
ВРАЧ- АСПИРАНТ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 2004 г.

**2007
№ 4(19)**

Научная книга



2007

Издательство "Научная книга"

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия

ПИ N ФС 6-0237 от 19 сентября 2005 г.

ISSN 1816-5214

Журнал выходит шесть раз в год

ВРАЧ-АСПИРАНТ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Буткевич А.Ц., д-р мед. наук, профессор (Москва)

Клейн К.В., д-р мед. наук (Липецк)

Кравец Б.Б., д-р мед. наук, профессор (Воронеж)

Луцевич О.Э., д-р мед. наук, профессор (Москва)

Синюкова Г.Т., д-р мед. наук, профессор (Москва)

Шайн А.А., д-р мед. наук, профессор (Тюмень)

Координатор проекта **Кравец О.Я.**, д-р техн. наук, профессор (Воронеж)

Ответственный секретарь **Логвин Е.В.** (Саратов)

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы публикаций. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов. При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Правила для авторов доступны на сайте журнала <http://www.sbook.ru/vrasp>

Материалы публикуются в авторской редакции.

Дизайн обложки - студия "Хамелеон", <http://hameleon.4c.ru>

Адрес редакции:

394077 Воронеж, ул. Маршала Жукова, дом
3, комн. 244

Телефон: (4732)667653

Факс: (4732)417791 авт

E-mail: vr-asp@yandex.ru

<http://www.sbook.ru/vrasp>

Подписной индекс в объединенном каталоге «Пресса России» - 41932

Учредитель и издатель: ООО Издательство "Научная книга"

<http://www.sbook.ru>

Свободная цена

Подписано в печать 20.07.2007. Заказ 294. Тираж 1000. Усл. печ. л. 5,5. Уч.-изд.л. 5,3.

© Врач-аспирант, 2007

Содержание

1. Онкология

- Кравец Б.Б., Яншин А.А. Рак пищевода в Воронежской области 264
- Мизиев И.А., Жашуев А.Ж. Тактика лечения больных с колоректальным раком с учетом оценки тяжести общего состояния по шкалам объективизации 268
- Яншин А.А. Анализ динамики показателей своевременной диагностики и результативности лечения рака пищевода в Воронежской области 278

2. Хирургия. Травматология

- Асамидинов А.Н. Лечение больных с внутрисуставными переломами коленного сустава 282
- Шинкарев С.А. Трапециевидный кожно-мышечный лоскут в реконструктивной хирургии 286
- Шинкарев С.А. Имплантаты из никелида титана в реабилитации онкологических больных 291

3. Специальные вопросы клинической медицины

- Облокулов А.Р., Киличев А.А., Комилова М.С., Аюбов Б.М. Показатели повышенной чувствительности немедленного типа у больных вирусным гепатитом в на фоне сочетанного течения лямблиоза 295
- Родцевич О.А. Эпидемиология злокачественных новообразований в Воронежской области 299
- Хомякова Е.Н., Рябцева А.А., Сергушев С.Г., Кошиц И.Н. Новый подход к лечению пациентов с далекозашедшей глаукомой 305

4. Информационные технологии в медицине. Управление

- Кравец Б.Б., Родцевич О.А., Устинова Е.Ю., Печерских М.В. Индикаторы оценки качества онкологической деятельности 311
- Припачкина А.П., Кравец О.Я. Рационализация управления факторами, влияющими на качество оказания медицинской помощи на территориальном уровне 319
- Фонштейн М.С., Устинова Е.Ю. Некоторые инструменты обеспечения качества онкологической помощи 336
- Фонштейн М.С., Пастухов А.А. Пути повышения эффективности онкопроктологической помощи в г. Воронеже 344

1. Онкология

Кравец Б.Б., Яншин А.А.

РАК ПИЩЕВОДА В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Рак пищевода является одним из наиболее тяжелых заболеваний пищевода. Несмотря на то, что в структуре злокачественных новообразований у мужчин он составляет 2,5%, у женщин – только 0,7%, в структуре смертности от онкологической патологии он занимает пятое место, и входит в четверку самых неблагоприятных по прогнозу злокачественных опухолей.

Нами проанализирована динамика заболеваемости раком пищевода и смертности от него в Воронежской области за шестилетний период (2000-2005 гг.).

Не установлена определенная тенденция заболеваемости как по «грубым», так и по стандартизованным показателям (рис. 1).

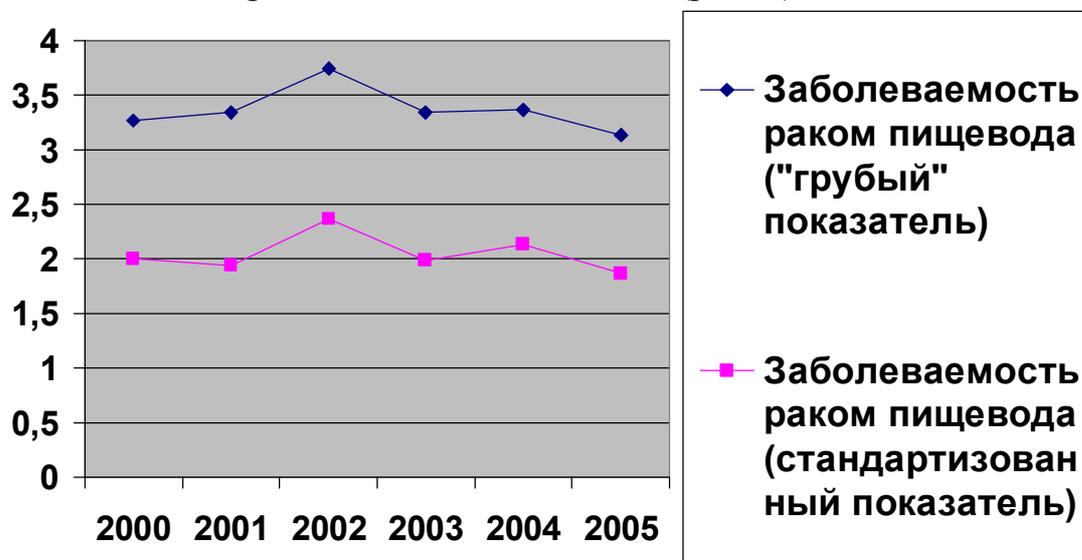


Рис. 1. Динамика «грубого» (на 100 000 населения) и стандартизованного показателей заболеваемости раком пищевода (2000-2005 гг.)

Ежегодно заболевают раком пищевода от 73 до 90 человек. За исследуемое шестилетие только незначительно снизилась заболеваемость – «грубый» показатель в 2000 году составил 3,27, а в 2005 году – 3,14 на 100 000 населения, стандартизованный показатель соответственно 2,0 и 1,87. Сравнение динамики и «грубого», и стандартизованного показателей, свидетельствует о том, что мужчины заболевают раком пищевода более, чем в 8 раз чаще, чем женщины (рис 2, 3, табл. 1).

Абсолютное число умерших от этого заболевания ежегодно варьировало от 67 до 99 человек, из них мужчин – от 60 до 87 человек, женщин – от 2 до 16.

Снижение уровня смертности от рака пищевода на протяжении исследуемого шестилетия незначительно (2000 год – 3,27; 2005 год – 2,88 на 100

000 населения) Пик смертности от этого заболевания отмечается в 2003 году, что соответствует росту числа впервые зарегистрированных пациентов в 2002 году (рис. 4).

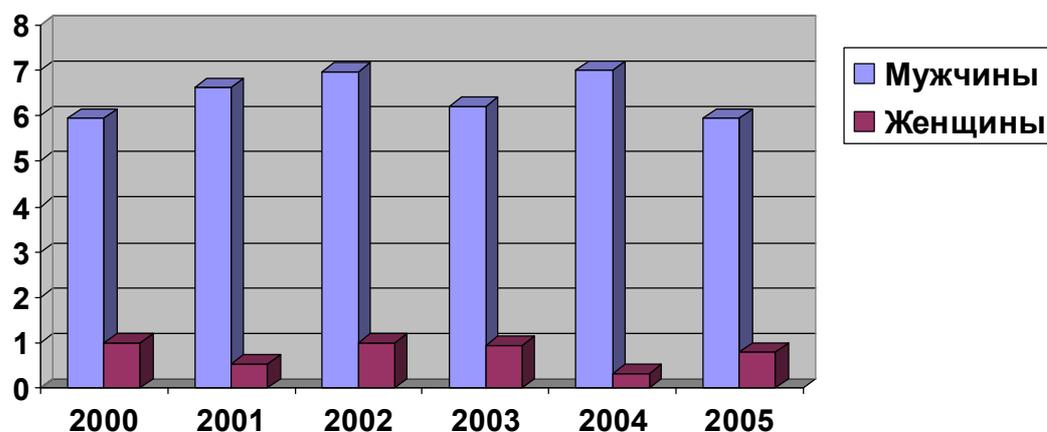


Рис. 2. Сравнительная оценка динамики заболеваемости раком пищевода у мужчин и женщин ("грубый" показатель, 2000-2005 гг.)

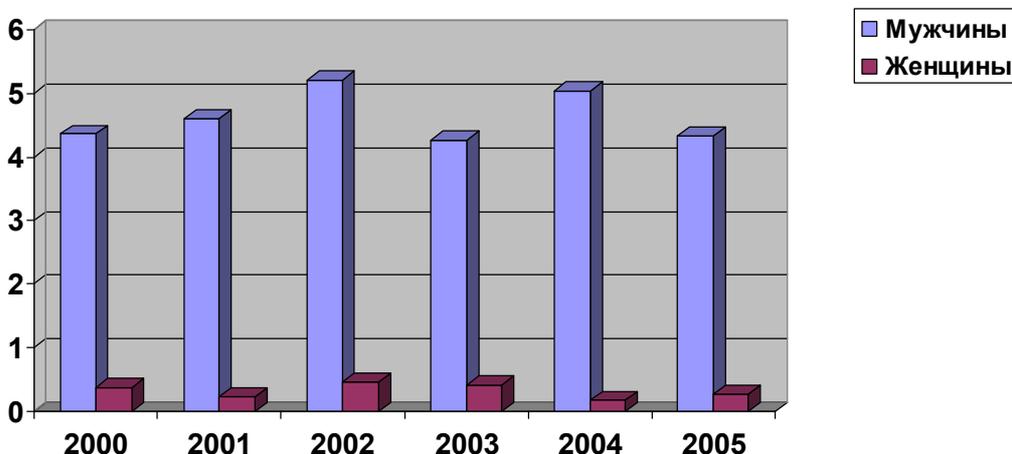


Рис. 3. Сравнительная оценка динамики заболеваемости раком пищевода у мужчин и женщин (стандартизованный показатель, 2000-2005 гг.)

Таблица 1

Заболеваемость мужчин и женщин раком пищевода.

Годы	«Грубый» показатель		Стандартизованный показатель	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
2000	5,95	0,99	4,36	0,38
2001	6,63	0,53	4,60	0,24
2002	6,97	1,0	5,21	0,47
2003	6,2	0,94	4,26	0,42
2004	7,01	0,31	5,04	0,18
2005	5,95	0,79	4,32	0,27

Та же тенденция динамики уровня смертности от рака пищевода по стандартизованному показателю (2000 год – 2,11; 2005 год – 1,72) (рис. 4).

Динамика смертности от рака пищевода за 2000-2005 годы у мужчин и женщин различная (табл. 2).

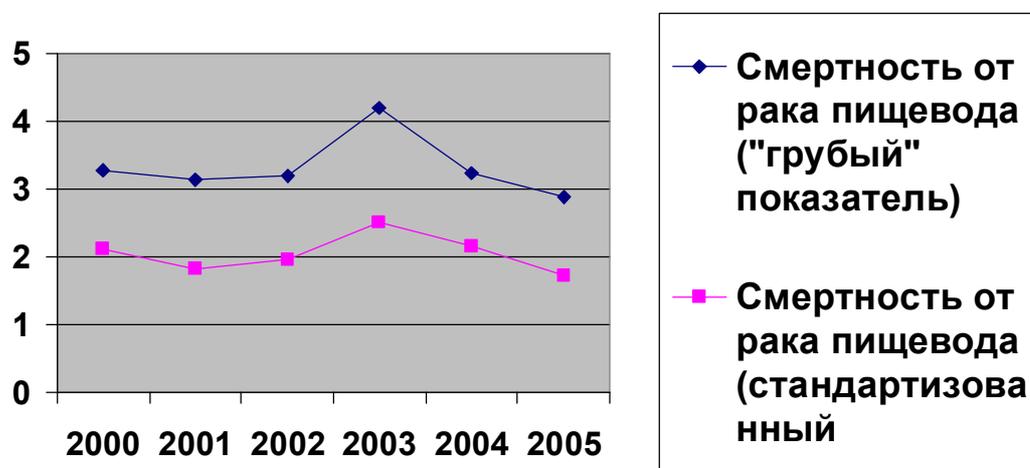


Рис. 4. Динамика уровня смертности от рака пищевода ("грубый" показатель, 2000-2005 годы)

Таблица 2

Смертность мужчин и женщин раком пищевода

Годы	«Грубый» показатель		Стандартизованный показатель	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
2000	5,68	1,21	4,44	0,48
2001	6,09	0,61	4,23	0,26
2002	6,24	0,62	4,49	0,27
2003	8,05	0,94	5,46	0,44
2004	6,92	0,16	5,16	0,03
2005	5,67	0,55	3,83	0,32

«Грубый» показатель смертности мужчин практически не изменился (2000 год – 5,68; 2005 год – 5,67 на 100 000 населения) (рис. 5).

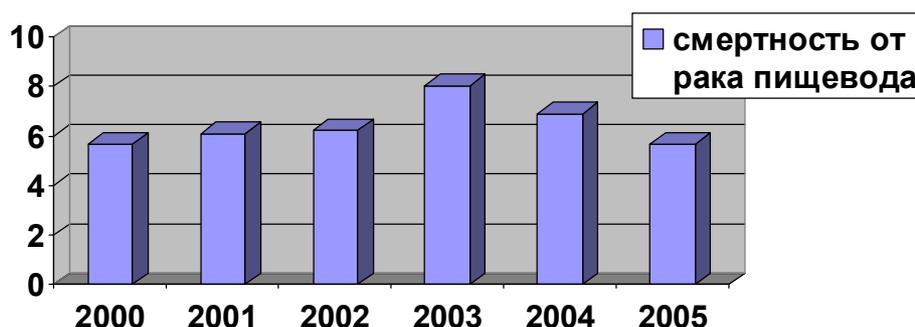


Рис. 5. Динамика уровня смертности от рака пищевода у мужчин ("грубый" показатель, 2000-2005 годы)

«Грубый» показатель смертности женщин от рака пищевода за шестилетие уменьшился более, чем в 2 раза (2000 год – 1,21; 2005 год – 0,55 на 100 000 населения (рис. 6).

Стандартизованный показатель смертности от рака пищевода за исследуемый период как у мужчин, так и у женщин незначительно уменьшился

(мужчины: 2000 год – 4,44; 2005 год – 3,83; женщины: 2000 год – 0,48; 2005 год – 0,32) (рис. 7).

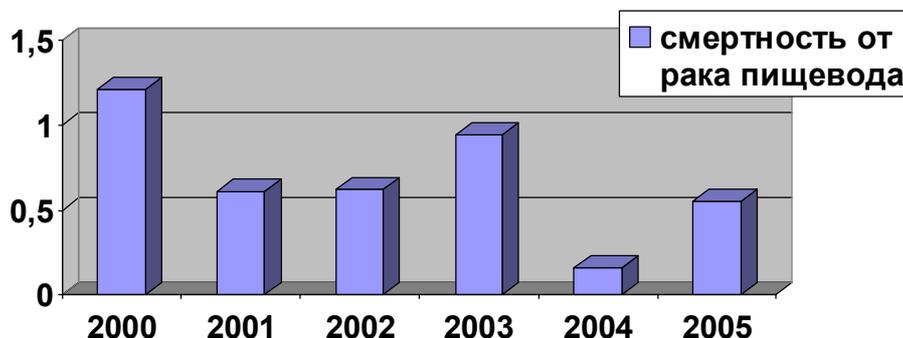


Рис. 6. Динамика уровня смертности от рака пищевода у женщин ("грубый" показатель, 2000-2005 годы)

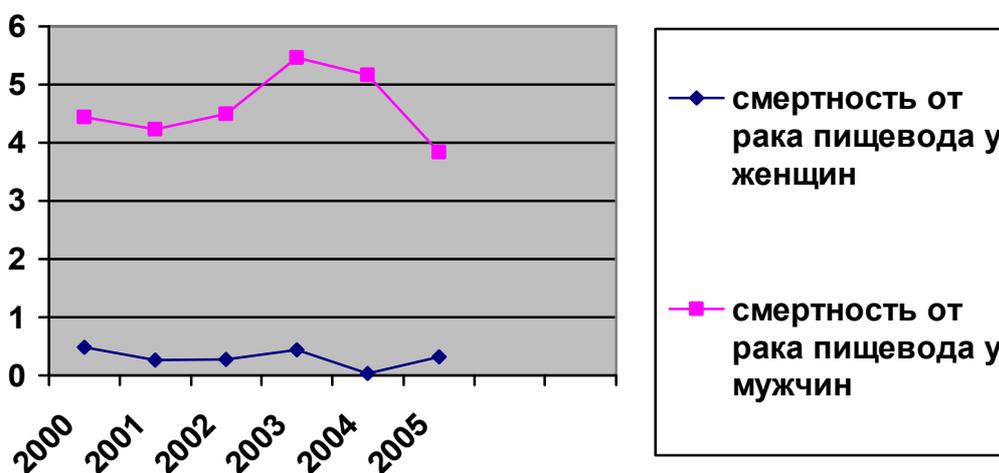


Рис. 7. Динамика уровня смертности от рака пищевода у женщин и мужчин (стандартизованный показатель, 2000-2005 годы)

Сравнительная оценка «грубого» и стандартизованного показателей заболеваемости и смертности демонстрирует неудовлетворительные результаты медицинской помощи больным раком пищевода, так как они идентичны или приближены друг к другу (табл. 3).

Выводы.

1. Заболеваемость раком пищевода в Воронежской области практически без выраженной динамики.
2. Заболеваемость раком пищевода у мужчин по среднему уровню за 2000-2005 годы более, чем в 8 раз выше, чем у женщин.
3. Отмечается незначительное снижение стандартизованного показателя смертности среди мужского и женского населения.
4. Сравнительная оценка показателей заболеваемости и смертности свидетельствует о дефектах своевременной диагностики и лечения рака пи-

щевода.

Таблица 3

Сравнительная оценка средних уровней заболеваемости и смертности от рака пищевода за 2000-2005 гг.

Показатель		Среднее значение показателя за 2000-2005гг.		
		Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины
Заболеваемость	«грубый»	3,37	6,45	0,76
	стандартизованный	2,05	4,63	0,33
Смертность	«грубый»	3,32	6,44	0,68
	стандартизованный	2,05	4,6	0,3

Список использованных источников

1. Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность). Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2002. – 264 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2001 году (заболеваемость и смертность). Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2003. – 240 с.
3. Злокачественные новообразования в России в 2002 году (заболеваемость и смертность). Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2004. – 256 с.
4. Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность). Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2005. – 256 с.
5. Злокачественные новообразования в России в 2004 году (заболеваемость и смертность). Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2006. – 248 с.
6. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность). Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2007. – 252 с.

Мизиев И.А., Жашуев А.Ж.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПО ШКАЛАМ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

По данным ВОЗ, в экономически развитых странах рак прямой и ободочной кишки занимает 3-4-е место в структуре онкологических заболеваний.

В странах с высоким уровнем заболеваемости соотношение случаев рака ободочной и прямой кишки соответствует 2:1. В России, как и в большинстве стран, отмечается постоянное увеличение числа больных с колоректальным раком (КРР) (Пономарев А.Ф и соавт. 2004).

За последние 10 лет прирост заболеваемости при раке ободочной кишки составил 18.7% у мужчин, и 18.9% у женщин, а при раке прямой кишки соответственно-16,2 и 6,6%. Большинство (почти 85%) случаев первично диагностированного рака приходится на возраст 60 лет и старше [9]. Несмотря на выраженность клинических признаков и технические возможности диагностики, подавляющее большинство пациентов попадают в стационар с осложненными формами заболевания и в первую очередь обращаются не к онкологу, а к общему хирургу [8]. Большинство пациентов осложненным КРР - лица пожилого и старческого возраста (старше 50 лет) - 88% были госпитализированы поздно (от 6 часов до 5 суток и более), причем половина из них после появления первых симптомов заболевания или как правило, с явлениями местного или распространенного перитонита. Основными причинами поздней госпитализации явились позднее обращение к врачу и неправильная постановка диагноза (низкая квалификация врачей, скудность симптоматики, неполноценное обследование). По данным литературы [5], позднее 24 ч. от начала заболевания госпитализируются большинство (75-90%) пациентов с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза, в то время как при других формах острой кишечной непроходимости позже суток в стационар доставляют только 8,8-29% больных [6]. Среди осложнений часто встречается острая обтурационная кишечная непроходимость, кишечное кровотечение, перфорация и перитонит [4].

Неудовлетворительные результаты лечения объясняются неуклонным ростом числа запущенных форм заболевания из-за недостаточной квалификационной подготовки специалистов, низким уровнем профилактических осмотров и диспансеризации населения, недостаточно адекватного использования диагностических возможностей лечебных учреждений.

По литературным данным частота осложнений после операции на толстой кишке по поводу осложненной КРР остается 11,3 - 66,5 % [5], общая послеоперационная летальность при обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости составляет 31,3 - 41,6% [10]. Летальность после колоректальных резекций остается высокой, как и частота местных рецидивов.

На сегодняшний день вывод о том, что хирургия раковых заболеваний может приносить не только пользу, но и вред пациенту не вызывает сомнений и диктует необходимость дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики лечения больных с опухолевым поражением ободочной кишки.

Целью работы явилось улучшение дифференцированной тактики диагностики и выбор метода хирургического лечения при колоректальном раке, с учетом оценки тяжести состояния по интегральным шкалам.

Разработанная тактика выбора метода лечения отличалась от традиционной тем, что с момента поступления пациентов в стационар, параллельно с клинико-лабораторными, инструментальными, эндоскопическими исследованиями, производилась оценка общего состояния по системе АРАСНЕ II, SOFA, SAPS II, а также иммуноферментный анализ для определения уровня

интерлейкина-6 в сыворотке и плазме крови пациентов с использованием реактивов «ИЛ-6 ИФА-БЕСТ» (Россия), как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах.

Материалы и методы. В основу работы положен клинический анализ лечения 391 больного с колоректальным раком в клинике факультетской и эндоскопической хирургии Кабардино-Балкарского Государственного университета на базе хирургического отделения №1 Республиканской клинической больницы (РКБ) и Онкологического диспансера (ОД) г. Нальчика за период с 2000 по 2005 гг.

Первую группу - контрольную или группу сравнения, составили 195 больных оперированных в условиях Онкологического диспансера (ОД) по поводу колоректального рака в плановом порядке. В эту группу вошли 188 пациентов с благополучным исходом хирургических вмешательств и 7 больных с летальным исходом.

Вторая группа - основная включала наблюдения у 196 больных, лечение которым проводилось в хирургическом отделении РКБ в экстренном порядке, в связи с осложнениями опухолевого поражения ободочной и прямой кишки. Эта группа включала в себя 151 случаев благоприятного течения и 45 больных с летальным исходом.

Среди оперированных больных контрольной группы преобладали лица женского пола – 123 человека (63,1%), что оказалось существенно больше, нежели больных мужского пола - 72 (36,9%). В основной группе преобладали пациенты мужского пола - 107 человек (54,6%).

