранена. И мы дали свои предложения в Госдуму и Правительство РФ. К сожалению, часть родителей не всегда действует в интересах ребенка. Они могут попросту потратить деньги, выделенные на лечение ребенка, на другие цели.

Другая проблема — высокая профессиональная заболеваемость и производственный травматизм. Кузбасс — это уголь, металл, химия. Соответственно — и опасность, и негативные последствия. По профзаболеваниям мы опережаем среднероссийские показатели почти в 9 раз (в 2002 году на 10 тысяч занятого населения в Кузбассе приходилось 20,24 больных, в РФ — 2,23).

Конечно, чтобы снизить профзаболеваемость, мы делаем немало. Разработана комплексная региональная межведомственная программа «Профилактика профессиональной патологии в Кемеровской области на 2004-2006 годы». В разработке программы принимали участие ученые, работники здравоохранения, департамента Труда, социального страхования и многих других служб. На ее осуществление мы планируем выделить из областного и местного бюджетов 24 млн. рублей (до 2006 г.).

Для успешной реализации программы профилактики профзаболеваний очень важно:

Первое — улучшить качество профилактических осмотров работающих.

Второе — своевременно оздоравливать тех, у кого выявлена патология.

Третье — нам надо плотно работать с руководителями крупных предприятий, особенно с вредным производством, по возрождению цеховой медицинской службы, а также врачебно-инженерных бригад. В этом случае врач работает в контакте с руководителем предприятия, учитывает особенности производства и, тем самым, повышается эффективность лечения. Некоторые крупные предприятия и объединения («Азот», «Коксохимзавод», «Кузбассэнерго» и др.) сохранили свои отраслевые медучреждения. Но этого недостаточно. Они должны быть на каждом заводе, на каждой фабрике. При подготовке ежегодных Соглашений между Администрацией Кемеровской области, крупными предприятиями и объединениями мы учитываем и важный пункт о медицинском обслуживании трудящихся.

И, конечно, важнейшая для нас проблема — это здоровый образ жизни. Прежде всего, это касается подрастающего поколения и тех, кто недавно вступил во взрослую жизнь. Я считаю, что здоровый образ жизни должен стать частью национальной идеологии с комплексной системой мер, которая охватывает

все сферы нашей жизни. Для создания и внедрения этой системы нужны усилия ведущих ученых и общественности, государственная поддержка, финансовые вложения, мощная пропагандистская работа. Цель — решительно бороться за увеличение средней продолжительности жизни людей.

В ежегодном послании на текущий год Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин отметил, что Россия по важнейшим показателям здоровья уступает многим странам. Продолжительность жизни у нас на 12 лет ниже, чем в США, на 8 лет ниже, чем в Польше, на 5 лет ниже, чем в Китае. Причем не секрет, что значительная часть так называемых «ранних» потерь — от пренебрежительного отношения к своему здоровью.

Никуда не делись наши вредные привычки. Это ведь не анекдот, а быль, когда в одном солидном европейском журнале, в специальном исследовании, которое посвящено национальным особенностям применения алкоголя, в графе «смертельная доза» стояла пометка: «исключая русских».

Все мы понимаем, что здоровый человек — основа сильного государства и благополучного общества. Поэтому отношение человека к собственному здоровью и здоровью членов своей семьи не может быть только его личным делом. Общество должно ставить здоровье каждого человека под свой контроль уже с момента его рождения. Огромная роль принадлежит семье (особенно семье), а также школам, трудовым коллективам. Но, знаете, можно построить сотни спортивных площадок, создать тысячи спортивных секций и школ, нанять на работу десятки тысяч тренеров, психологов и педагогов. А люди по-прежнему будут «тусоваться» по забегаловкам, топить свободное время в горячительных напитках. Значит, пора восстанавливать нормальную систему ценностей, жизненных ориентиров, сравнение с которыми позволяет узнать, что хорошо, а что плохо, что добро, а что зло. Для этого необходимо более широко работать среди населения, привлечь на свою сторону общественные организации, средства массовой информации. Пока еще слово врача звучит недостаточно громко.

Сейчас проблемы здравоохранения решаются у нас на государственном уровне. В своем ежегодном послании Федеральному собранию (26 мая этого года) Президент России Владимир Владимирович Путин обратил внимание на ряд принципиальных проблем. Главная из них — низкая эффективность отечественного здравоохранения. Качество и доступность медицинских услуг снижаются, а затраты на них только растут. Гарантии бесплатной помощи часто носят декларативный характер, а люди так и не понимают, что могут получить бесплатно, а за что должны доплачивать. При этом, в самом сложном положении оказываются наименее обеспеченные люди. Они вынуждены тратить на медпомощь непомерно высокую долю своего, и так небольшого, дохода, или даже отказывать себе в элементарных лекарствах, что просто недопустимо.

Подчеркиваю, главная цель сегодня — повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Важно, чтобы каждый человек имел четкое представление о том, на что он может рассчитывать бесплатно, а за что, сверх этого, придется доплачивать. Причем, что очень важно, необходимо создать единый перечень, единые стандарты для всей страны и определить, — что должно быть платным, а что — бесплатным. Чтобы на местах не учиняли разные «художества» — что хочу, то и ворочу. Принцип один: пациент должен оплачивать только дополнительную помощь, которая в перечень общих услуг не входит.

Сейчас в Госдуме готовится закон о государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи. Он четко определит и виды медицинской помощи, и ее объем, и что конкретно должен будет получить заболевший на этапах медицинской помощи — амбулаторной или стационарной. В этой связи мне приятно отметить, что наши кузбасские медики уже в течение 2-х лет реализуют этот принцип в своей практике, а свои предложения направили в Центр стратегических разработок при Администрации Президента. Они совпадают с принципами, которые закладываются в новый закон о государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи. Следовательно, нам легче будет реализовывать реформу. Хотя мы должны признать, что мало в Кузбассе найдется учреждений, где сегодня есть полная и наглядная информация о бесплатной медицинской помощи, которая закреплена нашим областным законом.

Сразу предупреждаю — будет жесткий контроль за тем, чтобы соблюдался обязательный перечень бесплатных медицинских услуг по каждому заболеванию. Мы должны четко следить, чтобы качественные первичные медицинские услуги были доступны всему населению, вне зависимости от уровня доходов. Если пустить это дело на рыночный и страховой самотек, то к следующей переписи населения мы многих не досчитаемся.

Дорогие медицинские работники! Есть древняя притча. Один очень мудрый, опытный врач учил больного: «Нас трое — ты, я и болезнь. Если ты и я объединимся, то мы победим болезнь. Если ты объединишься с болезнью, то я ничем не смогу тебе помочь». Третий вариант — объединение врача с болезнью — даже не рассматривался, ибо врач — это всегда помощник жизни, а не смерти.

От всей Души поздравляю всех вас с профессиональным праздником! Желаю Здоровья, новых профессиональных Успехов, неиссякаемой людской благодарности, большого личного Счастья, Мира, Добра и Благополучия — вам и вашим близким.

И.Я. Хайновская, Н.И. Ходакова, И.А. Друшляк

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области

ИСПОЛНЕНИЕ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2003 ГОД

Важнейшим направлением деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области (далее — фонда) в 2003 году стала организация эффективного использования имеющихся финансовых ресурсов, обеспечение целевого и рационального их использования.

Для осуществления прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи ежегодно в Кемеровской области утверждается территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. Для реализации Территориальной программы на всех территориях области формируются муниципальные задания (далее — МЗ), в которых учитывается потребность населения в медицинской помощи, и утверждаются ее объемы.

Закон Кемеровской области «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на 2003 год» был принят Советом народных депутатов Кемеровской области. В Программе определены виды, объемы и условия предоставления медицинской помощи, а также размеры ее финансирования за счет средств бюджета и обязательного медицинского страхования (далее — ОМС).

Расчет территориальных нормативов объемных и финансовых показателей оказания гарантируемой бесплатной медицинской помощи проводился на основании «Методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью», утвержденных Минздравом России от 28.12.2000 г. № 2510/14302-34, Федеральным фондом ОМС от 28.12.2000 г. № 5594/40-1/и и Минфином России от 28.12.2000 г. № 02-10-08. Рассчитанные с поправкой на демографическую структуру населения, нормативы объемов медицинской помощи корректировались с учетом сложившейся госпитальной за-

болеваемости, потребности в амбулаторно-поликлинической помощи и стационарзамещающих технологиях.

Территориальная программа на 2003 год была утверждена в сумме 7,67 млрд. руб. или 2608 руб. на 1 жителя в год, что превысило стоимость территориальной программы 2002 года на 0,9 млрд. руб. (или в 1,13 раз). Из расчета на 1000 жителей, объем гарантированной стационарной помощи составил 1990,2 койко-дней, амбулаторно-поликлинической — 8492,4 посещений, лечения в дневных стационарах — 576,8 дней. Относительные показатели нормативов койко-дней, посещений и дней лечения в дневных стационарах на 1000 жителей по Территориальной программе (ТП) ОМС на 2003 год несколько выше утвержденных на 2002 год. Прежде всего, это связано с уменьшением численности населения. Однако, уменьшение численности населения не повлекло за собой уменьшения абсолютных показателей. В абсолютных цифрах план койко-дней увеличился на 92 тыс., план посещений — на 139 тыс., план дней лечения в дневных стационарах всех типов — на 120 тыс. дней.

На основании утвержденной Территориальной программы ОМС проводилась разработка МЗ территорий.

Объемные показатели по видам медицинской помощи утверждены в МЗ по двум направлениям:

- для жителей территории, с учетом потоков больных как в ЛПУ своей территории, так и в ЛПУ других территорий (включая ведомственные и областные);
- для медицинских учреждений, находящихся на территории муниципального образования.

Муниципальные задания для ЛПУ территории формировались с учетом существующей сети медицинских учреждений, а также их структуры. За основу планирования стационарной медицинской помощи взяты нормативы средней длительности лечения, среднегодовой занятости койки по профилям отделений, с разбивкой на интенсивный этап и этап долечивания, утвержденные областной согласительной комиссией.

Муниципальные задания для ЛПУ территории включают объемы для жителей своей территории, для больных с других территорий области и инообластных жителей, и отражают деятельность медицинских учреждений территории в системе ОМС.

При формировании МЗ был сделан акцент на сбалансированность финансовых ресурсов и объемов предоставляемой медицинской помощи, на обеспечение доступности помощи различным слоям населения, на достижение высокой эффективности использования финансовых средств за счёт оптимизации структуры, объемов и технологий медицинской помощи.

В результате согласования МЗ территорий на 2003 год, в целом по области утверждено койко-дней на 2 % больше предусмотренного ТП ОМС, посещений и дней лечения в дневных стационарах всех типов — на 1 % меньше (табл. 1).

Таблица 1

Виды медицинской помощи	2002 г.			2003 г.		
	Утверждено ТП ОМС	Принято в МЗ	Отклонение (%)	Утверждено ТП ОМС	Принято в МЗ	Отклонение (%)
Койко-дни	1984,4	1985	+0,3	1990,2	2030,9	+2
Посещения	8488	8390	-1,2	8492,4	8403,9	-1
Дни лечения СЗТ	471	527,6	+13,6	576,8	572,3	-0,8

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ

Расчет доходной части МЗ территорий производился в соответствии с «Порядком определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования», утвержденным распоряжением Администрации области от 20.01.2003 г. № 26-р. Для разработки доходной части использовались показатели утвержденного бюджета ТФ ОМС, Территориальной программы ОМС, прогнозная оценка численности населения на 2003 год.

Расхождение показателей доходной части Территориальной программы и МЗ обусловлено тем, что в Территориальной программе ОМС запланированы взносы на неработающее население в размере 72 руб. в месяц на одного не работающего. В МЗ территорий поступления на не работающее население запланированы, в среднем, в размере 63 руб. В бюджетах территорий, в среднем по области, утверждено 49 руб. на одного не работающего в месяц. В МЗ запланированы межтерриториальные расчеты, которые являются двойными оборотами и в Территориальной программе ОМС не учтены (табл. 2).

Таблица 2

Показатели	ТПГГ	Свод муниципальных заданий	Отклонение	
			абс.	%
1. Доходная часть, всего	7670300	5214535	-2321611	68
1.1 Средства бюджета	4585700	1960109	-2625591	43
1.2 Средства ОМС, в том числе:	3084600	3254426	169826	106
1.2.1 Средства по подушевому нормативу, из них:	3022900	2934499	-88400	97
1.2.2 Взносы на неработающее население	1496600	1310317	-186283	88
1.2.3 Средства за оказание мед. помощи жителям других территорий области	0	310301		
1.2.4 Средства за оказание мед. помощи жителям других областей РФ	0	9402		
2. Расходная часть, всего	7670300	5180899	-2489401	68
На одного жителя	2609	1762	-847	68
2.1 Финансирование медицинской помощи за счет средств бюджета	4585700	2009567	-2576133	44
На одного жителя за счет средств бюджета	1560	680	-879	44
2.2 Финансирование мед. помощи за счет средств ОМС (без учета резервов и административных затрат системы ОМС)	2945900	3171332	225432	108
- амбулаторно-поликлиническая помощь	1051400	1025760	-25640	98
- стационарная помощь	1732900	1749456	42451	101
- стационарзамещающие технологии	161600	143112	-18488	89
- на оказание мед. помощи жителям других территорий области	0	246485	246485	
- медицинская помощь жителям в других областях	0	6519	6519	
На одного жителя за счет средств ОМС, руб.	1002	1079	77	108
2.3 Формирование резервов и административные затраты системы ОМС, в том числе:	138700	191937	53237	138
- административные затраты системы ОМС	138700	138700		
- РФПМ	0	53237		

Доходная часть МЗ Кемеровской области на 2003 г. составила 5,2 млрд. руб., в том числе за счет средств бюджета — 1,96 млрд. руб. (38 %), за счет средств ОМС — 3,25 млрд. руб. (62 %) (без межтерриториальных расчетов, которые являются двойными оборотами, доходная часть ОМС составляет 2,94 млрд. руб.).

В доходной части МЗ по ОМС основную долю занимают средства, поступающие по дифференцированному подушевому нормативу — 2,93 млрд. руб. или 90 % всех средств, в том числе взносы на не работающее население — 1,3 млрд. руб. или 45 %.

ИСПОЛНЕНИЕ ДОХОДНОЙ ЧАСТИ

Исполнение доходной части МЗ составило 97 % (табл. 3). В приведенном анализе исполнения доходной части исключены межтерриториальные расчеты.

Свои обязательства по взносам на обязательное медицинское страхование не работающего населения администрация выполнила на 79 %. Таким образом, уровень финансирования достигнут за счет поступлений единого социального налога.

Процент поступлений по межтерриториальным расчетам, по отношению к 2002 г. (66 %), увеличился и составил 88 % (запланировано в МЗ — 310524 руб., фактически затрачено — 273971 руб.). В то же время, по отношению к плановым объемным показателям по межтерриториальным потокам, муниципальное задание 2003 г. выполнено на 131 %.

Эту ситуацию можно объяснить следующим. При планировании МЗ, имея контрольные цифры объемов медицинской помощи жителям, территории увеличивают объемы в своих медицинских учреждениях, чтобы сохранить имеющийся коечный фонд и, по возможности, уменьшают заказ вне своей территории, несмотря на то, что в течение ряда лет реально сложился поток больных за пределы территории страхования. Это приводит к увеличению задолженности страховых медицинских организаций за пролеченных жителей в медицинских учреждениях других территорий.

ИСПОЛНЕНИЕ РАСХОДНОЙ ЧАСТИ

Расходная часть МЗ выполнена на 90 % (табл. 4). С учетом выполнения доходной части на 97 % и сложившегося дефицита муниципальных заданий (6 %), на период отчетной даты 1,6 % финансовых средств находилось на остатках медицинских учреждений и страховых медицинских организаций.

Фактические расходы на оказание медицинской помощи за пределами области превысили план в 1,96 раз. Причем, планирование медицинской помощи осуществлялось только в стоимостном выражении. Данный факт может свидетельствовать о том, что, либо органы управления здравоохранением территорий не анализируют потоки больных за пределы области, либо искусственно занижают объемы и стоимость медицинской помощи для жителей вне территории для уменьшения дефицита финансовых средств МЗ территорий.

Для анализа деятельности медицинских учреждений территорий в 2003 году использовались данные отчетной формы № 14, предоставляемой медицинскими учреждениями, и отчетной формы № 3, предоставляемой страховыми медицинскими организациями.

В 2003 году утвержденными МЗ было предусмотрено, что 89 % средств будет направлено на оплату медицинской помощи жителям на территории проживания, 4 % — в медицинские учреждения других территорий и 7 % — в областные медицинские учреждения.

Фактически 81 % средств направлено на финансирование медицинской помощи на территории проживания, что отражает стремление территорий необоснованно увеличить долю средств для своей территории на стадии планирования, не отражая при этом фактического потребления медицинской помощи жителями на других территориях.

Таблица 3

Показатели	Запланировано в МЗ	Факт	Исполнение (в %)
Доходная часть			
Средства ОМС, всего	243901	2857533	97
Средства, поступающие по ДПН в т.ч. взносы на не работающее население, из них:	2934499	2852876	97
- из бюджета территории	1310317	1032918	79
- дотации бюджетов всех уровней	1060016	598988	57
Поступление средств за лечение граждан других субъектов РФ	250301	433930	173
	9402	4657	50

Таблица 4

Показатели	Запланировано в МЗ	Факт	Исполнение (в %)
Расходная часть			
На оказание мед. помощи, в т.ч.:	3116784	2810704	90
- на амбулаторно-поликлиническую помощь	1025760	917130	89
- на стационарзамещающие технологии	143112	116455	81
- на стационарную помощь	1749456	1593932	91
- лечение жителей в других областях	6519	12750	196
- резервы и административные затраты системы ОМС	191937	170437	89

При этом необходимо отметить, что, благодаря введению в действие Приложения 4 к Порядку определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, утвержденного распоряжением Администрации области от 20.01.2003 г. № 26-р «Распределение средств подушевого норматива на 2003 год», упорядочены расчеты за медицинскую помощь на территории и за ее пределами, стабилизировалась ситуация с оплатой медицинской помощи по межтерриториальным потокам.

СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С учетом структуры МЗ, проводится анализ фактического потребления медицинской помощи жителями территорий, а также исполнения заданий медицинскими учреждениями муниципального образования.

Фактические показатели потребления медицинской помощи населением Кемеровской области в 2003 г. превышают утвержденные в МЗ по всем видам (табл. 5).

Муниципальными заданиями территорий предусматривалось, что в общем объеме финансирования медицинской помощи доля амбулаторно-поликлинической помощи, включая стационарзамещающие технологии, составит 37 %, стационарной помощи — 63 %.

Данное распределение не соответствует нормативному. Доля амбулаторно-поликлинической помощи меньше показателя, определенного Тарифным соглашением в системе ОМС на 2003 год. Однако в фактических расходах доля амбулаторно-поликлинической помощи более приближена к утвержденной в Тарифном соглашении (табл. 6).

Анализируя данные формы 3 по оплате стационарной помощи страховыми компаниями, отмечается разница в выполнении муниципального задания по плановой и экстренной помощи. Если экстренная помощь выполнена (по принятым счетам) в пределах коридора риска (92 %), то плановая медицинская помощь невыполнена на 22 %.

Причины увеличения доли экстренной помощи видятся в следующем:

- развитие в системе здравоохранения платных услуг сформировало тенденцию позднего обращения больных за медицинской помощью; так плановый пациент, своевременно не получивший лечение, превращается в экстренного больного;
- отсутствие у некоторых лечебных учреждений лицензий на оказание медицинской помощи

Таблица 5

Виды медицинской помощи	План (год)	Факт (год)	"+" / "-"	%
Стационарная помощь (койко-дней на 1000 жителей)	2030,9	2144,5	113,6	106
Амбулаторно-поликлиническая помощь (посещений на 1000 жителей)	8423,3	8629,8	206,5	103
Стационарзамещающие технологии (дней лечения в ДС на 1000 жителей)	573,5	581,9	8,4	101

Таблица 6

Показатели	Норматив по ТП ОМС	Структура по МЗ	Структура фактических расходов
На оказание медицинской помощи	100	100	100
- амбулаторно-поликлиническая помощь	36	33	35
- стационарная помощь	59	63	60
- стационарзамещающие технологии	5	4	5

приводит к оплате только экстренной медицинской помощи, в соответствии с положением «О порядке оплаты медицинских услуг»; следовательно, медицинские учреждения заинтересованы в смещении объема оказываемых медицинских услуг в сторону оказания экстренной помощи.

Анализируя выполнение МЗ по плановой стационарной помощи, следует отметить завышение планируемых расходов на оказание данного вида медицинской помощи.

По данным формы № 14 можно проанализировать исполнение МЗ в 2003 году (табл. 7).

Таблица 7

Показатели	Утверждено в МЗ для ЛПУ территорий	Заработано ЛПУ	Оплачено СМО	% исполнения МЗ	% финансирования МЗ
Всего	2847854	2615655	2634393	91	93
АПП	1021117	897853	955735	88	94
СЗТ	143148	136379	129829	95	91
Стационар	1683589	1562440	1548829	93	92

Лечебные учреждения, имеющие в своем составе поликлинику, дневной стационар и стационар, для сохранения коечного фонда стационаров, отвлекают финансовые средства от поликлиник и дневных стационаров в стационар. В результате удельный вес расходов на стационарную помощь преобладает над расходами на амбулаторно-поликлиническое звено.

По объемным показателям в части стационарной помощи МЗ выполнено на 101 %. По принятым счетам стоимость стационарной помощи составляет 93 % от плана, профинансировано 92 %. Фактическая стоимость стационарной помощи за 2003 год составила 98 % от плана МЗ. В результате, фактическая средняя стоимость койко-дня на 6 % больше финансово обеспеченной и на 2 % меньше утвержденной.

Информация о средней стоимости единицы медицинской помощи приведена в таблице 8.

Фактическая средняя стоимость единицы амбулаторно-поликлинической помощи на 10 % меньше, чем утверждено финансовыми нормативами. Это обусловлено тем, что уровень фактического среднеобластного подушевого норматива ниже запланированного. Финансово-обеспеченная стоимость единицы стационарзамещающих видов медицинской помощи на 24 % меньше фактической стоимости, за счет отвлечения средств на финансирование стационарной помощи.

Финансовые нормативы затрат на единицу объема медицинской помощи в 2003 году, по сравнению с предыдущим годом, выросли, в среднем, на 22 %. При планировании финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи учтен индекс-дефлятор ВВП – 112,2 % (письмо Минэкономразвития РФ от 17.06.2002 г. № 2321-П). Кроме того, запланировано дополнительное увеличение затрат на медикаменты, питание и мягкий инвентарь.

Финансовыми нормативами было предусмотрено, что 66 % средств будет направлено на фонд оплаты труда (ФОТ). При планировании муниципальных заданий доля ФОТ увеличилась на 5 % и составила 71 %. Фактически на финансирование ФОТ направлено 78 % всех средств. Это говорит о том, что штатная численность медицинского персонала и ФОТ зачастую не соответствуют нормативным расчетам и утвержденному муниципальному заданию. В соответствии с действующей нормативной базой, заработная плата медицинским работникам выплачивается независимо от заработанных медицинским учреждением средств. В результате, происходит увеличение доли расходов на ФОТ за счет сокращения расходов по другим статьям (табл. 9).

Перераспределение средств произошло за счет уменьшения расходов на питание и медикаменты.