Средний возраст больных контрольной группы составил - 62,1 лет. Больные в возрасте от 50 лет и выше составили 85% (166 больных). В основной группе средний возраст составил – 64,7 лет. В этой группе также преобладали больные в возрасте старше 50 лет - 178 человек (91%). Это говорит о геронтологическом значении проблемы.

Подразделение больных с учетом локализации опухолевого процесса было следующим (табл. 1).

Кроме этого отмечалось что, в контрольной группе большинство пациентов были ранее обследованы и лечились амбулаторно в поликлинике, где в процессе профилактических осмотров, проводились ректальный и вагинальный осмотры, ректоскопия, ректороманоскопия (гемиколоноскопия слева), или в условиях других стационаров, подвергались осмотру урологом, хирургом или проктологом, а также гинекологом, что позволило выявить опухолевое поражение дистальных отделов (прямая кишка) в ранней стадии с последующим направлением в онкологический стационар на оперативное лечение. Этим объясняется большой процент пациентов с преобладанием лиц женского пола с опухолью прямой кишки в контрольной группе.

Из данных таблиц видно, что в наблюдаемых группах поражение левых отделов ободочной кишки наблюдается чаще, чем правых: в контрольной группе 80,51%, в основной группе в 68,4% соответственно. Лицам старше 35 лет ежегодно проводятся скрининговые исследования с помощью рек-

тального осмотра, ректороманоскопии, гемиколскопии, что предполагает диагностику рака левых отделов ободочной кишки на ранних, доклинических стадиях, когда отсутствуют всякие клинические проявления этого заболевания. Дорогостоящая фиброколоноскопия, при которой диагностируются опухоли правых отделов ободочной кишки проводится только в случаях, когда есть клинические показания для ее проведения.

Таблица 1

Распределение по локализации опухоли и возрасту больных в контрольной группе

Локализация	Возрастной интервал														Всего		Итого	
	до 30		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		≥80		муж	жен	N	%
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен				
слепая	0	0	0	0	0	2	3	1	4	8	0	1	0	1	7	13	20	10,26
восходящая	0	0	0	0	0	1	0	0	3	2	1	2	0	1	4	6	10	5,13
печеночный угол	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	1,03
поперечная	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	2	4	6	3,08
селезеночный изгиб	0	0	0	0	2	1	2	4	1	1	1		0	0	6	6	12	6,15
нисходящая	0	0	0	0	1	1	0	3	0	3	1	2	0	0	2	9	11	5,64
сигмовидная	0	0	2	1	1	2	5	4	10	9	2	5	0	1	20	22	42	21,54
ректосигмоидный отдел	0	0	0	3	1	1	0	2	1	9	1	0	0	0	3	15	18	9,23
прямая	1	0	1	1	1	4	6	9	8	18	9	12	1	3	27	47	74	37,95
Всего	1	0	3	5	7	13	17	23	27	53	16	23	1	6	72	123	195	100,00

Таблица 2

Распределение по локализации опухоли и возрасту больных в основной группе

Локализация	Возрастной интервал														Всего		Итого	
	до 30		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		≥80		муж	жен	N	%
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен				
слепая	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	4	3	0	2	7	6	13	6,63
восходящая	1	0	0	0	1	0	3	1	2	8	2	2	0	0	9	11	20	10,20
печеночный угол	0	1	1	0	1	0	0	1	0	4	3	0	3	0	8	6	14	7,14
поперечная	1	0	1	0	1	0	1	0	1	6	2	2	0	0	7	8	15	7,65
селезеночный изгиб	0	0	0	0	0	0	1	0	4	3	4	3	0	2	9	8	17	8,67
нисходящая	0	1	1	0	0	0	4	0	3	0	1	2	0	0	9	3	12	6,12
сигмовидная	1	2	1	1	1	0	13	5	13	7	9	12	5	2	43	29	72	36,73
ректосигмоидный отдел	0	0	0	0	0	0	1	2	4	8	2	3	0	0	7	13	20	10,20
прямая	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	4	2	0	0	8	5	13	6,63
Всего	3	4	5	1	4	1	27	10	29	38	31	29	8	6	107	89	196	100,00

У больных контрольной группы показаниями к операции были опухолевые поражения прямой и ободочной кишки без осложнений, в отличие от

больных основной группы, у которых основным показанием к оперативному вмешательству являлись осложнения КРР.

Таблица 3

Показания к операции у больных основной группы

Показания	Абс.	%
Острая обтурационная кишечная непроходимость	136	69,39
Перитонит вследствие перфорации	25	12,76
Кишечное кровотечение	24	12,24
Инфильтрат брюшной полости	11	5,61
Всего	196	100,00

Как видно из данной таблицы, наиболее частой причиной хирургического вмешательства во второй группе явилась острая обтурационная кишечная непроходимость 69,39 %.

Кроме того, в обеих группах, у лиц пожилого и старческого возраста выявлено одно и более сопутствующих заболеваний, с преобладанием заболеваний сердечно-сосудистой систем. Структура и частота этих заболеваний представлена в таблице 4.

Таблица 4

Характер и частота сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания	Основная группа	Контрольная группа	Всего
Атеросклероз сосудов. ИБС. Стенокардия	88	97	185
Артериальная гипертензия	78	81	159
Хронический бронхит	33	40	73
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	41	31	72
ЯБЖ и 12-ти перстной кишки	21	23	44
Сахарный диабет	24	18	42
МКБ. Хронический пиелонефрит	19	12	31
Миома матки	-	18	18
ХОБЛ. Хронический бронхит	5	12	17
ЖКБ. Хронический холецистит	1	4	5

При изучении анамнестических данных больных в сравниваемых группах было выявлено, что у большинства пациентов контрольной группы, оперированных в плановом порядке, длительность заболевания до 3-х и более 6 месяцев, тогда как у пациентов основной группы сроки заболевания варьировали от 6 часов до суток и более (таблица 5).

Интересен анализ по срокам хирургических вмешательств. В основной группе (196 случаев) они выполнены в первые 24-48 часов с момента госпитализации в стационар по экстренным показаниям. Предоперационная подготовка проводилась в короткие сроки. В контрольной группе оперативное лечение проводилось после предварительной, предоперационной подготовки больных в течении 5-7 дней с соответствующей коррекцией гомеостаза. Кроме этого отмечалось что, в контрольной группе большинство пациентов были

ранее обследованы амбулаторно, а также в условиях других стационаров.

Таблица 5

Распределение по срокам заболевания

Сроки заболевания	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
до 3 месяцев	157	80,10	11	5,64	168	42,97
от 3 до 6 месяцев	16	8,16	41	21,03	57	14,58
более 6 месяцев	23	11,73	143	73,33	166	42,46
Всего	196	100	195	100	391	100

Методы исследования в сравниваемых группах включали лабораторно-клинические, биохимические, инструментальные, рентгенологические, эндоскопические, также иммуноферментный анализ сыворотки крови на интерлейкин-6, оценку тяжести состояния больных по интегральным шкалам объективизации APACHE II, SOFA, SAPS II.

Таблица 6

Градации по характеру оперативных вмешательств

Характер оперативных вмешательств	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Резекция сигмовидной кишки (Операция Гартмана)	11	5,61	76	38,97	87	22,25
С наложением первичного анастомоза всего в т. ч.:	46	23,47	72	36,92	118	30,18
Гемиколэктомия справа	16	8,16	28	14,36	44	11,25
Гемиколэктомия слева	14	7,14	4	2,05	18	4,60
Резекция поперечно-ободочной кишки	12	6,12	2	1,03	14	3,58
Резекция слепой кишки		0,00	1	0,51	1	0,26
Брюшно-промежностная эстирпация	1	0,51	35	17,95	36	9,21
Передняя резекция прямой кишки	3	1,53	2	1,03	5	1,28
Симптоматические всего: В т.ч.	139	70,92	47	24,10	186	47,57
Сигмостомия	34	17,35	19	9,74	53	13,55
Трансверзостома		0,00	2	1,03	2	0,51
Обходной анастомоз	61	31,12	11	5,64	72	18,41
Цекостомия	27	13,78	10	5,13	37	9,46
Пробная лапаротомия	17	8,67	5	2,56	22	5,63
Всего	196	100,0	195	100,0	391	100,0

Результаты и обсуждение. Хирургическое лечение проводили с радикальной или симптоматической целью. Характер оперативных вмешательств проанализирован по протоколам операций. Плановые операции выполнены больным контрольной группы (195 пациентов), состояние которых после проведения предоперационного обследования и подготовки было удовле-

творительным. В данной группе при раке ободочной кишки радикально оперированы 56,92 % пациентов, при раке прямой кишки 18,97 %.

Экстренные вмешательства проведены в основной группе - 196 пациентам. В этой группе радикальные хирургические вмешательства при раке ободочной кишки проведены у 27,04% больных, при раке прямой кишки у 2,04 %.

Микроскопическое строение опухоли окончательно изучалось по удаленным препаратам (таблица 7).

Таблица 7

	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Низкодифференцированная аденокарцинома	99	50,51	64	32,82	163	41,69
Среднедифференцированная аденокарцинома	25	12,76	22	11,28	47	12,02
Высокодифференцированная аденокарцинома	43	21,94	38	19,49	81	20,72
Аденокарцинома	25	12,76	69	35,38	94	24,04
Тубулярная аденокарцинома	1	0,51	0	0,00	1	0,26
Воспалительная псевдоопухоль	2	1,02	0	0,00	2	0,51
Перстневидноклеточная аденокарцинома	0	0,00	1	0,51	1	0,26
Лимфосаркома	1	0,51	1	0,51	2	0,51
Всего	196	100	195	100	391	100

Наиболее часто при изучении выявлялась аденокарцинома различной степени дифференцировки. Так в основной группе была выявлена в 99 случаях (50,51%) низкодифференцированная аденокарцинома, а в контрольной высокий процент приходится на аденокарциному – 35,38 (69 случаев). Следует отметить, что данные морфологических исследований при дооперационном обследовании (когда это было возможно) полностью совпадали с результатами гистологического исследования данной опухоли.

Было выявлено, что у экстренно оперированных больных основной группы (196 человек) в послеоперационном периоде летальность составила 23 % (45 пациентов).

Степень тяжести их состояния оценивался по бальной системе по шкалам объективизации APACHE II, SAPS II, SOFA. При значении показателя от 5 до 15 баллов риск летального исхода не превышает 10%, от 15 до 25 баллов - 20-50%, от 25 до 30 баллов – 50-75%, при значении показателя более 30 баллов риск летального исхода превышает 75%.

Использование систем оценки тяжести состояния больных дает возможность объективно:

- оценивать тяжесть состояния больных;
- оценивать эффективность проводимой терапии;

- прогнозировать уровень летальности;
- прогнозировать длительность интенсивной терапии.

Выбор тактики диагностики и лечения на основе шкал объективизации, при более масштабном исследовании могут способствовать выработке конкретных рекомендаций и алгоритмов для определения операционной тактики и более точного прогнозирования послеоперационных осложнений у пациентов с колоректальным раком.

Таблица 8

Распределение больных по шкалам оценки тяжести и объективизации состояния (основная группа)

	APACHE II						SOFA						SAPS II					
	до операции			после операции			до операции			после операции			до операции			после операции		
	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21
Выписаны	76	75	0	151	0	0	72	78	1	141	3		77	74	0	131	20	
Летальный исход	0	14	31	0	1	44	0	17	28	0	42	3	0	22	23	0	4	41
Итого	76	89	31	151	1	44	72	95	29	141	45	3	77	96	23	131	24	41

Проводя анализ данных пациентов по шкалам оценки тяжести и объективизации состояния, мы видим, что в основной группе у 45 больных с летальным исходом количество баллов по системе APACHE II до операции - у 14 умерших больных находились в пределах от 10 до 20 баллов, у 31 – более 21; по системе SOFA – у 17 – больных от 10 до 20 баллов, у 28 – более 21; по SAPS II- у 22 больных в пределах от 10 до 20 , у 23 – более 21 балла. Из таблицы видно, что в послеоперационном периоде состояние ухудшилось: количество баллов по системе APACHE II после операции - у 1 умершего больного находились в пределах от 10 до 20 баллов, у 44 – более 21; по системе SOFA – у 42 – больных от 10 до 20 баллов, у 3 – более 21; по SAPS II- у 4 больных в пределах от 10 до 20 , у 41 – более 21 балла. У больных этой группы, состояние которых было в дооперационном периоде удовлетворительным: количество баллов по APACHE II, SOFA, SAPS II были в пределах до 20 баллов, а у умерших больных (23%) количество баллов значительно превышало 21.

В контрольной группе состояние всех пациентов по шкалам объективизации тяжести состояния до операции было относительно удовлетворительным – до 10 баллов, так как им была проведена адекватная предоперационная подготовка. Летальный исход у 7 пациентов. Сумма баллов у умерших больных после операции по APACHE II – 7 пациентов – более 21 баллов, SOFA - у 7 – более 21, SAPS II - у 1 в пределах от 10 до 20, у 6 – более 21 балла.

Среди послеоперационных осложнений наиболее часто отмечались гнойно-септические, сердечно-сосудистые осложнения.

Таблица 9

Распределение больных по шкалам оценки тяжести и объективизации состояния (контрольная группа)

	APACHE II						SOFA						SAPS II					
	до операции			после операции			до операции			после операции			до операции			после операции		
	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21	до 10	10-20	>21
Выписаны	170	18	0	152	36	0	163	25	0	167	21		163	25		183	5	
Летальный исход	1	6	0	0	0	7	0	7	0	0	0	7	2	5	0		1	6
Итого	171	24	0	152	36	7	163	32	0	167	21	7	165	30	0	183	6	6

Основной причиной гибели больных в послеоперационном периоде (45 больных) явился прогрессирующий перитонит с полиорганной недостаточностью -35, ТЭЛА - 6, инфаркт миокарда - 2, ЖКК - 1, уретральная сепсис - 1. В контрольной группе причинами смерти были: полиорганная недостаточность - 4, ТЭЛА - 1, инфаркт миокарда - 1, ДВС - 1.

Таким образом, основная причина летальных исходов при лечении КРР с осложнениями - полиорганная недостаточность на фоне функциональных нарушений, развивающаяся преимущественно при перитоните. Степень дисфункции сердечно-сосудистой, дыхательной систем и ЦНС являются определяющими и обеспечивают корреляцию показателей летальности.

Параллельно оценивалась состояние иммунной системы - определялся уровень ИЛ-6 в сыворотке и плазме крови пациентов.

У практически здоровых людей концентрация ИЛ-6 варьировала от 0,2 до 2,8 нг/мл, составляя в среднем $1,3 \pm 0,9$ нг/мл. В контрольной группе, как и в основной группе корреляционной зависимости между содержанием ИЛ-6 в сыворотке, полом и возрастом не выявлено. В предоперационном периоде уровень ИЛ-6 составил в обеих группах в пределах 200 пг/мл, в послеоперационном периоде наблюдалась тенденция к снижению 28,4 пг/мл. Таким образом, у обследованных больных с колоректальным раком уровень ИЛ-6 в сыворотке был выше, чем у практически здоровых людей. Полученные результаты позволяют думать о возможном участии ИЛ-6 в патогенезе ободочной и прямой кишки и их осложнений. Однако для ответа на этот вопрос необходимы дальнейшие исследования.

В контрольной группе, оперативные вмешательства, которые выполнялись в плановом порядке (195 человек), летальность составила 3,6% (7 пациентов).

Исходя из вышеизложенного, с учетом выявленных факторов, была разработана определенная тактика выбора метода лечения пациентов, при которой учитывается тяжесть общего состояния пациентов оценки по шкалам APACHE II, SOFA, SAPS II и уровень интерлейкина-6 в сыворотке крови. При высоких показателях интегральных шкал до операции, необходимо про-

водить симптоматические оперативные вмешательства для нормализации состояния больного. После проведения симптоматической терапии с соответствующей коррекцией гомеостаза, при необходимости провести радикальную операцию

Позднее поступление больных с осложненным КРР, наличие тяжелых фоновых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста обуславливает низкий процент радикальных операций и высокую послеоперационную летальность даже при минимальных вмешательствах. Опыт клиники факультетской и эндоскопической хирургии свидетельствует о том, что учитывая тяжесть состояния больных с осложненным КРР, при выборе тактики и объема операции должен быть индивидуальный подход к каждому больному.

Выводы

1. Интегральная балльная оценка состояния больных с колоректальным раком по системе APACHE II, SOFA, SAPS II позволяет выбрать объем оперативного вмешательства:

- при баллах ≥ 20 минимальный объем операции - разгрузочные стомы, резекции, позволяющие уменьшить интоксикацию, нормализовать гомеостаз, что необходимо для подготовки ко второму этапу операции;

- при баллах ≤ 20 , радикальные, с расширенной лимфаденэктомией, патогенетически обусловленные, лечебные оперативные вмешательства.

2. Дифференцированная тактика лечения больных с КРР должна основываться на интегральной балльной оценке их состояния с учётом клинко-лабораторных параметров, что даёт возможность определить сроки оперативного вмешательства и её объём.

Список использованных источников

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск 1980.
 2. Александров В. В. Рак прямой кишки. - М.: Медицина, 1977.
 3. Бонарь Г. В., Звездин В. Я., Ладур А. И. // Хирургия. - 1998 г. - №9. - стр. 125-127
 4. Ганичкин А.М. Рак толстой кишки. - Л.: Медицина, 1970.
 5. Зиневич В.П., Иванова Р.М., Бабкин В.Я. Клин. Хир. 1985; 5:34-36.
 6. Избенко Г.С., Приймак И.Д., Чмеринский В.Д. Клин. Хир. 1984. 5: 42-44.
 7. Клиническая оперативная колопроктология. Под. Ред. В.Д. Федорова Г.И. Ворбьева, В.Л. Ривкина. - М., 1994.
 8. Мельников Р.А., Ременник Л.В., Харченко Н.В., Кокина В.Д. // Росс. Онкол. Журн., -1998.-№6 -С 4-9.
 9. Пономарев А.Ф., Ищенко В.Н., Денисенко Л.С и соавт. Анализ результатов хирургического лечения рака прямой и ободочной кишки // Оригинальные исследования. 2004. С. 44.
 10. Сотниченко Б. А., Дмитриев М. О. // Оригинальные исследования.- 2004 г. - №4 - стр. 39-40.
 11. Холдин С.А. Новообразования прямой и сигмовидной кишки. - М.: Медицина, 1977.
 12. Corman M. L. Colon and Rectal Surgery - Philadelphia, 1992.
-

Яншин А.А.
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВОЕВРЕМЕННОЙ
ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ПИЩЕВОДА В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Диагностика ранних форм рака пищевода представляет значительные трудности в связи отсутствием специфических жалоб и минимальными изменениями слизистой оболочки. Несмотря на успехи хирургического, лекарственного и лучевого лечения, 5-летняя выживаемость при этой патологии остается низкой. Это связано с тем, что к моменту постановки диагноза у большинства пациентов имеется распространенный опухолевый процесс – III и IV стадии (у 65-75% больных), а также с ранним лимфогенным метастазированием, которое находится в прямой зависимости от прорастания опухолью слоев стенки пищевода (при pT1 частота метастазов в лимфатические узлы составляет 40-80%).

Нами проведен анализ динамики показателей своевременной диагностики и результативности лечения рака пищевода в Воронежской области за период с 2000 по 2005 годы.

Эффективность лечения рака пищевода зависит в первую очередь от своевременной диагностики. В период с 2000 по 2005 отмечается тенденция роста удельного веса I и II стадии заболевания в структуре первичной заболеваемости (рис.1).

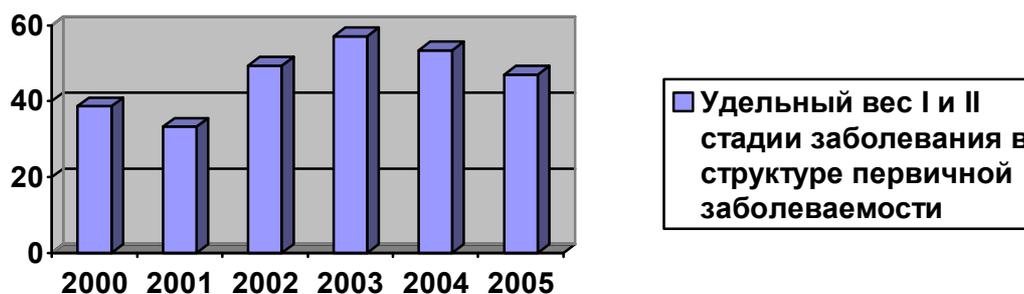


Рис. 1. Динамика показателя своевременной диагностики рака пищевода (2000-2005 гг., %)

К сожалению, показатель поздней диагностики за шестилетие вырос почти вдвое (2000 год – 13,3%, 2005 год – 25,8%) (рис.2).

Изучение 66 историй болезни пациентов раком пищевода свидетельствует о том, что сроки от момента появления первых симптомов до обращения к врачу достаточно длительные (табл. 1), что, вероятно, обусловлено низкой грамотностью населения и социально-экономическими факторами.

В течение первого месяца с момента появления первых симптомов заболевания за медицинской помощью обращается пятая часть всех пациентов. Треть больных обращается в сроки от 1 до 2 месяцев, а большинство приходят к врачу через 3-6 месяцев. В течение первого года с момента установле-

ния диагноза погибает более половины больных. Этот показатель в разные годы колебался от 58,4% до 72,3% (табл.2, рис.3).

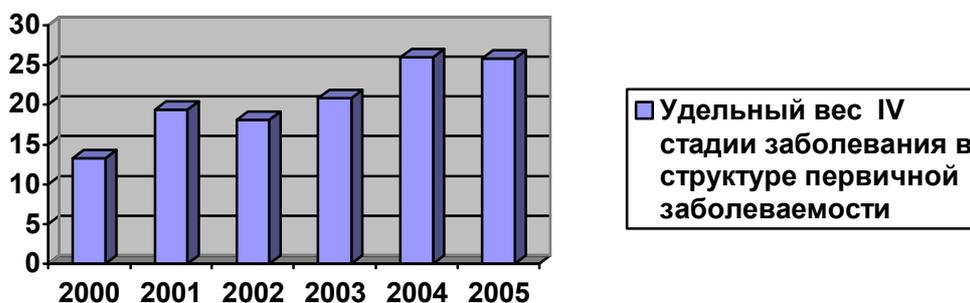


Рис. 2. Динамика показателя поздней диагностики рака пищевода (2000-2005 гг., %).

Таблица 1

Сроки обращения больных раком пищевода за медицинской помощью

Сроки своевременности обращения за медицинской помощью	Абсолютное число пациентов	%
До 1 месяца	14	21,21
До 2 месяцев	22	33,33
До 3 месяцев	13	19,7
До 6 месяцев	12	18,18
Более 6 месяцев	5	7,58
Всего	66	100

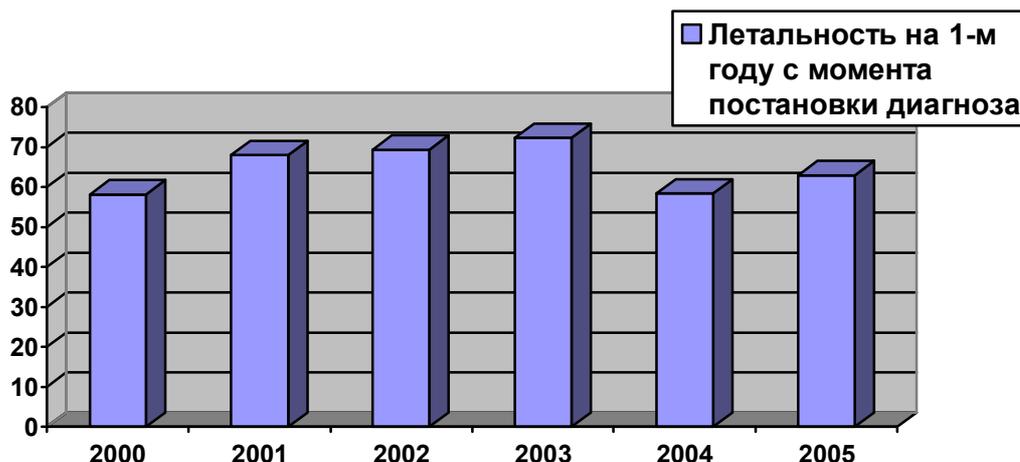


Рис. 3. Динамика показателя одногодичной летальности от рака пищевода (2000-2005 гг., %).

По-видимому, это обусловлено ростом числа пациентов, у которых заболевание зарегистрировано на этапе генерализации процесса. Показатель поздней диагностики значительно ниже, чем одногодичной летальности (табл. 2).

Несмотря на то, что соотношение между показателями одногодичной летальности и поздней диагностики постоянно улучшается, оно составляет 2,25-2,44.

Таблица 2

Сравнительная оценка показателей поздней диагностики и одногодичной летальности

Годы	Показатель поздней диагностики – удельного веса IV стадии заболевания в структуре первичной заболеваемости (%)	Показатель одногодичной летальности (%)	Соотношение между показателями
2000	13,3	58,2	0,23
2001	19,4	68	0,29
2002	18,1	69,4	0,26
2003	20,8	72,3	0,29
2004	26	58,4	0,45
2005	25,8	63	0,41

Следовательно, в течение первого года после установления диагноза умирают не только больные с IV стадией процесса. Важными причинами высокого уровня одногодичной летальности являются:

- дефекты диагностики и стадирования опухолевого процесса из-за неполного обследования больных;
- отказ пациентов от лечения по социальным мотивам
- пожилой возраст больных с тяжелой сопутствующей патологией, не позволяющий провести адекватное лечение;
- проведение «радикального» лечения при невыявленных субклинических метастазах;
- несвоевременное проведение паллиативного лечения для устранения дисфагии и продления жизни больных.

Показатели результативности лечения рака пищевода оставляют желать лучшего. Индекс накопления контингентов по Воронежской области за 6 лет снизился, что свидетельствует о неудовлетворительных результатах лечения больных раком пищевода (2000 год – 1,4; 2005 год – 1,3). В то же время в России отмечается рост этого показателя (2000 год – 1,4; 2005 год – 1,5) (рис. 4).

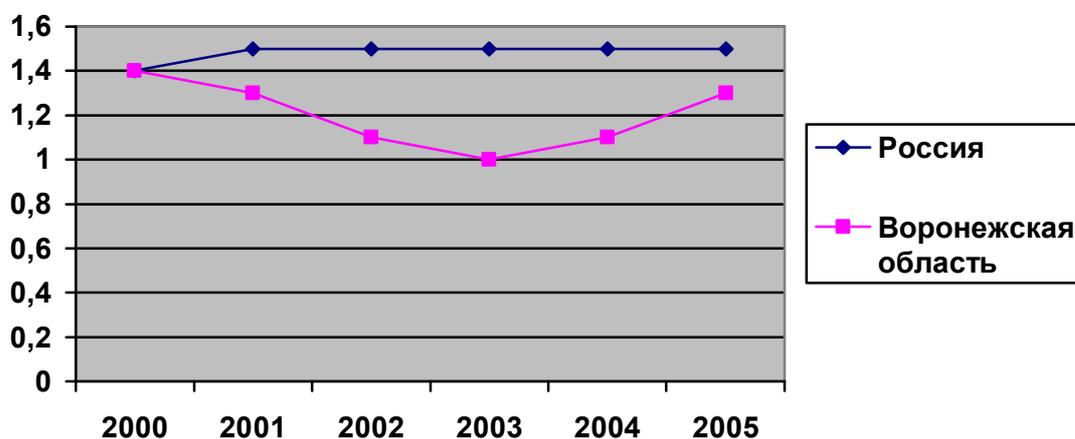


Рис. 4. Динамика индекса накопления контингентов больных раком пищевода

Сравнительная оценка показателя результативности диагностики и лечения рака пищевода свидетельствует о значительных резервах (научных, организационных, лечебных) в оказании медицинской помощи этой категории больных (табл. 2).

Выводы

1. Результативность медицинской помощи больным раком пищевода неудовлетворительная.
2. Отмечается тенденция роста показателя поздней диагностики.
3. В течение первого года с момента установления диагноза погибает более половины пациентов.
4. Для повышения эффективности лечения больных раком пищевода необходимо формирование системы мероприятий медицинской, санитарно-просветительной и социальной направленности.

Список использованных источников

1. Стилиди И.С., Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Бохан В.Ю., Степанов А.А. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода. Вестник Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. - №1. – С. 75-79.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2000 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2001. – 192 с.
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2001 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2002. – 176 с.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2002 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2003. – 176 с.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2003 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2004. – 196 с.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2005. – 184 с.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2005 году. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2006. – 186 с.
8. Siewert, J. R. Praxis der Viszeralchirurgie. Onkologische Chirurgie. Springer Verlag, 2005. – 925 S.

2. Хирургия. Травматология

Асамидинов А.Н.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

*Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, Бишкек,
Кыргызстан*

Внутрисуставные переломы коленного сустава относятся к наиболее трудным для лечения и восстановления трудоспособности среди повреждений нижней конечности. Среди всех переломов скелета они составляют от 4 до 9% [1,2]. Коленный сустав является сложной анатомической структурой, нагружаемый весом всего тела, являясь самым крупным суставом человека, он наиболее подвержен различным повреждениям [3]. При нарушении конгруэнтности суставных поверхностей или длительном отсутствии движений в коленном суставе очень быстро развиваются такие грозные осложнения, как, гонартроз, остеопороз, гипотрофия мышц бедра и голени, различные трофические нарушения.

Сторонники оперативного метода лечения считают, что хирургическое лечение позволяет более точно восстановить целостность суставной поверхности. Это является одним из условий профилактики таких осложнений, как посттравматический деформирующий остеоартроз и достижения хороших функциональных результатов [4]. Однако получить эти результаты можно только при ранней разработке движений в оперированном суставе. Результаты лечения внутрисуставных переломов далеко не всегда оказываются благоприятными.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических наблюдений 82 больных с внутрисуставными переломами коленного сустава. Лиц мужского пола было 53 (65%), женского пола – 29 (35%). Возраст больных составлял от 18 до 80 лет, подавляющее большинство (86,6%) находились в молодом и трудоспособном возрасте – до 60 лет.

Помимо изолированных внутрисуставных переломов коленного сустава встречались множественные и сочетанные травмы. Распределение больных под углом зрения политравматизма представлено в табл. 1.

Таблица 1

Классификация по политравматизму

Изолированные				Множественные		Сочетанные	
Монофокальные		Полифокальные		муж	жен	муж	жен
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
41	11	3	5	2	5	7	8
(50%)	(13.5%)	(3.6%)	(6%)	(2.45%)	(6%)	(8.5%)	(9.95%)
итого 82							

В табл. 2 представлены локализации переломов по анатомическим структурам коленного сустава. Открытые переломы диагностированы у 4 (4,9%) больных (у 3 – переломы мышечков большеберцовой кости, у 1 – пе-

релом надколенника).

Таблица 2

Локализация перелома по анатомическим структурам коленного сустава

Переломы надколенника	Переломы дистального метаэпифиза бедренной кости	Переломы проксимального метаэпифиза большеберцовой кости
27 (33%)	12 (15%)	43 (52%)

Диагностическое обследование включало рентгенографию коленного сустава в прямой и боковой проекции. В зависимости от общего состояния больного и типа перелома, применялись консервативные и оперативные методы лечения.

Консервативное лечение применялось 29 больным. Лечение проводилось наложением скелетного вытяжения за пяточную кость в течении 5-6 недель, в последующем функционально-реабилитационный курс терапии.

Оперативное лечение выполнено 53 больным. При осмотре больного для принятия решения об оперативном лечении оценивали его общее состояние, характер и локализацию перелома.

При закрытых переломах надколенника у 25 пациентов была выполнена открытая репозиция фрагментов с последующим наложением кисетного либо трансоссального лавсанового шва (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма больного с поперечным переломом надколенника (а) до операции, (б) после операции.

14 больным с закрытыми переломами наружного либо внутреннего мыщелка бедренной или большеберцовой кости выполнены открытый остеосинтез стягивающим болтом либо наkostной пластиной (рис. 2).

Одному пострадавшему произведен открытый остеосинтез внутреннего мыщелка бедренной кости двумя винтами с пластикой внутренней боковой связки коленного сустава (рис.3).

У 8 больных выполнен открытый остеосинтез переломов угловой наkostной пластиной в сочетании с менискэктомией (рис.3).

Одному больному пожилого возраста с линейным переломом внутрен-

него мышелка большеберцовой кости со смещением, произведена закрытая репозиция с чрескостным остеосинтезом встречными спицами с упорной площадкой.



Рис. 2. Рентгенограмма больного с закрытым переломом наружного мышелка большеберцовой кости со смещением отломка до (2а), после операции 2(б)



Рис. 3. Рентгенограмма больного с закрытым переломом внутреннего мышелка большеберцовой кости и повреждением внутренней боковой связки до (3а), после операции (3б)

У остальных 4 больных с открытыми переломами применен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова по экстренным показаниям непосредственно после первичной хирургической обработки раны с обязательным внутрикостным введением антибиотиков широкого спектра действия. При закрытых повреждениях операция выполнялась на 3-7 сутки, после тщательного обследования и соответствующей предоперационной подготовки пациентов.

Послеоперационное ведение больных осуществлялось по общепринятой методике. Перевязки больным делали в первые 7 дней после операции, во

время второй перевязки удалялись дренажные трубки. Швы снимали на 8-10 день.

Реабилитация пациентов после операции включало следующие лечебные мероприятия: лечебная физкультура, массаж, кинезотерапию, медикаментозное лечение и физиопроцедуры.



Рис. 4. Рентгенограмма больного с внутрисуставным многооскольчатый переломом проксимального конца большеберцовой кости до (4а) и после операции (4б)

Результаты и обсуждение. Для оценки результатов нами использовались стандартные клиничко-рентгенологические критерии: наличие и выраженность болевого синдрома, восстановление оси поврежденной конечности, амплитуда движений в коленном суставе, сроки консолидации, функциональная пригодность поврежденной конечности. Результаты лечения представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результат лечения		
Результат лечения	Абсолютное количество	Количество в %
Отличный	39	47,6%
Хороший	31	37,8
Удовлетворительный	9	11%
Неудовлетворительный	3	3,6%

Все больные, подвергшиеся оперативному лечению, были активизированы в течении первых дней после операции, и к 10-12 дню могли самостоятельно передвигаться с помощью костылей.

Больным с внутрисуставными переломами коленного сустава должен быть строго дифференцированный подход к лечению, учитывая тяжесть состояния больного, локализацию и характер перелома.

Помимо восстановления конгруэнтности суставных поверхностей коленного сустава и профилактикой гнойных осложнений, необходимо уделить особое внимание восстановлению функции сустава после оперативного лечения, таким как ЛФК, массаж, механотерапия, физиотерапия и медикаментоз-

ное лечение.

Совершенствование реабилитации после оперативных вмешательств в коленном суставе, позволит существенно улучшить качество лечения пациентов и обеспечит достойную последующую жизнь больных с данными повреждениями.

Выводы

1. Для получения хороших функциональных результатов лечения при внутрисуставных переломах коленного сустава необходимо стремиться восстановить нормальные анатомические взаимоотношения в суставе и начать ранние движения в нем.

2. Значительное смещение отломков костей при внутрисуставных переломах костей, образующих коленный сустав, может быть устранено только оперативным методом.

Список использованных источников

1. Гиршин С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии. – М. 2004. – С. 176-202.
2. Scandelmaier P., Bllaunt M., Krettec K. // Ortop. Trauma. – 2001. - №3. – P. 166-184.
3. Шапиро К.И. // Повреждения и заболевания коленного сустава. – Л., 1981. – Вып. 8. – С. 3-6.
4. Литвина Е.А., Скороглядов А.В., Мельниченко С.Ю., Радкевич С.А. // Вестн.травматол.ортопед. – 2005. - №4. – С. 3-8.

Шинкарев С.А.

ТРАПЕЦИЕВИДНЫЙ КОЖНО-МЫШЕЧНЫЙ ЛОСКУТ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ

ГУЗ областной онкологический диспансер, г. Липецк

Современный этап развития клинической онкологии неразрывно связан с дальнейшим совершенствованием хирургического метода лечения. Сегодня хирургия стала намного агрессивнее, все чаще используются расширенные, комбинированные операции, позволяющие значительно улучшить отдаленные результаты лечения.

В клинической практике врач-онколог при лечении злокачественных опухолей орофарингеальной зоны решает разноплановые задачи:

- обеспечить радикальность операции, что сопряжено с удалением большого объема тканей;
- произвести закрытие образовавшегося дефекта с реконструкцией различных по составу тканей (кожной, слизистой, жировой, мышечной, костной, хрящевой);
- возможно полно восстановить анатомическую целостность и, как следствие, эстетический облик больного;
- устранить функциональные нарушения.

После расширенных и комбинированных операций возникают огромные дефекты, значительно нарушающие покровные и опорные ткани, в ряде

случаев ведущие к нарушению важных функций, в частности актов глотания, жевания, речи и дыхания. Поэтому радикальное удаление самой опухоли – это только один компонент лечения. Другой и очень важной задачей является реабилитация больных, нуждающихся в выполнении восстановительных и реконструктивных вмешательств, которые становятся необходимой составной частью лечения. Одномоментное решение этих проблем, ускоряет начало проведения других видов специального лечения, улучшает социальную и трудовую реабилитацию этих больных.

Большинство авторов при удалении злокачественных опухолей головы и шеи считают целесообразным производить восстановительные операции, включающие наименьшее число этапов. В 60-х годах прошлого столетия были выполнены важные анатомические исследования по артериализированным тканевым лоскутам, которые могут быть перемещены в радиусе сосудистой ножки (Вакампjian V., 1965). Лоскут – это созданный оперативным путем или образовавшийся вследствие ранения участок тканей, имеющий определенную площадь при относительно небольшой толщине.

Для комбинированного замещения обширных дефектов используются кожно-жировые (шейный, носогубной, "эполетный", дельто-пекторальный), кожно-фасциальные (лобный, теменной, лобно-теменно-затылочный) лоскуты, сформированные с учетом регионарного кровообращения. Из предложенных артериализированных лоскутов на ножке наибольшую распространенность получили кожно-жировой дельтопекторальный лоскут и кожно-мышечный лоскут на большой грудной мышце. Возможности их использования ограничены длиной питающей ножки. Максимальная по удаленности зона перемещения этих лоскутов соответствует нижней зоне лица для дельтопекторального лоскута и средней зоне для лоскута на большой грудной мышце. Поэтому оправдан поиск новых возможностей для закрытия дефектов покровных тканей верхней и средней трети лица, волосистой части головы. Определенное значение имеет состав лоскута. Его мышечная составляющая повышает устойчивость к инфекции, позволяет закрывать дефекты черепа, обнаженные кости в условиях компрометации реципиентной зоны предшествующим лечением (операцией, лучевой терапией). Другой немаловажный фактор – малая доступность микрохирургической помощи в условиях большого числа пациентов.

Нами разработана методика использования нижнего трапециевидного кожно-мышечного лоскута, который применяется в отделении общей онкологии ЛООД для закрытия дефектов в области головы и шеи с 2005 года.

По анатомо-функциональным особенностям трапециевидная мышца может быть разделена на три части [1]. Верхняя порция мышцы, отходящая от головы, шеи, прикрепляется к заднему краю латерального фрагмента ключицы. Средняя порция мышцы, отходящая от верхних отделов груди, присоединяется к акромиону и ости лопатки. Нижняя порция, берущая начало от нижних грудных позвонков, прикрепляется к основанию ости лопатки. В функциональном отношении трапециевидная мышца может быть разделена

на три части; верхняя окципитально-шейная часть поднимает плечо и удерживает его в нормальной статической позиции. Эта функция является уникальной и не компенсируется другими мышцами. Повреждение этой порции мышцы приводит к стойкой потере функции, клинически проявляющейся в опущении плеча. Средняя часть мышцы отводит лопатку кзади, приближая ее к средней линии спины. Эта функция осуществляется также ромбовидной мышцей. Нижняя часть мышцы участвует в повороте лопатки, обеспечивая отведение руки выше горизонтального уровня. Потеря этого мышечного сегмента практически не сказывается на функции, поскольку передняя лестничная мышца является более сильным ротатором лопатки. Таким образом, анатомические особенности мышцы позволяют использовать ее средние и нижние сегменты без нарушения функции.

Трапециевидный лоскут представляет собой сложный (кожно-мышечный) лоскут с осевым типом кровоснабжения. Он имеет несколько источников питания: ветвь затылочной артерии, отходящую у сосцевидного отростка, поверхностную артерию шеи, поперечную артерию шеи, ветвь подлопаточной артерии, однако доминантным большинство авторов считают поперечную артерию шеи, которая является ветвью щито-шейного ствола или подключичной артерии [2].

Обзор литературы показал, что нет стандартной номенклатуры для ветвей *a. subclavia* и сосудов кровоснабжающих трапециевидную мышцу. Существуют различные мнения о том, какие основные сосуды питают задний (нижний) трапециевидный лоскут. Это приводит к определенным техническим проблемам при его заборе.

До настоящего времени существует разноречивость взглядов на диапазон использования нижнего трапециевидного лоскута из-за анатомической неопределенности источников его кровоснабжения и трудностей визуализации мест вхождения в лоскут питающих сосудов. Нижний трапециевидный лоскут стандартно применялся при пластических операциях на нижней трети лица, передней, задней и боковой поверхности шеи, затылочной области.

Наша методика позволяет расширить показания к использованию нижнего трапециевидного лоскута, применять его при дефектах любой области головы и шеи. Суть ее состоит в обосновании подхода к выделению лоскута по определенному анатомическому ориентиру и исключению визуализации сосудов в «хирургической ножке». Проведены анатомические исследования на 10 трупах с выделением нижней части трапециевидной мышцы с обеих сторон. В 17 случаях удалось визуализировать по 2 сосуда, располагавшихся по внутренней поверхности нижней части трапециевидной мышцы, в 3 – был найден один артериальный ствол.

Сделан вывод о целесообразности выделения трапециевидного лоскута с периферии. При наличии двух артериальных стволов для более надежного кровоснабжения возможно включение их в состав питающей ножки. Краниальной границей диссекции лоскута является мышца поднимающая лопатку. Дальнейшее выделение нежелательно из-за опасности повреждения питаю-

щих сосудов. Целенаправленная визуализация питающих сосудов не всегда оправдана. В большинстве ситуаций достаточно ориентироваться на выделение так называемой хирургической ножки, куда вместе с мышечным массивом нижней части трапециевидной мышцы входят и питающие сосуды. При необходимости толщина ножки может быть уменьшена путем пересечения поверхностных мышечных волокон, так как основные артериальные стволы располагаются на ее внутренней поверхности.

В отделении общей онкологии ЛООД за 2005 - 2006 гг. выполнено 13 операций по поводу злокачественных опухолей головы и шеи с использованием нижнего варианта трапециевидного лоскута для пластического закрытия дефектов. Все операции были одномоментными. Мужчин - 8, женщин - 5.

Наибольшее количество пациентов было в возрастной группе 60-69 лет (5 больных) (таблица 1).

Наиболее часто опухолевый процесс локализовался на коже - 9 пациентов (таблица 2).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту.

Возраст	Количество пациентов
40-49	3
50-59	2
60-69	8
Всего	13

Таблица 2

Распределение больных по нозологиям

Нозология	Количество пациентов
Рак слизистой дна полости рта	1
Рак языка	3
Рак кожи	9
Всего	13

Предлагаемый нами вариант пластики использован при различной локализации поражения кожи (таблица 3).

Размеры послеоперационного дефекта составили от 16 до 120 см² (таблица 4).

11 больных ранее получили лучевую терапию на первичный очаг в полной лечебной дозе. 3 пациента имели постлучевые осложнения: лучевая язва - 1 больной, лучевой остеомиелит нижней челюсти - 2 больных (реципиентное ложе изначально было скомпрометировано за счет постлучевого фиброза и тканевой гипоксии у большинства пациентов).

В 2 случаях нижний трапециевидный лоскут послужил для формирования внутренней выстилки полости рта при комбинированной пластике сквозных дефектов. Наружный дефект был укрыт грудным кожно-мышечным лоскутом.

Осложнения были у 4 пациентов. В 1 случае кровотечение из донор-

ской области, у 2 пациентов - частичный некроз лоскута, который возник у одного из них на фоне кровотечения из язвы желудка в раннем послеоперационном периоде. Один больной умер от инфаркта миокарда.

Таблица 3

Локализация злокачественных опухолей кожи

Локализация	Количество пациентов
Височная область	2
Скуловая область	2
Затылочная область	1
Область щеки	1
Область задней поверхности шеи	1
Область лба	2
Всего	9

Таблица 4

Размеры послеоперационного дефекта

Площадь дефекта	Количество пациентов
< 25 см ²	4
25-50 см ²	5
50-100 см ²	3
100-150 см ²	1
Всего	13

Таким образом, особенностями разработанной и апробированной нами методики являются: возможность использования трапециевидного лоскута при дефектах в любой области головы и шеи, исключение необходимости визуализации структуры сосудистой ножки, особенности выделения его с периферии, в целом расширение сферы его использования. Нижний кожно-мышечный трапециевидный лоскут с осевым типом кровоснабжения является тонким и гибким лоскутом с очень длинной постоянной ножкой и минимальной травмой донорской зоны. При планировании операции необходимо оценить состояние донорского места (отсутствие рубцов, толщину подкожной жировой клетчатки, мышечного слоя, наличие и выраженность волосяного покрова). Хорошо кровоснабжаемый кожно-мышечный трапециевидный лоскут позволяет перенести полноценную ткань в зоны, как правило, подвергшиеся облучению и в силу анатомических особенностей имеющие тонкий слой покровных тканей над костями черепа. В условиях постлучевых изменений в тканях, отсутствии микрохирургической техники данный выбор пластики остается вариантом выбора.

Список использованных источников

1. Васильев С.А. Пластическая хирургия в онкологии. - Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2002. – 262 с.
2. Неробеев А.И. Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами. - М.: Медицина, 1988. - 272 с.

Шинкарев С.А.
ИМПЛАНТАТЫ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА В РЕАБИЛИТАЦИИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ГУЗ областной онкологический диспансер, г. Липецк

В онкологии вопросам протезирования, выбору материала, особенностям его функционирования, возможностям их сосуществования с тканями организма придается особое значение, так как в целях соблюдения принципов абластики часто приходится удалять большие фрагменты органов, тканей и костных структур. Адекватное замещение удаленных структур с целью решения функциональных и эстетических проблем – это суб- и после-реабилитационная задача.

Металлические конструкции различных модификаций используются в медицине с давних времен. До 18 века для этой цели применялись золото, серебро и платина. В 19 веке пришли в хирургию конструкции из высококачественной нержавеющей стали. В начале 20 века появились изделия из титана, кобальтовых и молибденовых сплавов. С 50-х годов в медицине используются композиционные материалы и полимеры.

Шестой мировой конгресс по биоматериалам, состоявшийся в США в 2000 г., обозначил конкретные направления поиска материалов для протезирования (полимеры, керамика, металлы и их сплавы). В последнее время наиболее перспективное направление в имплантологии - создание биосовместимых сверхэластичных материалов, близких по поведению к тканям организма.

К пористым неметаллическим материалам относится, прежде всего, керамика. Потенциальное преимущество имплантатов из пористой керамики состоит в их химической инертности, совмещенной с механической стабильностью, высокоизвилистой поверхности раздела, которая растет, когда кость врастает в поры керамики. Однако прочность пористого полимерного покрытия и его соответствие протезу должны быть лучшими, чем соответствующие характеристики окружающей кости, для того, чтобы достичь наибольшей прочности системы.