ВЫВОДЫ:

Оценивая выполнение муниципальных заданий 2003 года, можно отметить:

Таблица 8

Показатели	Фактическая средняя стоимость единицы (по данным ф. 14)	Финансово-обеспеченная стоимость единицы	Средняя стоимость единицы по финансовым нормативам
Амбулаторно-поликлиническая помощь (посещения)	37,9	37,7	42,1
Стационарзамещающие технологии (к/дни)	70,4	75,7	100,09
Стационарная помощь (к/дни)	258,9	244,2	262,5

Примечание:

Фактическая средняя стоимость единицы - включает все затраты лечебных учреждений по статьям ОМС. Рассчитана на основе данных формы № 14 (фактические расходы ЛПУ/количество единиц).

Финансово-обеспеченная стоимость единицы - стоимость рассчитана от фактически поступивших в медицинские учреждения финансовых средств из страховых медицинских организаций. Рассчитана на основе данных формы № 14 (оплачено страховщиками/количество единиц).

Средняя стоимость единицы по финансовым нормативам - стоимость приведена в нормативах финансовых затрат для медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, на 2003 год, утвержденных 12.02.03 г.

Таблица 9

Статьи затрат	Кассовые расходы (%)	Запланировано в МЗ (%)	По финансовым нормативам (%)
Всего	100	100	100
Оплата труда	59	52	49
Начисления на оплату труда	19	19	17
Приобретение продуктов питания	4	5	6
Приобретение медикаментов и перевязочных средств	15	23	26
Приобретение мягкого инвентаря и обмундирования	1	1	1
Прочие	2	2	0

- высокий уровень востребованности всех видов медицинской помощи и ее доступность для широких слоев населения;
- сохранение территориального принципа оказания медицинской помощи (предоставление основных объемов медицинской помощи в муниципальных учреждениях по месту жительства);
- предоставление медицинской помощи в рамках объемов, гарантированных Территориальной программой ОМС Кемеровской области;
- высокий уровень контроля за целевым и рациональным использованием средств системы ОМС, соответствием штатного расписания и ФОТ медицинских учреждений муниципальным заданиям;
- продолжающееся реформирование здравоохранения области, осуществляемое в соответствии с концепцией, обозначенной в ежегодном послании Президента РФ, и направленное на развитие амбулаторно-поликлинической и стационарзамещающей помощи.

И.Р. Шмидт

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ НАУКИ

На основании анализа литературных и собственных материалов обобщены основные результаты, полученные в процессе полувекового исследования главных аспектов и проблем остеохондроза позвоночника, как основного объекта вертеброневрологии. Выделены основные вопросы, которые нуждаются в дальнейшем изучении. Даны рекомендации по статистическому учету неврологических синдромов остеохондроза позвоночника.

Ключевые слова: вертеброневрология, неврологические проявления остеохондроза позвоночника.

Based on literature and our own data concerning major problems of spinal osteochondrosis in verebroneurology we have summarized the results obtained for the period of a fifty-year studies. Other main issues that require further studies have also been noted. Recommendations on statistical analysis of neurologic syndromes of spinal osteochondrosis have been suggested.

Key words: vertebroneurology, neurologic syndromes spinal osteochondrosis.

В последние несколько лет появились высказывания «о кризисе вертеброневрологии», а также о том, что наилучшим диагнозом для обозначения вертеброгенной патологии является «дорзопатия», «дорзалгия» или «боль в спине». Другими словами, возникает ситуация, в которой предлагается вернуться в начало 20-го века и заново «открывать остеохондроз».

Вертеброневрология относится к пограничным областям медицины, что вызывает как большой интерес теоретиков и практиков, так и споры и дискуссии, вплоть до полного неприятия выделения такого раздела медицины. Попелянский Я.Ю. [1], обосновывая выделение вертеброневрологии, отметил, что непосредственным стимулом для оформления новых отраслей клинических наук и специальностей являются потребности практики. В свете сказанного, вертеброневрология может быть определена как раздел медицины, предметом изучения которого является система «позвоночник» в норме и патологии [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Из приведенного определения ясно, что основным аспектом изучения вертеброневрологии являются как нормальные функции позвоночника и его строение, так и неврологические вертеброгенные синдромы, а также рефлекторные изменения в позвоночнике при патологии разных органов и систем. Вертеброневро-

логия имеет взаимосвязи со многими разделами медицины: ортопедией, неврологией, мануальной медициной, соматоневрологией, психосоматоневрологией, реабилитацией (восстановительной медициной), профилактикой. Однако каждый из этих разделов сохраняет свою самостоятельность.

Цель настоящего сообщения — анализ литературных и собственных материалов, обосновывающих основные результаты, полученные в процессе исследования главных аспектов и проблем остеохондроза позвоночника (ОП), как основного объекта вертеброневрологии, а также выделение основных вопросов, которые нуждаются в дальнейшем изучении.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1) Результаты исследований Новокузнецкой, Казанской, Ленинградской и других школ вертеброневрологии, представленные в соответствующих публикациях. 2) Случайная выборка представителей популяции, репрезентативная генеральной совокупности — 36689 человек. 3) 324 семьи, состоящие из 3761 членов семей, пробанды в которых страдали неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (НПОП). 4) Для изучения

клинического полиморфизма шейного, грудного и поясничного остеохондроза — 18345 больных с НПОП. 5) Больные НПОП и здоровые лица с признаками повышенного риска их развития, наблюдавшиеся в условиях пятигрупповой диспансеризации по разработанной нами методике — 3282 человека.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Классическое неврологическое, вертеброневрологическое обследование и специальное мануальное тестирование; рентгенологический метод с использованием обзорной и функциональной спондилографии (в том числе дискофункциональное исследование) и крупнокадровой флюорографии позвоночника (последнее позволило провести популяционное исследование рентгенологически определяемых признаков остеохондроза позвоночника); КТ и МРТ; клинико-генеалогический, генетико-эпидемиологический и генетико-математический методы; статистический многофакторный анализ с использованием приемов корреляционного, вариационного и альтернативного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Фундамент вертеброневрологии был заложен морфологическими исследованиями G. Schmorl, H. Junghans [8], которые впервые выделили основной функциональный элемент позвоночника — «позвоночный двигательный сегмент» (ПДС), и описали варианты дистрофических изменений в нем. Синдромам остеохондроза позвоночника посвящено неисчислимое число работ, однако в качестве объекта отдельной медицинской дисциплины «вертеброневрологии» НПОП изучались лишь в нашей стране. Начало этим исследованиям было положено в 50-60-е годы 20-го века работами Я.Ю. Попелянского, которого по праву можно считать создателем целого научного и практического направления в медицине [1, 5, 9, 10, 11]. Как самостоятельная дисциплина вертеброневрология начала формироваться на стыке неврологии, ортопедии и нейрохирургии, когда была установлена ведущая роль дистрофических изменений в ПДС в развитии патологии периферической нервной системы, и стали широко применяться хирургические методы лечения этой патологии. Предмет вертеброневрологии (нейроортопедии) был определен А.И. Осной и Я.Ю. Попелянским в 1966 г. на 2-м Всесоюзном симпозиуме «Остеохондроз позвоночника» [4]. В последующем в Казани, по приказу Минздрава РФ, был учрежден специализированный центр, сотрудники которого многое сделали для организации выделения клинической дисциплины и медицинской специальности «Вертеброневрология». В Казанском, Новокузнецком, Запорожском и Харьковском институтах усовершенствования врачей проводи-

лись специализированные курсы усовершенствования. По инициативе В.П. Веселовского создана Международная ассоциация вертеброневрологов, проведено 5 конгрессов по вертеброневрологии. Попелянский Я.Ю. издал, а затем переработал переиздал 4-томное руководство [1, 5, 10, 11], издал много монографий и статей по данной проблеме. И, хотя до сего времени вертеброневрология не оформлена на административно-финансовом уровне, она реально существует, имеет методологическое и методическое обеспечение.

Развитие учения о НПОП и ОП не было легким, что во многом обусловлено его мультидисциплинарностью. До настоящего времени не преодолены терминологическая путаница в обозначении данного явления. Для обозначения клинически значимого ОП использовались разные термины, что отражало историю изучения отдельных его проявлений. Потребовался какой-либо обобщающий термин. Hildebrandt A. [12] предложил в качестве такого обобщающего термина «остеохондроз позвоночника». За ним последовали и другие авторы. Постепенно этот термин, как и аналогичный ему «межпозвоночный остеохондроз», стал наиболее принятым.

Долгое время возникали проблемы с обозначением клинических проявлений ОП. Уже в 30-е годы 20-го столетия стало ясно, что ОП далеко не всегда имеет клиническое значение. Поэтому говорили о «клинически значимом ОП», о «неврологических синдромах ОП» и т.п. В последующем наиболее распространенным стал термин «неврологические проявления остеохондроза позвоночника», соответственно шейного, грудного или поясничного. Некоторые авторы предлагают использовать принятое в Америке и в ряде других западных стран обозначение «боль в спине», «дорзалгия», «дорзопатия». Но такое обозначение всего многообразия проявлений ОП никак не может удовлетворять врачей, знающих сущность проблемы.

Начало терминологическому разнообразию было положено формальным перенесением в клинику результатов морфологических исследований Schmorl et Junghans [8], которые и не претендовали на определение явления в целом. Их задачей было изучение и характеристика вариантов дистрофических изменений в ПДС. На основании распилов 4000 позвоночников, ими было выделено 5 морфологических форм, каждую из которых пытаются представить как самостоятельное явление. Сами же Schmorl et Junghans разнообразие вариантов ставили в зависимость от того, в какой части ПДС начинается единый дистрофический процесс.

Подводя итоги более чем полувековым исследованиям проблем ОП и НПОП, можно выделить основные их результаты:

1. За прошедшие полвека детально изучены и описаны основные неврологические синдромы ОП и установлена частота неврологических проявлений поясничного, шейного и грудного остеохондроза.

2. Изучены рефлекторные, компрессионные и миоадаптивные патогенетические механизмы неврологических синдромов ОП.
3. Значительно дополнены знания о морфологии межпозвонкового диска, возрастной динамике развития пульпозного ядра, биохимических процессах, характерных для внутридисковой дистрофии.
4. Разработана концепция о клинко-рентгенологически определяемых патоморфологических субстратах развития клинических синдромов ОП. Для клинических целей недостаточна лишь констатация при помощи спондиллографии, КТ или МРТ факта, что у пациента имеется остеохондроз тех или иных ПДС определенной выраженности, так как аклинический ОП встречается, по данным многих авторов, в 3-5 раз чаще, чем клинические проявления. Установление клинического диагноза и определение комплекса целенаправленных лечебно-реабилитационных мероприятий, равно как и прогноза, во многом предопределяются конкретными изменениями в ПДС, которые могут вызвать выявляемый у больного синдром. Это такие изменения, как внутридисковая дистрофия, нестабильность вследствие нарушения фиксационной способности фиброзного кольца, грыжа диска, артрозы межпозвонковых, унковертебральных и позвонково-реберных суставов, а также возникающие в связи с дистрофическими изменениями в ПДС сужения межпозвонкового отверстия и спинального канала, а также асептический реактивный лептоменингит и эпидурит.
5. Популяционными исследованиями установлена распространенность НПОП в популяции, достигающая в настоящее время более 60 % населения старше 18 лет.
6. Клинко-генеалогическими и генетико-математическими исследованиями установлено, что ОП — это мультифакториальное заболевание с наследственной предрасположенностью [7]. При этом, генетическая компонента составляет 80 %, средовая — 20 %. В результате взаимодействия генетических и средовых факторов в населении возможны 3 варианта: 1 — нет ОП, 2 — ОП без неврологических проявлений, 3 — развитие НПОП.
7. На основании этих исследований доказаны нозологическая самостоятельность ОП и единство разных фенотипических форм. Дано следующее определение заболевания: «остеохондроз позвоночника — это мультифакториальное заболевание, характеризующееся дистрофическим поражением позвоночных двигательных сегментов, преимущественно их передних отделов, проявляющееся в определенных условиях полиморфными (рефлекторными, компрессионными, компрессионно-рефлекторными и рефлекторно-компрессионными) неврологическими синдромами. Это хронически рецидивирующее заболевание, имеющее тенденцию к прогрессивности в молодом и зрелом возрасте, к регрессивности — в пожилом, к клиническому выздоровлению — в старческом возрасте, несмотря на необратимость самого дистрофического процесса».
8. Изучены особенности биомеханических реакций на развитие ОП, роль и место патобиомеханических изменений (ПБМИ) в клинике НПОП. Этот аспект проблемы также остается предметом дискуссий и ставит перед исследователями ряд вопросов для дальнейшего изучения.
9. При изучении роли центра и периферии в реализации ОП, НПОП и сопровождающих их патобиомеханических изменений, было установлено, что врожденный дефицит преднастройки и вероятностного прогнозирования, моторная неодаренность, функциональная асимметрия мозга, особенности личности и личностного реагирования, а также искаженная проприоцептивная афферентация оказывают существенное влияние на реализацию генетической предрасположенности к ОП и на клинический полиморфизм НПОП. В формировании неврологических и патобиомеханических синдромов участвуют все пять уровней организации движений, по Н.А. Бернштейну. Однако в этом аспекте проблемы еще много неизученного.
10. Анализ многочисленных материалов, в том числе и собственных, позволил обнаружить, что при наличии генетической предрасположенности патологический процесс проходит три этапа: 1 — функциональное напряжение, 2 — функциональная недостаточность, 3 — дистрофический процесс (структурные изменения). При этом важно, что 1-й и 2-й этапы характерны для детского и юношеского возраста и проявляются ПБМИ, своевременная коррекция которых, вместе с оптимизацией двигательного стереотипа и рациональной профориентацией, может предотвратить развитие клинических проявлений 3-го этапа.
11. Целостный подход к организму при изучении патологии нервной системы позволил обнаружить существование отдельного класса синдромов, которые являются нозологически неспецифическими. Среди них: ПБМИ, энергетический дисбаланс в канально-меридианальной системе, вторичные синдромы вегетативной дистонии, неспецифические болевые синдромы, личностные реакции на болезнь, неврозоподобные и нейropsychологические синдромы, коррекция которых открывает новые возможности повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при НПОП.
12. На основании результатов исследования теоретических основ вертеброневрологии разработаны общие принципы лечения и реабилитации при НПОП: дифференциация программы в зависимости от режима и этапа реабилитации; воздействие на патоморфологические субстраты, неврологические синдромы и их патогенети-

ческие механизмы; содействие саногенезу (ускорение реституции, стимуляция регенерации, содействие компенсации, иммунокоррекция); коррекция дисбаланса в регуляторных системах организма.

Для воздействия на НПОП необходимо комплексное применение многочисленных средств и методов лечения и реабилитации. Их многообразие, полипотентность и разнонаправленность действия потребовали разработки автоматизированной программы выбора адекватного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в зависимости от выраженности клинических проявлений, неврологических синдромов, патоморфологического субстрата, режима и этапа реабилитации [13].

Таким образом, за более чем 80 лет изучения остеохондроза позвоночника освещены ключевые положения проблемы. Однако остается целый ряд вопросов, которые требуют дальнейшего исследования. Среди них — установление структуры генетической компоненты и биохимические маркеры ОП; прижизненная визуализация дистрофических изменений в ПДС и мягких тканях региона, а также ПБМИ при помощи КТ и МРТ; уточнение значимости выявляемых при КТ и МРТ изменений для реализации в клинике. Важно также уточнение пато- и саногенетических механизмов, патофизиологических процессов и клинических проявлений при НПОП, с использованием современных нейрофизиологических методов: исследование вызванных потенциалов, транскраниальная доплерография, стабилметрия, транскраниальная магнитная стимуляция, исследование нелинейных изменений гемодинамики и т.п. Необходима разработка наиболее адекватных методических подходов к изучению проблем центра и периферии, с определением возможностей каждого из современных нейрофизиологических методов исследования, и экспериментальное изучение роли каждого уровня в управлении движениями и статикой позвоночника и роли дефектности этого управления в реализации НПОП. Важные данные уже получены при исследовании значения изменений задних отделов ПДС в клиническом полиморфизме НПОП. Перспективно и дальнейшее описание синдромов ОП, и дальнейшее изучение неспецифических синдромов регуляторного дисбаланса.

Наряду с диагностикой НПОП, назначением патогенетически обоснованного лечения, определением тактики ведения и экспертизой трудоспособности, важное место занимает статистический учет. С целью статистического учета, заболеванию присваивается тот или иной шифр соответственно МКБ.

В разъяснениях к МКБ-10 подчеркивается, что термины МКБ не канонизируются и не заменяют клинических диагнозов, так как МКБ ни в коем случае не является медицинской номенклатурой и не отменяет клинических, в том числе национальных, классификаций. При внимательном анализе рубрик МКБ-10 оказалось, что НПОП могут быть правильно зашифрованы для целей статистическо-

го учета, без ущерба для клинического диагноза, отражающего сущность болезни. Поскольку неврологические синдромы НПОП обусловлены дистрофическими изменениями ПДС, они относятся к классу XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», независимо от того, специалисты какой медицинской специальности ими занимаются.

С позиций шифровки НПОП представляет интерес рассмотрение блока, обозначенного как «Дорсопатии» (M40-M54). Некоторые из отечественных авторов, ссылаясь на МКБ-10, предлагают все НПОП называть «дорсопатиями». Однако это предложение некорректно и не выдерживает критики. Термин «дорсопатии» произведен от латинских слов *dorsum* — спина и *pathia* — страдание, болезнь. Другими словами, все болезни спины, а не только межпозвоночный остеохондроз, обозначаются этим термином. В частности, в этот блок включены деформирующие дорсопатии (M40-M43), к которым отнесены кифозы, лордозы, сколиозы, кифосколиозы, остеохондроз позвоночника, спондилолиз, спондилолистез, анкилоз суставов спины, кривошея и т.п. Все эти заболевания ни в коей мере не относятся к НПОП. Это касается и рубрики M42.0, хотя она и обозначена, как «остеохондроз позвоночника». Сюда включены «юношеский остеохондроз позвоночника» — болезнь Кальве и болезнь Шойермана, которые относятся к остеохондропатиям с первичным поражением позвонка, а не диска.

Не удовлетворяет требованиям к шифровке НПОП и блок «Спондилопатии» (M45-M49), к которому отнесены воспалительные спондилопатии (M45, M46), спондилез (M47) и другие спондилопатии (M48). Так, рубрика M47 «Спондилез» включает первичные воспалительные и дистрофические поражения суставов позвоночника (артроз или остеоартрит позвоночника, дегенерация фасеточных суставов), в том числе с неврологическими синдромами, но к НПОП они не относятся. В рубрику M48 включены спинальный стеноз, хвостовой каудальный стеноз, 6. Форестье, диффузный идиопатический скелетный гиперостоз, «целующиеся» позвонки, травматическая спондилопатия, перелом позвоночника в связи с перенапряжением и др., спондилопатии при болезнях, классифицируемых в других рубриках (в том числе, туберкулез позвоночника, бруцеллез и т.п.). Из приведенного перечня ясно, что НПОП не находят себе места и в блоке «Спондилопатии».

Из анализа блока M54 «Дорсалгия» явствует, почему для врача-клинициста неприемлемо обозначение всех синдромов межпозвоночного остеохондроза одним термином «дорсалгия», т.е. «боль в спине». Прежде всего, обозначать нозологию одним симптомом — нонсенс. Кроме того, боль в спине — симптом очень многих заболеваний, а при НПОП боль не единственный, а при ряде синдромов и не главный симптом. В рубрику M54 МКБ-10 включены самые разные симптомы и синдромы, но

с указанием: «исключены — ... при поражении межпозвоночного диска».

Возникает вопрос, куда же относить НПОП? В блоке «Другие дорсопатии» (M50-M54) выделены рубрики M50 и M51, куда включены поражения межпозвоночного диска шейного, шейно-грудного, грудного, пояснично-грудного и пояснично-крестцового отделов с болевым синдромом, миелопатией и радикулопатией. В эти рубрики и следует относить НПОП.

Неврологические проявления шейного остеохондроза относятся к рубрике M50. В частности, радикуломиелоишемия и компрессия шейного отдела спинного мозга соответствуют рубрике M50.0+ (G99.2*), обозначенной в МКБ как поражение межпозвоночного диска (МД) шейного отдела позвоночника с миелопатией. Компрессионные корешковые синдромы имеют шифр M50.1 (поражение МД шейного отдела позвоночника с радикулопатией). Все рефлекторные синдромы шейного остеохондроза, в том числе туннельные рефлекторно-компрессионные и синдром позвоночной артерии, должны быть отнесены в рубрику M50.3.

Неврологические проявления грудного и поясничного остеохондроза следует шифровать в рубрику M51, где M51.0+ (G99.2*) включает радикуломиелоишемию и компрессионную миелопатию грудного и поясничного отделов спинного мозга. Компрессия корешков поясничного и грудного отделов относится к рубрике M51.1. Что касается рефлекторных синдромов грудного и поясничного остеохондроза (люмбаго, люмбалгия, миосклеротомная люмбоишиалгия, синдром грушевидной мышцы и т.п.), то они могут быть отнесены к рубрике M51.2, если установлено, что их патоморфологическим субстратом является грыжа диска. Если же в основе перечисленных синдромов лежат другие патоморфологические субстраты (внутридисковая дистрофия, нестабильность и т.п.), то их следует отнести в рубрику M51.3.

Таким образом, статистический учет НПОП вовсе не требует отказа от клинического нозологического диагноза и пересмотра теоретических основ учения о данном заболевании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ собственных материалов и литературных данных свидетельствует о том, что вертеброневрология не находится в состоянии кризиса. К настоящему времени разработаны основные теоретические положения и обоснованы практические рекомендации, но, как в любом серьезном разделе науки, в ней имеются спорные и нерешенные вопросы, которые и нуждаются в дальнейшем изучении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): Руков. для врачей в 2-х томах /Попелянский Я.Ю. — Казань, 1997. — Т. 1. — 554 с.; — Т. 2. — 488 с.
2. Веселовский, В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия /Веселовский В.П. — Рига, 1991. — 334 с.
3. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника /Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстокоров А.А. и др. — Новосибирск, 1983. — 214 с.
4. Осна А.И., Попелянский Я.Ю. //Остеохондрозы позвоночника. Вып. 2. — Новокузнецк, 1966. — С. 5-25.
5. Попелянский Я.Ю. //Неврологический журнал. — 1997. — № 5. — С. 49-53.
6. Хабилов Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. — Казань, 2001. — 472 с.
7. Шмидт И.Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. — Новосибирск, 1992. — 240 с.
8. Schmorl, G. Die gesunde und Kranke Wirbelsäule in Röntgenbild und Klinik /Schmorl G., Junghans H. — Stuttgart, 1957. — 560 s.
9. Попелянский, Я.Ю. Шейный остеохондроз /Попелянский Я.Ю. — М., 1966. — 284 с.
10. Попелянский, Я.Ю. Вертебральные синдромы поясничного остеохондроза /Попелянский Я.Ю. — Казань, 1974. — 285 с.
11. Попелянский, Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы: Руков. /Попелянский Я.Ю. — Т. 3, Ч. 1. — Казань, 1981. — 365 с.; — Т. 3, Ч. 2. — Йошкар-Ола, 1983. — 371 с.; — Т. 2. — Казань, 1986. — 286 с.
12. Hildebrandt A. //Fortschr. A.d. Geb. D. Röntgenstr. — 1933. — Bd. 47, N 5. — S. 551-579.
13. Саяпин, В.С. Автоматизация программирования реабилитации при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника /В.С. Саяпин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1995. — 23 с.

**2-я НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ» —
о. Крит (Греция), 3-10 октября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 августа 2004 г.

**V НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «УСПЕХИ СОВРЕМЕННОГО ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ»,
СЕКЦИЯ «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ» —
«Дагомыс» (Сочи), 27-28 сентября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 августа 2004 г.

А.В. Субботин, А.Н. Глушков, Е.Г. Арефьева, А.В. Шабалдин, М.Л. Филипенко,
Е.Н. Воронина, В.И. Борисов, Н.А. Короткевич, А.В. Теплов

Кемеровская государственная медицинская академия,

Кемеровская областная клиническая больница,

Кемеровский научный центр СО РАН, г. Кемерово

Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ HLA DRB2 И ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ IL-1 β , IL-1Ra И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Проведено генотипирование в области HLA DRB1*(15) и генов цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-1Ra в группе больных рассеянным склерозом (РС) (n = 80) и группе здоровых жителей Кемеровской области (n = 114). Выявлен эффект накопления локуса 15 гена DRB1 у больных (p = 0,003). Связи между возрастом начала заболевания, скоростью прогрессирования, полом и носительством гена HLA DRB1*(15) выявлено не было. Получены статистически значимые различия по аллелю Т (p = 0,036) и генотипу С/С (p = 0,025) в экзоне 5 гена ИЛ-1 β между группами больных РС и здоровых жителей. Больные РС носители генотипов Т/Т ИЛ-1 β , 2/2 ИЛ-1Ra имели более быстрый темп развития заболевания. Гены С/С ИЛ-1 β и 4R/4R ИЛ-1Ra выступают в роли протективных.

Ключевые слова: генотипирование, HLA DRB1*(15), ИЛ-1 β , ИЛ-1Ra, рассеянный склероз.

Genotyping in the field of HLA DRB1*(15) and genes of cytokines IL-1beta, IL-1Ra has been carried out among Russians in the groups with multiple sclerosis (MS) (n = 80) and healthy people in Kemerovo region (n = 114). The accumulation effect of locus 15 of gene DRB2 (p = 0,003) has been found out. Association between the length of appearance of clinical manifestations of the disease, increase rate of neurological disability, sex and bearing of HLA DRB1*(15) gene has not been revealed. Differences on occurrence rate on T allele (p = 0,036) and C/C genotype in exon 5 of IL-1beta gene (p = 0,025) were revealed between the groups of patients with MS and healthy. Homozygotes carriers on T allele of IL-1beta gene and allele 2 of IL-1Ra gene with MS had more rapid disability development. C/C IL-1 β and 4R/4R IL-1Ra genes act as protectors.

Key words: genotyping, HLA DRB1*(15), IL-1beta, IL-1Ra, multiple sclerosis.

В настоящее время считается, что рассеянный склероз (РС) — полигенное заболевание [1], причем значение отдельных генов в наследственной предрасположенности установлено с разной степенью достоверности. Первой была выявлена ассоциация с определенными аллелями генов главного комплекса гистосовместимости (МНС), расположенного на хромосоме 6. Эта ассоциация остается единственной, последовательно подтверждаемой генетической чертой РС у европеоидов [2], причем значение относительного риска обычно не превышает 5. Сила ассоциации наиболее высока в популяциях с высоким риском развития РС и существенно ниже в популяциях низкого и среднего риска [3].

Развитие воспалительного и аутоиммунного процессов при РС зависит от продукции различных

цитокинов. Повышенная продукция активационных цитокинов, как и недостаток противовоспалительных, играет большую роль в запуске и реактивации очагового демиелинизирующего процесса [1]. При РС в местах повреждений нервной ткани экспрессируются провоспалительные цитокины, такие как ИЛ-1 β , ФНО α , которые способствуют разрушению миелина и локальному воспалению.

В патогенезе РС не исключена роль и ИЛ-1Ra, так как он является единственно известным антагонистом ИЛ-1. На животных моделях было показано, что введение рекомбинантного ИЛ-1Ra купирует иммунное воспаление, а введение антител к нему, наоборот, осложняет течение последнего [1]. Есть данные о повышении уровня ИЛ-1Ra в плазме больных РС, в большей степени при хроническом течении, чем при обострении [4].

В качестве причин повышенной продукции провоспалительных цитокинов или недостаточной активности противовоспалительных цитокинов могут выступать генетические факторы. Полиморфизм внутри 5'- и 3'-регуляторных последовательностей или интронов генов может оказывать существенное влияние на транскрипцию путем изменения структуры сайтов связывания транскрипционных факторов внутри промоторов генов или структур энхансеров внутри интронов. Позитивная и негативная регуляция экспрессии цитокинов и их рецепторов проявляется в иммунном ответе в период заболевания и, соответственно, индивидуальные отличия в уровне экспрессии цитокина приводят к различным клиническим формам РС.

Целью настоящей работы явилось изучение ассоциации аллеля DRB1*1501 и полиморфных вариантов генов цитокинов ИЛ-1 β (C+3953T) и ИЛ-1 α (VNTR-intr2) с предрасположенностью к заболеванию РС и его клиническими особенностями у жителей Кемеровской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы две группы пациентов: больные РС (n = 80) и контрольная группа — здоровые доноры (n = 112). В основную группу отбирались пациенты с достоверным диагнозом РС согласно критериям Позера, находившиеся на лечении в Кемеровской областной клинической больнице (мужчины — 21 человек, женщины — 59 человек). Средний возраст больных составил 35,3 года, средняя длительность заболевания — 8,9 лет. Преобладали больные со средней степенью выраженности неврологического дефицита: средний показатель по шкале Куртцке (DSS) составил 4,3 балла. Оценивался коэффициент прогрессирования заболевания (отношение показателя DSS к длительности заболевания). Все больные на момент исследования имели ремиттирующий характер заболевания, либо в начале заболевания. У больных РС оценивался возраст клинического начала заболевания, синдром дебюта, коэффициент прогрессирования, частота ретробульбарного неврита (РБН), как в дебюте РС, так и в течение заболевания. Соотношение мужчин и женщин в контрольной группе соответствовало основной. В обеих группах проводился забор венозной крови с антикоагулянтом и последующим получением лейкоцези, из которой выделяли ДНК методом перхлоратной экстракции с этанольным осаждением.

Идентификация аллеля DRB1*15 осуществлялась методом ПЦР со смесью сиквенс-специфичных праймеров (PCR-mSSP) с использованием тест систем НПФ “ДНК-технология” (Москва).

Для проведения ПЦР генов цитокинов использовались праймеры, синтезированные в Институте химической биологии и фундаментальной медицины (ИХБФМ СО РАН).

Исследование полиморфизма IL1-aR проводилось с помощью ПЦР с праймерами, фланкирую-

щими полиморфный регион в пределах второго интрона, в котором находится вариабельное количество tandemных повторов — 86 н.п. (VNTR). В результате амплификации детектировали фрагменты ДНК размером 438, 610, и 696 н.п. с 2, 4 или 5 tandemными повторами, соответственно. Эти аллели в данном исследовании были обозначены как 2R, 4R и 5R, и соответствовали аллелям IL1-aR 2, 1, 4 [10] и IL1RN* 2, 1, 3 [5].

Для исследования полиморфных вариантов гена ИЛ-1 β использовали ПЦР с дальнейшей рестрикцией ампликонов ферментами TaqI — для генотипирования полиморфного локуса C+3953T гена ИЛ-1 β . Амплификация проводилась совместно. При гидролизе амплификационного фрагмента гена ИЛ-1 β эндонуклеазой рестрикции TaqI выявлялись три фрагмента размером 550 п.н., 146 п.н. и 404 п.н. Фрагмент 550 п.н. соответствует амплификационному фрагменту, не подвергнувшемуся гидролизу, что указывает на присутствие гомозиготности по аллелю Т. При наличии аллеля С происходит разрезание амплификационного фрагмента ДНК на два, размером 146 п.н. и 404 п.н. Амплификационный фрагмент гена ИЛ-1 β длиной 550 п.н. также содержит сайт узнавания эндонуклеазы рестрикции SfaNI, что служило внутренним контролем полноты прохождения реакции рестрикции. Анализ рестрикционных смесей проводили с помощью электрофореза в 8 % полиакриламидном геле.

Для обнаружения ассоциации между частотами встречаемости аллелей применялись стандартные генетико-статистические методы. Попарное сравнение контрольных и опытных частот проводилось с помощью точного критерия Фишера и χ^2 для долей, с включением поправки Йейтса на непрерывность. Статистический анализ проводился в программе CalkMed и EpiInfo.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе исследования у больных РС был обнаружен феномен накопления аллеля DRB1*15. В группе больных он представлен значительно чаще по сравнению с группой контроля (0,51 и 0,25, соответственно, $\chi^2 = 10,598$, $p = 0,003$). Риск развития РС при носительстве данного аллеля в популяции Кемеровской области равен 3,2 (OR = 3,23 (1,096-4,101), $p = 0,002$). Как уже упоминалось, генетические исследования в районе II класса HLA в России у больных РС проводились в Москве. Критерий относительного риска в Московской популяции для HLA DRB1*15 равнялся 2,13 [6], при этом частота встречаемости данного аллеля среди доноров группы контроля была аналогичной, а среди больных РС — ниже. Соотношение мужчин и женщин в группах положительных и отрицательных по 15 аллелю гена DRB1 было идентичным ($p = 0,708$) и не отличалось от соотношения полов в выборке ($p = 0,891$).

Одним из этапов исследования явилось изучение взаимосвязи между носительством аллеля HLA DRB1*15 и клиническими особенностями течения РС у больных Кемеровской области. Скорость прогрессирования заболевания и возраст клинического начала не имели различий у больных РС, положительных и отрицательных по аллелю DRB2(15). Это не соответствует данным других авторов, указывающих, во первых, на более сильную ассоциацию между HLA DRB1*15 и РС при раннем начале заболевания [6, 7] и, во вторых, на зависимость клинических проявлений (серьезность) заболевания от носительства данного аллеля [3]. Присутствие 15 аллеля DRB1 обычно связывают с классическим, «западным» типом РС, в отличие от других аллелей (DRB1*0802, DRB1*0501), указывающих на «азиатский» тип РС с преимущественным поражением зрительных нервов и спинного мозга. В нашем исследовании частота РБН в группах, положительных и отрицательных по аллелю DRB1*15, не различалась. Возможно, не факт наличия РБН, а степень выраженности потери зрения, ее необратимость может быть связана с наличием или отсутствием аллеля DRB2(15).

Гены, кодирующие цитокины ИЛ-1 α , ИЛ-1 β и ИЛ-1Ра, кластеризуются на длинном плече хромосомы 2. Генетический полиморфизм показан во всех трех генах, однако для нуклеотидной замены С+3953Т в 5 экзоне ИЛ-1 β и VNTR повтора во втором интроне гена ИЛ-1Ра доказана связь различных аллелей с продукцией соответствующих цитокинов in vitro после стимуляции. В обеих группах больных РС и здоровых людей с меньшей частотой встречался аллель Т, что характерно для большинства ранее описанных популяций. В то же время, частота встречаемости аллеля Т была достоверно выше в группе РС (0,33 и 0,22, соответственно, $\chi^2 = 5,670$, $p = 0,03$). Статистически значимые различия наблюдаются для гомозигот по аллелю С, которые встречаются чаще в группе контроля ($\chi^2 = 4,744$, $p = 0,025$) (табл. 1). Гомозиготы по аллелю Т имеют вероятность заболевания в 4,3 раза выше, по сравнению с генотипом С/С (OR = 4,31 (0,9-27,2), $p = 0,036$). Это может свидетельствовать о связи аллеля Т с предрасположенностью к заболеванию РС, и согласуется с данными о повышенной секреции провоспалительного цитокина ИЛ-1 β при наличии аллеля Т и накоплении ИЛ-1 β в моноцитах больных РС [8].

Таблица 1
Частота встречаемости генотипов полиморфного локуса С+3953Т гена ИЛ-1 β в группах РС и контроля

Генотип	Рассеянный склероз (N = 78)		Контроль (N = 102)		P
	Абс.	Частота	Абс.	Частота	
С/С	33	0,42	61	0,6	0,025
С/Т	38	0,49	38	0,37	0,14
Т/Т	7	0,09	3	0,03	0,16

Все носители генотипа Т/Т ИЛ-1 β были женщинами, но из-за малочисленности выборки различия

в частоте встречаемости женщин среди больных РС носителей гомозигот аллеля Т ИЛ-1 β и остальных пациентов были не достоверными ($\chi^2 = 1,487$, $p = 0,223$).

Учитывая активное участие про- и противовоспалительных цитокинов в развитии РС, уместно сделать предположение о влиянии их полиморфных вариантов на выраженность аутоиммунного воспаления, и, следовательно, на скорость нарастания неврологического дефицита. Коэффициент прогрессирования РС в группе гомозигот по аллелю Т был почти в 2 раза выше, чем в группе гетерозигот ($1,18 \pm 0,47$ и $0,69 \pm 0,43$, соответственно, $p = 0,01$). Различий в возрасте клинического начала и частоте РБН в группах получено не было. Выявленная на первом этапе нашего исследования ассоциация РС с гомозиготами по Т аллелю ИЛ-1 β сочетается со связью данного генотипа с более быстрым темпом течения заболевания. Подобные данные были получены и английскими авторами [9], которые указывали на влияние генного полиморфизма ИЛ-1 β на отдаленный прогноз при РС.

При изучении VNTR повтора во втором интроне гена ИЛ-1Ра (VNTR-intr2) были выявлены три аллеля с 2, 4 и 5 tandemными повторами. Наиболее высокая частота встречаемости в обеих группах была у аллеля 4R, что соответствует общепопуляционной закономерности (табл. 2). Аллель 2R, который зарекомендовал себя как маркер воспалительных аутоиммунных заболеваний [10, 11, 12], в нашем исследовании, напротив, более часто встречался в группе контроля. Сходные данные об отсутствии ассоциации РС с аллелем 2R ИЛ-1Ра были получены во Франции [13], Швеции [14], Финляндии [12]. Статистически значимое различие в частотах встречаемости аллелей и генотипов между группой РС и контроля было получено только для аллеля 5R, который встречался у больных РС с частотой 3 %, а в контрольной группе не экспрессировался ($\chi^2 = 4,869$, $p = 0,027$) (табл. 3). Но полученные данные противоречат закону Харди-Вайнберга, поэтому не могут быть анализируемы.

Половые различия выявлялись при анализе носителей различных генотипов ИЛ-1Ра, но частота их встречаемости у мужчин и женщин статистического различия не достигала. По данным финских ученых, присутствие 2 аллеля ИЛ-1Ра определялось преимущественно у женщин [8]. В нашем исследовании подобная закономерность не выявлена. Среди больных РС гомозигот по 2R аллелю преобладали мужчины, при более высоком проценте женщин в выборке ($\chi^2 = 1,681$; $p = 0,195$). В то же время, 5R аллель, по которому была получена ассоциативная связь с РС, определялся только у женщин ($\chi^2 = 0,618$; $p = 0,432$). Возможно, при увеличении выборки были бы получены закономерности, указывающие на взаимодействие генов, находящихся на половых хромосомах, с иммунокомпетентными локусами генома. Не исключено, что именно генетические структуры половых хромосом способствуют реализации иммунопатологи-

Таблица 2

Частота встречаемости аллелей полиморфного локуса VNTR-intr2 гена ИЛ-1Ра в группах РС и контроле

Аллель	Рассеянный склероз Σ 160 хромосом		Контроль Σ 224 хромосом		p
	Абс.	Частота	Абс.	Частота	
2R	44	0,27	77	0,34	0,18
4R	111	0,7	147	0,66	0,47
5R	5	0,03	0	0	0,03

Таблица 3

Частота встречаемости генотипов полиморфного локуса VNTR-intr2 гена ИЛ-1Ра в группах РС и контроле

Генотип	Рассеянный склероз (N = 80)		Контроль (N = 112)		p
	Абс.	Частота	Абс.	Частота	
2R/2R	7	0,09	13	0,12	0,67
2R/4R	28	0,35	51	0,46	0,17
4R/4R	40	0,50	48	0,43	0,42
2R/5R	2	0,03	0	0	0,21
4R/5R	3	0,04	0	0	0,11

ческого эффекта цитокиновых и иммунорестрикционных генов. Данные предположения подтверждает факт преобладания среди заболевших РС женщин и более тяжелое течение РС у мужчин.

Несмотря на отсутствие связи между генотипом ИЛ-1Ра 2R/2R и развитием РС, больные 2R+/2R+ ИЛ-1Ра имели более быстрый темп развития заболевания. Коэффициент прогрессирования в группах гомо- и гетерозигот по 2R аллелю достигал статистического различия ($1,15 \pm 0,60$ и $0,69 \pm 0,43$, соответственно, $p = 0,02$). Средний возраст клинического начала РС в этих группах не имел значимого различия. У пациентов-гомозигот по 2R аллелю гена ИЛ-1Ра маркер РС-РБН не встречался. 52,9 % больных – носителей 2R/4R генотипов имели в анамнезе РБН, при этом у пациентов гомозигот по аллелю 4R гена ИЛ-1Ра поражение зрительного нерва присутствовало в 42,9 % случаев, что указывает на наличие обратной ассоциативной связи между аллелем 2R и РБН. В данном случае ген ИЛ-1Ра 2R/2R выступает в роли протективного для зрительного нерва.

При рассмотрении гаплотипов обращает на себя внимание отсутствие комбинации ИЛ-1Ра 2R/2R+ / ИЛ-1β Т/Т+, как среди больных РС, так и в группе контроля. Многие исследователи указывают на связь этого гаплотипа с предрасположенностью или злокачественным течением РС и других воспалительных заболеваний. Возможно, гаплотип ИЛ-1Ра 2R/2R+ / ИЛ-1β Т/Т+ проявляется в более тяжелых формах заболевания, которые в нашу выборку не вошли, или выводится из популяции в связи с нежизнеспособностью лиц, носящих его. Частота встречаемости остальных гаплотипов (гены ИЛ-1Ра + ИЛ-1β) в группе больных РС и группе контроля не имела различий, ассоциативной связи между изученными гаплотипами и возникновением РС выявлено не было.

При анализе гаплотипов и клинических проявлений РС был обнаружен феномен взаимовлияния различных аллелей генов ИЛ-1Ра и ИЛ-1β. Больные РС – носители гаплотипа, включающего гетерозиготы по обоим генам или сочетание гомозигот 4R ИЛ-1Ра или С ИЛ-1β и гетерозигот, имели наименьший коэффициент нарастания неврологического дефицита. Пациенты, в гаплотип которых входили, с одной стороны, гомозиготные гены, по которым ранее была показана ассоциация с высокой скоростью прогрессирования РС (2R/2R ИЛ-1Ра или Т/Т ИЛ-1β), а с другой – гетерозиготные гены (2R/4R ИЛ-1Ра или С/Т ИЛ-1β), имели на более быстрый темп нарастания неврологического дефицита (табл. 4).

Средние показатели были получены в группе больных, у которых вместе с «негативными» генами присутствовали гомозиготы 4R ИЛ-1Ра или С ИЛ-1β. Все вышеизложенное позволяет сделать заключение о протективном влиянии генов ИЛ-1Ра 4R/4R и ИЛ-1β С/С на течение РС. Гетерозиготные гены, по нашим данным, влияния на ход заболевания не оказывают. Поздний возраст дебюта был выявлен у пациентов с РС – носителей гаплотипа ИЛ-1Ра 4R/4R ИЛ-1β Т/Т, ранний возраст дебюта – у больных РС с гаплотипом ИЛ-1Ра 2R/4R ИЛ-1β С/С ($p = 0,028$). Логического объяснения данному факту мы не смогли дать. У больных, в гаплотип которых входили 2R/2R ИЛ-1Ра, независимо от наличия других генотипов ИЛ-1β, в дебюте или в течение заболевания РБН отсутствовали. Все это указывает на перспективность изучения генотипов цитокинов и их рецепторов. С одной стороны, при взаимодействии данные гены могут нивелировать влияние друг друга, с другой – более ярко проявляются особенности реализации отдельных локусов в течении РС.

Анализ зависимости симптомов дебюта от носительства того или иного генотипа вышеописанных

Таблица 4
Клинические особенности течения РС у больных с различными генотипами ИЛ-1β и ИЛ-1Ра

	Количество (абс.)	Коэффициент нарастания неврологического дефицита	Возраст дебюта (годы)	Частота РБН (%)
ИЛ-1Ра 4R/4R ИЛ-1β С/С	13	$0,65 \pm 0,35$	$28,1 \pm 8,9$	69,2
ИЛ-1Ра 4R/4R ИЛ-1β С/Т	17	$0,55 \pm 0,34$	$25,4 \pm 10,8$	35,3
ИЛ-1Ра 4R/4R ИЛ-1β Т/Т	5	$0,89 \pm 0,48$	$33,8 \pm 5,9$	60,0
ИЛ-1Ра 2R/2R ИЛ-1β С/Т	3	$1,65 \pm 0,49$	$30,7 \pm 14,0$	0
ИЛ-1Ра 2R/2R ИЛ-1β С/С	4	$0,83 \pm 0,45$	$28,0 \pm 10,2$	0
ИЛ-1Ра 2R/4R ИЛ-1β С/Т	17	$0,67 \pm 0,38$	$26,1 \pm 9,1$	52,9
ИЛ-1Ра 2R/4R ИЛ-1β С/С	12	$0,59 \pm 0,44$	$23,8 \pm 8,3$	41,7
ИЛ-1Ра 2R/4R ИЛ-1β Т/Т	2	$1,25 \pm 0,35$	$27,0 \pm 9,9$	100,0

полиморфных локусов затруднителен из-за малочисленности выборки (табл. 5). Однако следует обратить внимание на высокий процент больных с вестибуло-мозжечковыми нарушениями в дебюте заболевания среди пациентов с генотипом Т/Т ИЛ-1β (р = 0,04). Данный синдром начала РС является, по нашим данным и мнению ряда авторов [1], маркером злокачественного течения заболевания. Ген Т/Т ИЛ-1β ассоциируется у больных РС, во-первых, с высокой скоростью нарастания неврологического дефицита, во-вторых — с вестибуло-мозжечковыми нарушениями в начале заболевания, при этом данный синдром дебюта связан с более тяжелым течением РС. Все выше изложенное может указывать на генетический контроль, как за темпом развития заболевания, так и за его дебютом.

Таким образом, в результате наших исследований выявлена ассоциативная связь между РС и аллелем HLA DRB1*(15), аллелем Т, генотипом С/С полиморфного локуса С+3953Т гена ИЛ-1β. При анализе проявлений РС (скорость нарастания неврологического дефицита, возраст клинического начала, наличие РБН) связи между клиническими особенностями заболевания и присутствием аллеля DRB1*(15) обнаружено не было. Больные РС — носители гомозигот по аллелю Т полиморфного локуса С+3953Т гена ИЛ-1β и по аллелю 2R полиморфного локуса VNTR-intr2 гена ИЛ-1Pa имели более быстрый темп развития заболевания. Обнаружена тенденция взаимовлияния генов ИЛ-1β, ИЛ-1Pa. Гены С/С ИЛ-1β и 4R/4R ИЛ-1Pa выполняли протективную роль у больных РС — носителей неблагоприятных генов. Получена связь между геном 2R/2R ИЛ-1Pa и отсутствием у пациентов РБН.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гусев, Е.И. Рассеянный склероз /Е.И. Гусев, Т.Л. Демина, А.Н. Бойко. — М., 1997. — 340 с.
2. Jersild, C. HLA antigens and multiple sclerosis /Jersild C., Svejgaard A., Fog T. //Lancet. — 1972. — Vol. 1. — P. 1240-1241.
3. Клиническая генетика рассеянного склероза /Гусев Е.И., Бойко А.Н., Судомоина М.А. и др. //Неврология и психиатрия. — 2001. — № 9. — С. 61-66.