Основное количество имплантатов составляют металлические. Их широкое применение обусловлено прочностью, жесткостью, износо- и коррозионной стойкостью (титан, его сплавы с добавлением алюминия, железа и другие). Одним из самых больших недостатков металлических имплантатов является их низкая коррозионная стойкость в условиях знакопеременных деформаций. Исследования показали, что металлические материалы после деформаций свыше 0,3-0,5%, когда появляется пластическая составляющая деформации, активно корродируют в средах, в которых до деформации они практически не взаимодействовали. Это ведет к разрушению, например, в титане защитных фосфатной и оксидной пленок. Любой металлический имплантат, жестко закрепленный в тканях, будет с их стороны подвергаться знакопеременной деформации по величине, значительно превосходящей возможности металлов. Именно механическое резиноподобное поведение тка-

ней организма (их эластичность) объясняет, почему имплантированные металлические фиксаторы разрушаются, несмотря на многократный запас прочности и высокий модуль упругости. Отсутствие при нагрузке и разгрузке большой обратимой деформации, соответствующей по величине живым тканям - одна из главных причин разрушения металлических имплантатов. С точки зрения биомеханики, оптимальный имплантат по своим свойствам должен быть подобен живой ткани, то есть обладать эластичностью и иметь близкие к ней модуль упругости и диаграмму зависимости напряжения от деформации.

Биомеханическая совместимость предполагает отсутствие перегрузок и микросдвигов на поверхности раздела «имплантат - ткань организма». Это позволяет обеспечить кровоснабжение фиксированных фрагментов хрящевой ткани. При этом давление на поверхности раздела имплантат-хрящевая ткань должно быть минимальным, В противном случае происходит миграция или отторжение имплантата.

Успех лечения при использовании имплантата определяется во многом его биохимической совместимостью с окружающими тканями, которая означает отсутствие иммунных реакций, воспалительных процессов. Ответ тканей на введение имплантата носит многостадийный характер, включающий связывание белков с веществом имплантата, смачивание жидкими средами организма, что позволяет тканевой жидкости, эритроцитам и остеобластам проникнуть в поры, а позднее стимулировать прорастание кровеносных сосудов.

Наиболее перспективным пористым материалом медицинского назначения, удовлетворяющим выше указанным требованиям, сегодня является никелид титана и его сплавы. Эффективность использования никелида титана связана с его уникальными свойствами - соответствовать закону запаздывания биологических тканей, проявлять высокие эластичные свойства, изменять форму при изменении температуры и напряжения. Высокая стабильность физико-биологических характеристик таких сплавов в течение длительного времени и возможность программного управления параметрами формоизменения позволяют создавать имплантаты, которые не только выполняют возложенную на них функциональную задачу, но и являются неотъемлемой частью структуры организма. Имплантированная в организм конструкция из такого сплава деформируется в соответствии с закономерностями эластичного поведения тканей организма, обеспечивая гармоничное функционирование всей системы «ткань организма-имплантат» [1].

Исследования пористо-проницаемых имплантатов на основе никелида титана на этапах хирургического вмешательства свидетельствуют об активном прорастании окружающих тканей в поры имплантата, за счет чего достигается фиксация в зоне реконструкции и образуется биологически новый композит пористый никелид титана - ткани организма. Насыщение имплантатов лекарственными препаратами (создание депо), способствует ускорению и полноценному течению репаративных процессов.

Никелид титана - это интерметаллическое соединение титана и никеля. Исследования на токсичность и канцерогенность, проведенные в различных учреждениях (ВНИИ медицинской техники, г. Москва и химико-фармацевтический институт, г. Новокузнецк) в рамках программы Министерства здравоохранения РФ, позволили сделать заключение о высокой биологической совместимости и отсутствии канцерогенных свойств сплавов на основе никелида титана (ТН-10).

По разработке и использованию сплавов на основе никелида титана в медицине Россия значительно опережает другие страны. Сегодня имплантаты с памятью формы серийно выпускаются для различных областей медицины государственным предприятием Медико-инженерный центр, г. Томск.

Никелид титана относят к биосовместимым материалам, которые отвечают следующим требованиям: высокая коррозионная стойкость, электрохимическая устойчивость, биомеханическая и биохимическая инертность, отсутствие проявления канцерогенности и т.д., что доказано на большом экспериментальном и клиническом материале. Таким образом, имплантаты на основе никелида титана по своим свойствам можно отнести к одним из самых совершенных на сегодняшний день биоадаптированных имплантатов в медицине.

Опыт применения материалов на основе никелида титана представляет безусловный интерес и в онкологии. Учитываются изначально неблагоприятные условия для установки и дальнейшей интеграции протеза в тканях организма в условиях предварительно проведенной лучевой и лекарственной терапии.

Вопросы клинического управления суб- и послеоперационной реабилитацией не решены в должной мере у больных с опухолевым поражением трахеи.

В настоящее время в лечении больных раком щитовидной железы хирургический метод остается ведущим. Использование лучевой, лекарственной терапии, радиоизотопов носит или адьювантный, или паллиативный характер. При оперативном лечении распространенного рака щитовидной железы с прорастанием опухоли в хрящи трахеи или гортани перед хирургом стоит серьезная проблема. Это связано с одномоментным решением следующих задач: радикальное удаление опухоли, сохранение каркаса воздухопроводящих структур. В настоящее время при прорастании опухолью щитовидной железы трахеи существует несколько подходов. В некоторых случаях это место на трахее маркируется металлическими скрепками для проведения в дальнейшем прицельной лучевой терапии. Методика является по сути паллиативной. По другой методике при небольшом по протяженности поражении от 2 до 4 колец (максимально 5) и более 1/3 окружности возможно выполнение циркулярной резекции трахеи после ее мобилизации с наложением шва. Если произведена окончатая резекция трахеи (менее 1/3 окружности), дефект ушивается или местными тканями, или с использованием хрящевых аутоотрансплантатов. Возможно так же удаление пораженного участка с

формированием ларинготрахеостомы или просто трахеостомы с последующими попытками реконструкции, успех которой зависит от того, как удастся восстановить каркас трахеи и избежать ее рубцового сужения.

Имплантанты в форме полукольца из никелида титана дают возможность эффективного внедрения в практическую деятельность органосберегающих технологий, так как позволяют реконструировать такой сложный орган как трахею после ее резекции [2].

Нами разработан способ восстановления трахеи с использованием полутрубки из пористого никелида титана, которая устанавливается на место дефекта и фиксируется фрагментами кивательных мышц. Данная методика апробирована при 3 оперативных вмешательствах.

В одном случае это был папиллярный рак щитовидной железы с врастанием в перстневидный хрящ, 3 кольца трахеи и распространением на одну треть ее окружности. У другой больной диагностирован медуллярный рак щитовидной железы с поражением 8 колец трахеи. Третья пациентка оперирована по поводу папиллярного рака щитовидной железы, пострезекционный дефект трахеи распространялся на 4 кольца трахеи и перстневидный хрящ.

Двум больным была наложена превентивная трахеостома. Обе пациентки в ближайшем послеоперационном периоде деканюлированы, голос внятный, осиплый. У одной больной с целью декомпрессии использована микротрахеостома. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не было. При контрольной фиброларингоскопии через месяц после операции просвет трахеи не деформирован, широкий, поверхность эндопротеза покрыта налетом фибрина с единичными грануляциями.

В 2 случаях проводилась послеоперационная лучевая терапия. Двум пациенткам в дальнейшем выполнена трахеостомия по поводу стеноза в месте стояния нижнего края протеза (одной через 1,5 месяца, другой через 9 месяцев после операции). Однако больные сохранили возможность говорить, прикрывая трахеостому. Местных рецидивов не выявлено.

Данные клинические случаи демонстрируют возможность адекватного хирургического лечения распространенного опухолевого процесса с использованием имплантантов из никелида титана. Одномоментная реконструкция трахеи обеспечивает функциональную сохранность и качество жизни больных.

Список использованных источников

1. Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в медицине / Под ред. В.Э. Гюнтера. Томск: НТЛ, 2004. 440 с.
2. Шинкарев С.А., Агузаров В.А., Подольский В.Н., Коренев А.А. Использование материала на основе пористого никелида титана в хирургическом лечении распространенного рака щитовидной железы // Сибирский онкологический журнал. 2006. № 1. С.65 – 67.

Подписной индекс журнала «Врач-аспирант» в объединенном каталоге «Пресса России» - 41932

3. Специальные вопросы клинической медицины

Облокулов А.Р., Киличев А.А., Комилова М.С., Аюбов Б.М. ПОКАЗАТЕЛИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Парентеральные гепатиты, в том числе острый вирусный гепатит В (ОВГВ) являются актуальной проблемой инфекционной патологии в Республике Узбекистан [1,2,3]. Частота тяжелых осложненных форм болезни с развитием острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ), с высокой летальностью среди этой категории больных, формирование затяжных и хронических форм болезни обуславливают значительный интерес исследователей к поиску эффективных лекарственных препаратов для лечения ОВГВ. В то же время, известно, что на тяжесть течения, прогноз и исходы ОВГВ немаловажное влияние оказывают различные сопутствующие заболевания, среди которых значительное место отводится паразитарным инвазиям [4,5,6,7,8]. Большая распространенность лямблиоза среди больных ОВГВ в Республике Узбекистан обусловила актуальность изучения влияния этих паразитозов на клиническое течение болезни, прогноз и ее исходы. В то же время состояние повышенной чувствительности немедленного типа (ПЧНТ) у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза изучено недостаточно. Это и послужило поводом в планировании и проведении настоящей работы.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 180 больных ОВГВ и сопутствующие лямблиозом в возрасте от 14 до 50 лет. Из них 90 больных с кишечным лямблиозом (I основная группа), 90 больных лямблиоз с билиарной формой (II основная группа). В качестве контроля обследованы 90 больных ВГВ без сопутствующей патологии и 20 практически здоровых людей. Диагноз основывался на результатах комплексного анализа эпидемиологических и анамнестических данных, клинических проявлениях болезни и лабораторных исследований. Верификация вирусного гепатита В проводилась определением маркеров HBV (HBsAg, HBeAg, IgM анти-HBc и анти-HBe), при отрицательных результатах маркеров HDV. Диагноз кишечной формы лямблиоза подтверждался копроовоскопическим методом исследований.

Для распределения больных по клинической форме и тяжести течения болезни был принят во внимание приказ №560 МЗ РУз для практического использования. В постановке сопутствующего клинического диагноза «лямблиоз» была использована классификация, предложенная А.Л. Ланды и В.К. Илинича (1973).

О состоянии ПЧНТ судили по определению показателя реакции дегрануляции тучных клеток (РДТК) по методу Л.И. Ишимовой и Л.И. Зеличенко (1971) и содержанию в крови общего иммуноглобулина Е иммуноферментным методом.

При постановке РДТК в качестве антигенов использовали HbsAg в дозе 50 мкг и набор систем "Лямблия-АГ" и "Лямблия-IgM" (ЗАО "Вектор-Бест", Новосибирская обл., п. Кольцово). Все цифровые данные обрабатывали по методу вариационной статистики (И.А. Ойвин, 1960).

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследований по определению показателя РДТК при постановке указанной реакции с HbsAg и ЛАГ у больных ВГВ при сочетании течения иерсиниоза и псевдотуберкулеза представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатель РДТК у больных ВГВ при сочетанном течении лямблиоза

Нозологическая единица	Тяжесть течения болезни	Вид антигена	Показатель РДТК в зависимости от динамики заболевания, в % (M±m)	
			В период разгара болезни	В период реконвалесценции
ВГВ	Легкая, (n=18)	ЛАГ HbsAg	9,0±0,5 11,0±0,9	7,0±1,0 9,0±1,2
	Среднетяжелая, (n=60)	ЛАГ HbsAg	13,0±1,4 15,0±1,9	10,0±0,7 11,0±0,9
	Тяжелая, (n=12)	ЛАГ HbsAg	16,0±0,9 18,0±1,7	12,0±0,9 15,0±1,5
ВГВ+ кишечный лямблиоз	Легкая, (n=10)	ЛАГ HbsAg	11,0±0,9** 13,0±1,0**	10,0±0,9* 11,0±0,9
	Среднетяжелая, (n=55)	ЛАГ HbsAg	15,0±1,5** 17,0±1,7**	14,0±0,9* 13,0±1,2
	Тяжелая, (n=25)	ЛАГ HbsAg	18,0±0,9 21,0±1,8*	16,0±1,6* 15,0±1,5*
ВГВ+ лямблиоз, билиарная форма	Легкая, (n=12)	ЛАГ HbsAg	13,0±0,7 16,0±1,3*	9,0±0,8 11,0±0,9
	Среднетяжелая (n=58)	ЛАГ HbsAg	18,0±1,8* 20,0±1,9*	12,0±0,9 15,0±1,5**
	Тяжелая (n=20)	ЛАГ HbsAg	21,0±1,7* 25,0±1,8	16,0±0,9** 18,0±1,8**
Здоровые	(n=20)	ЛАГ	6,0±0,5	
		HbsAg	8,0±0,7	

Примечание: * - достоверность разницы показателей по сравнению со здоровыми; ** - между больными контрольной и основной группами.

Как видно из таблицы, у больных ВГВ (контрольная группа) показатель РДТК при постановке этого теста с ЛАГ не отличается от нормы. Некоторое повышение показателя указанного теста отмечается при его выполнении с HbsAg при легком течении заболевания. В то же время у больных этой группы со среднетяжелым течением болезни показатель РДТК достоверно больше, чем у здоровых при постановке указанной реакции с HbsAg.

Независимо от тяжести течения болезни у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза в разгаре болезни наблюдается достоверное уве-

личение распада тучных клеток соединительной ткани по сравнению со здоровыми при выполнении РДТК с использованием в качестве антигена ЛАГ и HBsAg. При сопоставлении результатов проведенных исследований между основными и контрольной группами видно, что показатель РДТК достоверно больше независимо от тяжести течения болезни у больных основной группы. Более выраженная аллергизация организма, определяемая по уровню дегрануляции тучных клеток, выявлена у больных ВГВ при сочетанном течении лямблиоза билиарной формы, с тяжелым течением болезни, чем у пациентов с сопутствующим заболеванием кишечной формы лямблиоза.

Заметное падение величины РДТК во всех группах обследованных больных наблюдается в период реконвалесценции болезни. Следует подчеркнуть, что у больных с микстинфекцией (ВГВ+ лямблиоза билиарной формы и ВГВ+ кишечной формы лямблиоза) в этом периоде заболевания сохраняются высокие показатели теста РДТК.

Аналогичные результаты выявлены и в отношении другого маркера ПЧНТ- содержание в крови общего иммуноглобулина Е (рис. 1).

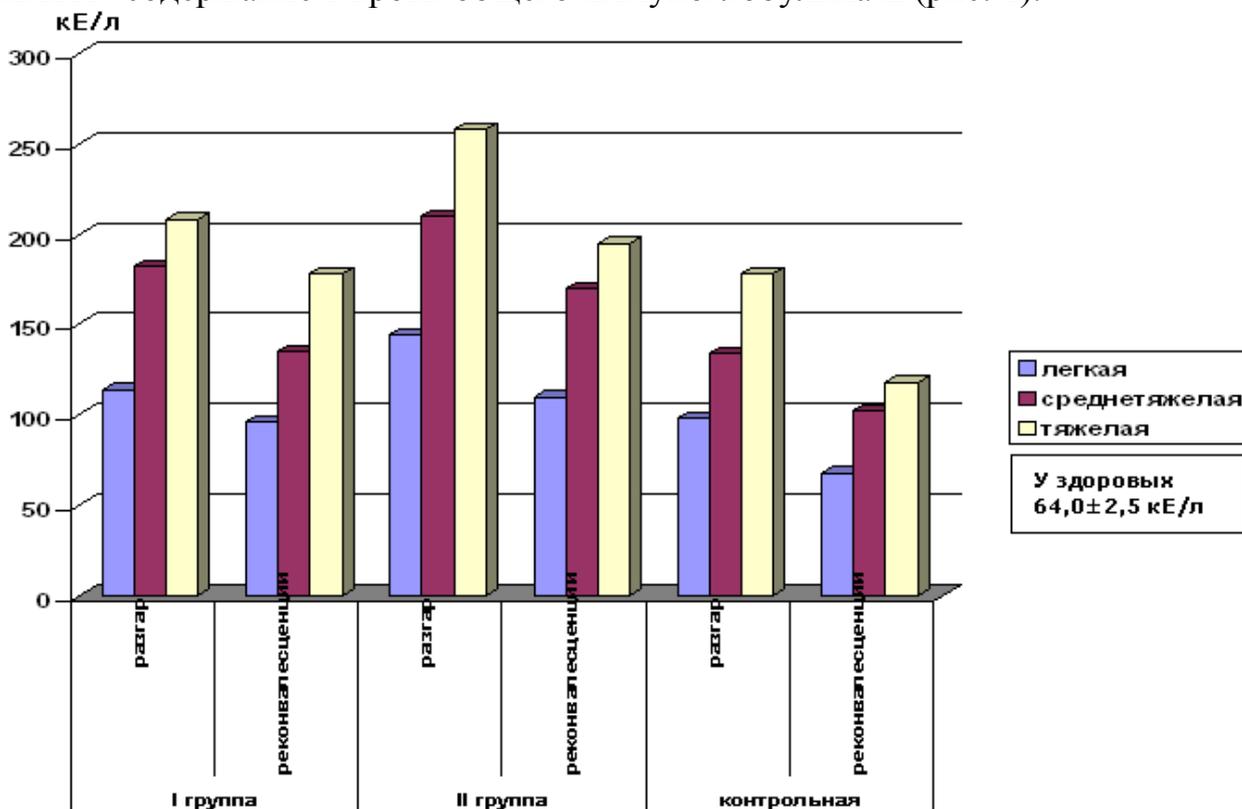


Рис. 1. Содержание в крови общего иммуноглобулина Е у обследованных больных в зависимости от тяжести течения и период болезни (кЕ/л)

Результаты исследования показала, содержание в крови общего иммуноглобулина Е составила у больных легкой формы I основной группы (ВГВ+ кишечной формы лямблиоза) — $114,0 \pm 5,5$ кЕ/л, а среднетяжелой формы — $182,0 \pm 11,0$ кЕ/л, в тяжелой формы — $208,0 \pm 11,0$ кЕ/л; а у больных II основной группы — (ВГВ+ лямблиоза билиарной формы) — $144,0 \pm 15,0$; $210 \pm 16,0$ и $258,0 \pm 18,0$ кЕ/л, соответственно; контрольной группы — $98,0 \pm 3,7$; $134,0 \pm 6,4$ и

178,0±7,5 кЕ/л, соответственно. Показатель этого маркера в разгаре болезни достоверно больше у больных ВГВ на фоне лямблиоза билиарной формы в сравнении с показателями с моноинфекцией независимо от тяжести течения заболевания. В то же время в отношении больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечной формы лямблиоза указанная закономерность выявлена только при тяжелом течении заболевания. Более высокие показатели упомянутого маркера ПЧНТ выявлены у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза билиарной формы. В период реконвалесценции содержание в крови общего иммуноглобулина Е составила у больных легкой формы I основной группы (ВГВ+ кишечной формы лямблиоза) — 96,0±3,8 кЕ/л, а средней тяжести формы — 135,0±5,8 кЕ/л, в тяжелой формы — 178,0±6,2 кЕ/л; а у больных II основной группы — (ВГВ+ лямблиоза билиарной формы) — 110,0±4,8, 170,0±11,0 ва 195,0±15,0 кЕ/л, соответственно; контрольной группы — 68,0±3,2, 102,0±3,8 ва 118,0±5,2 кЕ/л, соответственно. Если в период реконвалесценции содержание общего иммуноглобулина Е в крови у больных контрольной группы практически не отличалось от нормы, то у пациентов основных групп (ВГВ+ кишечной формы лямблиоза, ВГВ+ лямблиоза билиарной формы) показатель указанного теста оставался достоверно высоким по сравнению со здоровыми (64,0±2,5 кЕ/л), за исключением больных с легким течением заболевания.

Полученные результаты позволили нам сделать нижеследующие **выводы**:

1. У больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза развивается ПЧНТ более выражена, чем у больных ВГВ без сопутствующей патологии.
2. Более высокие показатели ПЧНТ выявлены у больных ВГВ при сочетанном течении лямблиоза билиарной формы, чем кишечной формы лямблиоза, что необходимо учитывать при выборе тактики патогенетической терапии.

Список использованных источников

1. Асадов А.А., Шарапов М.Б., Фаворов М.О. Смертность от острых вирусных гепатитов в регионе с высокой эндемичностью заболевания (по материалам Республики Узбекистан за 1985-1995 гг.) // Медицинский журнал Узбекистана. - 1999. №2. - С.9-13.
 2. Махмудов О.С. Врожденные вирусные гепатиты у детей // Медицинский журнал Узбекистана. - 1999. №4. - С. 10-12.
 3. Шарапов М.Б. Острые вирусные гепатиты А, В, С, Д, Е в гиперэндемичном регионе / Автореф. дис... д-ра мед. наук. - Ташкент, 2001. - 32 с.
 4. Магдиева С.Р. Течение сывороточного гепатита у детей на фоне кишечных паразитарных инвазий // Актуальные вопросы медицинской паразитологии и тропической медицины. - МЗ Азербайджан. ССР. НИИ мед. Паразитологии и тропической медицины. - 1984. - Вып.4. - С. 102-105.
 5. О влиянии лямблиоза желчных путей на течение гепатита В у детей / Д.И. Игамбердыева, А.С. Харатова, Х.М. Мунаварова и др. // Актуальные вопросы эпидемиологии и паразитологии, бактериальных и вирусных инфекций. — Ташкент, 1982. -С.193-195.
 6. Помогаева А.П., Каретный Ю.В., Васильева З.Н. Влияние описторхозной инвазии на клинику и иммунный ответ детей, больных вирусным гепатитом // Педиатрия. - 1990. №9.-С.111-112.
-
-

7. Рахматов О.Б. Клинико-аллергологическая характеристика вирусного гепатита В на фоне сочетанного течения лямблиоза / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1998. -16 с.

8. Яхьяев Х.Т., Ибадова Г.А. Особенности клинического течения острого вирусного гепатита В на фоне паразитозов // Вестник врача общей практики. - Самарканд, 2001. №1 (17).-С.81-84.

Родцевич О.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в период с 1996 по 2005 гг. растет (рис. 1). В расчете на 100 000 населения («грубый показатель») она составляла в 1996г. – 277,9; в 2005г. – 303,68 (табл.1).