Таблица 5
Синдромы клинического дебюта РС
в зависимости от генотипов ИЛ-1β, ИЛ-1Pa и ИЛ-6 (в %)

Симптомы клинического дебюта РС	С/С ИЛ-1β (N = 2)	С/Т ИЛ-1β (N = 37)	Т/Т ИЛ-1β (N = 7)	2R/2R ИЛ-1Pa (N = 7)	2R/4R ИЛ-1Pa (N = 28)	4R/4R ИЛ-1Pa (N = 40)	2R/5R 4R/R5 ИЛ-1Pa (N = 5)
Двигательный	34,3	18,9	14,3	14,3	21,4	30	0
Чувствительный	6,3	13,5	0	14,3	10,7	7,5	0
Вестибуло-мозжечковый	6,3	13,5	42,9*	0	17,9	12,5	0
РБН	18,7	29,7	14,2	0	28,6	20	40
Поражение ЧМН	12,5	2,8	0	14,3	3,6	12,5	20
Стволовой	15,6	21,6	28,6	28,6	17,9	17,5	40
Комбинированный	6,3	0	0	28,6	0	0	0

4. William, P.A. Biological role of interleukin 1 receptor antagonist isoforms /William P.A., Carla J.G. //Ann Rheum Dis. — 2000. — Vol. 59(suppl). — P. 160-164.
5. Смольникова, М.В. Клиническая иммуногенетика заболеваний человека. Медицинская иммунология /Смольникова М.В., Коненков В.И. — 2001. — Т.3. — С. 379-389.
6. Бойко, А.Н. Внешние и наследственные факторы риска и их роль в этиологии, иммунопатогенезе и клинике рассеянного склероза /А.Н. Бойко: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1997. — 26 с.
7. Effect of age at onset and parental disease status on sibling risks for MS /Sadovnick A.D., Yee I.M.L., Ebers G.C., Risch N.J. //Neurology. — 1998. — Vol. 50. — P. 719-723.
8. Pociot, F. A TaqI polymorphism in the human interleukin-1b(IL-1b) gene correlates with IL-1b secretion in vitro /Pociot F., Molvig J., Wogenssen L. //Eur. J. Clin. Invest. — 1992. — Vol. 22. — P. 396-402.
9. Genes and susceptibility to multiple sclerosis /Compston D.A.S., Kellar Wood H., Robertson N. et al. //Acta Neurol Scand. — 1995. N. 161. — P. 43-51.
10. Interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism as a disease severity factor in systemic lupus erythematosus /Blakemore A.I.F., Tarlow J.K., Cork M.J. et al. //Arthritis Rheum. — 1994. — Vol. 37. — P.1380-1385.
11. Novel genetic association between ulcerative colitis and the anti-inflammatory cytokine interleukin-1 receptor antagonist /Mansfield J.C., Holden H., Tarlow J.K. et al. //Gastroenterology. — 1994. — Vol. 106. — P.637-642.
12. Immune system genes in multiple sclerosis: genetic association and linkage analyses on TCRβ, IGH, IFN-γ and IL-1ra/IL-1β loci /Wansan K., Pastinen T., Kuokkanen S. et al. //Neuroimmunol. — 1997. — Vol. 79. — P. 29-36.
13. Interleukine-1 receptor antagonist gene in multiple sclerosis (research letters) /Semana G., Yaouanq J., Alisadeh M. et al. //The Lancet. — 1997. — Vol. 349(9050). — P. 476.
14. Huang, W.X. An interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism is not associated with multiple sclerosis /Huang W.X., He B., Hiller J. //Neuroimmunol. — 1996. — Vol. 67. — P. 143-144.

С.М. Брызгалина, Е.М. Шимотюк, Е.П. Каширина, Т.П. Маклакова
 Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
 г. Новокузнецк

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС ЖИТЕЛЬНИЦ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕЙСТВИИ ТЕХНОГЕННЫХ И ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ

Природные (дефицит йода и селена) и антропогенные факторы вызывают специфические структурные и функциональные изменения щитовидной железы, что требует ранней диагностики и дифференцированного лечения, в зависимости от степени эколого-производственного воздействия.

Ключевые слова: щитовидная железа, недостаточность йода, селена.

Natural, i.e. iodine and selenium deficiency, and anthropogenic factors result in specific structural and functional changes of thyroid gland that requires to make early diagnosis and to perform differential treatment with the concern of environmental and industrial impact.

Key words: thyroid gland, iodine and selenium deficiency

Медико-социальная значимость и актуальность исследования гормонального баланса у женщин в условиях природного йодно-селенового дефицита и влияния промышленных экпатогенов определяется как высокой распространенностью заболеваний эндокринной системы, так и катастрофически возрастающим загрязнением окружающей среды. Проблема экологического напряжения относится к одной из трудноразрешимых и актуальных проблем современного общества (Ю.П. Гичев, 1998; Г.И. Сидоренко с соавт., 1994, 1998; В.Д. Суржиков, 1994, 1995, 1998, 2000; Э.П. Касаткина, 2002).

В наши дни, в рубрике экологозависимых заболеваний, на втором месте после новообразований стоят болезни эндокринной системы.

В исключительной зависимости от качества окружающей среды находится щитовидная железа. Анализ современных знаний показывает, что тиреоидная патология является показателем взаимодействия комплекса различных (биогеохимических, экологических, социальных и др.) факторов, обладающих стромогенным эффектом (И.И. Дедов, 1997, 1999, 2001; Г.А. Герасимов, 1998, 1999; Э.П. Касаткина, 2000, 2002; М.Ф. Савченков, В.Г. Селятицкая, С.И. Колесников, 2002; Л.А. Щеплягина, 2000).

Нарастание напряженности зубной эндемии в ряде регионов оказывается более выраженным, чем можно было ожидать при существующем уровне дефицита йода. Свои негативные эффекты оказы-

вают антропогенное загрязнение окружающей среды, дисбаланс микроэлементов, природные климатические условия (В.И. Ярошенко, 1994; Н.В. Болотова, 1994; Э. Гайтан, 2000). Проявления йодной недостаточности усиливает избыток фтора, марганца, молибдена и др. — они поступают в природную среду в результате деятельности промышленных предприятий. Дефицит селена, меди, кобальта и т.д. утяжеляет проявления недостатка йода.

Последние 10-15 лет возрос интерес исследователей к биологической роли микроэлемента селена, установлены механизмы участия селена в формировании зоба (селен в составе пероксидаз и дейодиназ осуществляет органификацию йода, конвертацию тиреоидных гормонов). Такие природные факторы, как дефицит йода и селена, характерны для большинства одних и тех же биогеохимических зон (Е.В. Брежнева, 2002).

Известен факт неблагоприятного влияния загрязнения окружающей среды на иммунную систему и рост аутоиммунной патологии, в том числе аутоиммунного тиреоидита (Э.П. Касаткина, 2001, 2002; И.И. Дедов, 2000; S.R. Brahmhatt, 2001).

Новокузнецк — урбанизированный центр Кузбасса, предельно насыщенный предприятиями различного профиля металлургической, угольной и химической промышленности, теплоэнергетики и автомобильным транспортом (Н.А. Агаджанян, 1998; В.В. Разумов, 1998, 2000, 2003; В.Д. Суржиков, 1996, 1998, 2000). В городе работают бо-

лее 120 промышленных предприятий. Суммарный выброс загрязняющих веществ составляет до 450 тысяч тонн в год, то есть почти по тонне на каждого жителя. Такая агрессивная экологическая ситуация, сохраняющаяся десятилетиями, приводит к развитию экологозависимых заболеваний.

Проблема тиреоидной патологии в Новокузнецке является очень актуальной, ввиду уникального сочетания экологического бедствия и природных факторов (дефицит йода и селена).

Обследовано 6913 женщин, которые составили 4 группы. В основу деления на группы положен характер и уровень воздействия промышленных токсикантов на рабочем месте. В 1-ю группу включены женщины индустриального центра, работа которых не связана с вредным производством (5876 человек) — контрольная группа. Во 2-ю группу включены работники алюминиевого завода (412 женщин), в 3-ю — работники завода ферросплавов (329 обследованных), в 4-ю — жительницы села (296 человек) — группа сравнения.

При исследовании выраженности йодного дефицита у жительниц города обнаружено снижение показателей йодурии, соответствующее легкой степени йодной недостаточности, без достоверной разницы в группах. У сельчан можно говорить об умеренном йодном дефиците, что объясняется различиями в питании, отсутствием профилактической работы по предупреждению йоддефицитного зоба (ЙДЗ).

Легкая степень йодной недостаточности определена у 38,8 % женщин группы контроля, у 29,7 % работниц алюминиевого завода, у 37,6 % работниц завода ферросплавов и у 41,4 % жительниц села. Средняя степень йодного дефицита выявлена у 35,8 % горожанок вне вредного производства, у 29,6 % работниц алюминиевого завода, у 34,8 % работниц ферросплавного завода и у 31,1 % сельчан. Тяжелая степень йодного дефицита обнаружена у 5,4 % женщин контрольной группы, у 3,9 % работниц алюминиевого завода, у 4,2 % работниц завода ферросплавов и у 9,5 % жительниц села.

Общепризнанным критерием наличия и степени выраженности эндемии является частота случаев увеличения ЩЖ. Как известно, при показателях йодурии, которые выявлены в нашем исследовании, тиромегалия не должна превышать 10-30 %. По данным литературы (Г.А. Герасимов, 1992, 1996; Э.П. Касаткина, 1995, 1998), физикальная оценка состояния ЩЖ имеет низкую чувствительность и специфичность. Надежным критерием степени и характера увеличения ЩЖ является ультразвуковое исследование (УЗИ) органа (таблица).

Анализ полученных данных УЗИ свидетельствует о том, что среди горожанок группы контроля тиромегалия обнаружена в 29,8 % случаев, на алю-

Таблица
Частота зоба и среднее отклонение объема от нормы, по данным УЗИ ЩЖ у женщин

Сравниваемые группы	Осмотрено женщин	Частота зоба (%)	Среднее отклонение объема ЩЖ (мл)
Горожанки вне вредного производства	5876	29,8	1,98
Работницы алюминиевого завода	412	41,3	1,24
Работницы ферросплавного завода	329	53,1	2,62
Жительницы села	296	57,2	2,98

миниевом заводе — у 41,3 % женщин; на заводе ферросплавов — у 53,1 %. Такие достоверно различные результаты среди жительниц города, имеющих одинаковые природные условия, свидетельствуют о влиянии дополнительных стромогенов на промышленных предприятиях. Значительное распространение зоба имеется на селе — 57,2 % случаев, что можно объяснить как результат полного отсутствия профилактической работы в течение многих лет.

Проведен анализ частотного распределения среднего отклонения в объеме ЩЖ в сравниваемых группах женщин. Анализировались средние отклонения до 3 мл и более 3 мл, что позволило говорить о тяжести проявления зобной эндемии. По нашим данным, в группе горожанок вне вредного производства 34,4 % женщин имели отклонения в объеме ЩЖ более 3 мл. Среди работниц алюминиевого завода только 19,3 % пациенток имели большие размеры зоба. На заводе ферросплавов этот показатель составил 41,2 %, что достоверно больше, по сравнению с предыдущими группами городских жительниц. В сельской местности отклонение от нормальных размеров более 3 мл отмечено у 45,6 % женщин. Это указывает на значительную выраженность зобной эндемии и объясняется условиями неконтролируемого йодного дефицита.

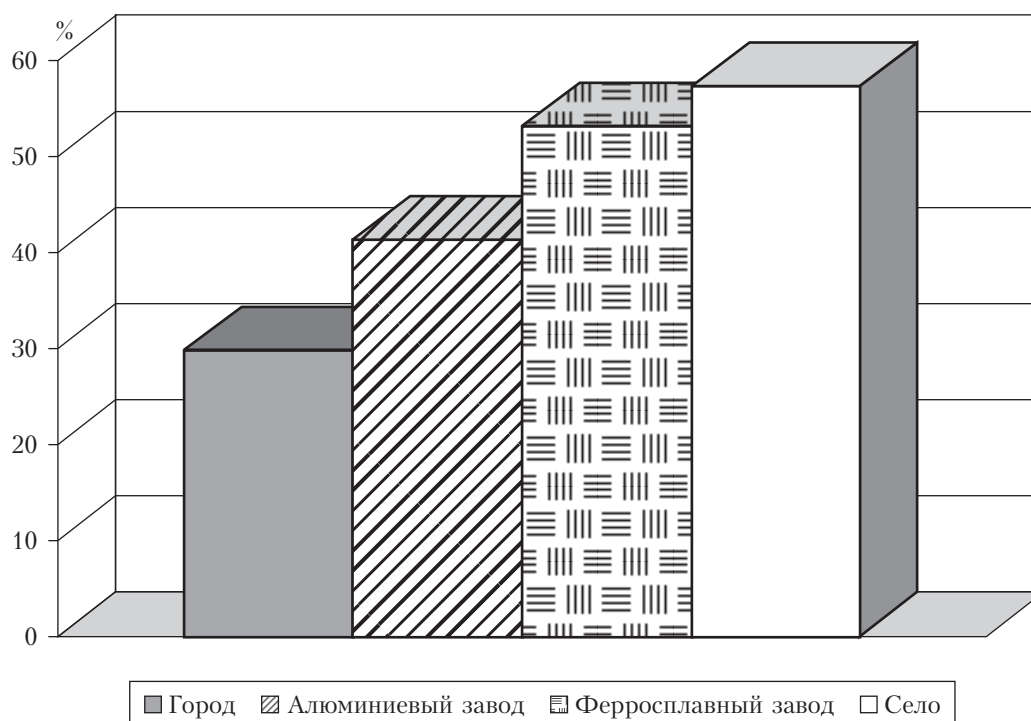
Таким образом, Новокузнецк, согласно показателям йодурии, является районом легкого йодного дефицита, что не соответствует распространенности и степени выраженности тиромегалии. Более того, эти данные различаются в сравниваемых группах женщин, в зависимости от места работы (рис. 1). Логично предположить влияние на работниц промышленных предприятий дополнительных стромогенов, к которым относятся фтор (алюминиевый завод), марганец и молибден (ферросплавный завод).

Еще одним показателем тяжести эндемии является распространенность узловых образований ЩЖ. В нашем исследовании среди горожанок группы контроля можно говорить о средней степени ее выраженности (12,8 %), на заводах — о тяжелой (алюминиевый — 18,3 %; ферросплавный — 19,2 %). В сельской местности также отмечено значительное распространение узловых форм зоба (18,8 %), что типично для эндемической местности в условиях отсутствия профилактической работы.

На селе и у работниц заводов определены большие размеры узлов. Диаметр узлов от 2-х до 5 см

Рисунок 1

Распространенность зоба в сравниваемых группах женщин



определен у 6,3 % селянок; у 7,3 % работниц алюминиевого завода; у 7,3 % обследованных на ферросплавном заводе. В то же время, у горожанок вне вредного производства размер зоба 2-5 см выявлен в 3,2 % случаев.

Корреляция узловых форм и уровня техногенного загрязнения, согласно критерию хи-квадрат, для алюминиевого завода составляет 4,3 ($p < 0,001$); для ферросплавного — 5,1 ($p < 0,001$).

Как известно, узловые образования ЩЖ, помимо чисто косметических проблем, а также возможного объемного сдавления окружающих тканей при больших узлах, опасны возможностью малигнизации. Для верификации узлов применение широко распространенного УЗИ ЩЖ имеет естественные ограничения — нельзя судить о степени дифференцировки узла. Наиболее четким методом выявления природы узлов ЩЖ является тонкоигольная пункционная биопсия (ТПБ). Выполненная под ультразвуковым контролем, она позволяет избежать диагностических ошибок.

По нашим данным, по сравнению с горожанками контрольной группы, рак щитовидной железы (РЩЖ) достоверно чаще распространен среди работниц заводов (на алюминиевом заводе почти в 3 раза, на ферросплавном — в 4 раза). Безусловно, это определяется влиянием многочисленных химических техногенных агентов — канцерогенов. Факт значительной частоты РЩЖ среди жительниц села можно объяснить высокой заболеваемостью зобом и низким уровнем медицинского обслуживания. По мнению У. Хосталека (1998), если зоб долго не ле-

чить, то образуется узловый зоб с последующей малигнизацией.

Учитывая экологические условия и природный дефицит йода и селена, в сравниваемых группах женщин изучалось состояние функциональной активности ЩЖ.

Клинически гипотиреоз проявлялся классическими симптомами, в некоторых случаях имела место моносимптоматика — общее недомогание, вялость, выраженная сухость кожи, сонливость в дневные часы, пастозность лица и пальцев рук по утрам, выпадение волос, ломкость ногтей, снижение памяти, упорные запоры и др.

Как известно, основным диагностическим подходом к оценке гормонального статуса ЩЖ является определение ТТГ гипофиза и св. T_4 (И.И. Дедов, 1997, 1999; Г.А. Герасимов, 1992, 1996). Анализ показателей концентрации тиреоидных гормонов и ТТГ гипофиза в сравниваемых группах женщин показал достоверно различающиеся результаты.

В контрольной группе горожанок повышение уровня ТТГ отмечено в 25,4 % случаев (1492 человека). При повышенном содержании ТТГ уровень св. T_4 оставался нормальным у 349 женщин (5,9 %) (субклинический гипотиреоз), пониженным — у 19,5 % (1373 человека), что свидетельствовало о манифестационной форме гипотиреоза. Содержание T_3 на средне-нормальном уровне выявлено у 73,2 % женщин, повышенном — у 14,6 %, пониженном — у 12,2 % обследованных.

На алюминиевом заводе гипотиреоз диагностирован клинически в 31,2 % случаев, причем обра-

щал на себя внимание факт частой четкой клиники гипотиреоза без увеличения ЩЖ (19,4 %). Уровень ТТГ оказался повышенным у 44,4 % обследованных (183 женщины). Содержание св. T_4 отмечено на нормальных показателях в 31,1 % случаев (128 человек), на пониженных — в 13,3 %, что свидетельствовало о частом субклиническом гипотиреозе. Значительные отклонения обнаружены в уровне T_3 — он оказался сниженным у 63,1 % женщин. Отмечена зависимость показателей тиреоидного статуса от стажа работы на данном предприятии: по мере увеличения срока работы на алюминиевом заводе, уровень ТТГ достоверно возрастал, а содержание T_3 достоверно снижалось. При стаже работы свыше 10 лет отмечено некоторое снижение уровня св. T_4 .

На заводе ферросплавов клинически гипотиреоз диагностирован у 119 женщин. Уровень ТТГ был повышен в 131 случае, что составило 39,8 % от числа обследованных. Содержание св. T_4 на нормальных значениях зарегистрировано у 75 женщин с повышенным ТТГ (22,8 %). Концентрация св. T_4 повышена у 56 пациенток (17 %). Количество T_3 на средне-нормальном уровне отмечено у 93 человек (71 %), повышенном — у 32 (24,4 %), пониженном — у 6 обследованных (4,6 %). При увеличении стажа работы, на ферросплавном заводе менялись показатели гормонального статуса ЩЖ: уровень ТТГ достоверно возрастал, а содержание св. T_4 снижалось. Количество T_3 достоверно не менялось.

На селе гипотиреоз клинически диагностирован у 71 человека (23,9 %) и доказан гормональными исследованиями в 32,1 % случаев (95 женщин). Повышенный уровень ТТГ сочетался с нормальными показателями св. T_4 в 11,5 % случаев (34 женщины), с пониженными — в 20,6 % (61 женщина). Содержание T_3 в средне-нормальных пределах определено у 14,7 % женщин; было повышено у 16,6 % женщин, понижено — у 0,8 %.

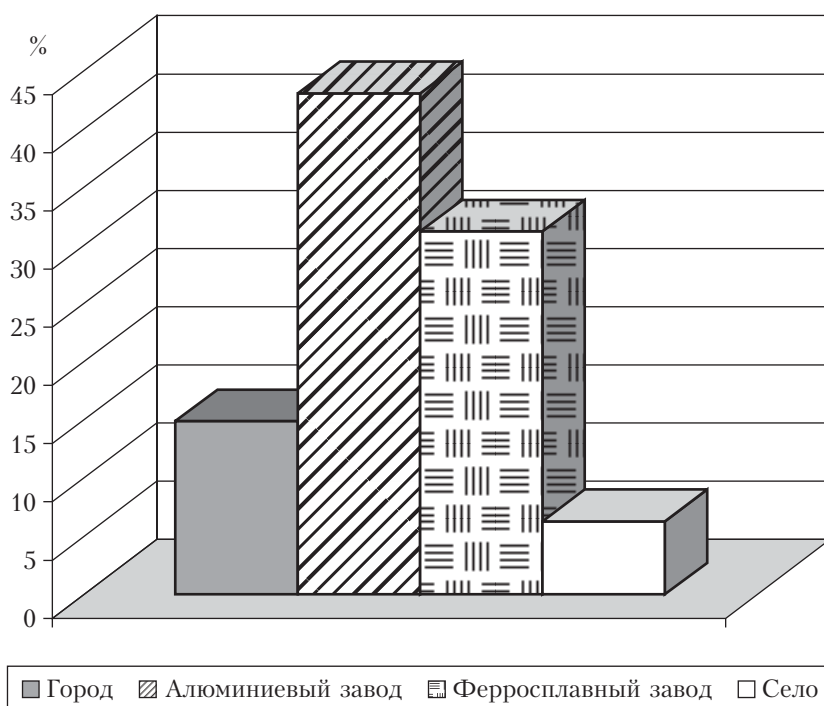
Как свидетельствуют приведенные выше данные, функциональная активность ЩЖ в сравниваемых группах достоверно различается.

По частоте гипотиреоза на 1-м месте находятся работницы алюминиевого завода. Это — результат атрофических изменений в ЩЖ при хронической фтористой интоксикации в условиях недостатка селена. Кроме того, за счет производственного избытка фтора и природного дефицита селена, имеет место нарушение конверсии T_4 в T_3 . На заводе ферросплавов, под воздействием профвредностей,

возможно избытка марганца и молибдена, нарушаются окислительные процессы в ЩЖ, что усиливает проявления йодного дефицита и увеличивает количество случаев гормональной недостаточности. Среди сельских жительниц распространенность гипотиреоза типична для эндемического неконтролируемого зоба.

Актуальной проблемой современной тиреодологии является АИТ. Большую озабоченность вызывают полученные нами данные о распространенности его в обследованных группах (рис. 2).

Рисунок 2
Распространенность АИТ в сравниваемых группах женщин (%)



Заболевание зарегистрировано в 43,1 % случаев на алюминиевом заводе и в 31,2 % — на ферросплавном, почти в 3 раза меньше — среди горожанок контрольной группы (14,9 %) и в 7 раз меньше — на селе. Малая распространенность АИТ среди селянок подтверждает наше мнение о роли техногенных токсикантов в его развитии. Об этом же свидетельствует увеличение распространенности АИТ в зависимости от стажа работы на промпредприятиях.

Диагностика АИТ базировалась на следующих клинико-цитологических критериях: наличие зоба, доказанный гипотиреоз, высокий титр антител к ткани ЩЖ, диффузная лимфоплазмочитарная инфильтрация с лимфоматозом, атрофией и дистрофией А-клеток, большое количество В-клеток.

В нашем случае ситуация усугубляется особенностями биогеохимической среды — йодный и селеновый микроэлементоз. Дефицит селена и избыток фтора приводят к тому, что у работниц алюминиевого завода в 31,6 % случаев зарегистрирован атрофический вариант АИТ, в то время как в других

группах он встречался в единичных случаях. Это требует достаточной настороженности врачей терапевтического профиля, тем более что нередко АИТ длительно протекает с эутиреозом или скрытым гипотиреозом. По нашим данным, у работниц алюминиевого завода с трийодтирониновым вариантом гипотиреоза АИТ встречается чаще.

Учитывая выявленный нами факт высокого удельного веса АИТ среди больных гипотиреозом работниц заводов, следует стремиться к раннему выявлению заболевания для проведения адекватных лечебных мероприятий (рис. 3). Установленная взаимосвязь между частотой АИТ, гипотиреоза и стажем работы на заводах указывает на профессиональную обусловленность данной патологии ЩЖ. Промышленному загрязнению среды обитания, как пусковому фактору иммуноагрессии у лиц с генетической предрасположенностью, принадлежит, очевидно, решающая роль в росте АИТ.

Таким образом, при равных природных условиях проживания, в частоте и структуре патологии щитовидной железы у женщин обследованных групп имеет место значительная вариабельность. Тиромегалия, узловые образования, рак щитовидной железы, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит достоверно преобладают у работниц промышленных предприятий, по сравнению с женщинами

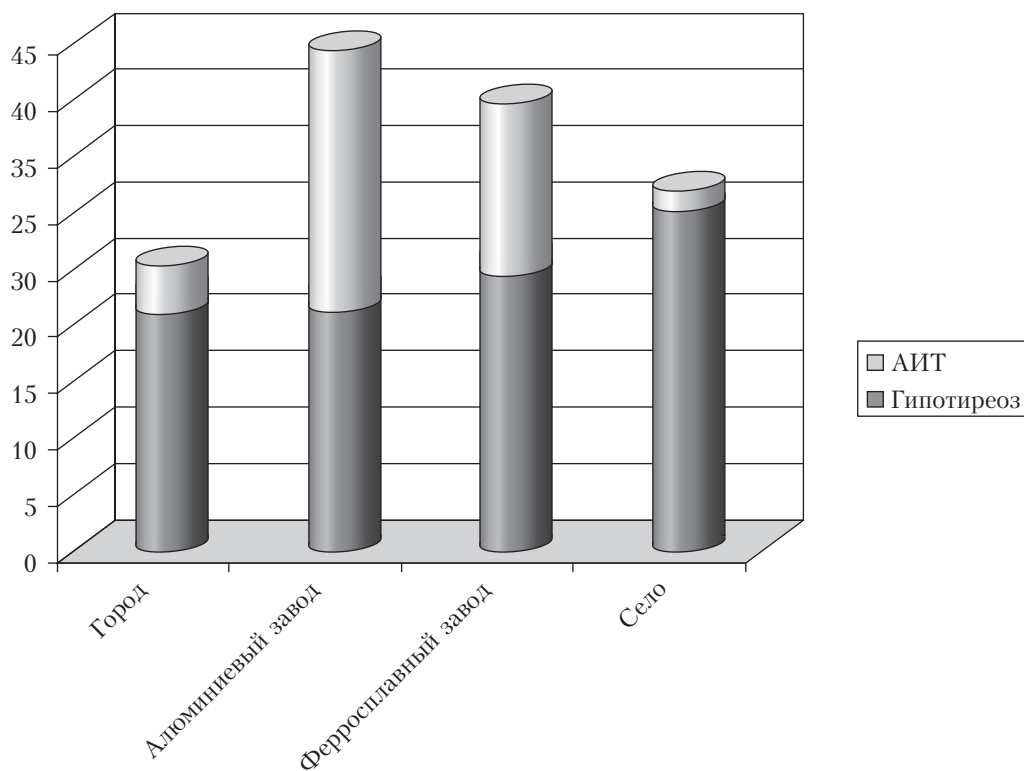
группы контроля. Частота этих заболеваний зависит от стажа работы, что указывает на важную роль воздействия вредных производственных факторов. Структура патологических изменений щитовидной железы у работниц алюминиевого и ферросплавного заводов разная, что свидетельствует о связи с характером и интенсивностью техногенных токсикантов на рабочем месте. На селе роль техногенного воздействия невелика. Здесь главная причина значительного распространения патологии ЩЖ состоит в полном отсутствии профилактических мероприятий по ликвидации ЙДЗ.

В связи с особенностями патологических изменений ЩЖ в сравниваемых группах женщин, на основании полученных результатов, нами предложена программа дифференцированных корригирующих мероприятий.

При повторном осмотре женщин через 1,5-2 года мы обнаружили не только улучшение общего состояния с уменьшением симптомов гипотиреоза, но и лабораторное и инструментальное подтверждение — уменьшение уровня ТТГ и объема ЩЖ при УЗИ.

Динамика размеров ЩЖ, функционального состояния органа зависела от интенсивности и характера проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Рисунок 3
Удельный вес АИТ в диагностированном гипотиреозе среди сравниваемых групп (%)



А.Ю. Милюков, А.А. Пронских

ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»,
г. Ленинск-Кузнецкий

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА

Цель работы: разработать комплекс лечебных мероприятий, направленный на снижение летальности и инвалидности у больных с повреждениями таза при политравмах. На анализе лечения 216 больных предложена тактика лечения, в зависимости от тяжести общего состояния пациента и тяжести повреждения таза. В ее основу положен принцип, что лечение этих повреждений должно отвечать требованиям проведения противошоковых мероприятий и требованиям лечения внутрисуставных повреждений, т.е. максимально точной репозиции и жесткой ранней фиксации поврежденных структур. Определены показания для оперативного лечения, с учетом типов повреждения, которое должно выполняться при поступлении пациента. При шоке III-IV степени показана стабилизация тазового кольца аппаратом внешней фиксации. При отсутствии шока и шоке I-II степени показан один из видов остеосинтеза (внешний, погружной или комбинированный), в зависимости от типа повреждения. Открытую репозицию целесообразно производить с интраоперационной аппаратной аутогемотрансфузией. Летальность в исследовании составила 5,5 %, первичная инвалидность – 8,2 %, положительные функциональные результаты лечения – 95 %.

Ключевые слова: повреждения таза, политравма, лечение.

Aim of the study: to develop the complex of the curative measures to decrease the lethality and invalidity in patients with pelvic injuries in polytrauma. We analyzed the treatment of 216 patients and we proposed the tactics depending the severity of the common state and severity of the pelvic injuries. The basis is the principle: treatment of these injuries must correlate to the requirements of the antishock measures and intraarticular injuries, corresponding to the maximal accurate reposition and rigid early fixation of the injured structures. We determined the indications to the operative treatment depending of the injuries types, that must be carried at the admission. Stabilization of the pelvic ring is indicated using the external apparatus fixation in third, fourth degrees shock. In case of absence of the shock or in first and second degrees shock we carried out one of the osteosynthesis' kinds (external, intramedullary or combined) depending of the injuries types. Open reposition has to be using the intra-operation apparatus autohemotransfusion. Lethality was 5,5 %, primary invalidity 8,2 %, positive functional results were achieved in 95 %.

Key words: pelvic injuries, polytrauma, treatment.

Смерть в течение первых трех часов с момента травмы составляет 30 % летальных исходов сочетанной и множественной травмы, одной из причин которой являются повреждения таза [1]. Пострадавшие, в основном — лица молодого трудоспособного возраста, с преобладанием мужчин [2, 3]. Инвалидность составляет 25-55 % [4]. На сегодняшний день не предложено оптимальной тактики лечения пациентов с повреждениями таза, которая бы учитывала общее состояние пациента и характер повреждений [5, 6, 7]. Решение этой проблемы в таком индустриально разви-

том регионе, как Кузбасс, является не только медицинской, но и важной социальной задачей.

Цель работы: разработать комплекс лечебных мероприятий, направленных на снижение летальности и инвалидности больных с повреждениями таза при политравмах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами предлагается тактика лечения, основанная на опыте оказания помощи 216 пациентам, в зави-

симости от тяжести общего состояния пациента (шок I, II, III, IV степеней) и тяжести повреждения таза (по классификации М. Tile, 1986 — типы А, В, С). В основу тактики положен принцип, что лечение повреждений тазового кольца должно отвечать требованиям проведения противошоковых мероприятий и требованиям лечения внутрисуставных повреждений, т.е. максимально точной репозиции и жесткой ранней фиксации поврежденных структур. В процессе исследования все больные в обеих группах (основная — предложенная нами тактика лечения использовалась, контрольная — не использовалась) распределялись в группы и подгруппы в зависимости от степени шока, тяжести повреждений таза, наличия сочетанных повреждений, способов лечения (оперативный или неоперативный), объема выполненных диагностических мероприятий (использование КТ-исследования), способов оперативного лечения (внешний, погружной или комбинированный остеосинтез), сроков фиксации в аппарате. Однако определение влияния каждого из этих факторов на исход и выбор тактики лечения представляло определенные трудности. В связи с этим, перекрестные сравнения в образовавшихся подгруппах проводились по всем перечисленным факторам.

Для изучения диагностических возможностей раннего использования компьютерной томографии для выбора оптимальной тактики оперативного лечения больных с повреждениями тазового кольца в основной группе, был проведен сравнительный анализ с контрольной группой по срокам активизации и срокам стационарного лечения. Выявлено, что эти показатели были достоверно меньше в основной группе у пациентов с повреждениями типов А и В; по типу С достоверных различий не выявлено. Можно предположить, что отличия связаны, в первую очередь, с выявленными объективными признаками отсутствия нестабильности в задних структурах тазового кольца, что позволило детализировать повреждение и выбрать дифференцированную тактику лечения.

При шоке III-IV степени нами проводилась стабилизация таза только аппаратом внешней фиксации. Фиксация нестабильного тазового кольца — важная часть противошоковых мероприятий, является наиболее быстрым и эффективным методом для получения и сохранения репозиции в ближайшей перспективе и должна быть сделана как можно скорее после травмы по ряду причин:

- а) уменьшить потерю крови за счет репозиции отломков костей, восстановления первоначального тазового объема и, таким образом, создания эффекта тампонады полости таза;
- б) обеспечить простую мобилизацию пациента;
- в) предотвратить повторное смещение переломов типа В и С.

При шоке I-II степени, с целью определения дальнейшей тактики лечения, ориентировались на тяжесть повреждения тазового кольца. Повреждения типов А1 и А3 без смещения отломков, А2

(кроме бифокальных) и В без смещения отломков лечили консервативно. Средние сроки активизации достоверно различались: в основной группе тип А составил 22 дня, тип В — 33 дня; в контрольной — тип А — 34 дня, тип В — 60, тип С — 74 дня.

При повреждениях типов А1, А2, В и С проводилось оперативное лечение различными способами (внешняя фиксация стержневым аппаратом, погружной или комбинированный остеосинтез). Внешний остеосинтез выполнен у 62 % пациентов основной группы: в качестве самостоятельного метода — в 49 % случаев, в комбинации с погружным — в 13 %. Репозиция вертикального смещения проводилась нами во время операции при помощи оригинального устройства (патент № 2153859), и только после этого осуществлялся монтаж аппарата. Погружной остеосинтез был проведен у 38 % пациентов, в 25 % случаев — в качестве самостоятельного метода, в 13 % случаев — в комбинации с внешней фиксацией. Чаще выполнялся синтез заднего полукольца спонгиозными винтами — у 21 пациента. Синтез переднего полукольца выполнен у 18 человек, вертлужной впадины — у 21, при краевых переломах подвздошной кости — у 11 пациентов.

При точной репозиции отломков качество и продолжительность гемостаза, вследствие смыкания костной раны, значительно выше, чем при нерепонированном переломе. Такие операции технически сложны, сопровождаются кровопотерей, поэтому для их выполнения требуется качественное анестезиологическое пособие и качественное восполнение кровопотери при помощи интраоперационной аппаратной реинфузии. Комбинированный остеосинтез применен у 13 % пациентов, причем в большинстве случаев — при тяжелых повреждениях тазового кольца.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнении средних сроков активизации больных (13-15 дней) в зависимости от метода лечения оказалось, что способ остеосинтеза не оказывает достоверного влияния на средние сроки активизации ($P > 0,05$). На этом основании можно сделать вывод, что при всех использованных нами способах стабилизации тазового кольца была достигнута примерно одинаковая степень жесткости фиксации. Это косвенно может говорить об оптимально выбранном методе остеосинтеза, который был адекватен тяжести повреждения таза.

При сравнении подгрупп по типу повреждения, в которых использовался только внешний синтез, выявлено, что при тяжелых повреждениях типа С средние сроки внешней фиксации ($8,0 \pm 0,6$ дней) достоверно больше, чем при более легких А и В ($5,2 \pm 0,4$ дней, $P < 0,05$). Отсутствие достоверной разницы между А и В типами наблюдается потому, что при обоих типах повреждения не происходит полного разрушения заднего опорного комплекса.

Летальность в нашем исследовании составила 5,5 %. Средние сроки пребывания в отделении реанимации у больных основной группы ($4,4 \pm 0,8$ дней) достоверно меньше, чем у пациентов контрольной группы ($10,0 \pm 1,2$ дней). У оперированных больных основной группы, по сравнению с контрольной, различия выражены еще больше ($P = 0,0001$), что подтверждает необходимость раннего оперативного вмешательства. Средние сроки стационарного лечения в основной группе достоверно меньше ($31,9 \pm 1,9$ дней), чем в контрольной ($48,9 \pm 3,5$ дней).

Первичная инвалидность в нашем исследовании составила 8,2 %, причем у всех пациентов причиной ее явились сопутствующие сочетанные повреждения. Средние общие сроки лечения в основной группе составили $72,0 \pm 11,6$ дней. Из осложнений мы отметили 3 случая воспаления мягких тканей в местах выхода стержней. Случаи были вызваны нарушением правил асептики во время перевязок, в тот момент, когда больные находились на амбулаторном лечении. Положительные функциональные результаты лечения (по шкале Majeed S.A., 1989), достигнуты у 95 % больных основной группы. При оценке степени компенсации постурального баланса с помощью метода оптической топографии (патенты № 2157097, № 2201138), выявлено, что в основной группе адаптационная способность мускулатуры к нагрузке выражена достоверно больше в сравнении с контрольной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предложенная тактика позволяет существенно улучшить результаты лечения этой

категории больных за счет снижения летальности, инвалидности и улучшения функциональных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иванов, В.И. Особенности лечения переломов костей таза у больных с множественной травмой /В.И. Иванов, О.И. Великий, Ю.М. Нерянов //Ортопедия, травматол. и протезир. – 1992. – № 2. – С. 39-45.
2. Лобанов, Г.В. Комплексное лечение нестабильных повреждений таза при политравме /Г.В. Лобанов //Диагностика и лечение политравм: IV пленум Рос. асс. ортоп.-травматологов: Мат. Всерос. конф., г. Ленинск-Кузнецкий, 8-10 сент. 1999 г. /ГНКЦ ОЗШ. – Ленинск-Кузнецкий, 1999. – С. 242-243.
3. Лысенко, О.В. Особенности экспертных критериев при оценке переломов костей тазового комплекса в пожилом и старческом возрасте /О.В. Лысенко: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 1995. – 24 с.
4. Оказание скорой медицинской помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой на догоспитальном этапе: Метод. пособие для врачей СМП /В.А. Соколов, В.И. Потапов. – М., 1997. – 89 с.
5. Черкес-Заде Д.И. Оперативное лечение посттравматических деформаций таза /Д.И. Черкес-Заде //VI съ. травматол. и ортопедов России: Тез. докл., г. Н-Новгород, 9-12 сент. 1997 г. /Н-Новгород, 1997. – С. 467.
6. Rommens, P.M. Diagnostic procedures in spine, pelvic and extremity injuries /P.M. Rommens //The Integrated Approach to Trauma Care. The First 24 Hours /Eds. R.J.A. Goris, O. Trents. – Berlin, 1995. – С. 142-156.
7. Stabilization of U-shaped sacral fractures using percutaneous iliosacral screws: technique and early results /S.E. Nork, G.V. Russell, C.B. Jones, M.L.C. Roult //Societe Internationale de Chirurgie Orthopedique et de Traumatologie: Final program and abstract book: 21st Triennial World Congress, Sydney (Australia), 18-23 April, 1999. – Sydney, 1999. – P. 365.

III ВСЕРОССИЙСКИЙ ТИРЕОИДОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС – Москва, 29–30 ноября 2004 г.

Прием заявок и тезисов до 1 августа 2004 г.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОБЩЕСТВО, ГОСУДАРСТВО И МЕДИЦИНА – ДЛЯ ПОЖИЛЫХ И ИНВАЛИДОВ» – Москва, 27–28 сентября 2004 г.

Прием заявок и тезисов до 20 августа 2004 г.

4-я ВСЕАРМЕЙСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ» – Москва, 23–24 сентября 2004 г.

Прием заявок и тезисов до 1 сентября 2004 г.

А.В. Елманов, В.С. Горин

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

Представлены данные комплексного медицинского осмотра женщин коренного населения Республики Алтай (515 человек). Представлены особенности специфических функций женского организма, показатели распространенности гинекологических заболеваний в различных возрастных группах. Гинекологическая патология обнаружена у 54,2 % обследованных, ведущие места в ее структуре занимают хронические неспецифические воспалительные заболевания гениталий и несостоятельность мышц тазового дна. Полученные результаты требуют повышенного внимания к вопросам организации акушерской и гинекологической помощи сельскому населению Горного Алтая.

Ключевые слова: *распространенность гинекологических заболеваний, женщины коренного населения Республики Алтай, организация акушерской и гинекологической помощи.*

The article presents results of complex medical examination of women in population of Altai (515 women). Evaluation of menstrual, reproductive and sexual function in women performed. The incidence of gynecologic diseases in different ages is demonstrated in the article. Gynecologic diseases obtained in 54,2 % of examined women. It is established that the chronic nonspecific inflammatory gynecologic diseases, colpoptosis and descended uterus are the main pathologies among the women in population of Altai Republic. It is necessary to improve organization of obstetrics and gynecologic care for rural population of Altai Republic.

Key words: *the incidence of gynecologic diseases, the women in population of Altai Republic, organization of obstetrics and gynecologic care.*

В XXI веке сохранение малочисленных народов Сибири является важной проблемой общества. Малые народы, проживающие вдали от больших городов, лишены возможности пользоваться современными благами цивилизации, в том числе достижениями медицины. Представители коренных народов вынужденно мигрируют в города, покидая территории своих предков, что ведет к снижению численности коренных популяций. В этих условиях сохранение репродуктивного здоровья жителей, их способности к нормальному воспроизводству, является актуальной задачей современного общества.

Цель работы — провести анализ репродуктивного здоровья женщин коренного населения Республики Алтай.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Республике Алтай были отобраны популяции сел, населенных только коренными алтайцами. В каждой из обследованных популяций, за вычетом лиц до 10 лет, уровень охвата алтаек обследуемых

сел составил более 7 %, а в некоторых группах — более 20 %. Такой объем выборки позволяет рассчитывать на учет основной гинекологической патологии, встречающейся в сельских популяциях. Всего обследовано 515 коренных алтаек в возрастном диапазоне 10-70 лет.

Взрослым женщинам проводилось гинекологическое обследование (осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки на зеркалах, бимануальное исследование), измерение роста, веса, параметров женского таза. Лицам 10-18 лет для оценки полового развития определяли половую формулу, для оценки физического развития — измеряли окружности грудной клетки и межакромиальный размер [1]. Для статистической обработки данных применялись программы «Instat-2» и «Primer of biostatistics» (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выявлены особенности специфических функций женского организма и репродуктивного поведения.

Менструальная функция у коренных алтаек характеризуется относительно поздним наступлением менархе ($14,1 \pm 0,1$ лет), быстрым становлением (у 96,3 % обследованных регулярный менструальный цикл установился сразу), низкой частотой нарушений менструального цикла, не связанных с органической патологией (23,3 случаев на 1000 женщин), относительно ранней менопаузой ($47,47 \pm 1,1$ лет, в странах СНГ — 49-50 лет). Выявленные показатели следует считать этнической особенностью и объяснить проживанием в горах.

Детородная функция у алтаек характеризуется тем, что 2/3 всех беременностей закончились родами — 65,2 %, на долю искусственных абортов пришлось 27,8 % случаев беременности. По России родами заканчиваются гораздо меньше беременностей, чем в популяции обследованных нами алтайских женщин — 33,5 %, доля искусственного прерывания беременности в сельской популяции алтаек в 2 раза ниже, чем в России — 63,7 % [2]. По нашим сведениям, у 53,6 % алтаек не было случаев искусственного прерывания беременности. Низкая частота искусственного прерывания беременности у алтаек может быть объяснена этническим фактором, удаленностью населенных пунктов, широким применением внутриматочной контрацепции.

Беременность и роды у обследованных нами женщин протекают с относительно небольшим количеством осложнений — не более 13,8 %, но характеризуются большим количеством травм родовых путей. Травмы осложнили роды у 49,5 % рожавших женщин. Доля оперативного родоразрешения составляет 3,0 % от общего числа родов (в России в 1995 г. — 11 %, по рекомендации ВОЗ — 10-15 %) [3, 4].

Почти все рожавшие женщины обследованной популяции (95,4 %) предпочитают естественное вскармливание новорожденных. Длительность грудного вскармливания составляет, в среднем, $13,6 \pm 0,8$ месяцев.

Используют современные методы предохранения от нежелательной беременности 40,7 % жен-

щин. Основной метод — внутриматочная контрацепция (ВМК), этим способом пользуются более трети женщин — 37,8 %, начиная с 20 лет.

Уровень распространенности гинекологических заболеваний у алтаек составил 957,28 случаев на 1000 женщин, что превышает показатели по сельскому населению России (129-808 на 1000 женщин) [5, 6, 7]. Полученный нами показатель близок к таковому у сельских женщин Казахстана, живущих в сходных климато-географических условиях и занятых, преимущественно, отгонным овцеводством [8]. У 54,2 % алтаек выявлена гинекологическая патология.

Максимальная распространенность отмечена в репродуктивном периоде. Высокие показатели обусловлены тем, что у многих больных было выявлено несколько заболеваний. В репродуктивном периоде они представлены, в основном, хроническими неспецифическими воспалительными процессами гениталий, после 50 лет — несостоятельностью мышц тазового дна (таблица).

В структуре гинекологических заболеваний первое место занимают хронические неспецифические воспалительные заболевания гениталий, показатель превышает приводимые в литературе (127-382 случаев на 1000 сельских женщин) [5, 6, 9, 10]. Среди причин высокой распространенности хроническими воспалительными заболеваниями выявлены относительно низкая санитарно-гигиеническая культура женщин, повсеместное участие женщин в подсобном скотоводстве, большое число родов (на алтайскую женщину приходится $2,48 \pm 0,08$ родов), высокий родовой травматизм, не всегда полноценный период послеродовой реабилитации, искусственные аборты (хронический сальпингоофорит чаще выявлялся у женщин, в анамнезе которых имелись медицинские аборты), широкое использование внутриматочных контрацептивов. Среди воспалительных заболеваний гениталий наиболее распространен хронический сальпингоофорит. У алтаек характерно длительное течение заболева-

Таблица
Распространенность гинекологических заболеваний и ее структура в различных возрастных группах коренных алтаек (на 1000 женщин)

Заболевание	Лет							Всего
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и более	
Воспалительные заболевания:	125,00	854,70	537,31	458,90	296,30	0	0	506,79
- вульвиты и кольпиты	0	196,58	117,24	164,38	111,11	0	0	130,10
- эндоцервициты	0	239,32	68,98	89,04	37,04	0	0	100,97
- эндометриты	62,50	196,58	186,21	102,74	74,07	0	0	132,04
- сальпингоофориты	62,50	222,22	206,90	102,74	74,07	0	0	143,69
Нарушения менструальной функции	0	34,19	41,38	13,70	0	0	0	85,44
Заболевания шейки матки	0	128,20	151,72	47,94	0	0	0	23,30
Миома матки	0	0	20,69	116,44	111,11	0	0	44,66
Несостоятельность мышц тазового дна	0	25,64	117,24	324,46	296,30	400,00	250,00	166,00
Бесплодие	0	76,92	55,17	13,70	0	0	0	36,89
Прочие	62,50	102,56	82,76	267,12	296,30	0	125,00	143,69
Всего заболеваний	187,50	1213,67	1027,59	1130,14	888,89	400,00	375,00	957,28

ния — продолжительность хронического сальпингоофорита более 6 лет отмечается у 45,9 %. У 2/3 больных хроническим сальпингоофоритом обострения заболевания отмечались часто, по 2-3 раза в год. Максимальная распространенность воспалительных заболеваний наблюдалась в возрастной группе 20-29 лет. Это может быть объяснено достоверно более ранним началом половой жизни у молодых алтаек, а также тем, что на этот возраст приходится основная часть родов. Еще одна возможная причина высокой распространенности воспалительных заболеваний гениталий в этом возрасте — популярность внутриматочных контрацептивов — 36,8 % женщин из группы 20-29 лет использовали ВМК на момент осмотра, а 14,6 % — использовали ВМК ранее.