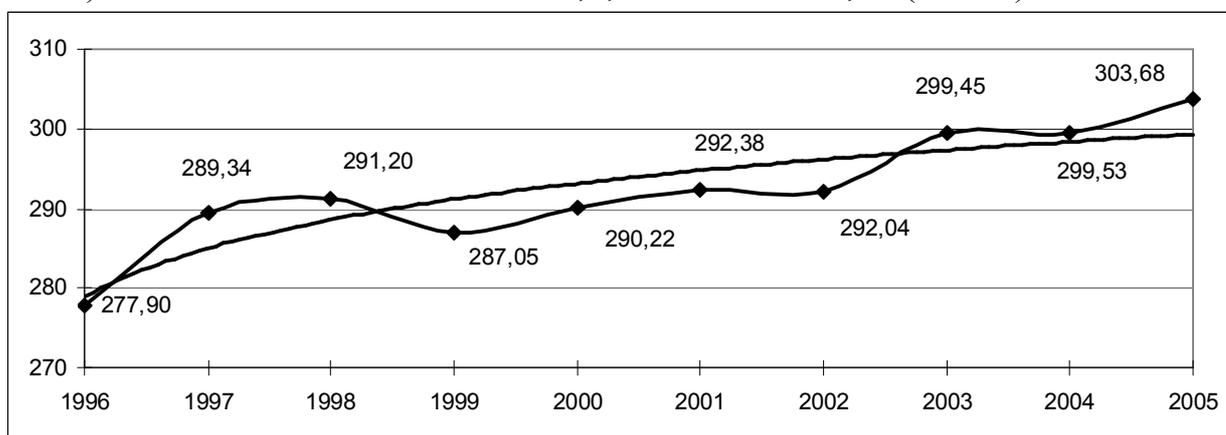


Рис. 1. Динамика показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями (на 100 000 населения)

Средний уровень заболеваемости на различных административных территориях области, представленный на картограмме (табл. 1, рис. 2), позволяет выделить районы со стабильно большим числом пациентов с злокачественными новообразованиями. Это 6 районов области (Хохольский, Таловский, Панинский, Рамонский, Репьевский, Семилукский), в которых зарегистрировано от 342 до 406,75 заболевших на 100 000 населения. Вероятно, стабильно высокий уровень заболеваемости в этих районах обусловлен действием негативных факторов внешней среды. Например, в Семилукском районе, где самая большая заболеваемость в области, функционируют огнеупорные предприятия и расположены открытые карьеры по забору сырьевых ресурсов для строительных нужд.

Не меньший интерес в прогностическом плане представляют территории, на которых невысокие средние уровни заболеваемости, но значительный темп ее прироста (рис. 3). Это районы Н-Девицкий, В-Мамонский и В-Хавский.

Такие высокие уровни средней динамики за 10 лет указывают на небла-

гополучие по онкологической ситуации и диктуют необходимость проведения мероприятий экологической направленности.

Таблица 1

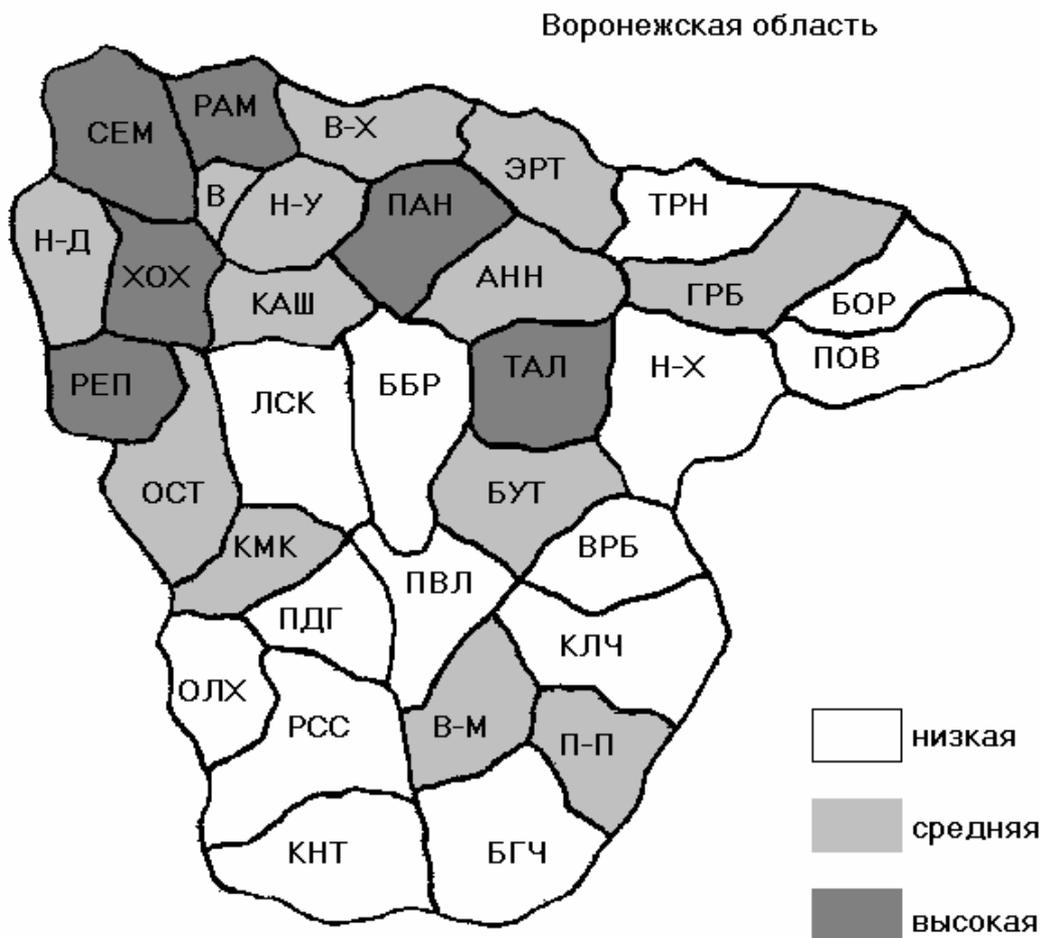
Первичная заболеваемость («грубый показатель»)

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Средний уровень	Средняя динамика
1	Анн	284,95	310,04	316,94	331,49	345,08	341,46	299,81	359,92	317,12	268,39	317,52	0,10
2	Ббр	282,83	311,04	326,53	302,93	250,43	234,46	272,07	281,54	237,66	250,48	275,00	-6,90
3	Бгч	221,08	170,26	232,61	174,64	239,23	231,33	227,60	239,02	224,39	252,50	221,27	5,12
4	Бор	261,28	296,84	315,27	308,84	259,21	242,58	261,62	248,00	258,67	256,16	270,85	-4,90
5	Бут	287,90	270,09	284,47	284,96	282,88	266,54	335,82	295,02	289,27	241,25	283,82	-0,59
6	В-М	352,70	263,83	357,45	313,30	313,04	343,61	354,55	368,66	359,45	358,74	338,53	5,66
7	В-Х	306,12	259,39	284,72	354,39	249,11	311,59	343,07	376,87	350,75	390,63	322,66	11,45
8	Врб	297,87	230,77	270,74	185,02	233,18	250,00	230,41	277,00	239,44	301,44	251,59	1,68
9	Грб	225,35	324,58	309,35	323,67	295,12	321,78	295,17	340,26	270,13	299,73	300,52	2,33
10	Клч	242,33	227,69	261,94	252,71	262,83	245,70	272,15	253,21	245,19	249,16	251,29	1,10
11	Кмк	349,34	296,94	311,69	364,04	312,78	225,66	285,09	229,07	286,34	311,63	297,26	-6,97
12	Кнт	259,68	267,12	255,71	226,54	220,69	241,94	202,33	213,27	270,14	277,64	243,51	-0,49
13	Каш	311,64	344,59	296,17	333,33	271,13	362,99	321,55	308,24	362,01	329,59	324,12	2,43
14	Лск	260,83	254,77	254,00	255,90	262,61	260,99	266,21	295,11	250,25	254,39	261,51	0,88
15	Н-Д	314,29	361,62	286,76	339,55	321,97	334,62	362,55	364,37	368,42	359,31	341,35	5,59
16	Н-У	231,01	305,90	285,94	343,31	276,97	301,15	297,16	266,78	302,01	277,00	288,72	1,07
17	Н-Х	242,66	282,35	305,56	220,00	235,77	235,54	264,71	199,14	269,81	245,37	250,09	-2,80
18	Олх	310,61	265,92	354,96	223,08	274,13	240,31	242,31	341,09	228,68	249,01	273,01	-5,22
19	Ост	311,57	330,84	325,23	285,05	367,35	343,50	313,11	267,89	334,44	280,13	315,91	-2,93
20	Пвл	249,16	219,83	238,58	216,95	238,91	277,87	271,65	248,71	217,84	248,70	242,82	1,43
21	Пан	340,97	343,02	357,77	386,90	330,30	367,28	288,89	401,96	346,41	291,67	345,52	-2,76
22	П-П	286,27	318,90	333,33	236,00	281,12	287,45	266,39	282,16	319,50	269,91	288,10	-1,83
23	Пов	166,67	225,81	209,68	211,96	202,19	270,72	279,33	174,16	179,78	282,35	220,26	4,92
24	Пдг	263,80	197,53	231,48	203,76	251,59	310,68	239,34	274,25	244,15	238,60	245,52	2,90
25	Рам	310,54	393,49	395,28	372,37	335,38	355,56	350,17	417,24	358,62	353,50	364,22	1,25
26	Реп	364,58	340,31	357,89	301,08	412,09	372,22	424,58	403,41	392,05	300,58	366,88	2,09
27	Рсш	198,32	210,03	187,70	205,21	211,24	208,33	236,65	225,60	200,42	225,19	210,87	2,76
28	Сем	353,20	420,51	449,10	423,60	432,10	366,93	385,35	418,83	428,57	389,31	406,75	0,30
29	Тал	335,92	419,92	365,08	318,64	366,20	331,30	353,18	294,00	302,28	344,98	343,15	-6,23
30	Трн	270,55	269,90	217,54	265,96	279,57	316,36	285,71	226,77	293,68	254,03	268,01	0,97
31	Хох	345,30	318,31	358,76	319,21	395,48	327,64	320,70	341,25	370,92	329,15	342,67	0,44
32	Эрт	299,15	264,96	287,79	322,58	298,82	323,35	305,14	319,02	260,74	320,13	300,17	1,74
	Врнж	298,57	305,27	301,97	307,82	311,77	317,90	312,44	328,99	337,50	353,39	317,56	5,30
	Обл.	277,90	289,34	291,20	287,05	290,22	292,38	292,04	299,45	299,53	303,68	292,28	2,19

Ежегодные значительные колебания показателя заболеваемости на одной и той же территории свидетельствуют о несоответствии истинной и регистрируемой заболеваемости, а, следовательно, о дефектах первичной диагностики (районы: Каменский, Н-Хоперский, Подгоренский, Терновский).

В г.Воронеже, как и в целом по области отмечается тенденция к росту

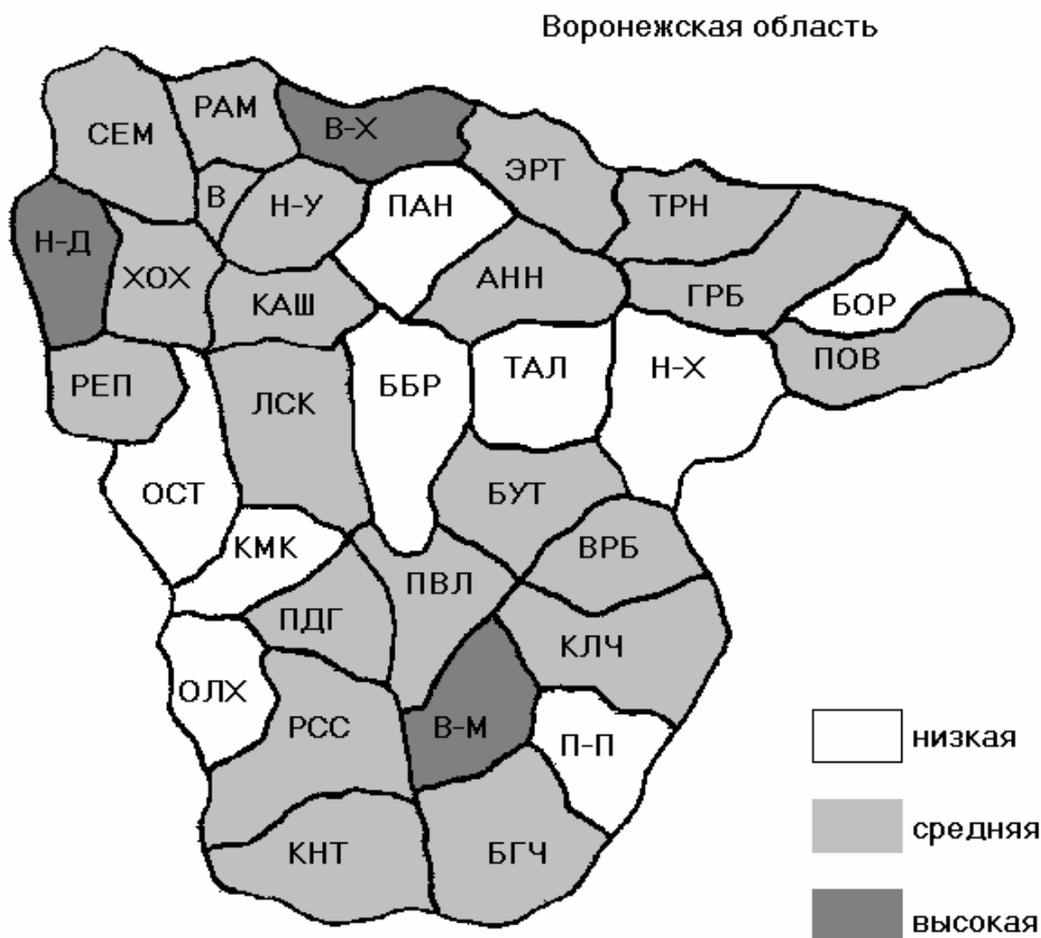
заболеваемости (1996г. – 298,57; 2005г. – 353,39 на 100 000 населения). Несмотря на то, что в городе есть все условия для проведения активной профилактической деятельности, выявления и лечения предраковых состояний и заболеваний, заболеваемость злокачественными новообразованиями на протяжении всего исследуемого десятилетия выше, чем в среднем по области.



Низкая				
РСС=210,87	ПОВ=220,26	БГЧ=221,27	ПВЛ=242,82	КНТ=243,51
КЛЧ=251,29	ВРБ=251,59	ЛСК=261,51	ТРН=268,01	БОР=270,85
ПДГ=245,52	Н-Х=250,09	ОЛХ=273,01	ББР=275,00	
Средняя				
БУТ=283,82	П-П=288,10	Н-У=288,72	ОБЛ=292,28	КМК=297,26
ОСТ=315,91	АНН=317,52	В=317,56	В-Х=322,66	КАШ=324,12
ЭРТ=300,17	ГРБ=300,52	В-М=338,53	Н-Д=341,35	
Высокая				
ХОХ=342,67	ТАЛ=343,15	ПАН=345,52	РАМ=364,22	РЕП=366,88
СЕМ=406,75				

Рис. 2. Средний уровень заболеваемости за 10 лет (1996-2005 гг.)

Удовлетворение вызывает определившаяся тенденция снижения заболеваемости раком желудка, легкого, слизистой полости рта, шейки матки (рис.4-7).



Низкая				
КМК=-6,97	ББР=-6,90	ТАЛ=-6,23	ОЛХ=-5,22	БОР=-4,90
ПАН=-2,76	П-П=-1,83	ОСТ=-2,93	Н-Х=-2,80	
Средняя				
БУТ=-0,59	КНТ=-0,49	АНН=0,10	СЕМ=0,30	ХОХ=0,44
Н-У=1,07	КЛЧ=1,10	РАМ=1,25	ПВЛ=1,43	ВРБ=1,68
ОБЛ=2,19	ГРБ=2,33	КАШ=2,43	РСС=2,76	ПДГ=2,90
В=5,30	ЛСК=0,88	ТРН=0,97	ЭРТ=1,74	РЕП=2,09
ПОВ=4,92	БГЧ=5,12			
Высокая				
Н-Д=5,59	В-М=5,66	В-Х=11,45		

Рис. 3. Средняя динамика заболеваемости за 10 лет (1996-2005 гг.)

Неблагоприятны тенденции заболеваемости раком молочной железы, тела матки, яичников, прямой кишки (рис.8-11).

Таким образом, информационный мониторинг заболеваемости злокачественными новообразованиями в Воронежской области позволяет ранжировать территории по степени онкологического неблагополучия, по скрытым очагам заболеваемости и на этой основе выработать обоснованные оперативные и стратегические управленческие решения.

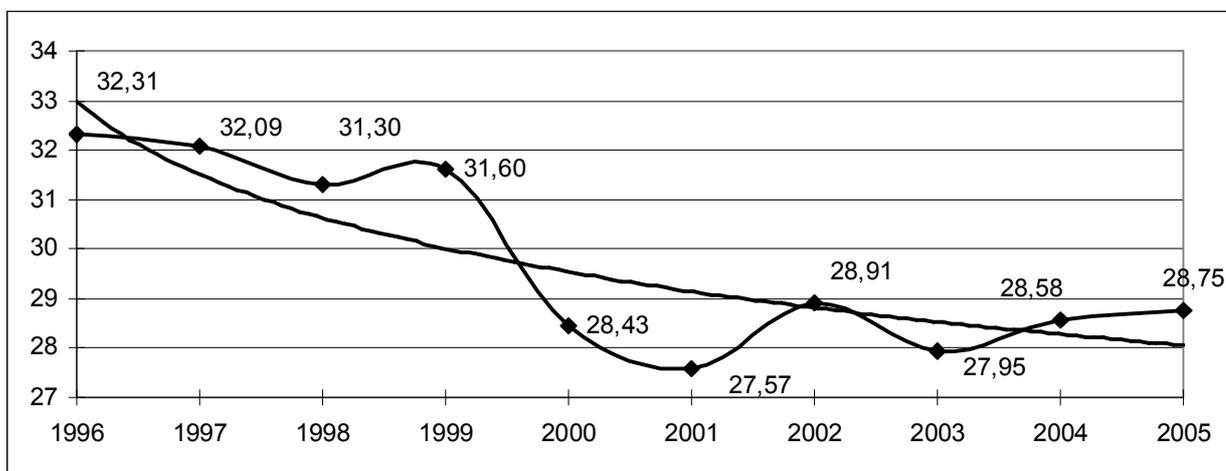


Рис. 4. Динамика показателя заболеваемости раком желудка

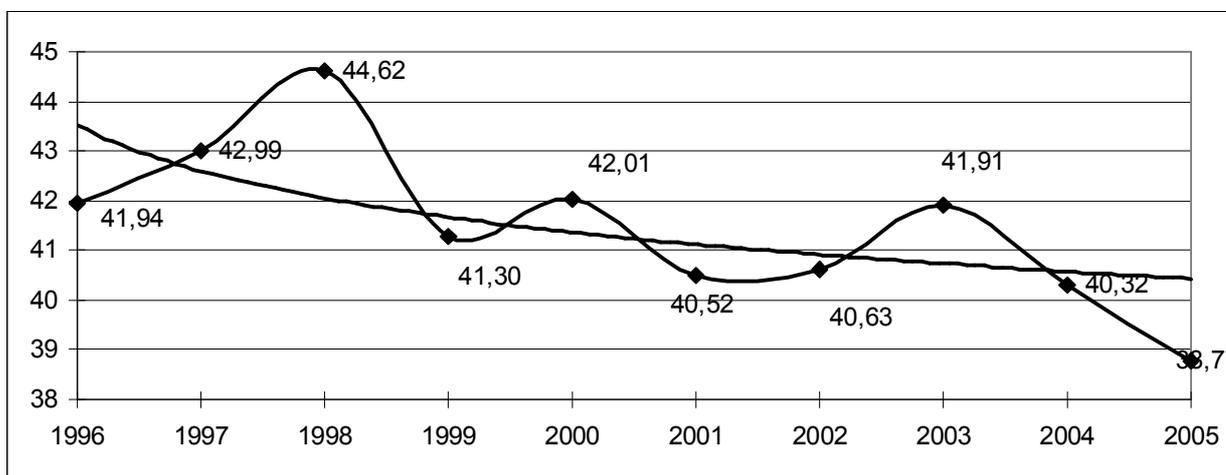


Рис. 5. Динамика показателя заболеваемости раком легкого

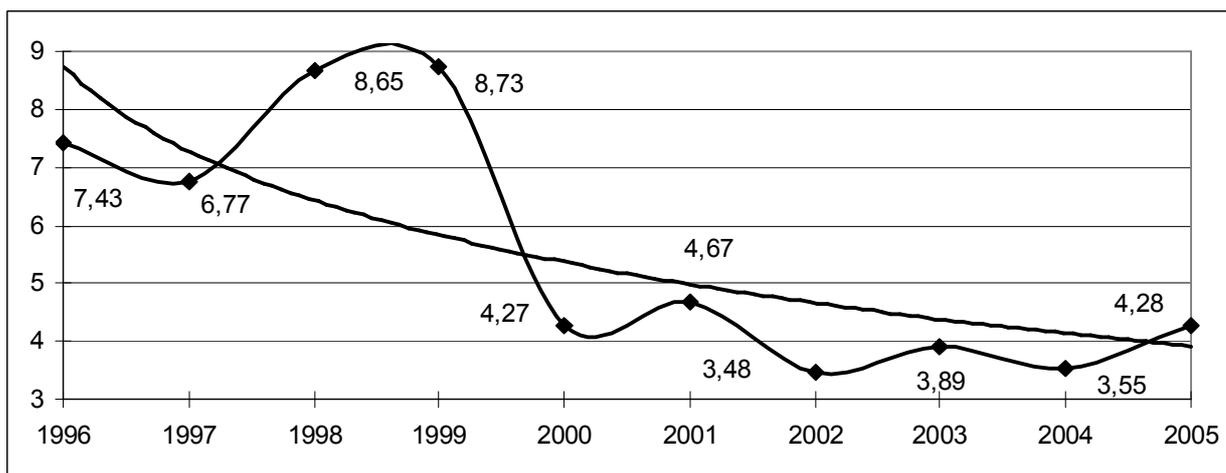


Рис. 6. Динамика показателя заболеваемости раком слизистой полости рта

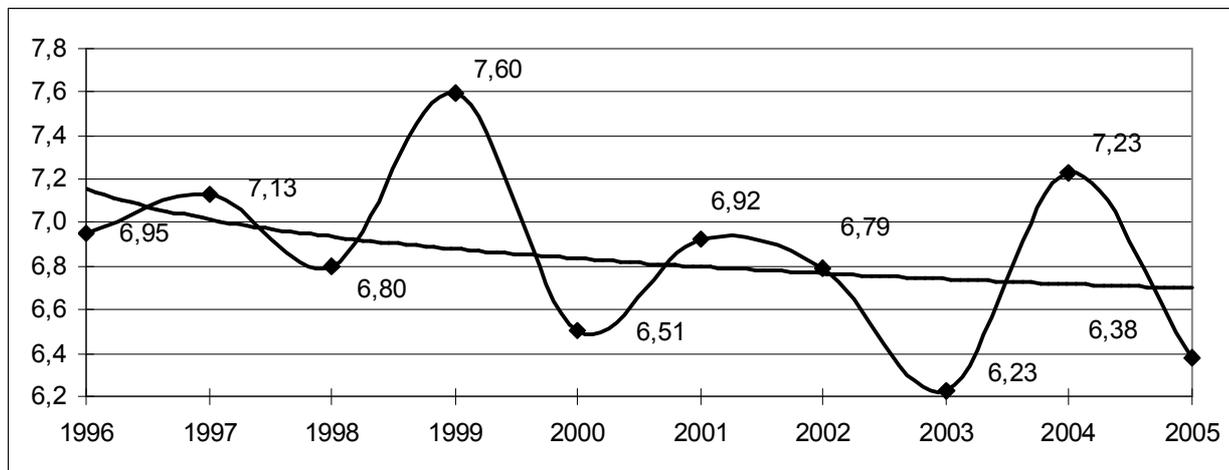


Рис. 7. Динамика показателя заболеваемости раком шейки матки

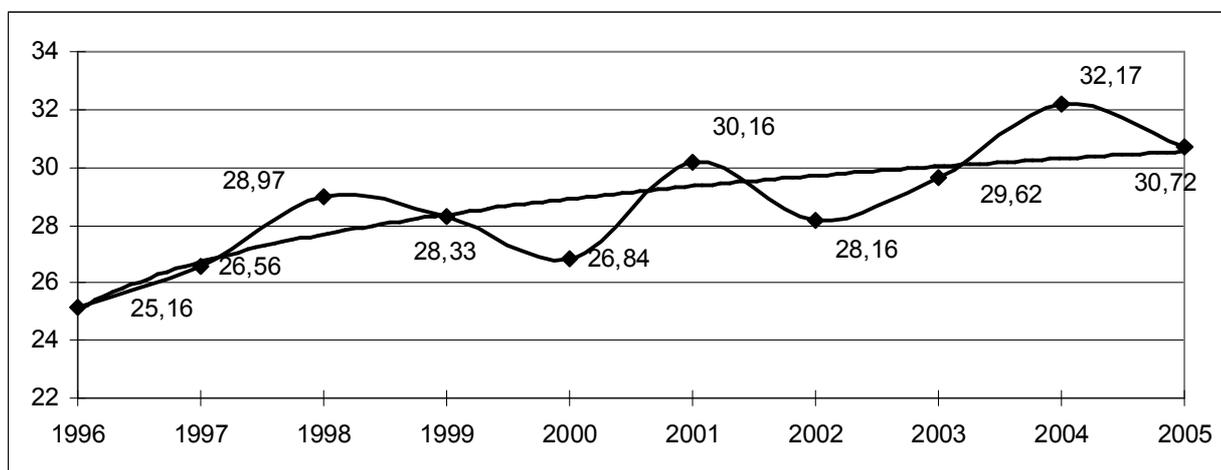


Рис. 8. Динамика показателя заболеваемости раком молочной железы

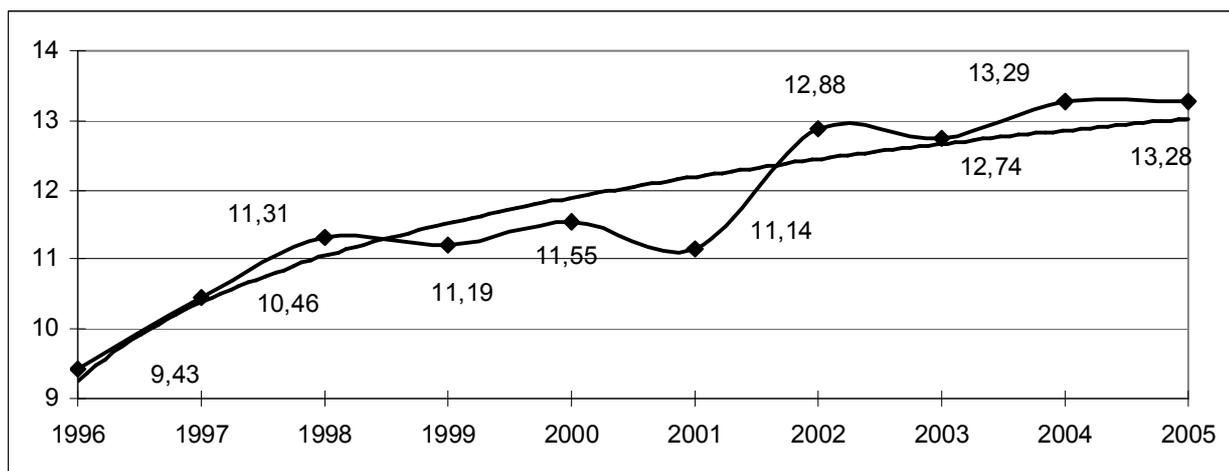


Рис. 9. Динамика показателя заболеваемости раком тела матки

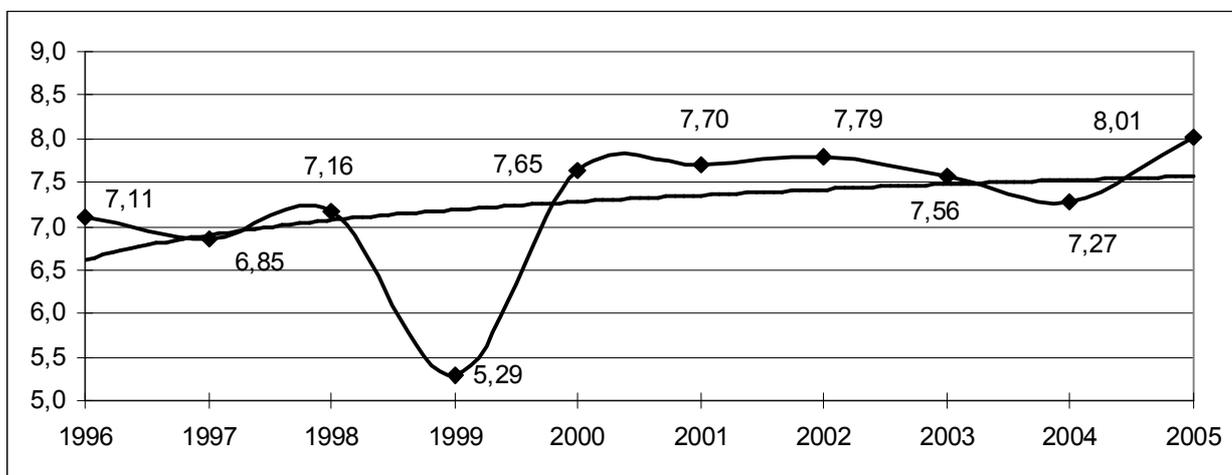


Рис.10 Динамика показателя заболеваемости раком яичников

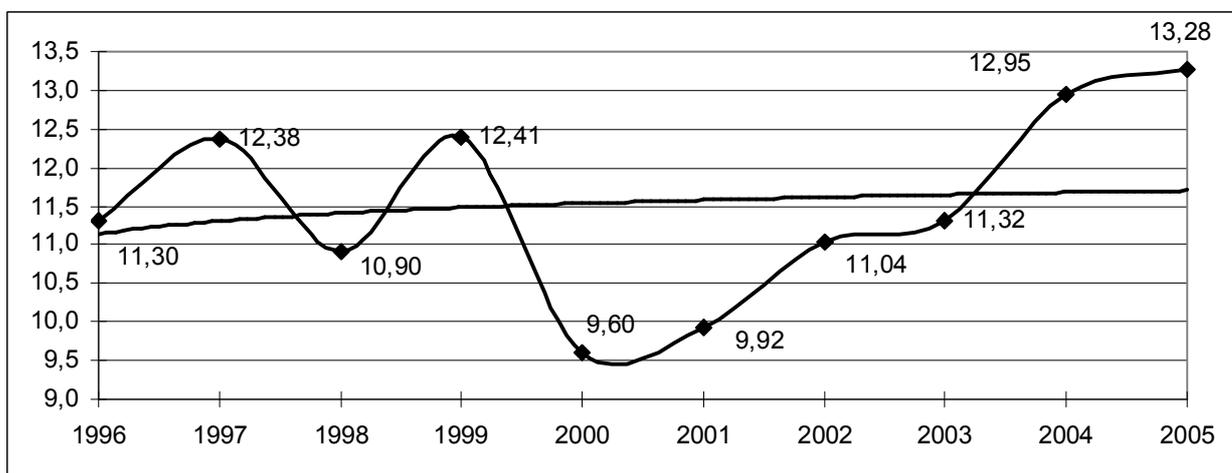


Рис. 11. Динамика показателя заболеваемости раком прямой кишки

**Хомякова Е.Н., Рябцева А.А., Сергушев С.Г., Кошиц И.Н.
 НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С
 ДАЛЕКОЗАШЕДШЕЙ ГЛАУКОМОЙ**

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт им.
 М.Ф.Владимирского (МОНИКИ), г. Москва,
 ЗАО «Питерком МС Консультационная группа», г. Санкт-Петербург*

Несмотря на значительные достижения в борьбе с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) эта задача пока далека от окончательного решения. Накопленные за последние годы теоретические и клинические данные позволяют считать, что мировая офтальмология находится «у порога» практической разработки патогенетически эффективных способов лечения ПОУГ на основе новых, более адекватных представлений о её патогенезе [1,2,4,8,11,14,19,27]. В частности, теоретически стало понятно, что ригидность склеры и отношение «внутренний объём склеры к ежеминутной продукции и оттоку водянистой влаги (ВВ)» могут играть ключевую роль в установке индивидуального уровня внутриглазного давления (ВГД) [16,19,21].

Подавляющее большинство применяемых в современной офтальмологии медикаментозных или хирургических вмешательств направлено на снижение ВГД любыми доступными способами, без каких-либо воздействий на улучшение или восстановление эластических свойств фиброзной оболочки глаза. Такой подход приводит сначала к некоторому снижению ВГД и уменьшению величины экскавации решётчатой пластинки склеры, но расплатой за снижение ВГД является ухудшение процессов внутриглазного метаболизма, дальнейшее ускорение процессов старения тканей склеры и нарастания её ригидности и, наконец, зачастую, переход к новому витку в повышении ВГД [11]. И, как не прискорбно, пока мы умеем делать только это.

Первые теоретические разработки показали, что одним из перспективных направлений в борьбе с ПОУГ может стать щадящая **гипотензивная непроникающая склеротомия** (НГС), позволяющая включить в работу биомеханизма «дыхания склеры» её внутренние, сохранившие эластичность слои, и привести уровень ВГД к величине, близкой к индивидуальному значению ВГД в молодости [11,16,19]. Патогенетическая сущность НГС заключается в том, что это вмешательство направлено именно на преодоление одной из главных (механических) причин роста ВГД - рост ригидности склеры, который приводит к неблагоприятному для глаза «выключению» из работы эластических волокон склеры и функциональным нарушениям в работе биомеханизма «дыхания склеры». Создание условий для восстановления нормального функционирования эластических волокон склеры позволяет снизить ВГД патогенетически обоснованно, т.к. при таком направленном воздействии нет причин для ухудшения метаболизма тканей внутриглазных структур [9,11]. Говоря коротко, непримиримая борьба за снижение ВГД без снижения ригидности склеры, вполне вероятно, являлась тупиковым путём, но сегодня явно уже появился «свет в конце тоннеля» в виде НГС.

Существуют различные способы ввода имплантов в склеральную оболочку, а также нанесения непроникающих склеральных надрезов, которые первоначально возникли у рефракционных хирургов как попытка борьбы с пресбиопией [24,26]. «Попутный эффект» при этих операциях заключался в «парадоксальном» снижении ВГД, на что впервые обратили внимание российские исследователи, теоретически объяснили его появление и показали явную перспективность такого воздействия как НГС для патогенетически и физиологически обоснованного снижения ВГД [14,16].

В литературе последних лет появились публикации об изучении применения склеральных супрацилиарных надрезов на снижение ВГД. Ерескин Н.Н. с соавт. предложили использование непроникающей эксимер-лазерной склероабляции (НЭЛС) [4]. П.А.Гончар с соавт. провели исследование влияния склеральных супрацилиарных разрезов в районе проекции на склеру плоской части цилиарного тела с введением дренажей для дополнительного снижения ВГД [3,23]. Для уменьшения экскавации РПС нейроофтальмологами В.Ф.Шмырёвой и О.А.Шмелёвой была предложена хирургическая непроникающая склеротомия в зоне выхода зрительного нерва (склерального кана-

ла) в попытке «растянуть» РПС в поперечном направлении и за счёт этого снизить экскавацию РПС [22].

Биомеханический анализ этих и других аналогичных публикаций привёл к важному практическому выводу: нанесение непроникающих склеральных надрезов в любом месте на склере приводит к устойчивому снижению ВГД даже в отдалённом периоде [9,10,11,22], а биомеханическое моделирование операции НГС показало, что наиболее эффективны косые наклонные надрезы [12].

Учитывая, что НГС позволяет производить индивидуально щадящие воздействия, клиническая апробация такого перспективного метода представлялась нам очень важной. Причём, мы сразу поставили задачу проверить возможность и перспективность именно **лазерной непроникающей гипотензивной склеротомии** (ЛНГС), в отличие от бурно развивающейся хирургической НГС [3,23,24]. Логично было начать с далекозашедшей глаукомы(то есть с терминальных глаз), что и было сделано.

В настоящее время лечение терминальной болящей глаукомы представляет собой актуальную и трудную проблему практической офтальмологии. Существует три основных хирургических подхода к лечению больных с терминальной глаукомой:

- операции, направленные на уменьшение продукции водянистой влаги (циклодеструктивные), когда используемые термические или лазерные воздействия, возможно, разрушают эпителиальные клетки ресничного тела, ответственные за продукцию водянистой влаги. Циклодеструктивные операции существенно отличаются в лучшую сторону по степени безопасности и механизму действия от хирургических вмешательств, связанных с вскрытием оболочки глаза. Однако, их патогенетическая обоснованность не высока: ведь снижая ВГД за счёт уменьшения уровня продукции ВВ мы фактически нарушаем нормальные процессы метаболизма внутриглазных структур и ускоряем процессы старения в глазу.

- операции, направленные на улучшение оттока водянистой влаги, с применением антиметаболитов во время или после различных модификаций трабекулэктомии (5-фторурацил, митомицин и т.д.). И у такого сочетанного вмешательства патогенетическая обоснованность не высока: попытки снизить ВГД за счёт увеличения оттока ВВ позволяют на некоторое время уменьшить экскавацию РПС, но опять происходит фактическое нарушение процессов нормального метаболизма внутриглазных структур, поскольку нарушается процесс «дыхания склеры» при снижении ВГД [11] и, как следствие, ускоряется процесс старения фиброзной оболочки глаза.

- создание искусственных дренажей для улучшения оттока водянистой влаги («импланты» – направленные на предотвращение срастания поверхностного и глубокого листка склеры, использование «шунтов-трубочек», обеспечивающих пассивный отток водянистой влаги, «клапанные» устройства). Работа в глазу дренажей любого типа патогенетически представляется несколько более обоснованной, чем вышеуказанные вмешательства, поскольку

это более щадящее воздействие, однако все недостатки такого узконаправленного вмешательства, связанные с нарушением процессов метаболизма, присутствуют и у этого способа в полном объёме.

Цель работы: изучить возможности применения ЛНГС у пациентов с далекозашедшей, терминальной болящей глаукомой.

Материал и методы. Предложен лазерный метод лечения терминальной болящей глаукомы, заключающийся в нанесении с помощью YAG-лазерной установки Optimis II (производство Франция), непроникающих трансконъюнктивальных аппликаций склеры в зоне проекции плоской части цилиарного тела.

Клинические исследования. Прооперированно 18 пациентов (18 глаз) с далекозашедшей некомпенсированной болящей глаукомой : 10 женщин, 8 мужчин в возрасте 62-73 года. Уровень офтальмотонуса, измерявшийся тонометром Маклакова (груз 10 грамм), колебался в пределах 31-39 мм.рт.ст. Все пациенты ранее были прооперированы традиционными способами и получали перед операцией ЛНГС максимальную гипотензивную терапию. У всех пациентов некомпенсированное ВГД сопровождалось выраженным болевым синдромом, а ряд глаз был запланирован на энуклеацию.

Результаты. После нанесения (с письменного согласия пациентов) пробных непроникающих трансконъюнктивальных аппликаций ВГД устойчиво снизилось на 28-30% от исходного у всех пациентов. **Уже после первого сеанса купировался болевой синдром.** У всех пациентов удалось сохранить ранее тяжело болящий глаз.

Выводы

1. Лазерная непроникающая гипотензивная склеротомия (ЛНГС) является эффективным щадящим способом достижения физиологически комфортного индивидуального уровня ВГД в данном возрасте.

2. Патогенетическая обоснованность операции НГС, предсказанная ранее теоретически с биомеханической точки зрения, подтверждена клинически в варианте ЛНГС.

3. ЛНГС и различные другие типы операций НГС, выполненные в разных клиниках, показывают безусловную перспективность их применения в борьбе с ПОУГ и могут быть рекомендованы для проведения широкой клинической апробации.

Список использованных источников

1. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении, М., 2001, 350 С.
 2. Волков В.В. Трёхкомпонентная классификация открытоугольной глаукомы на основе представлений о её патогенезе // Глаукома, № 1, 2004, С. 57-67.
 3. Гончар П.А., Душин Н.В., Фролов М.А. и др. Влияние супрацилиарных надрезов на гидродинамику гипертензивных глаз // В сб.научн. тр.: IV Всерос. школа офтальмолог., 4-я: Сб. научн. тр. - 2005.- С. 75-82.
 4. Ерескин Н.Н., Дога А.В., Магарамов Д.А. Лечение первичной далеко зашедшей глаукомы эксимерным лазером VIII съезд офтальмологов России:Сб.науч. тр., М., 2005, С.169.
 5. Затулина Н.И., Панормова Н.В., Сеннова Л.Г. Концепция патогенеза первичной
-
-

открытоугольной глаукомы // VII съезд офтальмологов России: Сб.науч. тр., Ч. 1, М., 2000, С.131.

6. Затулина Н.И., Панормова Н.В., Сеннова Л.Г., Мальцев В.В. Количественные биомеханические сдвиги в соединительной ткани заднего отрезка глазного яблока при глаукоме и атеросклерозе // Вестн. офтальмол., 1989, № 2, С.37-41.

7. Затулина Н.И., Сеннова Л.Г. Об эластических волокнах дренажной системы глаза человека // Офтальмол. журн., 1983, № 8 (264), С.497-499.

8. Кошиц И. Н., Макаров Ф.Н., Светлова О.В., Засеева М.В., Котляр К.Е. Биомеханические особенности регуляции ресничной мышцей аккомодации и оттока водянистой влаги при направленных рефракционных или фармакологических вмешательствах // В сб.: Биомеханика глаза 2005 / МНИИ ГБ им. Гельмгольца, 2005, С. 20-44.

9. Кошиц И.Н., Светлова О.В., Засеева М.В., Шухаев С.В., Макаров Ф.Н., Котляр К.Е., Смольников Б.А. Физиологические принципы гипотензивной терапии открытоугольной глаукомы в пресбиопическом периоде (Часть 1: исходные теоретические предпосылки, гипотезы и факты) // Глаукома, 2006, № 3, С. 41-82.

10. Кошиц И.Н., Светлова О.В., Засеева М.В., Шухаев С.В., Макаров Ф.Н., Котляр К.Е., Смольников Б.А. Физиологические принципы гипотензивной терапии открытоугольной глаукомы в пресбиопическом периоде (Часть 2: перспективные алгоритмы практических щадящих воздействий) // Глаукома, 2006, № 4, С. 34-79.

11. Кошиц И.Н., Светлова О.В., Котляр К.Е., Макаров Ф.Н., Смольников Б.А. Биомеханический анализ традиционных и современных представлений о патогенезе первичной открытоугольной глаукомы // Глаукома, 2005, №1, с. 41-62.

12. Красницкая С.А., Смольников Б.А., Светлова О.В., Котляр К.Е., Кошиц И.Н. Биомеханическая оценка рациональной ориентации непроникающих склеральных надрезов // В сб.: Биомеханика глаза 2005 / МНИИ ГБ им. Гельмгольца, 2005, С. 103-111.

13. Пригожина А.Л. Патологическая анатомия и патогенез глаукомы // Медицина, 1966, 220 С.

14. Светлова О.В. Биомеханические особенности взаимодействия основных путей оттока внутриглазной жидкости в норме и при открытоугольной глаукоме // Биомеханика глаза 2001 / МНИИ ГБ им. Гельмгольца: Сб. науч. тр., М., 2001, С.95-107.

15. Светлова О.В., Засеева М.В., Кошиц И.Н. Ригидность склеры - достоверный критерий оценки уровня и диапазона скачков ВГД в здоровых и глаукомных глазах // Съезд офтальмол. России, 8-й: Сб. науч. тр.- М., 2005.- С. 214-215.

16. Светлова О.В., Засеева М.В., Суржиков А.В., Кошиц И.Н. Развитие теории оттока водянистой влаги и перспективные гипотензивные воздействия / Глаукома, 2003, №1, С.51-59.

17. Светлова О.В., Кошиц И.Н. Старение оболочек глаза - возможное ключевое звено в патогенезе открытоугольной глаукомы // VII съезд офтальмологов России: Сб.науч.тр., Ч.1, М., 2000, С.193.

18. Светлова О.В., Кошиц И.Н. Взаимодействие основных путей оттока внутриглазной жидкости с механизмом аккомодации. Учебное пособие // Издательский Дом СПб. МАПО, 2002, 30 С.

19. Светлова О.В., Суржиков А.В., Кошиц И.Н. Биомеханическое обоснование эффективности новых гипотензивных воздействий // Биомеханика глаза 2002 / МНИИ ГБ им. Гельмгольца: Сб.науч.тр., М., 2002, С.70-78.

20. Светлова О.В., Суржиков А.В., Соболев Д.А., Смольников Б.А., Засеева М.В., Иомдина Е.Н., Кошиц И.Н. Биомеханическая оценка достоверного диапазона модуля Юнга склеры для разработки норм ригидности здоровых и глаукомных глаз // Биомеханика глаза 2002 / МНИИ ГБ им. Гельмгольца: Сб. науч. тр., М., 2002, С.96-100.

21. Симановский А.И. Сравнительный анализ изменения биомеханических свойств склеры в процессе естественного старения и при развитии глаукоматозной патологии // Глаукома, 2005, № 4, С. 13-19.

22. Шмырёва В.Ф., Шмелёва О.А. Реваскулярная декомпрессия зрительного нерва – новая операция на зрительном нерве при прогрессирующей глаукоматозной оптической нейропатии / Вестн. Офтальм., Т.118, № 3, 2002, С. 3-4.

23. Эль Ибрагим С., Гончар П.А. Клинико-экспериментальное исследование влияния супрацилиарных надрезов на снижение ВГД при ПОУГ // Клинич. офтальмол., Т.5, № 2, 2004, С.56-57.

24. Fukusaku H., Marron J. Anterior Ciliary's Sclerotomy with Silicone Expansion Plug Implantation: Effect on Presbyopia and Intraocular Pressure // Int. Ophthalmol Clin., 2001, Spring., 41 (2), P.133-141.

25. Fukusaku H.// MVR Video Journal of ophthalmology, 1999, V.15, № 2.(Цит. по: Новое в офтальмологии, № 1, 2000, С. 10.).

26. Ocular surgery News, 1999, Vol.17, №15, P. 42, (Цит. по: Новое в офтальмологии, № 2, 2000,С.11).

27. Svetlova O.V., Zinovieva N.V., Krylova I.S., Koshitz I.N., Smolnikov B.A., Fyodorova E.M., Kotliar K. E. Elaboration of the Conception of the Biomechanical Model of the Aqueous Outflow // Russian Journal of Biomechanics, 2001, №3, P.23-29.

28. Svetlova O.V., Zinovieva N.V., Tomilova E.V., Koshitz I.N., Sourjnikov A.V., Fedorova E.M., Smolnikov B.A., Kotliar K.E. Elaboration of a Valid Biomechanical Model of Aqueous Humor Outflow // Acta of Bioengineering and Biomechanics, Vol.4, Suppl. 1, 2002, Wroclaw, p.718.

4. Информационные технологии в медицине. Управление

Кравец Б.Б., Родцевич О.А., Устинова Е.Ю., Печерских М.В. ИНДИКАТОРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

За десятилетний период отмечена положительная тенденция динамики основных качественных показателей региональной онкологической службы (табл. 1).

Таблица 1

Динамика основных качественных показателей онкологической службы за 10 лет

Показатели	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Удельный вес I+II ст. (%)	50,7	50	49,5	50	51,9	52,2	53,7	54,5	54,6	55,9
Общая запущенность IV ст (%)	23,7	24,5	23,6	22,7	22,5	22,1	22,8	22,3	23	22,2
Визуальная запущенность III+IV ст (%)	24,6	25,5	24,6	27,4	23,9	20,7	21,9	22,1	23	22,5
Одногодичная летальность (%)	30,4	32	30,8	32	30,1	32,3	34,3	34,4	30,4	30,8
Морфологическая верификация (%)	78,5	78,9	83,6	83,7	84,1	82,4	83,7	83,4	82,8	83
Индекс накопления контингентов	5,33	5,2	5,08	5,23	5,46	5,48	5,65	5,84	5,97	6,1
Пятилетняя выживаемость (%)	51,4	51,9	52,3	49,8	50,5	50,5	49	53	53,4	53,8
Выявлено на онкопрофосмотрах (%)	8,08	8,39	9,46	9,93	12,7	13,6	11,2	10	14,4	14,3

Показатель поздней диагностики злокачественных новообразований уменьшился на 1,5%. Визуальная запущенность (III+IV стадии визуальной локализации рака) также уменьшилась на 2,13%.