Второе место в структуре гинекологической патологии занимает несостоятельность мышц тазового дна. Распространенность этого заболевания — 166,0 случаев на 1000 женщин (по России — 28,1-67,0 случаев на 1000 женщин села) [9, 10], с возрастом она увеличивается. Одна из причин — физические нагрузки, связанные с участием женщин в подсобном скотоводстве, причем наибольшая частота этой патологии выявлена у работниц сельского хозяйства, наименьшая — в группе служащих. Среди факторов, способных повлиять на частоту несостоятельности мышц тазового дна, следует отметить большое число родов, частые травмы родовых путей.

Третье место в структуре гинекологической патологии занимают эрозия и эктропион шейки матки. Пик распространенности приходится на возрастную группу 30-39 лет, в старших группах частота ниже, что может быть объяснено проводившейся в восьмидесятые годы 20-го века санацией шейки матки, в рамках программы всеобщей диспансеризации.

Отмечается относительно высокая распространенность миомы матки — 44,7 случаев на 1000 женщин. Это соответствует показателям распространенности этого заболевания у жительниц сельской местности в других регионах страны (11-82 случаев на 1000 женщин) [9, 11], но не типично для народов Сибири и Крайнего Севера. Миома матки — мультифакториальное наследственное заболевание, среди возможных объяснений высокой частоты этой патологии — относительная изоляция этносов с высоким уровнем близкородственных браков в сельских популяциях алтайцев.

ВЫВОДЫ:

1. У коренных алтаек имеются особенности менструальной функции: относительно позднее наступление первой менструации, быстрое становление менструальной функции, низкая частота нарушений менструального цикла, ранняя менопауза.

2. У алтаек непопулярны искусственные аборт, широко распространена внутриматочная контрацепция (используют 37,8 % женщин репродуктивного возраста), роды характеризуются высокой частотой травм родовых путей.
3. Большинство женщин (95,4 %) предпочитают естественное вскармливание новорожденных.
4. Уровень распространенности гинекологических заболеваний у коренных жительниц Горного Алтая превышает показатели в других сельских регионах России. Ведущей патологией являются хронические неспецифические воспалительные заболевания, несостоятельность мышц тазового дна, эрозия и эктропион шейки матки, миома тела матки.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости повышения внимания к вопросам организации акушерской и гинекологической помощи в сельских районах Республики Алтай, разработки мероприятий, направленных на улучшение репродуктивного здоровья коренного женского населения Республики Алтай.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ставицкая, А.Б. Методика исследования физического развития детей и подростков /А.Б. Ставицкая, Д.И. Арон. — М., 1959. — С. 74.
2. Акушерско-гинекологическая помощь: Руков. для врачей /Под ред. В.И. Кулакова. — М., 2000. — 512 с.
3. Абрамченко, В.В. Пути снижения абдоминального родоразрешения /В.В. Абрамченко //Ж. акуш. и жен. бол. — 2000. — № 3. — С. 89-90.
4. Комиссарова, Л.М. Оптимизация кесарева сечения /Л.М. Комиссарова, Е.А. Чернуха, Т.К. Пучко //Акуш. и гинекол. — 2000. — № 1. — С. 17-18.
5. Алимбекова, О.А. Гинекологические заболевания у сельских жительниц Казахстана /О.А. Алимбекова, Л.К. Калиева, А.Н. Айгырбаева //Акуш. и гинекол. — 1991. — № 6. — С. 56-58.
6. Николов, С.Х. О состоянии здоровья животноводов /С.Х. Николов, Г.А. Хачатурян, Г.Г. Захаркина //Гигиена труда животноводов: Сб. н. тр. Кубан. мед. ин-та. — Краснодар, 1976. — С. 74-87.
7. Шустрова, К.С. Гинекологическая заболеваемость у работниц Некрасовского АПК /К.С. Шустрова, В.Ф. Григорьев, Е.В. Дорофеева //Комплексные исследования здоровья сельского населения Сибири: Тез. докл. конф. — Барнаул, 1986. — С. 180-181.
8. Некоторые итоги изучения условий труда и заболеваемости женщин, занятых в отгонном скотоводстве /Е.Ж. Жаркинов, Х.С. Сасырбаева, Ж.С. Тотанов и др. //Гигиена труда и состояние здоровья работников промышленных предприятий и сельского хозяйства Казахстана: Сб. н. тр. — А.-Ата, 1989. — С. 160-166.
9. Муратова, Р.М. Роль комплексных медицинских осмотров в профилактике заболеваний работниц сельскохозяйственного производства /Р.М. Муратова //Здрав. Рос. Фед. — 1987. — № 5. — С. 20-23.
10. Хабаров, С.В. Гинекологическая заболеваемость у сельских жительниц /С.В. Хабаров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 22 с.
11. Вихляева, Е.М. Патогенез, клиника и лечение миомы матки /Е.М. Вихляева, Г.А. Паллади. — Кишинев, 1982. — 300 с.

Л.Е. Шукевич, Ю.А. Чурляев, Е.В. Лишов,
Е.В. Григорьев, В.А. Костюченко, В.М. Медведева
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА, ИХ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

У 108 больных с распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом, изучены варианты течения СЭИ. При помощи нового, интегрального индекса клиренса ВНиСММ в различных биосредах организма и на основании изменения этого показателя, разработана программа дифференцированной элиминации ЭТС из организма.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, эндотоксикоз, индекс синдрома эндогенной интоксикации (ИСЭИ).

Абдоминальный сепсис (АС) и синдром эндогенной интоксикации (СЭИ), осложняющий его течение, остаются одной из актуальных проблем современной медицины и привлекают внимание многих исследователей [1, 2, 3]. Несмотря на опыт, накопленный в ургентной хирургии и реаниматологии по лечению данного заболевания, АС сохраняет свою роль как одна из наиболее тяжелых форм гнойно-септических осложнений, а проблема оптимизации диагностики и исходов терапии сохраняет свою актуальность [2, 3, 4]. По данным различных авторов, летальность среди больных с АС колеблется от 30 до 70 %, а при состоянии септического шока — стремится к 100 % [2, 3, 4].

Общепринятая терапия абдоминального сепсиса (назначение антибактериальных препаратов, респираторная поддержка, инфузионно-трансфузионная коррекция гомеостаза, антиагреганты и антигипоксанты) является весьма вариабельной, и может изменяться в зависимости от тяжести состояния больного, выраженности синдромов критического состояния. Так, важнейшим компонентом развития АС является СЭИ, который сопровождает АС в 100 % случаев заболевания [2, 3, 5]. Чем тяжелее протекает СЭИ, тем интенсивнее требуется лечение данной категории больных, включая определенный набор методов экстракорпоральной гемокоррекции, то есть методов активного выведения из организма эндогенно токсических субстанций (ЭТС), уровень накопления и распределения которых характеризует степень развития и варианты течения эндотоксикоза при АС [1, 2, 6].

В этой связи нам представляется перспективным определение маркеров системной воспалительной реакции и эндотоксикоза при АС, столь необходимых для своевременной диагностики и выбора способа адекватного лечения возникших осложнений.

Общепризнанно, что одними из основных индукторов эндотоксикоза [1, 2, 6, 7, 8, 9] являются продукты усиленного неферментного протеолиза, с высокой функциональной активностью — вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ), образующиеся при нарушенном метаболизме и гипоксии. Определение уровня их накопления, распределения и выведения в различных биосредах организма (плазма крови, эритроциты, моча) позволяет на ранних стадиях диагностировать проявление и варианты развития СЭИ у больных с АС и, на основании этого, разработать программу их дифференцированной элиминации.

Однако в литературе нет единого подхода к методологии регистрации спектрального диапазона ВНиСММ [2, 6, 9], недостаточно изучена динамика накопления, распределения и выведения ВНиСММ при различной тяжести сепсиса и вариантах течения СЭИ. Кроме этого, нет четких и дифференцированно сформулированных показаний к тому или иному способу детоксикации при различных фазах эндогенной интоксикации [2, 6, 7, 8, 9].

Цель исследования — изучить варианты течения СЭИ у больных с АС при помощи нового, интегрального индекса клиренса ВНиСММ в различных

биосредах организма и, на основании изменения этого показателя, разработать программу дифференцированной элиминации ЭТС из организма.

Выделено 2 группы исследования. Первая, контрольная группа, представлена 32 практически здоровыми людьми, которые проходили плановые медосмотры и не имели острых и хронических заболеваний, патологических изменений в общих анализах крови и мочи. ВНиСММ определялись экспресс-методом по Малаховой М.Я. (1995). Регистрация спектра ВНиСММ проводилась в зоне длин волн от 246 до 290 нм, с шагом длины волны 4 нм, в различных биосредах организма (плазма крови, эритроциты, моча). Это придает особую точность методу в определении более 200 наименований эндогенно токсических субстанций, образующихся при нормальном и нарушенном метаболизме.

При анализе спектра ВНиСММ мы встретили ряд объективных трудностей, касающихся проблемы обработки цифрового материала, полученного уже при первом взятии проб на исследование. Кроме этого, предложенные ранее [2, 6, 8] интегральные коэффициенты интоксикации не отражают соотношение важных систем накопления (плазма крови, эритроциты) ВНиСММ и системы выделения (моча) при СЭИ. В связи с этим нами разработан новый интегральный показатель — индекс синдрома эндогенной интоксикации (ИСЭИ), удобный для расчета и отвечающий выше перечисленным требованиям. ИСЭИ является частным от деления произведения суммы экстинкций ВНиСММ плазмы крови и эритроцитов на сумму экстинкций ВНиСММ мочи, и рассчитывается по оригинальной формуле:

$$\text{ИСЭИ} = \frac{\text{ВНиСММ плазмы} \times \text{ВНиСММ эритроц.}}{\text{ВНиСММ мочи}}$$

В норме он имел значение $5,32 \pm 0,48$ у.е., и отражал сорбционную способность эритроцитарной мембраны, накопление и транспорт ВНиСММ в плазме и естественную элиминацию их с мочой. Изменение этого показателя взято за основу при дальнейшем изучении вариантов развития СЭИ у пациентов 2-й группы с АС.

Исследование проведено у 108 больных с распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом. Диагноз сепсиса выставлялся по критериям согласительной конференции Американского общества торакальных хирургов и критической медицины (R. Bone, 1992). Объективизация общего состояния больного проводилась по шкале тяжести АРАСНЕ-II (Acute Physiologi and Chronik Health Evaluation, W. Knaus et al., 1985), органная дисфункция — по шкале SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment, Vincent J.L. et al., 1998). Исследовались общепринятые клинические и биохимические параметры лабораторной оценки. Оп-

ределение степени выраженности СЭИ, вместе с общепринятыми методами, дополняли специальными методами исследования, основанными на изучении закономерностей накопления и распределения в различных биосредах организма ВНиСММ. По степени тяжести сепсиса больные 2-й группы были распределены на 3 подгруппы (табл.).

Таблица
Распределение больных с АС по степени тяжести сепсиса

Подгруппы	Тяжесть сепсиса	n = 108	
		Абс.	%
1	Сепсис (ССВО + гнойный очаг)	24	22,2
2	Тяжелый сепсис (органопатия 1-2 органов)	62	57,4
3	Септический шок + дисфункция более 2-х органов	22	20,4

Состояние пациентов 1-й подгруппы соответствовало средней степени тяжести. У них диагностировались двухсимптомные клинико-лабораторные проявления системной воспалительной реакции, без клинически значимых органических дисфункций, и наличие очага инфекции в брюшной полости. Клинически и лабораторно эндотоксикоз был не выражен, сумма баллов АРАСНЕ-II составила $4,1 \pm 0,6$, ЛИИ — $4,1 \pm 0,2$. Летальных исходов не было.

Состояние больных 2-й подгруппы было тяжелым. Тяжесть состояния была обусловлена сочетанием выраженного ССВО с дисфункцией 1-2-х органов. Сумма баллов АРАСНЕ-II составила $17 \pm 2,1$, летальность — 14,3 %. Органная дисфункция затрагивала систему выведения эндотоксинов.

В 3-й подгруппе имела место полиорганная недостаточность, с декомпенсацией функций более 2-х органов и систем. Сумма баллов АРАСНЕ-II была равна $21 \pm 2,7$, SOFA — $7 \pm 1,3$, летальность — 34,2 %.

При исследовании ИСЭИ в этих подгруппах больных получены следующие результаты.

У пациентов 1-й подгруппы ИСЭИ был достоверно ниже нормы — $3,8 \pm 0,3$, а вариант течения эндотоксикоза мы считали компенсированным за счет активного и эффективного включения системы естественной детоксикации и выведения токсинов с мочой.

У пациентов 2-й подгруппы ИСЭИ значительно превышал нормальные значения и был равен $12,75 \pm 2,3$. Клинически и лабораторно у этих больных полиорганная недостаточность не регистрировалась, однако механизмы компенсации работали с большим напряжением. Данный вариант течения СЭИ мы считали субкомпенсированным.

В 3-й подгруппе больных ИСЭИ был выше 15. Его средние значения составляли $20,2 \pm 3,1$. У пациентов определялась полиорганная несостоятельность, требующая моделирования и протезирования функций жизненно важных органов и систем (респираторная поддержка, вазопрессорная, кардиотоническая терапия, гемодиализ). Данный вариант эндотоксикоза мы характеризовали как декомпенсированный.

Полученные результаты имеют большое значение, так как позволяют своевременно назначать интенсивную терапию, направленную на элиминацию токсинов из организма. Так, при компенсированном варианте общепринятое лечение мы дополняли интракорпоральными методами форсированного диуреза. При повышенном накоплении ВНиСММ в плазме крови проводили плазмаферез, а при повышении ВНиСММ на эритроцитах обосновывали применение гемосорбции очищением, с последующим восстановлением сорбционной способности эритроцитарной мембраны во время перфузии крови через сорбент.

Таким образом, полученные результаты показали, что ВНиСММ, их спектр распределения в различных биосредах организма и интегральный показатель ИСЭИ, характеризующий клиренс эндотоксинов, являются чувствительными маркерами процессов, связанных с развитием эндотоксикоза при абдоминальном сепсисе.

Интегральный показатель динамики накопления, распределения и выведения ВНиСММ — ИСЭИ, определяя различные варианты течения СЭИ, может использоваться в виде «экспресс-диагностики» стадий эндотоксикоза и служить прогностическим критерием течения септического процесса.

Дифференцированное применение плазмафереза и гемосорбции является патогенетическим обоснованием включения в программу интенсивной терапии больных с абдоминальным сепсисом и эндотоксикозом эфферентных методов гемокоррекции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беляевский, А.Д. Сочетание эфферентных методов детоксикации — оптимальный путь коррекции эндотоксикоза у больных с перитонитом /Беляевский А.Д. //Вестн. интенс. терапии. — 1998. — № 4. — С. 66-68.
2. Гринев, М.В. Хирургический сепсис /Гринев М.В., Громов М.И., Комраков В.Е. — СПб., 2001. — 314 с.
3. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестарющуюся проблему /Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З., Гельфанд Е.Б. //Анестезиол. и реаниматол. — 1999. — № 5. — С. 23-25.
4. Prognosis in acute organ-system failure /Knaus W.A., Draper E.A., Wagner D.P., Zimmerman J.E. //Ann. Surg. — 1985. — V. 202, N. 6. — P. 681-693.
5. Bone, R.C. The pathogenesis of sepsis /Bone R.C. //Ann. Intern. Med. — 1991. — Vol. 115. — P. 457-468.
6. Оболенский, С.В. Диагностика стадий эндогенной интоксикации и дифференцированное применение методов эфферентной терапии /Оболенский С.В., Малахова М.Я., Ершов А.Л. //Вестн. хирургии. — 1991. — № 3. — С. 95-100.
7. Вишняков, Д.В. Оптимизация определения степени тяжести эндотоксикоза и алгоритмизация детоксикационной терапии у больных с осложненной желчнокаменной болезнью /Д.В. Вишняков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Бишкек, 2000. — 19 с.
8. Гончар-Зайкин, А.П. К оценке лабораторной диагностики эндотоксикоза /Гончар-Зайкин А.П., Гончар-Зайкина Г.М. //Актуальные вопросы военной и практической медицины: Сб. тез. н.-пр. конф. врачей Приволж. воен. округа. — Оренбург, 2000. — С. 157-159.
9. Малахова, М.Я. Методы регистрации эндогенной интоксикации: Пос. для врачей /Малахова М.Я. — СПб., 1995. — 33 с.

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«МОЛОДЕЖЬ В СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ СРЕДЕ РЕГИОНОВ РОССИИ:
ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ» —
Пенза, 27-29 октября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 10 сентября 2004 г.

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ» —
Москва, 26-27 октября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 17 сентября 2004 г.

**РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ИНФЕКЦИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ» —
Новосибирск, 25-26 ноября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 31 августа 2004 г.

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ГЕНОДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» —
Москва, 19-21 октября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 октября 2004 г.

О.И. Бибик, Л.В. Начева, О.А. Пономарева
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 г. Кемерово

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ СООТНОШЕНИЕ ЭКТОПАРАЗИТОВ ГНЕЗД СИНАНТРОПНЫХ ПТИЦ НА ТЕРРИТОРИИ Г. КЕМЕРОВО

Наиболее распространенными и часто встречающимися эктопаразитами были блохи, их общее количество составило 2697 экз. (53 %). Максимальное количество блох, встречаемых в одном гнезде *Passer domesticus*, равно 1012 экз., *Sturnus vulgaris* – 342 экз. Результаты исследований показали, что птицы, обладая совершенным способом передвижения, играют важную роль в разnose блох и клещей, а следовательно, инфекций в лесной зоне Западной Сибири.

Ключевые слова: птицы, гнезда, эктопаразиты, инфекции.

The most widespread and frequently met ectoparasits were fleas and their general amount was 2697 (53 %). The maximal amount of fleas choosen in one nest *Passer domesticus* is 1012 and *Sturnus vulgaris* is 342. The results of research showed that the birds possessing perfect way of movement play an important role in spreading fleas and ticks and consenquently – infections in forest zone of Western Siberia.

Key words: birds, nests, ectoparasits, infection.

В литературе все больше внимания уделяется систематике членистоногих, причастных к инфекционным и инфеcтационным болезням. Это вызвано тем, что определить этиологию заболевания не всегда представляется возможным.

Развивая экологическое направление в паразитологии, В.А. Догель и Е.Н. Павловский обращали большое внимание на изучение влияния факторов внешней среды на паразитов. А.П. Маркевич указывал, что, кроме паразитоценоза и свободноживущих ассоциаций паразитов, необходимо изучать их внутривидовые и межвидовые связи, их функции и роли в экосистеме, важнейшую составную часть которой они представляют [1].

Исследование комплексов эктопаразитов наземных позвоночных — одно из важных направлений паразитологии, изучает явления паразитизма в биосфере Земли во взаимосвязи и взаимодействии группировок паразитов и симбионтов между собой и их хозяевами, а также их зависимость от условий окружающей среды [2].

Паразиты и их комплексы (паразитоценозы) играют большую роль в формировании биоценозов, воспроизводстве и охране животных и растений. Поэтому комплексное изучение всех групп паразитических организмов, как компонентов то-

го или иного биоценоза, является необходимым условием правильного понимания процессов формирования сложных биоценозов и их развития. Богатство (качественное и количественное) паразитических форм, их огромная численность свидетельствует об их существенной роли в этих процессах.

Мало изученным разделом в настоящее время в паразитологии являются эколого-фаунистические комплексы эктопаразитов наземных позвоночных Западной Сибири, которые вызывают болезни — инфеcтации. Среди хозяев-прокормителей членистоногих, помимо животных встречаются и представители синантропных птиц. Учитывая то обстоятельство, что эктопаразиты могут создавать и поддерживать на высоком уровне эпидемиологическую напряженность очагов инфекционных заболеваний, актуальность этого вопроса несомненна. Данная тема является приоритетной и потому, что, по литературным данным, эктопаразиты птиц мало изучены с точки зрения разных разделов экологии (аутоэкологии, демэкологии, синэкологии). На территории Кемеровской области настоящее исследование проводилось впервые, но мы считаем, что оно имеет важное значение для гигиенистов и специалистов центров Госсанэпиднадзо-

ра, с целью улучшения качества жизни населения Кузбасса.

Изучение структуры и степени организованности гнездово-норовых микробиоценозов имеет значение для знания условий существования ряда трансмиссивных болезней — чумы, клещевого возвратного тифа, кожного лейшманиоза, чьи возбудители и переносчики являются компонентами названных образований. Нора (гнездо), как микробиотоп со своим микробиоценозом, в этом случае приобретает значение важной конструктивной единицы — элементарного очага [3, 4].

В природных очагах инфекционных болезней человека, по данным Б.К. Котти, основными переносчиками служат иксодные клещи и блохи [5]. С иксодными клещами связано существование очагов туляремии, крымской геморрагической лихорадки, лихорадки Ку и эндемических боррелиозов, с блохами — очагов чумы и крысиного риккетсиоза. Согласно Т.Д. Galloway, состав эктопаразитов большинства птиц и млекопитающих остается неизвестным, в частности пухоедов и блох, которые могут оказывать существенное влияние на динамику их популяций, особенно в течение длительных промежутков времени [6]. Доказано, что в экспериментальных условиях блохи способны длительное время хранить и передавать возбудителей арбовирусных инфекций [7].

Паразитологические исследования птиц и их гнезд имеют многостороннее значение. С одной стороны, птицы приносят пользу и поэтому важна разработка научно-обоснованных эффективных мер профилактики и борьбы с их паразитами с целью сохранения здоровых популяций. С другой стороны, птицы являются хозяевами возбудителей ряда опасных паразитозов человека и животных, могут служить их распространителями и, тем самым, наносить значительный экономический ущерб. Лишь в единичных случаях птицы поражаются одним каким-либо паразитом. Обычно их организм и среду их обитания (гнезда) заселяют многие виды паразитических агентов. Поэтому весьма важно выявлять паразитические сообщества птиц и эктопаразитозы, которые сохраняются, поддерживаются и распространяются ими, что является одной из актуальных проблем современной паразитологии и экологии. Освещение подобных биоценологических сведений с элементами экологии крайне необходимо, так как их знание поможет эпизоотологам выбрать правильные направления поиска этиологического фактора болезни и наметить нужные профилактические мероприятия.

Состояние внешней среды оказывает воздействие на распространение вирусов, микробов, риккетсий, простейших, гельминтов и других паразитических форм, переносимых членистоногими. Согласно статистическим данным, число случаев клинически выраженного заболевания чумой, передаваемой блохами, за 1 год составило примерно 1000 человек. Число умирающих от

чумы за 1 год — 100 человек. Число пораженных стран — 24, а риску заболевания подвержены миллионы [8].

В циркуляцию вирусов вовлекаются птицы, чаще связанные с нижним ярусом леса (голуби, скворцы, дрозды) [9].

Цель настоящей работы — выявить количественное соотношение эктопаразитов в гнездах *Sturnus vulgaris*, *Passer domesticus* и *Passer montanus* в Центральном районе г. Кемерово (экологически неблагоприятно) и в селе Подъяково (экологически чистом), на территории спортивно-оздоровительного лагеря Кемеровской государственной медицинской академии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полевые исследования по эктопаразитам птичьих гнезд целенаправленно проводились в летний полевой сезон в течение 2-х лет и продолжают в настоящее время.

Объектами исследований были выбраны Скворец обыкновенный (*Sturnus vulgaris*), как перелетная птица, благодаря которой осуществляются трансконтинентальные связи арбовирусов, Воробей домовый (*Passer domesticus*) и Воробей полевой (*Passer montanus*) — птицы, ведущие оседлый образ жизни. Данные виды птиц могут использовать общие гнездовья: воробьи поселяются в скворечниках, которые прежде занимал скворец, а скворцы занимают весной скворечники, в которых зимовал воробей.

Для исследования эктопаразитов гнезд было изготовлено и развешено: в Центральном районе г. Кемерово 20 скворечников с открывающейся крышкой, в Ленинском и Кировском районах на территории корпусов КГМА — по 5 скворечников, в районе села Подъяково — 15 скворечников.

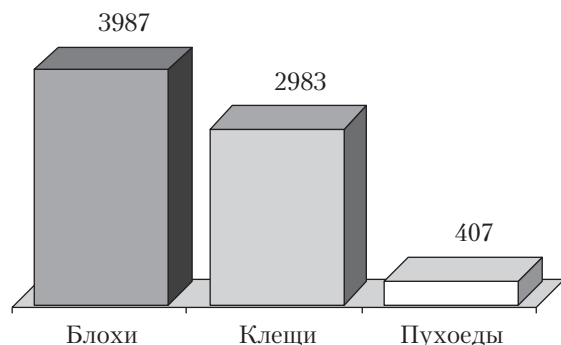
Сбор эктопаразитов производился с подстилки гнезд из скворечников, а также из естественных гнездовых исследуемых птиц. Всего были исследованы 94 птичьих гнезда. Сбор подстилок из гнезда велся по методу И.Г. Иоффе и О.Н. Скалой [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общее количество выбранных нами эктопаразитов за время исследования составило 7377 экземпляров. Блох было выбрано в количестве 3987 экз. (54 %), клещей — 2983 (40 %), пухоедов — 407 (6 %). В количественном и процентном соотношении эктопаразитов в гнездах птиц, от общего количества исследованных, преобладали блохи (рис.).

Гнезда, исследуемые в Центральном районе г. Кемерово, по наличию строительного материала мы подразделили на два типа — гнезда, которые были значительно поражены эктопаразитами

Рисунок
Общее количество выбранных эктопаразитов



и состояли из основного строительного материала (мягкие стебельки трав, солома, большое количество перьев домашних и диких птиц), и гнезда, в которых эктопаразиты отсутствовали вообще («чистые гнезда»).

В подстилке «чистых гнезд» (4 гнезда) отмечено в большом количестве наличие бересты, зеленых листьев полыни обыкновенной (*Artemisia vulgaris*), которые содержат большое количество эфирных масел, свежих плодов черемухи, обладающих фитонцидными свойствами. Считаем, что на отсутствие эктопаразитов оказали влияние именно эти вещества, т.к. все они обладают антипаразитарным действием. Подобные исследования имели место в статье Н.О. Оленева, в которой он говорит о том, что такие простые растения, как черемша и лавровишня в живом состоянии, обладают антибиотическими свойствами и убивают членистоногих [11]. Хозяином «чистых гнезд» в наших исследованиях был *Sturnus vulgaris*. Г.Я. Федотов, упоминая о фитонцидных свойствах полыни, говорит, что прилетевшие весной с юга скворцы обязательно дезинфицируют пустовавшие зимой или же заселявшиеся на это время воробьями скворечники. В набор трав, убивающих птичьих паразитов, обязательно входит полынь [12].

Гнезда *Passer domesticus* по своему составу почти не отличались друг от друга. Они состояли из различных травинок, соломинок, лоскутков, бумаги, тряпок, ниток, перьев, луковой шелухи, кожуры помидор, ваты, семян клена. Из этого комплекса «стройматериалов», используемых для гнезд воробьями, наибольший интерес представляют луковая шелуха, кожура помидор и семена клена. Установлено, что эти вещества обладают противобактериальным эффектом.

Птичье гнездо представляет собой своеобразный микробиотоп, обитатели которого, в совокупности, составляют микробиоценоз. Основным членом этого биоценоза является птица-хозяин гнезда, за счет которой прямо или косвенно живут остальные обитатели. Для формирования фауны обитателей птичьих гнезд большое значение имеют не только биотоп, где гнездится птица, но и такие особенности биологии хозяина гнезда, как тип гнездовой постройки, ее месторасположение, строительный материал гнезда, время нахождения птицы в гнезде, количество выводков в году, кратность использования гнезда и др. [13].

Экстенсивность инвазии (количество от общего числа исследованных гнезд, в которых были обнаружены эктопаразиты) исследованных птичьих гнезд Центрального района г. Кемерово составила 85 % (табл. 1).

Наиболее распространенными и часто встречающимися эктопаразитами были блохи, их общее количество составило 2697 экз. (53 %) от общего числа выбранных эктопаразитов.

Выявлено, что процент пораженных блохами гнезд у *Sturnus vulgaris* очень велик, и равен 72 % от общего количества эктопаразитов, выбранных у данного вида, у *Passer domesticus* — 65 %. Процент зараженности клещами, соответственно, равен 13 % и 30 %. Процентное соотношение пухоедов составляет 15 % и 5 %, соответственно.

Максимальное количество блох, встреченных в одном гнезде *Passer domesticus*, равно 1012 экз., *Sturnus vulgaris* — 342 экз.

Максимальное количество пухоедов, встреченных в одном гнезде *Passer montanus*, равно 63 экз., *Sturnus vulgaris* — 106 экз.

Общая интенсивность инвазии (среднее число эктопаразита, приходящееся в среднем на одно птичье гнездо) для Центрального района составила: по блохам — 73,4, по клещам — 43,9, по пухоедам — 9,7.

Согласно результатам исследований мы считаем, что фауна эктопаразитов в гнездах *Sturnus vulgaris* более лабильная, а в гнездах *Passer domesticus* — стабильная, что связано с особенностями жизненного цикла данных птиц. После вылета птенцов скворечники заселялись воробьями, что способствовало смешиванию их паразитов, и, как следствие, эктопаразитарные комплексы на некоторый промежуток времени начинали носить интегрированный характер.

Значительная часть эктопаразитов, особенно у *Sturnus vulgaris*, мигрировала из гнезд вместе с

Таблица 1
Экстенсивность инвазии гнезд изучаемых птиц в Центральном районе

Вид птиц	Число исследованных гнезд	Число (%) пораженных гнезд	Число (%) не пораженных гнезд	Число (%) гнезд, пораженных		
				блохами	клещами	пухоедами
<i>Sturnus vulgaris</i>	22	17 (77)	5 (23)	14 (82)	9 (53)	9 (53)
<i>Passer domesticus</i>	12	12 (100)	-	7 (58)	10 (83)	9 (75)
Всего	34	29 (85)	5 (15)	21 (72)	19 (66)	18 (62)

его хозяином и, несмотря на это, фауна эктопаразитов в покинутых гнездах была богата в количественном отношении. Поэтому все синантропные виды птиц, за счет эктопаразитов, могут поддерживать очаги различных арбовирусных инфекций на довольно высоком уровне.

Учитывая то обстоятельство, что воробьи (птицы, ведущие оседлый образ жизни) занимают скворечники после окончания гнездового периода у *Sturnus vulgaris* (перелетная птица), мы вполне допускаем, что интенсивность арбовирусных инфекций может меняться и приобретать характер, не типичный для данного региона, в то же время *Passer domesticus* обладают постоянством занимаемой территории и способствуют аккумуляции возбудителей, адаптируя их в новом очаге существования.

Хозяином исследованных гнезд в районе с. Подъяково были *Sturnus vulgaris* и *Passer montanus*, гнезда *Passer domesticus* встречены не были.

Все гнезда были поражены эктопаразитами. Экстенсивность инвазии птичьих гнезд эктопаразитами на территории спортивно-оздоровительного лагеря КГМА составила 100 % у обоих видов исследованных птиц.

Показатель встречаемости эктопаразитов (количество отдельных групп эктопаразитов от общего числа, выбранных в исследуемых гнездах) по систематически разным отрядам показал, что встречаемость клещей у *Passer montanus* очень велика — 88 %, у *Sturnus vulgaris* — в 3 раза меньше (30 %). Вместе с тем, встречаемость блох у *Sturnus vulgaris*, в среднем, в 7 раз превышала их встречаемость у *Passer montanus* (69 % и 10 %, соответственно). Параженность птичьих гнезд пухоедами была не более 2 %.

Экстенсивность инвазии по блохам в данном районе была равна 67 %, по клещам — 94 %, по пухоедам — 39 % (табл. 2).

Количество выбранных блох и клещей было практически одинаковым — 1290 и 1285 экземпляров. Пухоедов было выбрано очень мало — 39 экз.

Максимальное количество блох, выбранных в одном гнезде *Passer montanus*, составило 63 экз., *Sturnus vulgaris* — 457 экз.

Максимальное количество клещей, встреченных в одном гнезде *Passer montanus* — 668 экз., в гнезде *Sturnus vulgaris* — 167 экз.

Максимальное количество пухоедов, выбранных в одном гнезде *Passer montanus* — 12 экз., в гнезде *Sturnus vulgaris* — 11 экз.

Общая интенсивность инвазии (среднее количество эктопаразитов в одном гнезде во всей вы-

борке) в районе с. Подъяково составила: по блохам — 71,7, по клещам — 71,4, по пухоедам — 2,2.

Результаты последних лет исследований показали, что в г. Кемерово блохами наиболее поражены гнезда Центрального, Ленинского и Кировского районов. Количество блох в одном гнезде Центрального района приближалось к 350 экземплярам, Ленинского — 430 экз., Кировского — 53 экз. Блохами были поражены гнезда, хозяином которых предполагался скворец обыкновенный (хозяин определялся по составу гнездовой подстилки).

Из 10 птичьих гнезд, взятых из разных поселковых районов Кемеровской области и исследованных на наличие эктопаразитов, 8 гнезд были чистыми. Два гнезда, взятые в районном поселке «Ижморский», были поражены блохами. Максимальное количество блох в одном гнезде составило 23 экз. Предполагается, что хозяином был скворец обыкновенный.

Таким образом, из приведенного материала видно, что птицы, обладая совершенным способом передвижения, играют большую роль в разnose блох и клещей, и, следовательно, инфекций в лесной зоне Западной Сибири. Так как видовой состав эктопаразитов птиц Западной Сибири не установлен, то, безусловно, этот вопрос достоин внимания и требует дальнейших специальных и больших исследований, проведенных на основе широкого исследования птичьих гнезд в разные периоды года.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Маркевич, А.П. Паразитология в СССР: итоги и перспективы /А.П. Маркевич //Итоги и перспективы исследований по паразитологии в СССР: Мат. I Всес. съезд паразитологов. — М., 1978. — С. 6-41.
2. Гиляров, М.С. Место паразитоценологических исследований в биогеоценологии /М.С. Гиляров //Итоги и перспективы исследований по паразитологии в СССР: Мат. I Всес. съ. паразитоценологов. — М., 1978. — С. 3-5.
3. Нельзина, Е.Н. Нора с ее микробиоценозом — элементарная структурная единица природного очага чумы /Е.Н. Нельзина //Междуна. и национ. аспекты эпиднадзора при чуме. — Иркутск, 1975. — С. 55-57.
4. Павловский, Е.Н. Природная очаговость и понятие о ландшафтной эпидемиологии трансмиссивных болезней человека /Е.Н. Павловский //Мед. паразитол. — 1944. — Т. 13, Вып. 6. — С. 29-38.
5. Котти, Б.К. Переносчики возбудителей природноочаговых болезней в Ставропольском крае /Б.К. Котти //Вестн. Ставропольского гос. ун-та. — 1999. — № 17. — С. 79-84.

Таблица 2
Экстенсивность инвазии гнезд эктопаразитами в районе села Подъяково

Вид птиц	Число исследованных гнезд	Число (%) пораженных гнезд	Число (%) не пораженных гнезд	Число (%) гнезд, пораженных		
				блохами	клещами	пухоедами
<i>Sturnus vulgaris</i>	11	11 (100)	-	9 (82)	11 (100)	4 (36)
<i>Passer domesticus</i>	7	7 (100)	-	3 (43)	6 (86)	3 (43)
Всего	18	18 (100)	-	12 (67)	17 (94)	7 (39)

6. Galloway, T.D. Lice (Phthiraptera) and fleas (Siphonaptera) associated with endangered species of birds and mammals in Canada: Do they deserve consideration ? /T.D. Galloway //Proc. Entomol. Soc. Manit. – 1996. – V. 52. – С. 40.
7. Чачина, С.Б. Паразито-хозяйинные связи блох с арбовирусами /С.Б. Чачина, И.И. Богданов //Естественные науки и экология. – 2000. – № 5. – С. 223-227.
8. Knudsen, A.B. Проблемы трансмиссивных болезней на фоне быстрой урбанизации: новые подходы к борьбе с переносчиками /А.В. Knudsen, R. Slooff //Бюл. ВОЗ. – 1992. – Т. 70, № 1. – С. 3-9.
9. Кербабаяв, Э.Б. Основы ветеринарной акарологии. Методы и средства борьбы с клещами /Э.Б. Кербабаяв //Тр. Всерос. ин-та гельминтологии им. К.И. Скрыбина. – М., 1998. – Т. 34. – 220 с.
10. Иофф, И.Г. Определитель блох Восточной Сибири, Дальнего Востока и прилегающих районов /И.Г. Иофф, О.И. Скалон. – М., 1954. – 275 с.
11. Оленев, Н.О. Новые данные о влиянии фитонцидов высших растений на паразитических клещей и насекомых /Н.О. Оленев. //ДАН. – 1950. – Т. LXX, № 1. – С.149-151.
12. Федотов, Г.Я. Узоры разнотравья /Г.Я. Федотов. – М., 1992. – 192 с.
13. Гембицкий, А.С. Обитатели гнезд птиц Белорусского полесья /А.С. Гембицкий //Пробл. паразитол. – Киев, 1972. – С. 191-193.

**2-я НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ НАУКИ, ТЕХНОЛОГИЙ И ТЕХНИКИ
(МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ)» –
Шарм-эль-Шейх (Египет), 20-27 ноября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 20 сентября 2004 г.

**5-й ЕЖЕГОДНЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ
«СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2004» –
Москва, 20-23 сентября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 15 сентября 2004 г.

**XI-я ЕЖЕГОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАРДИОЛОГИИ»,
С МЕЖДУНАРОДНЫМ СИМПОЗИУМОМ
ПО ЭХОКАРДИОГРАФИИ И СОСУДИСТОМУ УЛЬТРАЗВУКУ –
Тюмень, 25-26 ноября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 сентября 2004 г.

**МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА» –
Новосибирск, 16-17 сентября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 30 июня 2004 г.

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ» –
Санкт-Петербург, апрель 2005 г.**

Прием заявок и тезисов до 1 декабря 2004 г.

**II-й ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО АСТМЕ –
Тбилиси, 2-5 октября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 31 июля 2004 г.

**I-й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ЗДОРОВЬЕ И ЛЕКАРСТВО» –
Тбилиси, 3-5 октября 2004 г.**

Прием заявок и тезисов до 31 июля 2004 г.

Л.Ю. Мительман, А.В. Митюхин, Е.Ф. Вайман, Г.И. Колпинский

ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер,

МУЗ Клинический диагностический центр, г. Кемерово

НОВЫЙ МЕТОД АДЪЮВАНТНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ГАММА-ТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Лечение больных раком желудка по-прежнему остается одной из самых сложных проблем клинической онкологии. Несмотря на существующую тенденцию показателей заболеваемости к стабилизации и снижению, рак желудка остается одним из самых распространенных в Российской Федерации, прочно удерживая второе место в структуре онкологической патологии [1, 2]. Надежды на раннюю диагностику опухолей этой локализации остаются иллюзорными. Это обстоятельство побуждает онкологов связывать перспективы с разработкой адекватных методов лечения преимущественно инвазивных карцином желудка, мобилизуя при этом резервы хирургического и лучевого методов.

Несмотря на приоритет хирургического метода в лечении рака желудка, его результаты в ряде случаев далеки от оптимальных. Радикальные оперативные вмешательства выполняются менее чем у 50 % больных, при этом пятилетняя выживаемость составляет 30-50 %. В первые 2 года после операций стандартного объема локально-регионарный рецидив опухолевого роста в самостоятельном виде и в сочетании с отдаленными метастазами развивается у 32,1-59,3 % пациентов [1, 3].

Основными причинами неудач являются невозможность предотвратить рассеивание опухолевых клеток в пределах брюшной полости, по кровеносным и лимфатическим сосудам, и наличие субклинических микрометастазов по серозным поверхностям ложа желудка и в перигастральных лимфатических узлах при инвазивных карциномах. Рецидуальные опухолевые клетки на дистальной границе резекции обнаруживаются у 4,5-28,9 % пациентов [4, 5], на проксимальной — у 12,5-19,2 % [6, 7], составляя, в среднем, 10,8-15,7 % случаев от «радикальных» операций [8]. Частота лимфогенных метастазов рака желудка при радикальных операциях достигает 47,7-79,2 % [2, 3, 4, 9, 10, 11]. В том числе, визуально неизмененные лимфоузлы содержат метастазы в 57,1 % случаев [2, 6].

Общепризнанным считается факт повышения резектабельности за счет комбинированных вмешательств. Однако, статистика пятилетней выживаемости остается разноречивой и нередко неутешительной, уступая результатам после стандартных

вмешательств с пятилетней выживаемостью 26,0-55,4 % [12, 13].

В связи с этим, становится целесообразным использовать потенциал послеоперационной лучевой терапии. Метод не требует уникального оборудования, точен при определении показаний и топографии, поскольку ориентируется на достоверные данные ревизии брюшной полости и при этом не задерживает оперативное лечение. Облучение после операции направлено на уничтожение рассеянных в процессе хирургического вмешательства злокачественных клеток, а не всего опухолевого субстрата, а также на повреждение метастазов в неудаленных локально-регионарных лимфоузлах.

Основной задачей адъювантного облучения является профилактика локально-регионального рецидива и, как следствие, снижение отдаленного метастазирования.

Серьезной задачей послеоперационного облучения является также поражение субклинических очагов опухоли, которые оказываются вне зоны действий хирурга и могут явиться потенциальными источниками прогрессирования заболевания (для желудка это, как правило, парааортальные лимфоузлы и забрюшинная клетчатка).

Общие противопоказания к использованию лучевой терапии сведены к минимуму — это декомпенсация функций жизненно важных органов.

Необходимо отметить, что осложнения опухолевого процесса, такие как стеноз входного или выходного отделов желудка, распад опухоли, сопровождающийся кровотечением, или существование реальной угрозы такового, предперфоративное состояние, не являются препятствием для данного метода лечения, т.к. желудок удален вместе с опухолью, следовательно, позволяют проводить практически всем больным.

МЕТОДИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Эффективность адъювантной дистанционной гамма-терапии находится в прямой пропорциональной зависимости от уровня подводимой к мишени дозы облучения. Однако, последняя лимитируется включением в объем значительной рефлексогенной

зоны солнечного сплетения, а также частично почек, поджелудочной железы, левой доли печени — органов с довольно низкой толерантностью.

Предлагаемая суммарная очаговая доза (СОД) 50 грэй не вызывает повреждения окружающих тканей и приводит к гибели 90-95 % субклинических очагов опухолевого роста.

Размеры полей облучения варьируют в зависимости от величины и формы желудка, конституции пациента: от 8-10 см по ширине и до 10-16 см по высоте.

Для облегчения задач формирования поля нами была предложена и использована индивидуальная универсальная раздвижная рамка из стальных спиц, с изначально установленным размером 15 × 10 см.

В объем облучения, независимо от локализации опухоли в желудке, включается весь орган (ложе желудка) и зоны локально-регионарного метастазирования, которые ограничены: сверху — паракардиальной областью; снизу — уровнем поперечно-ободочной кишки; справа — воротами печени; слева — воротами селезенки. Задние отделы представлены забрюшинными лимфатическими узлами, передние (большой и малый сальник) — удалены.

При переходе опухоли на абдоминальный отдел пищевода облучению подвергается параэзофагальная зона, на 5 см выше уровня поражения. При переходе опухоли на наддиафрагмальный сегмент пищевода облучению подвергаются все группы бифуркационных лимфатических узлов, поскольку при таком расположении опухоли в них нередко выявляются метастазы.

Облучение возможно на гамма-терапевтических установках, которыми оснащены практически все онкологические диспансеры, а также на ускорительных комплексах.

В объем облучения включают весь желудок, малый сальник, ворота печени и селезенки, парааортальную зону, цепочку лимфатических узлов вдоль верхнего края поджелудочной железы. При раке верхней трети желудка, распространившемся на пищевод, дополнительно облучается параэзофагальная зона, а также сегмент пищевода на 5 см выше видимой границы поражения. Весь объем облучения должен располагаться в зоне 80-90 % изодозы. Расчет дозы проводят на середину переднезаднего расстояния.

Облучение проводится через 3-4 недели после операции, при отсутствии противопоказаний. Используются два прямых поля: переднее и заднее. Объем облучения определяют с учетом первичной опухоли, ее распространения, поражения регионарных лимфатических узлов. Независимо от локализации опухоли, облучению подвергают ложе удаленного желудка, паракардиальные лимфатические узлы, лимфатические узлы малого сальника, желудочно-поджелудочной связки, по ходу левой желудочной и селезеночной артерий, вплоть до ворот селезенки, чревные лимфатические узлы.

Ворота селезенки включают только при поражении лимфатических узлов второго порядка, либо непосредственно этой зоны. Обязательным является включение в мишень зоны анастомоза. При переходе опухоли на абдоминальный отдел пищевода присоединяется зона параэзофагальных лимфатических узлов на высоту не менее 5 см от диафрагмы. При переходе опухоли на наддиафрагмальный отдел пищевода присоединяется группа бифуркационных лимфатических узлов. В этих случаях желательно использовать отдельные поля, расположенные над диафрагмой, шириной не менее 6 см.

Как правило, нижней границей зоны облучения является поперечно-ободочная кишка, что проекционно соответствует верхней границе тела второго поясничного позвонка.

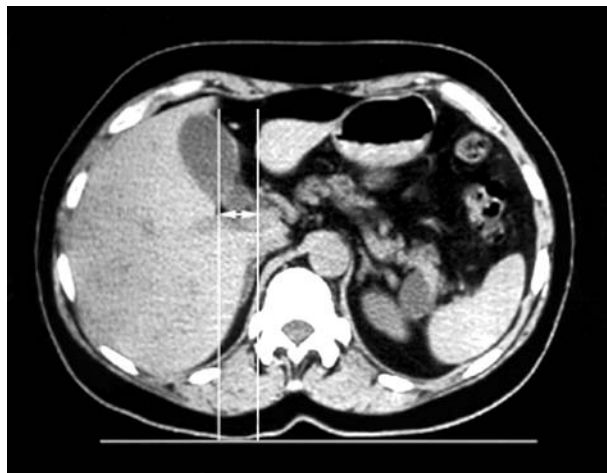
Поскольку при послеоперационном облучении мишенью служит не солидная опухоль, а гипотетически оставшиеся в ране опухолевые клетки, допустимо использование классического фракционирования дозы, как наиболее щадящего. Это чрезвычайно важно для тканей, перенесших операцию травму.

Используется методика классического фракционирования дозы расщепленным курсом: разовая очаговая доза 2 Гр 5 раз в неделю, до СОД 50 Гр. После СОД 30 Гр делают двухнедельный перерыв. Во время второй половины курса облучение проводится с экранированием позвоночника свинцовым блоком толщиной в 1 см.