Показатель морфологической верификации диагноза вырос на 4,62%.

Улучшились значения показателей пятилетней выживаемости (на 2,34%), индекса накопления контингентов (на 0,77%).

Показатель одногодичной летальности стабилен.

Динамика показателя поздней диагностики в целом по всем локализациям, а также по раку желудка, легкого, молочной железы, шейки и тела матки, яичников, прямой кишки, меланомы представлены на рис. 1-9.

Показатели поздней диагностики незначительно снизились при раке

желудка (на 1,5%), молочной железы (на 1,67%), яичников (на 1,11%).

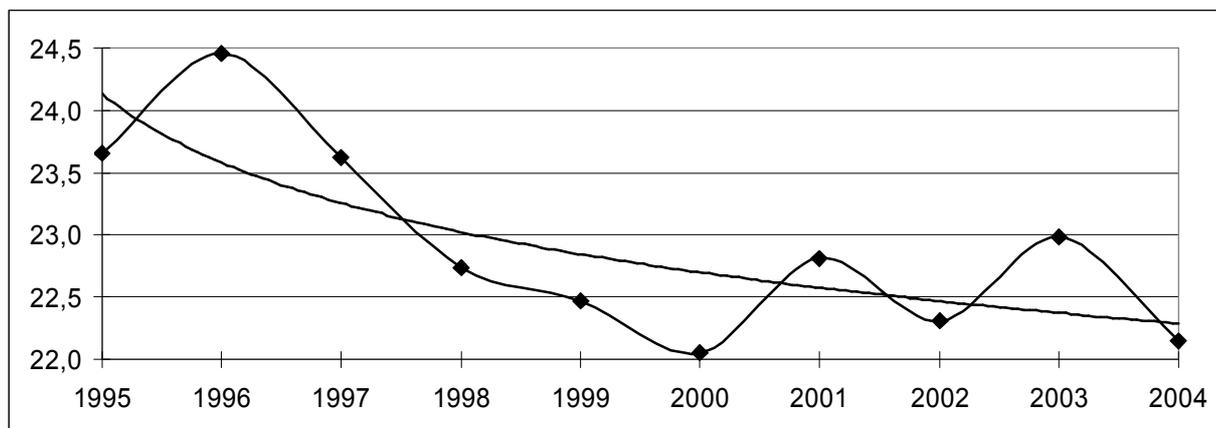


Рис. 1. Динамика показателя поздней диагностики злокачественных новообразований

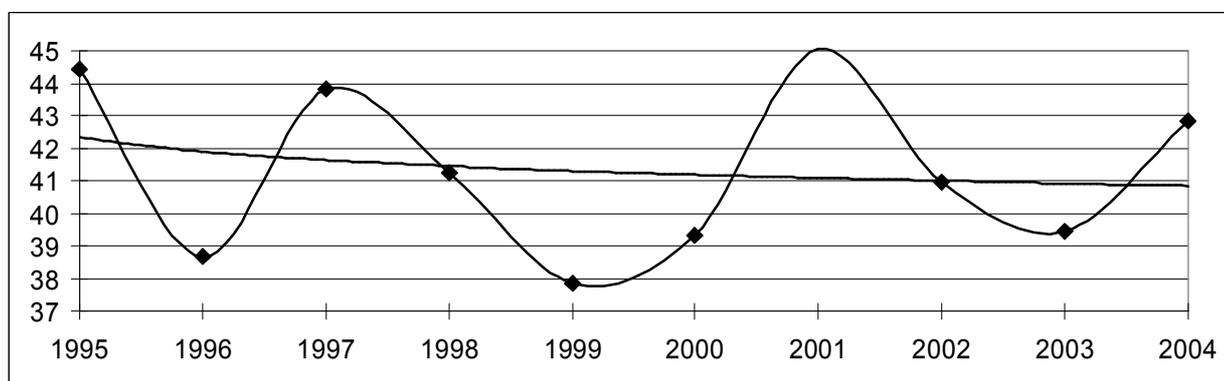


Рис. 2. Динамика показателя поздней диагностики рака желудка

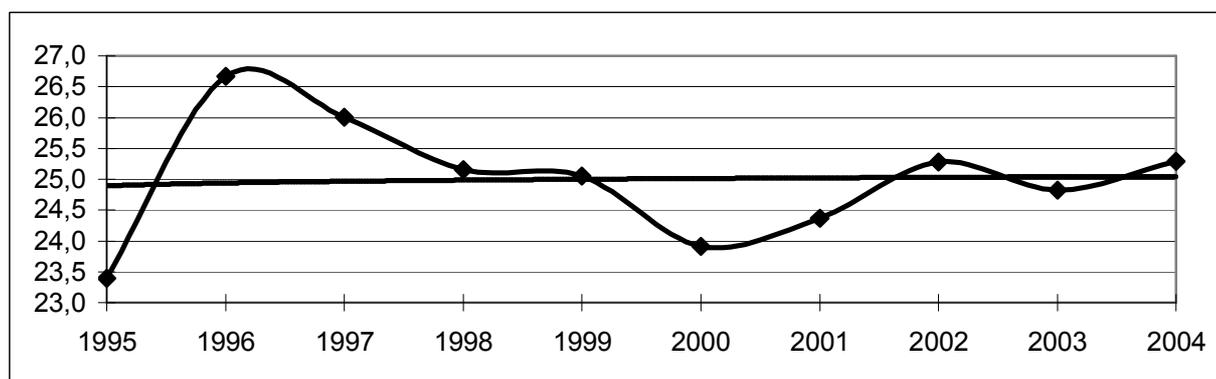


Рис. 3. Динамика показателя поздней диагностики рака легкого

Значительное снижение запущенности отмечено при раке шейки матки (на 5,98%), тела матки (на 5,81%), прямой кишки (на 5,91%).

Выросла запущенность у больных со злокачественной меланомой кожи (на 17,99%), раком легкого (на 1,89%).

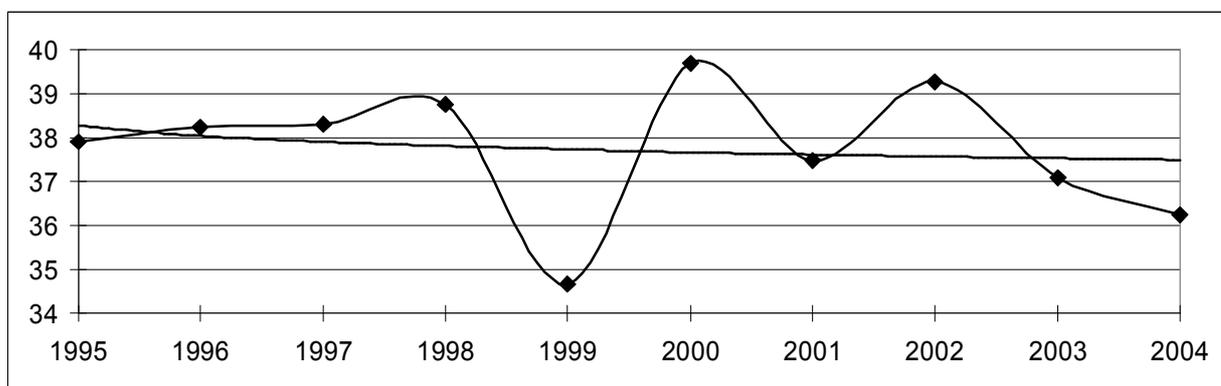


Рис. 4. Динамика показателя поздней диагностики рака молочной железы

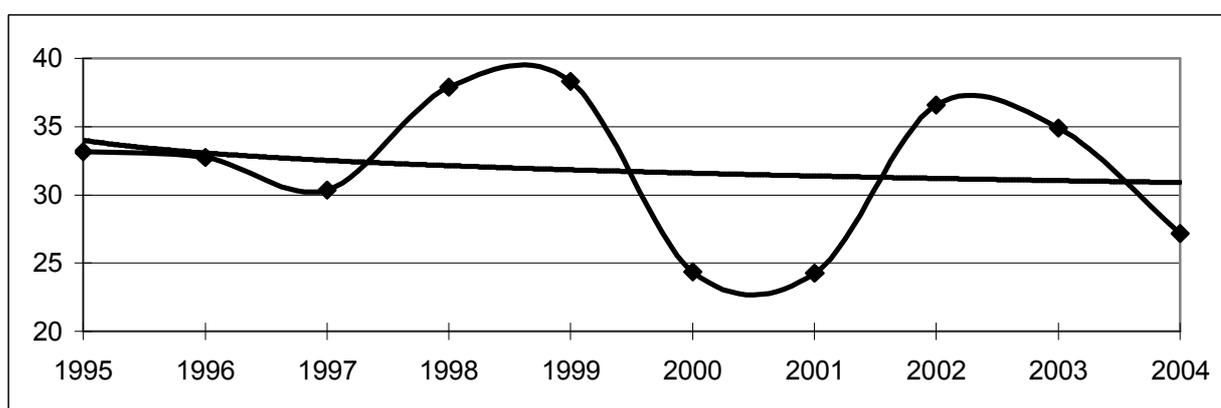


Рис. 5. Динамика показателя поздней диагностики рака шейки матки

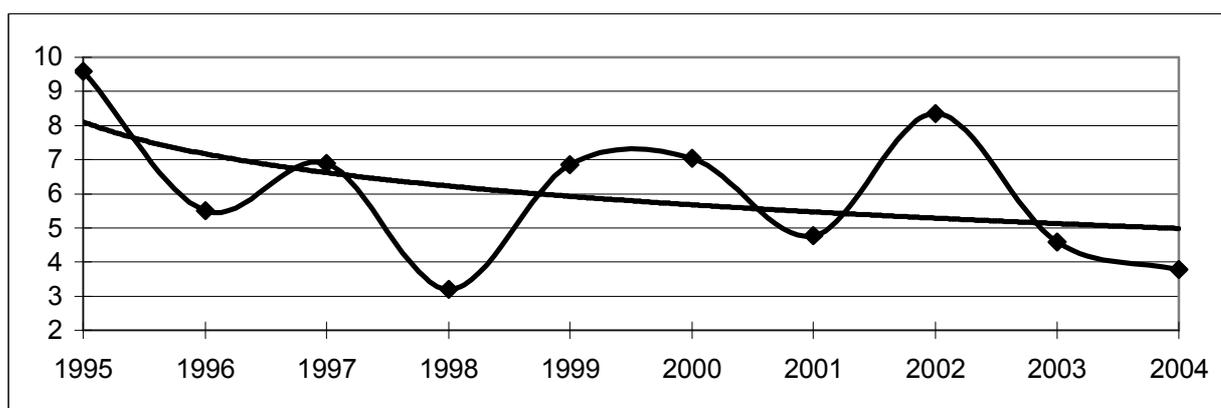


Рис. 6. Динамика показателя поздней диагностики рака тела матки

Визуализация средних уровней показателя поздней диагностики на территориальном уровне (картограмма – рис. 10) в определенной мере характеризует качество профилактической и диагностической деятельности отдельных ЦРБ, позволяют определить приоритетные направления решения выявленных проблем.

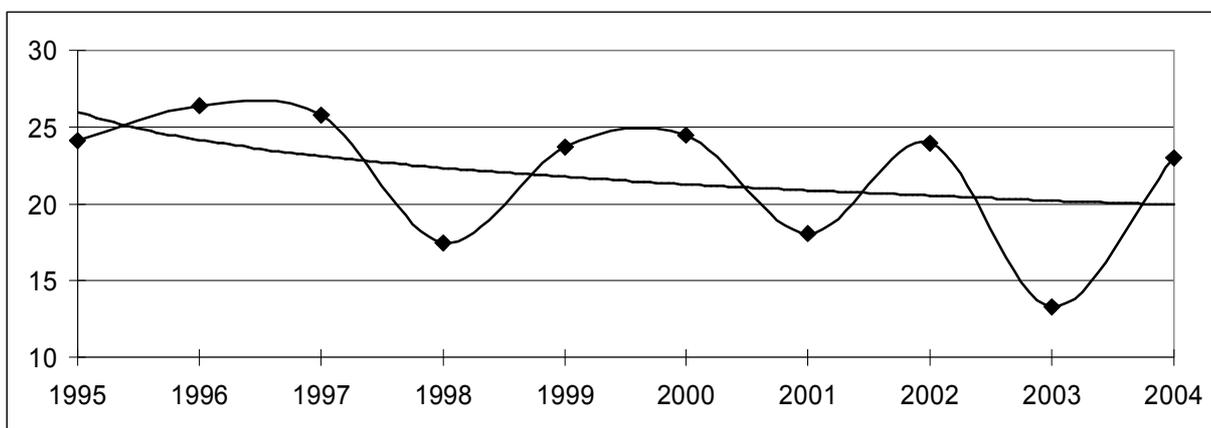


Рис. 7. Динамика показателя поздней диагностики рака яичников

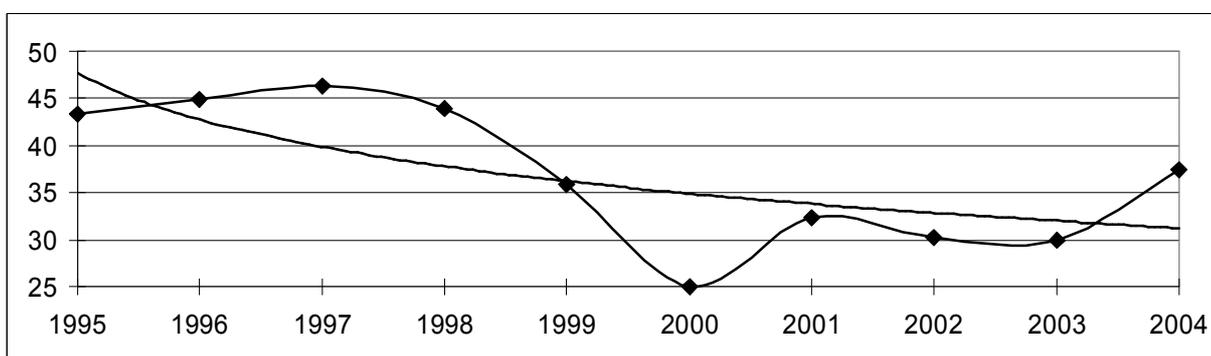


Рис. 8. Динамика показателя поздней диагностики рака яичников

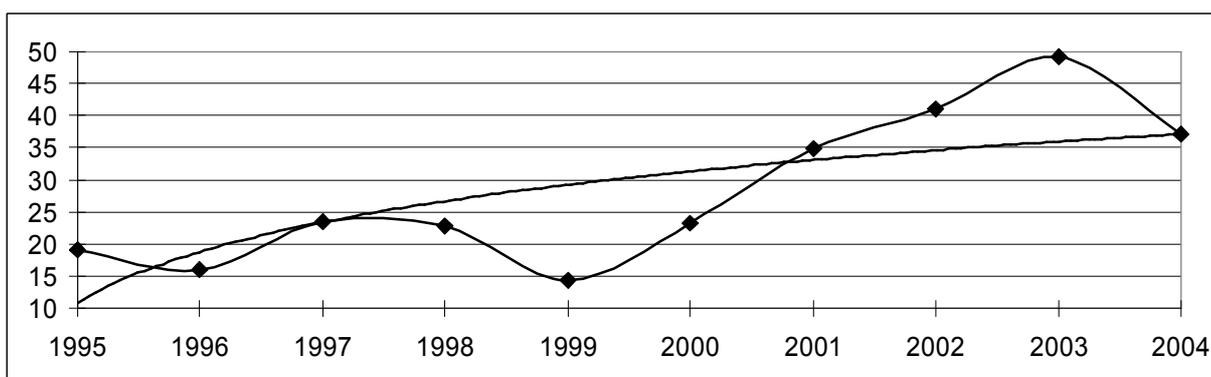
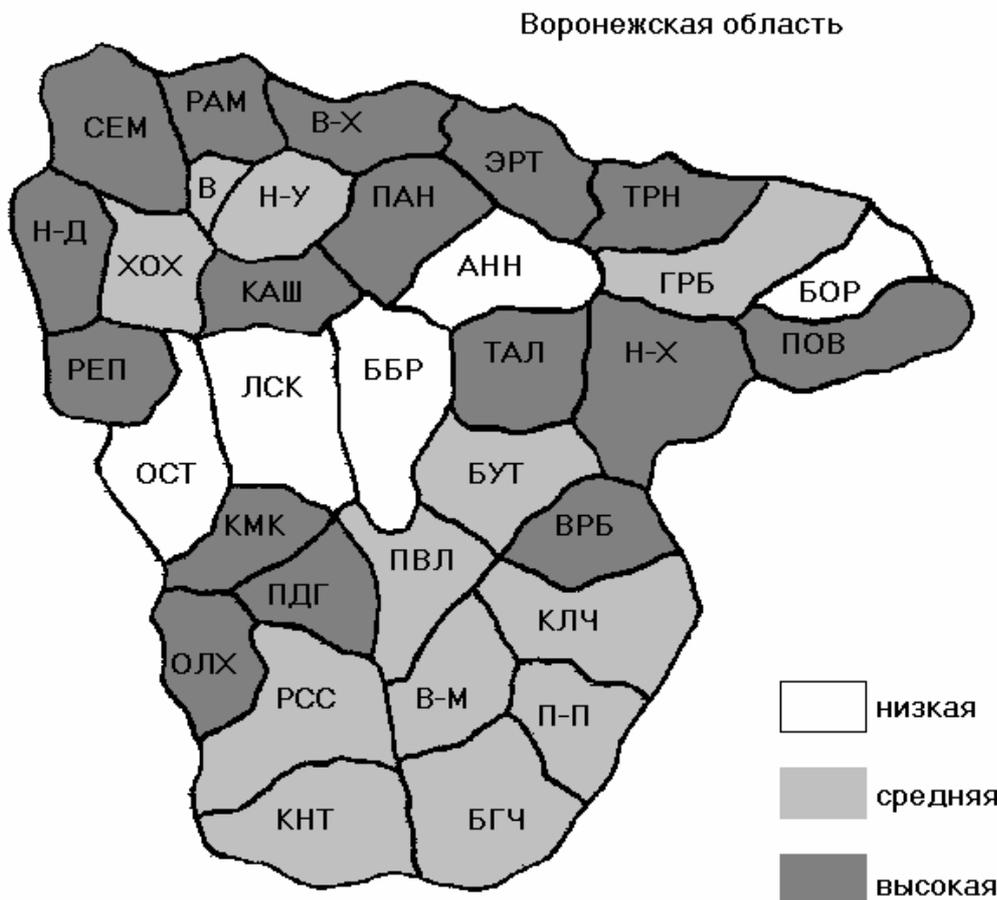


Рис. 9. Динамика показателя поздней диагностики меланомы

Летальность в течение первого года после установления диагноза в течение десятилетия составляет 30,06%-34,42% с наибольшими значениями в 2001 и в 2002 годах (рис. 11).

Причинами столь высокого показателя одногодичной летальности являются отказы больных от лечения, экономические трудности.

Больше половины больных раком желудка, легкого, молочной железы погибают в течение года после начала лечения.



Низкая						
ЛСК=15,95	ББР=17,51	ОСТ=17,72	АНН=18,79	БОР=18,91		
Средняя						
КЛЧ=20,02	Н-У=20,28	ГРБ=20,49	КНТ=20,68	ПВЛ=21,29	БУТ=21,47	ОБЛ=22,46
П-П=22,60	В-М=22,81	В=23,02	ХОХ=23,08	БГЧ=23,13	РСС=23,24	
Высокая						
СЕМ=23,50	КМК=23,82	ПДГ=24,28	Н-Д=24,55	РЕП=25,01	В-Х=25,18	ТАЛ=25,20
ПАН=25,27	ПОВ=25,58	РАМ=25,64	Н-Х=26,04	ЭРТ=26,04	ТРН=26,18	ОЛХ=26,24
ВРБ=26,91	КАШ=27,27					

Рис. 10. Средние уровни показателя поздней диагностики (IV стадия)

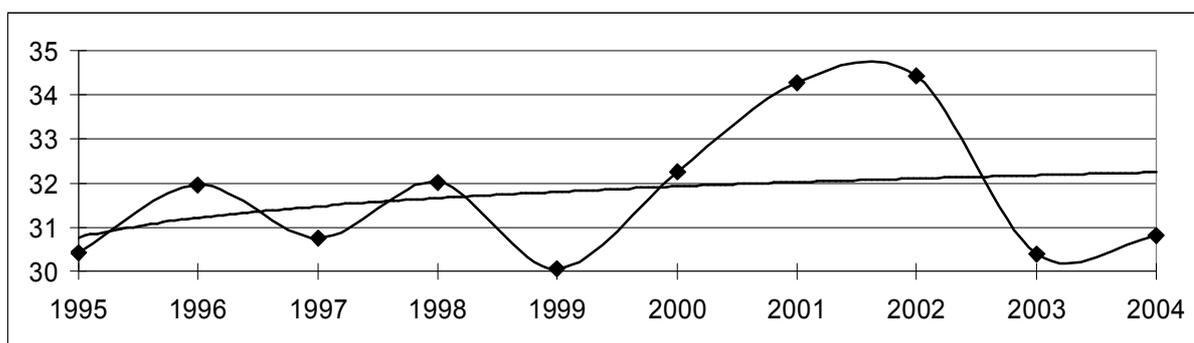


Рис. 11. Одногодичная летальность при всех злокачественных новообразованиях

Растет одногодичная летальность при раке шейки матки (1995 г. – 11,76%, 2004 г. – 24,16%), раке яичников (1995г. – 27,14%; 2005г. – 34,81%), меланоме (1995 г. – 6,98%; 2005 г. – 16,67%), раке мочевого пузыря (рис. 12-15).