МЕТОДИКА ПРЕДЛУЧЕВОЙ ПОДГОТОВКИ

В результате ретроспективного анализа 100 компьютерных томограмм на уровне Th_{XII}-L_I было установлено, что расстояние от внутренней границы ворот печени до проекции правого края вышеназванных позвонков составляет $17,6 \pm 0,8$ см (рис. 1).

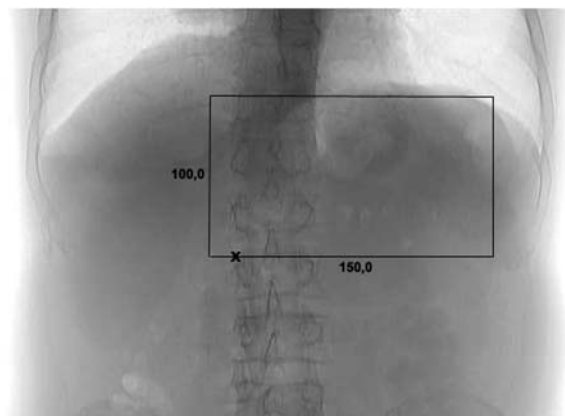
Рисунок 1
Определение индекса
"ворот печени – позвоночный столб"



С учетом вычисленного нами индекса, на верхней и нижней планках индивидуальной универсальной рамки были установлены метки на расстоянии 2 см до боковых планок рамки. Это позволяет с большой долей уверенности захватить в поле облучения лимфоузлы ворот печени.

Методика разметки двух встречных дозных полей заключается в следующем. Больной укладывается на живот на поворотный стол-штатив, где под контролем рентгеноскопии на кожу наносится проекция правого верхнего угла L_{II} (рис. 2). Высокое напряжение выключается, после чего с обозначенной точкой совмещается метка на нижней планке рамки, ориентированной в горизонтальной плоскости. Внутренний контур рамки тщательно обводится маркером на кожу пациента. Затем рамка временно фиксируется к коже тремя отрезками лейкопластыря, и больного аккуратно переворачивают на спину. Вновь включается рентгеновская трубка, и на коже живота выполняются отметки для переднего дозного поля, которые также обводятся по контуру универсальной рамки.

Рисунок 2
Рентгеноскопическое изображение верхнего этажа
брюшной полости. Символом "х" обозначена точка,
выносимая на кожу пациента, для ориентировки
индивидуальной универсальной рамки



Каждый сеанс лучевой терапии строго повторяет ситуацию предлучевой топографии. Лечение проводится в положении больного на спине и животе (руки вдоль тела).

Таким образом, предлагаемые методики предлучевой подготовки и последующей адювантной дистанционной гамма-терапии чрезвычайно просты для исполнения и полной воспроизводимости в любом онкологическом диспансере (стационаре), что, по нашему мнению, не будет препятствовать тиражированию комбинированного лечения больных раком желудка в масштабах страны.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давыдов, М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка /Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. //Соврем. онкол. – 2000. – № 1. – С. 4-10.
2. Чиссов, В.И. Комбинированное лечение рака желудка /Чиссов В.И., Дарьялова С.Л., Вашакмадзе Л.А. //Хирургия. – 1997. – № 6. – С. 4-9.
3. Postoperative outcome and sites of recurrence in patients following curative resection of gastric cancer /Maehara Y., Hasuda S., Koga T. et al. //Br. J. Surg. – 2000. – № 3. – P. 353-357.
4. Киладзе, М.А. Расширенная лимфаденэктомия в хирургическом лечении рака кардиоэзофагеальной области /Киладзе М.А., Черноусов А.Ф., Домрачев С.А. //Тез. докл. 1 съ. онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С. 313.
5. What is the optimal distal resection margin for esophageal carcinoma? /Casson A., Darnton S., Subramanian S. et al. //Ann. Thor. Surg. – 2000. – № 1. – P. 205-209.
6. Интраоперационная оценка состояния регионарных лимфатических узлов при раке желудка /Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В. и др. //Рос. онкол. журн. – 1997. – № 6. – С. 22-23.
7. Shan, J. Non curative resections for gastric cancer /Shan J. //Chin. J. Oncol. – 1991. – № 2. – P. 139-141.
8. Блохин, Н.Н. Рецидивы рака желудка /Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотников В.И. – М., 1981. – 160 с.
9. Арутюнян, Г.А. Расширенная лимфаденэктомия при раке желудка /Арутюнян Г.А., Селин С.М., Арутюнян В.А. //Хирургия. – 1999. – № 5. – С. 18-20.
10. Овсянников, С.В. Гистологическое обоснование лимфодиссекции у больных раком желудка /Овсянников С.В., Богомолов В.М., Огнерубов М.А. //Тез. докл. 1 съ. онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С. 319-320.
11. Сигал, М.З. Метастазирование рака желудка во внесвязочные лимфатические узлы /Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Ш. //Вопр. онкол. – 1987. – № 2. – С. 11-17.
12. Karpeh, M. Gastric carcinoma /Karpeh M., Brennan M. //Ann. Surg. Oncol. – 1998. – № 7. – P. 650-656.
13. Prognostic factors in a series of 297 patients with gastric adenocarcinoma undergoing surgical resection /Sanchez-Bueno F., Garcia-Marcilla J., Perez-Flores D. et al. //Br. J. Surg. – 1998. – № 2. – P. 255-260.

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ТРУД УЧИТЕЛЯ. СОЦИАЛЬНЫЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ» –
Рязань, октябрь 2004 г.

Прием заявок и тезисов до 1 сентября 2004 г.

А.Е. Беюнок, Г.Ц. Дамбаев

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
МУ Юргинская центральная районная больница, г. Юрга*

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АРЕФЛЮКСНОГО ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНОГО СОУСТЬЯ ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТАХ

Изучена частота возникновения рефлюкс-эзофагитов, выявления симптомов гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни с наличием серьезных осложнений. Показано, что резекция проксимального отдела предполагает создание пищеводно-желудочного анастомоза взамен удаленной кардии, регулирующей поступление пищи из пищевода в желудок и предотвращающей попадание кислого желудочного содержимого на слизистую пищевода.

Несостоятельность швов анастомоза является ведущей причиной летальности в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза, рефлюкс-эзофагит, рубцовый стеноз соустья довольно часто сопровождают резекцию желудка, а существующие методы не всегда предупреждают их возникновение.

Ключевые слова: *желудок, пищевод, анастомоз, осложнения.*

The study of the morphological picture of a formed in the gullet-stomachic passage on the place of the existing cardiac sphincter of the muscular and the valve in different periods of the experiment showed, that the undertaken variant of the surgical intervention favours the forming of a peculiar muscular structure on the border of the gullet and the stomach, which can be qualified as a dynamic muscular sphincter with a good safety of muscular structures, an adequate bloodsupply and innervation according to morphological indications.

The symptoms of neither esophagitis nor stenosis of the gullet-stomachic anastomosis were revealed during any period for certain. Thus, we can come to the conclusion, that the macroscopical and microscopical examination of the artificial gullet-stomachic anastomosis with the forming of a muscular sphincter and a valve during the experiment proved its vitality and functional activity within all control turns of observation.

Key words: *stomach, gullet, anastomosis, complications.*

Хирургия пищевода — один из самых трудных и сложных разделов хирургии пищеварительного тракта. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в изучении проблемы рефлюкс-эзофагита, вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения продолжают быть предметом дискуссии. Рефлюкс-эзофагит — самое распространенное заболевание пищевода, поэтому проблемы профилактики его осложнений до настоящего времени остаются актуальными.

Частота рефлюкс-эзофагита среди всех заболеваний пищевода составляет от 5,8 % до 75 % (А.Г. Алхасов и соавт., 1999; Ю.Е. Березов и соавт., 1973; А.А. Шептулин, 1995).

Рефлюкс-эзофагит характеризуется развитием тяжелых осложнений — язв, пептических стриктур, кровотечений, цилиндрической метаплазией слизистой оболочки пищевода (пищевод Баррета), по-

тенциально опасных для жизни пациентов (Gastell L., 1996). В связи с этим, представляет интерес изучение морфологического состояния сформированного пищеводно-желудочного соустья.

Цель исследования — разработать в эксперименте и внедрить в клиническую практику способ формирования арефлюксного пищеводно-желудочного соустья при рефлюкс-эзофагитах, с целью улучшения непосредственных и отдаленных результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Экспериментальная часть работы выполнена на базе экспериментального отдела госпитальной хирургии клиники имени А.Г. Савиных. В качестве экспериментальных животных выбраны белые крысы ($n = 50$, $m = 250-400$ г).

Способ формирования арефлюксного пищевода-желудочного соустья при рефлюкс-эзофагитах заключается в верхне-срединной лапаротомии, выделении абдоминального отдела пищевода. Отступив 10-12 мм от кардиального жома, рассекаются адвентициальный и мышечные слои пищевода, и лоскут заворачивают кверху на ширину 13-15 мм, формируя таким образом «жом». Края лоскута подшивают к продольному слою пищевода. Узловыми швами (4-5), за нижний край сформированного «жома» и дна желудка, инвагинируют избыток слизисто-подслизистого слоя в просвет желудка, формируя инвагинационный клапан.

В исследовании использовались материалы от 39 крыс, при этом изучены макроскопические и морфологические изменения, происходящие в тканях пищевода и желудка после наложения «жомно-клапанного соустья». Забор материала и изучение морфологии проводились в 1-е, 3-и, 7-е, 30-е, 90-е сутки, спустя 6 и 12 месяцев. При оценке морфологической картины обращалось внимание на сосудистые реакции, характер клеточных и волокнистых структур, степень восстановления эпителиального покрова. Всего было подготовлено 128 гистологических срезов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что макроскопические и морфологические изменения при формировании искусственного арефлюксного пищевода-желудочного соустья с формированием «жома» и клапана в эксперименте показали функциональную активность.

В 1-е сутки: В области пищевода-желудочного соустья серозная оболочка несколько тускловатая, имеется незначительный отек. Со стороны просвета слизисто-подслизистый клапан отечный, гиперемизированный. Слизистая желудка гладкая, блестящая.

На 3-и сутки: Незначительный отек в области пищевода-желудочного соустья. Со стороны просвета, в области «хоботка», верхушка темно-красного цвета, отек. Слизисто-подслизистая основа пищевода, погруженная в просвет желудка, отечная.

На 7-е сутки: Пищеводно-желудочное соустье чистое, отека нет. Серозная оболочка гладкая, блестящая. Со стороны просвета желудка отмечено, что «хоботок» инвагинировался на 1/3 своей высоты, его край эластичен, сохраняется незначительный отек дистальной части «хоботка». В грануляционной ткани соустья прослеживается формирование пучков коллагеновых волокон и, вновь образованных, тонкостенных кровеносных сосудов. Молодая грануляционная ткань заполняет дефекты между слизистыми, а по грануляционной

ткани располагается клеточный инфильтрат. В основании мышечного жома сосуды расширены, заполнены форменными элементами, между продольными и циркулярными слоями отмечаются очаги кровоизлияния. В подслизистых слоях «клапана» имеется расширение артериол и капилляров, миграция лейкоцитов и свободных макрофагов. По краям сформированного соустья определяется созревающая грануляционная ткань, в которой прослеживается формирование пучков коллагеновых волокон.

На 30-е сутки: Пищеводно-желудочное соустье свободное, серозная оболочка гладкая, блестящая. «Хоботок» розового цвета, поверхность гладкая, высота «хоботка» 7 мм, выявлен валик из слизистой желудка вокруг «хоботка» высотой 2 мм, воспалительных явлений не обнаружено.

Через 3 месяца: Зона соустья свободная, отека нет. «Хоботок» без воспаления, эластичен, несколько вытянут в продольном направлении. Высота «хоботка» 6 мм, валик слизистой желудка 2 мм вокруг «хоботка». Пальпаторно в толще пищевода четко определяется сформированный гладкомышечный пищеводный жом в виде эластичного тяжа шириной 9 мм. При продольном рассечении пищевода в зоне соустья ясно виден гладкомышечный жом шириной 2-3 мм.

Через 6-12 месяцев: Спаечного процесса в брюшной полости нет, «хоботок» высотой 6 мм, эластичный, находится в сомкнутом состоянии, гладкомышечный жом высотой 9 мм, его толщина на разрезе — 2 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение морфологической картины сформированного в пищевода-желудочном переходе на месте существующего кардиального сфинктера мышечного жома и клапана в различные сроки в эксперименте показало, что предпринятый вариант оперативного вмешательства способствует формированию на границе пищевода и желудка своеобразной мышечной структуры, по морфологическим признакам квалифицируемой как функциональный мышечный сфинктер, с хорошей сохранностью мышечных структур, адекватным кровоснабжением и иннервацией. Достоверно ни в одном из сроков не выявлено признаков эзофагита и стенозирования пищевода-желудочного соустья.

Таким образом, можно сделать вывод, что макроскопические и микроскопические исследования искусственного арефлюксного пищевода-желудочного соустья, с формированием жома и клапана, в эксперименте показали его жизнеспособность и функциональную активность во все контрольные сроки наблюдения.

ЗОЛОТО АРХИМЕДА И СЕРЕБРО РУМЫНИИ ДОСТАЛИСЬ КЕМЕРОВЧАНАМ

С 30 марта по 2 апреля 2004 г. в Москве, на территории КВЦ «Сокольники», прошел VI-й Международный Салон промышленной собственности «Архимед-2004». Одним из организаторов салона является Роспатент. Салон прошел при поддержке Администрации Президента Российской Федерации и Всемирной организации интеллектуальной собственности.

На данном салоне, по рекомендации Федерального института промышленной собственности Роспатента, экспонировались изобретения ученых и специалистов медицины катастроф Кемеровской области, вошедшие в базу данных перспективных российских разработок.

Тема разработки: **“Предупреждение осложнений ранней инфекции при тяжелой открытой компрессионной травме мягких тканей”**

Участники разработки удостоены «Золотой медали» Международного Салона «Архимед-2004», дипломов Международного Салона «Архимед-2004», а также награждены Серебряным Кубком Румынского форума изобретателей «За стремление спасти человека».

Участники разработки:

- ГУЗ Кемеровский областной центр медицины катастроф (КОЦМК);
- МУЗ городская больница № 11, г. Кемерово;
- МУЗ городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово;
- Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава РФ.



Руководители разработки:

- Кричевский А.Л. — зам. директора КОЦМК, д.м.н., профессор;
- Галеев И.К. — директор КОЦМК, д.м.н.

Тему разрабатывали:

Дроботов В.Н., доцент КемГМА; Цитко А.А., к.м.н., зам. директора КОЦМК; Попов П.В., гл. врач МУЗ ГБ № 11; Крапивин Е.А., врач-травматолог МУЗ ГБ № 11; Смирнов М.В., зав. травматологическим отделением МУЗ ГБ № 11; Ещин Е.Е., врач-травматолог МУЗ ГБ № 11; Лоскутников С.Ю., врач-травматолог МУЗ ГБ № 11; Ликстанов М.И., гл. врач МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского; Вавин Г.В., зав. клинко-диагностической лабораторией МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского; Мошкина Г.А., врач-лаборант МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского; Ковешникова Н.И., врач-лаборант МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского; Горбунова А.И., зав. бактериологической лабораторией МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского; Киреева Р.Ф., врач-лаборант МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского; Чернобай Г.Н., ст. преподаватель КемГМА.





ИЗ НОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ В КЕМЕРОВСКУЮ ОБЛАСТНУЮ НАУЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ БИБЛИОТЕКУ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Горбунова Мария Нестеровна: 90-летию со дня рождения заслуженного врача РСФСР, ветерана Великой Отечественной войны и труда посвящается (17.09.1912 – 13.09.1994 гг.). – Кемерово, 2003. – 8 с. (Шифр ОНМБ 614.2(092) Г-676).
2. Кемеровская областная больница. 60 лет истории /Сост.: В.В. Сырнев, Н. Мурзина, Д. Мурзин и др.; Под ред. А.Л. Мурашковского, А.А. Тарасенко. – Кемерово: НП ИД «Медицина и Просвещение», 2003. – 117 с. (Шифр ОНМБ 614.2 (09) (571.17) К-35).
3. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 10-летию Федерального государственного лечебно-профилактического учреждения «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», 4-5 сент. 2003, г. Ленинск-Кузнецкий. – Новосибирск: ООО Фирма «Издатель», 2003. – 374 с. (Шифр ОНМБ 614.2(063) М-735).
4. Мезенцев, Е.В. Реформирование здравоохранения Воронежской области: проблемы и оценки /Е.В. Мезенцев, В.М. Шипова. – М.: ГРАНТЬ, 2003. – 56 с. – (Б-ка журн. «Качество мед. помощи», № 3/2003). (Шифр ОНМБ 614.2 М-442).
5. Решетников, А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство /А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2003. – 1048 с. (Шифр ОНМБ 614.2:316 Р-471).
6. Чеченин, Г.И. Проблемы, методические подходы и опыт совершенствования управления муниципальным здравоохранением в период реформ (на примере г. Новокузнецка): Неопубликованные статьи, доклады, рецензии, письма, проекты решений, отчеты). – Новокузнецк: МОУ ДПО ИПК, 2003. – 277 с. (Шифр ОНМБ 614.2 Ч-571).

ФАРМАЦИЯ. ФАРМАКОЛОГИЯ. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

7. Зборовский, А.Б. Осложнения фармакотерапии: Руководство для врачей /А.Б. Зборовский, И.Н. Тюренков. – М.: Медицина, 2003. – 544 с. (Шифр ОНМБ 615.2/3.06 З-416).
8. Кузубова, Е.Л. Социальный менеджмент в работе фармацевтических организаций /Е.Л. Кузубова. – М.: МЦФЭР, 2003. – 240 с. – (Прилож. к журн. «Новая аптека» № 4/2003). (Шифр ОНМБ 614.2: 615.1/4 К-892).
9. РЛС. Энциклопедия лекарств: Ежегодный сборник /Гл. ред. Г.Л. Вышковский. – М.: ООО «РЛС-2004», 2004. – 1503 с. – (Регистр лекарственных средств России, № 11/2004). (Шифр ОНМБ 615.015 Р-326).
10. Системная энзимотерапия: Практическое руководство для врачей /Авт.-сост.: Г.Ю. Кнорринг, Ю.И. Стернин; Под ред. В.А. Насоновой, В.И. Мазурова. – СПб.: Интермедика, 2003. – 32 с. (Шифр ОНМБ 615.35(02) С-409).

ОНКОЛОГИЯ

11. Белохвостов, А.С. Онкомаркеры: Молекулярно-генетические, иммунохимические, биохимические анализы: Пособие для врачей /А.С. Белохвостов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МАКС Пресс, 2003. – 92 с. (Шифр ОНМБ 616-006 Б-437).
12. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии /Е.Г. Новикова, В.И. Чиссов, О.В. Чулкова и др. – М.: Изд. дом ВИДАР-М, 2000. – 112 с. – (Современные технологии в диагностике и лечении) (Шифр ОНМБ 618.1-006-08 О-588).
13. Практическая онкология: Избранные лекции /Под ред. С.А. Тюляндина, В.М. Моисеенко. – СПб.: Центр ТОММ, 2004. – 784 с. (Шифр ОНМБ 616-006 П-691).

ТЕРАПИЯ

14. Андрог, Горасио Дж. Дыхательная недостаточность /Горасио Дж. Андрог, Тобин, Мартин Дж. – М.: Медицина, 2003. – 528 с. (Шифр ОНМБ 616.24-008.64 А-66).
15. Горшков, С.З. Слоновость конечностей и наружных половых органов /С.З. Горшков, Х.А. Мусалатов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 208 с.: ил. (Шифр ОНМБ 616.67-005.96 Г-708).
16. Громнацкий, Н.И. Электрокардиографическая диагностика: Уч. пособие /Н.И. Громнацкий. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2004. – 160 с. (Шифр ОНМБ 616.12-073.97 (02) Г-873).
17. Зарембо, И.А. Небулайзерная терапия хронической обструктивной патологии легких: Метод. реком. для врачей. /И.А. Зарембо. – СПб., 2003. – 48 с. (Шифр ОНМБ III З-344).
18. Казека, Г.Р. Метаболический синдром /Г.Р. Казека. – Новосибирск, 2002. – 50 с. – (Врач. практикум) (Шифр ОНМБ 616.127 К-146).
19. Калашникова, Л.А. Неврология антифосфолипидного синдрома /Л.А. Калашникова. – М.: Медицина, 2003. – 256 с. (Шифр ОНМБ 616.13/14-005.6 К-17).
20. Лечение циррозов печени: Метод. реком. /Под ред. В.Т. Ивашкина. – М., 2003. – 48 с. (Шифр ОНМБ III Л-537).
21. Миксомы сердца (морфол. аспекты) /В.П. Захарова, Е.В. Руденко, К.А. Галахин, Р.М. Буле. – Киев: Книга плюс, 2003. – 142 с. (Шифр ОНМБ 616.12 М-598).
22. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность». – М.: ГРАНТЬ, 2003. – 320 с. – (Б-ка журн. «Качество мед. помощи», № 4-5/2003). (Шифр ОНМБ 616.12-008.46:614.2 О-862).
23. Панфилов, С.А. Диагностика заболеваний печени, билиарного тракта, поджелудочной железы, селезенки и надпочечников с курсом патологической анатомии /С.А. Панфилов, Е.В. Панфилова. – Электр. дан. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 215 с. + CD-ROM «Дополнение к монографии в иллюстрациях». (Шифр ОНМБ 616.36-07 П-167).
24. Соколов, Е.И. Диабетическое сердце /Е.И. Соколов. – М.: Медицина, 2002. – 416 с. (Шифр ОНМБ 616.127 С-594).
25. Щетинин, В.В. Простатит /В.В. Щетинин, Е.А. Зотов. – М.: Медицина, 2003. – 488 с. (Шифр ОНМБ 616.65-002 Ц-702).
26. Эректильная дисфункция у больных с сахарным диабетом. Роль силденафила цитрата (виагры) в диагностике и лечении: Метод. пособие для врачей /С.Ю. Калинин, Г.И. Козлов, И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М., 2003. – 48 с. (Шифр ОНМБ III Э-761).

ХИРУРГИЯ. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ. РЕАНИМАТОЛОГИЯ

27. Антология и история русской хирургии /Сост. Г.Х. Шингаров, Д.А. Балалыкин; Под ред. Б.В. Петровского и др. – М.: Весть, 2002. – Т. 2. – 2002. – 206 с. (Шифр ОНМБ 614.2 (09) А-724).
28. Лабораторный контроль антикоагулянтной терапии у хирургических больных: Метод. реком. /Под ред. В.Л. Эмануэля, В.В. Грищенко. – СПб., 2002. – 56 с. (Шифр ОНМБ X Л-125).
29. Оптимизация инфузионно-трансфузионной терапии критических состояний: Метод. реком. /Сост. Е.В. Григорьев, Е.А. Каменева, Н.Ф. Иванов. – Кемерово, 2004. – 20 с. (Шифр ОНМБ III О-627).
30. Хирургическое лечение кожных и пролежневых язв: Пер. с англ. /Под ред. Бока И. Ли, Бартон Л. Герца. – М.: Медицина, 2003. – 312 с. (Шифр ОНМБ 616.5-002.44-089 Х-501).

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

✉ 650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;
☎ (8-3842) 52-19-91 (директор), 52-89-59 (абонент),
52-71-91 (информ.-библиогр. отдел); Факс (8-342) 52-19-91;

E-mail: medibibl@kuzdrav.ru
http://www.kuzdrav.ru/medlib
☎ с 8-18; суббота – 9-17; выходной день – воскресенье.