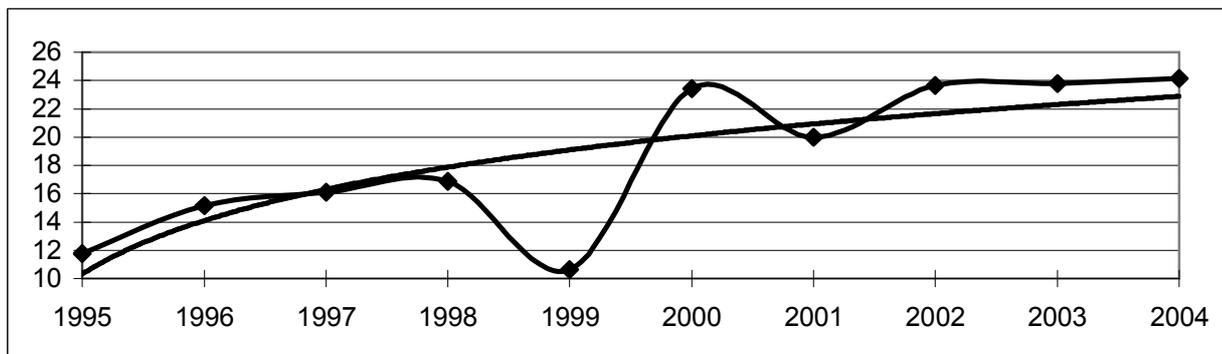


Рис. 12. Динамика показателя одногодичной летальности при раке шейки матки

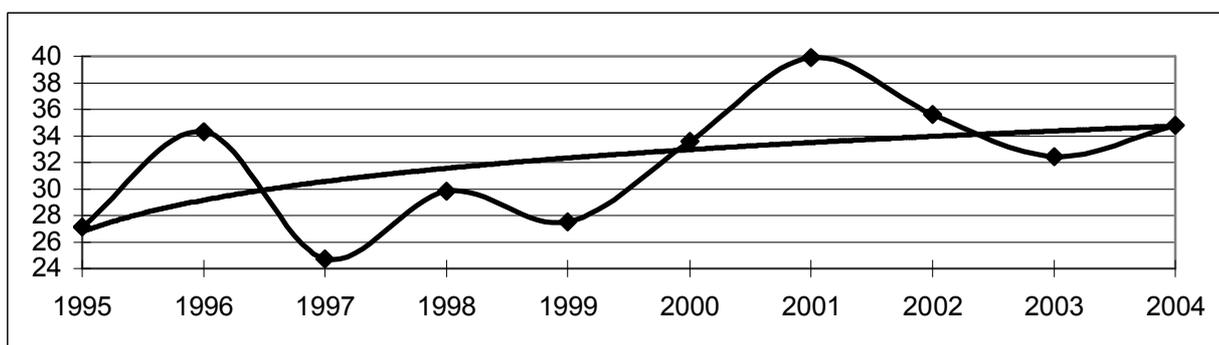


Рис. 13. Динамика показателя одногодичной летальности при раке яичников

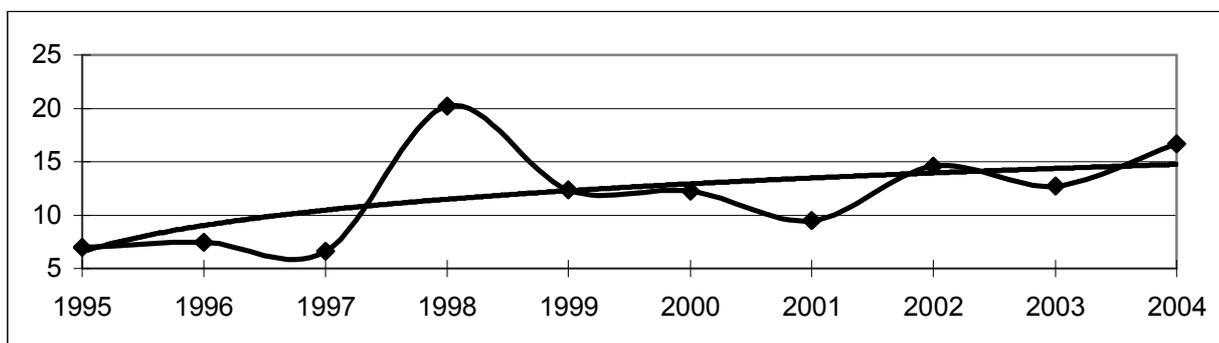


Рис. 14. Динамика показателя одногодичной летальности при меланоме

Показатель морфологической верификации диагноза, пятилетней выживаемости, индекса накопления контингентов в их динамике представлены на рис. 16-18.

По распространенности основных форм злокачественных новообразований с учетом первичной заболеваемости можно косвенно судить об эффективности лечения.

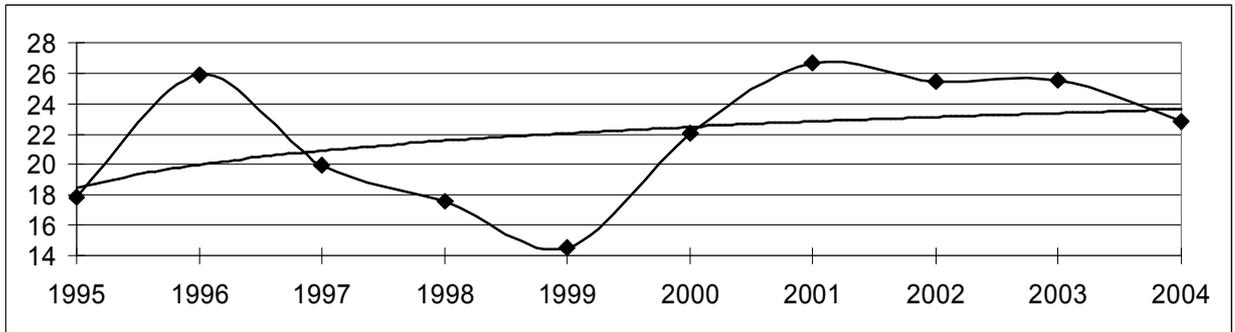


Рис. 15. Динамика показателя годовичной летальности при раке мочевого пузыря

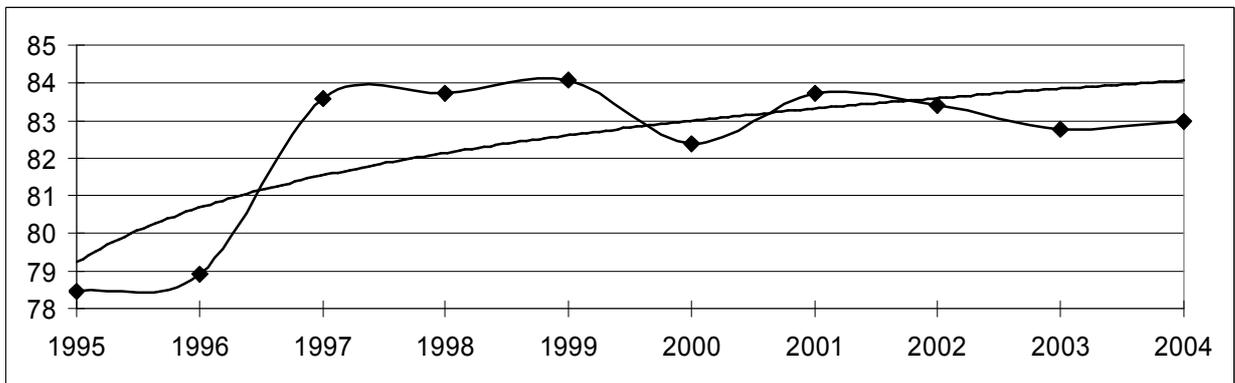


Рис. 16. Динамика показателя морфологической верификации диагноза

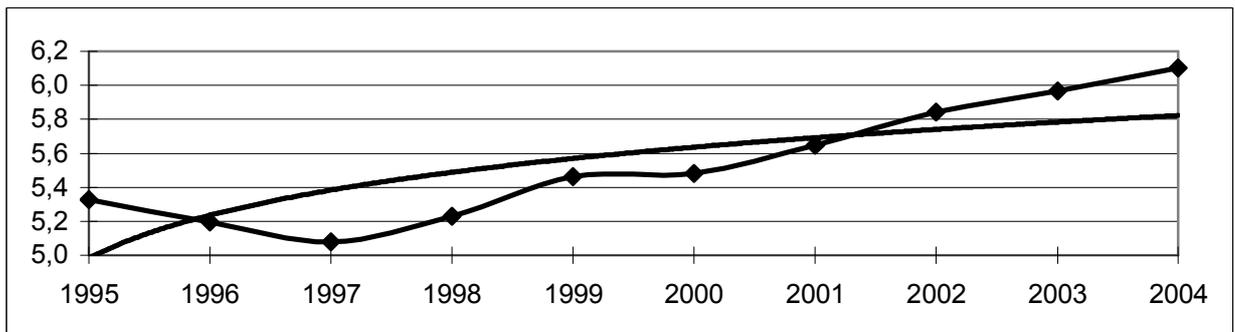


Рис. 17. Динамика значений индекса накопления контингентов

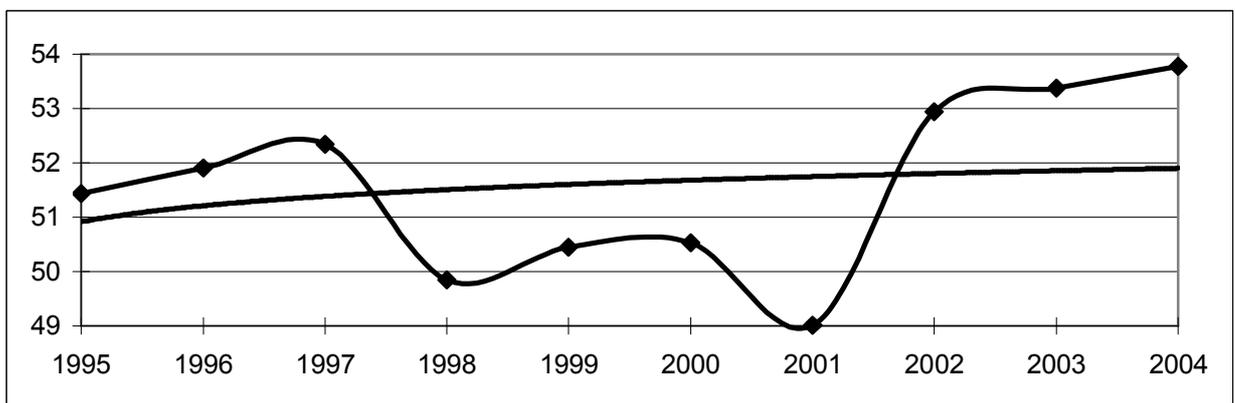


Рис. 18. Динамика показателя пятилетней выживаемости

Так на 1-2 местах по заболеваемости рак легкого и рак желудка. На 3-м рак молочной железы.

Однако распространенность рака молочной железы (соотношение числа больных, состоящих на учете на конец года к численности населения на 100 000 более, чем в 3 раза превышает распространенность рака желудка и рака легкого).

По этой же логике удовлетворительные результаты лечения рака шейки и тела матки (табл.2).

В целом можно констатировать позитивную динамику эффективности медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями (распространенность злокачественных опухолей в 1995г. – 1418,3, а в 2004г. – 1858,9).

Таблица 2

Динамика распространенности основных форм злокачественных новообразований

Нозологии	Распространенность злокачественных новообразований									
	Годы									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Злокачественные новообразования в целом по области	1418,3	1444,0	1469,4	1522,2	1697,5	1718,4	1650,6	1706,1	1787,1	1858,9
Рак легкого	70,6	69,8	68,5	71,2	81,5	73,0	72,1	73,3	77,7	82,0
Рак желудка	81,1	83,3	83,0	85,2	85,6	86,7	87,0	90,5	94,5	95,3
Рак толстого кишечника	42,7	46,2	48,9	54,0	59,0	60,1	62,6	66,7	72,3	77,1
Рак молочной железы	205,7	215,2	220,4	231,5	261,2	259,0	261,5	273,2	287,6	300,9
Рак шейки матки	148,8	146,0	141,1	137,0	138,1	131,2	125,1	121,7	119,4	118,2
Яичника	43,4	46,2	47,3	49,3	52,0	52,7	53,2	54,3	57,2	59,2
Рак тело матки	111,3	112,7	115,3	119,4	129,7	130,5	132,0	138,4	145,3	152,1
Рак мочевого пузыря	43,2	45,8	47,9	50,2	56,7	57,0	58,1	60,3	63,2	64,7
Рак предстательной железы	13,2	14,6	16,8	18,6	21,5	23,5	26,6	29,6	33,3	36,9
Рак щитовидной железы	42,8	45,7	50,7	55,7	64,2	67,8	69,2	74,6	78,6	84,5
Рак прямой кишки	45,8	43,0	47,2	49,3	54,3	55,7	56,2	59,8	63,3	67,8

Припачкина А.П., Кравец О.Я.
РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ФАКТОРАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ
НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА
ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УРОВНЕ

Управление здравоохранения Липецкой области, г. Липецк
Воронежский государственный технический университет

Современная финансовая политика в управлении здравоохранением не предполагает наличия средств, предполагает наличия средств, достаточных для полного и всеобъемлющего проведения всего комплекса мероприятий, влияющих на онкоситуацию в пределах территории. Актуальной является задача такого распределения (перераспределения) средств и ресурсов, при котором воздействие оказывалось бы на те факторы, направленное изменение которых могло бы в наибольшей степени повлиять на улучшение здоровья населения.

В статье осуществлена постановка общей задачи оптимизации воздействия на значимые факторы влияния на качество оказания медицинской помощи онкологическим больным в предположении ограниченности выделяемых ресурсов. Постановка первоначально произведена для отдельной нозологии на локальной территории (это может быть район города, области, а также территория, выделенная не по административному принципу, а исходя из других, например, экологических, соображений). Далее оптимизационная задача обобщается на управление качеством оказания медицинской помощи онкологическим больным независимо от нозологических форм также пределах территории. Наконец, задача оптимизация управления факторами, влияющими на качество оказания медицинской помощи, распространяется на уровень региона, охватывающего множество территорий, а также приводится постановка многоуровневой оптимизационной задачи. Статья завершается описанием и структурными схемами алгоритмов решения поставленных оптимизационных задач.

Проблема управления качеством как процесс управления ресурсами

Определенная сложность пока недостаточно сбалансированного бюджета онкологической службы диктует необходимость строгого финансового анализа и рационального распределения ресурсов. Это вынуждает искать пути расширения аналитических возможностей при оценке экономической эффективности существующих механизмов управления качеством оказания медицинской помощи онкологическим больным.

Схематически (рис. 1) процесс управления качеством характеризуется определенными методами, принципами, индикаторами качества, механизмами его обеспечения.



Рис. 1. Структура процесса управления качеством

При этом особую актуальность приобретает разработка и сопровождение задач обеспечения качества, из которых первостепенное значение имеет рациональное использование ресурсов.

Неэффективная стратегия управления собственными ресурсами не позволяет обеспечить внедрение в лечебно-диагностический процесс наиболее совершенных методов, ведет к простоям дорогостоящего оборудования, нерациональному использованию медицинских кадров.

Современный подход к проблеме качества оказания медицинской помощи онкологическим больным требует нового подхода к формированию организационной структуры управления онкологической службой (например, необходимо четко разделять экономические, сервисные и аналитические группы).

К числу наиболее значимых компонентов ресурсов относятся финансы, оборудование, расходные материалы, информация, кадры медицинских работников.

Управление качеством медицинской помощи онкологическим больным - это управление результативностью, эффективностью, степенью удовлетворенности пациента. Оно обеспечивается управлением профилактической и лечебно-диагностической деятельностью.

Таким образом, рациональное управление структурой (материальные, кадровые и информационные ресурсы), процессом и результатом создает предпосылки не только для обеспечения надлежащего качества онкологической помощи, но также предусматривает повышение эффективности медицинской деятельности (достижение запланированных результатов при наименьших затратах).

Критериями результативности медицинской помощи онкологическим больным являются:

- активная выявляемость больных со злокачественными новообразованиями;
- показатель своевременной диагностики, выраженный в удельном весе больных с I и II стадиями процесса среди впервые зарегистрированных онкологических больных;
- показатель поздней диагностики, характеризующийся удельным весом больных с распространенным процессом среди впервые зарегистрированных;
- показатель морфологической верификации диагноза;
- показатель одногодичной летальности;
- показатель использования в лечебной практике комбинированного и комплексного лечения;
- пятилетняя выживаемость пациентов;
- индекс накопления контингентов.

В каждый отдельный временной период возникает необходимость определения приоритетов финансирования. Равномерное использование инвестиций нецелесообразно из-за многообразия и различной значимости возникающих проблем.

Например, на этапе, когда большинство пациентов поступает на лечение с III и IV стадиями процесса и оно не дает желаемого результата, наиболее приоритетным становится обеспечение профессиональной онкологической грамотности врачей общелечебной сети и средних медицинских работников, обеспечение медицинской техникой и инструментарием.

При выявлении проблем в осуществлении необходимого комбинированного лечения с целью получения лучших отдаленных результатов растет целесообразность оснащения современным радиологическим оборудованием со строительством каньонов, соответствующего обучения онкологических кадров.

При стабильно низком показателе морфологической диагностики первостепенным становится финансирование диагностического оборудования, повышение квалификации сотрудников.

Оптимизация воздействия на значимые факторы влияния на онкопатологию

Исследования в области разработки эффективных методов воздействия на значимые факторы влияния на качество оказания медицинской помощи больным с онкопатологией привели к выводу о том, что множество этих факторов в общем случае совпадает с аналогичным, построенным для оценки состояния здоровья населения. Вместе с тем существует ряд специфических для данной нозологии мероприятий, качественное и регулярное проведение которых позволяет направленно изменять факторы влияния на качество лечения.

Разумно предположить, что, проводя мероприятия, направленные на улучшение здоровья населения в целом, нам удастся добиться и снижения онкозаболеваемости и смертности. Вместе с тем сохраняющийся остаточный принцип финансирования здравоохранения вкупе с весьма средними доходами населения существенно ограничивает частоту и объем осуществляемых мероприятий. Фактически, перед органами управления стоит задача обеспечения максимально эффективного воздействия на значимые факторы с использованием строго ограниченных ресурсов.

Воздействовать на состояние здоровья получается только опосредованно, через цепочку “мероприятие” → “фактор влияния” → “состояние здоровья”.

Проведем классификацию мероприятий следующим образом:

- организационные;
- методические;
- профилактические;
- лечебные;
- реабилитационные.

Ниже будет уточнено содержание каждого комплекса мероприятий, однако преимущественно качественный характер классификации обеспечивает почти полное непересечение комплексов между собой (рис. 2).

1. К *организационным* мероприятиям отнесем:

- выезды кураторов в районы с целью контроля за качеством диспансеризации;
 - проведение кустовых семинаров с целью обучения врачей общелечебной сети клиническим вариантам течения рака;
 - обучение врачей-рентгенологов и эндоскопистов на базе областного онкологического диспансера;
 - обучение онкологов областного онкологического диспансера на факультете усовершенствования врачей.
-
-

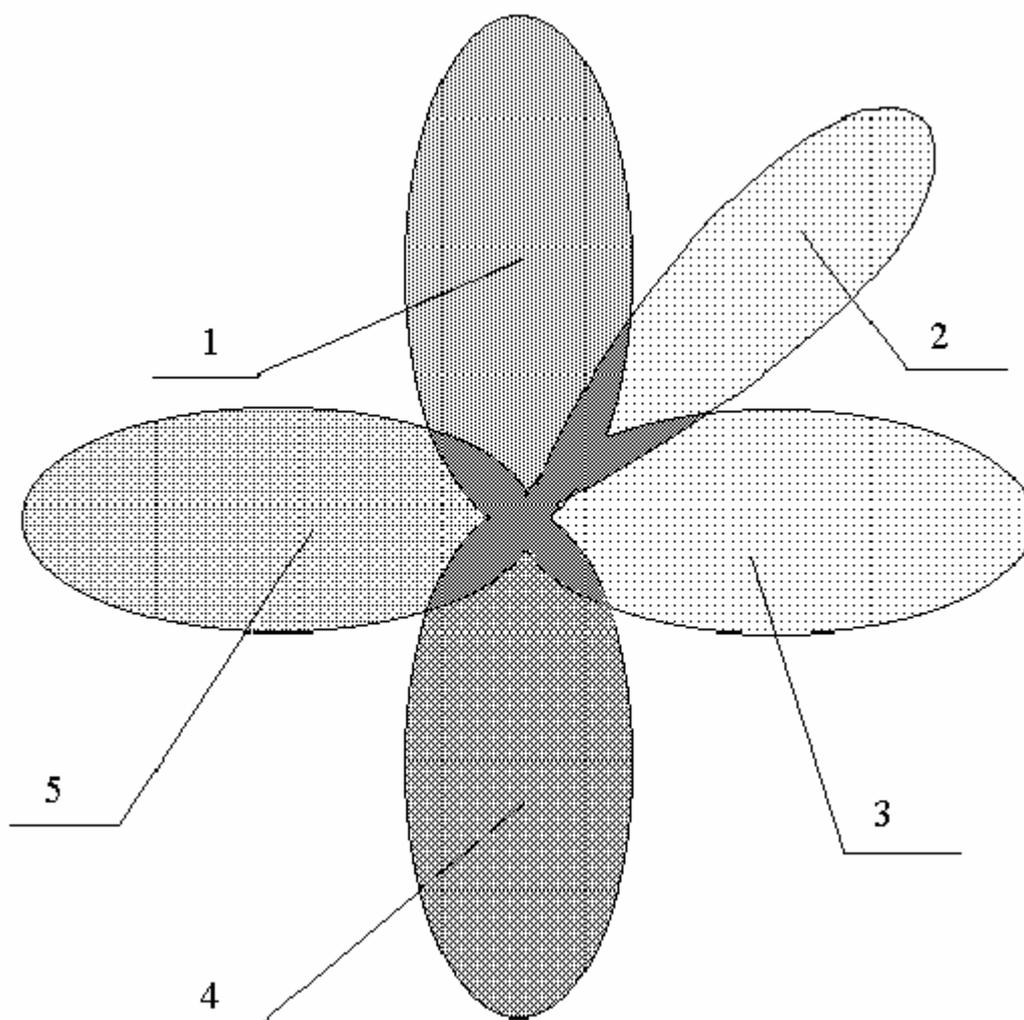


Рис. 2. Взаимопересечение мероприятий: 1 - организационные; 2- методические; 3- профилактические; 4 - лечебные; 5 - реабилитационные.

2. К *методическим* мероприятиям отнесем:

- разработку и внедрение методических рекомендаций по диспансеризации больных с онкопатологией;
- разработку и внедрение методических рекомендаций по проведению фиброгастроскопий и других инструментальных исследований;
- разработку и внедрение методических рекомендаций по контролю качества рентгенологических исследований;
- анализ протоколов запущенности онкобольных экспертами областного онкологического диспансера.

3. К *профилактическим* мероприятиям отнесем:

- идентификацию скрытых очагов заболеваемости раком на базе компьютерного онкоэкологического мониторинга с целью проведения превентивных мероприятий;
- контроль за качеством диспансеризации больных с хроническими заболеваниями онкологами ТМО с ежемесячной информацией на медсовете;
- оснащение ТМО современной аппаратурой;

- анализ ошибок в рентгенологической и эндоскопической службах в плане диагностики рака онкологами ТМО и кураторами районов.

4. К лечебным мероприятиям отнесем:

- контроль за адекватностью лечебных мероприятий при предраковых заболеваниях со стороны зам. главврача по лечебной части;
- контроль за адекватностью лечения хронических предраковых заболеваний;
- контроль за проведением профилактической терапии у онкобольных, перенесших оперативное вмешательство.

5. К реабилитационным мероприятиям отнесем:

- организацию информирования больных с онкопатологией после лечения об альтернативных средствах восстановления иммунного статуса организма;
- организацию пунктов распространения лекарственных сборов и апробированных нелекарственных средств для больных с онкопатологией в реабилитационном периоде.

Укрупненная структура комплекса мероприятий и их взаимосвязь приведены на рис. 3.

Приведенный рисунок свидетельствует о том, что достаточно большое количество типовых мероприятий, сгруппированных в 5 групп, может воздействовать на множество факторов влияния на качество оказания медицинской помощи. Понятно, что мероприятия пересекаются по влиянию на факторы, и из соображений организации рационального управления целесообразно выбрать те из них, проведение которых окажет наибольшее воздействие на факторы влияния в условиях выделенных ресурсов. Таким образом, можно сформулировать общую задачу оптимизации воздействия на значимые факторы влияния на качество оказания медицинской помощи больным с онкопатологией в предположении ограниченности выделяемых ресурсов:

“Выбрать отдельные мероприятия, их частоту и интенсивность проведения с целью оказания максимального воздействия на факторы влияния на качество оказания медицинской помощи больным с онкопатологией в условиях существующих ограничений на ресурсы, необходимые для проведения мероприятий”.

Оптимизация воздействия на качество лечения онкобольных с конкретной патологией

В предыдущем разделе была осуществлена постановка общей задачи оптимизации воздействия на значимые факторы влияния на качество оказания медицинской помощи больным с онкопатологией в предположении ограниченности выделяемых ресурсов.

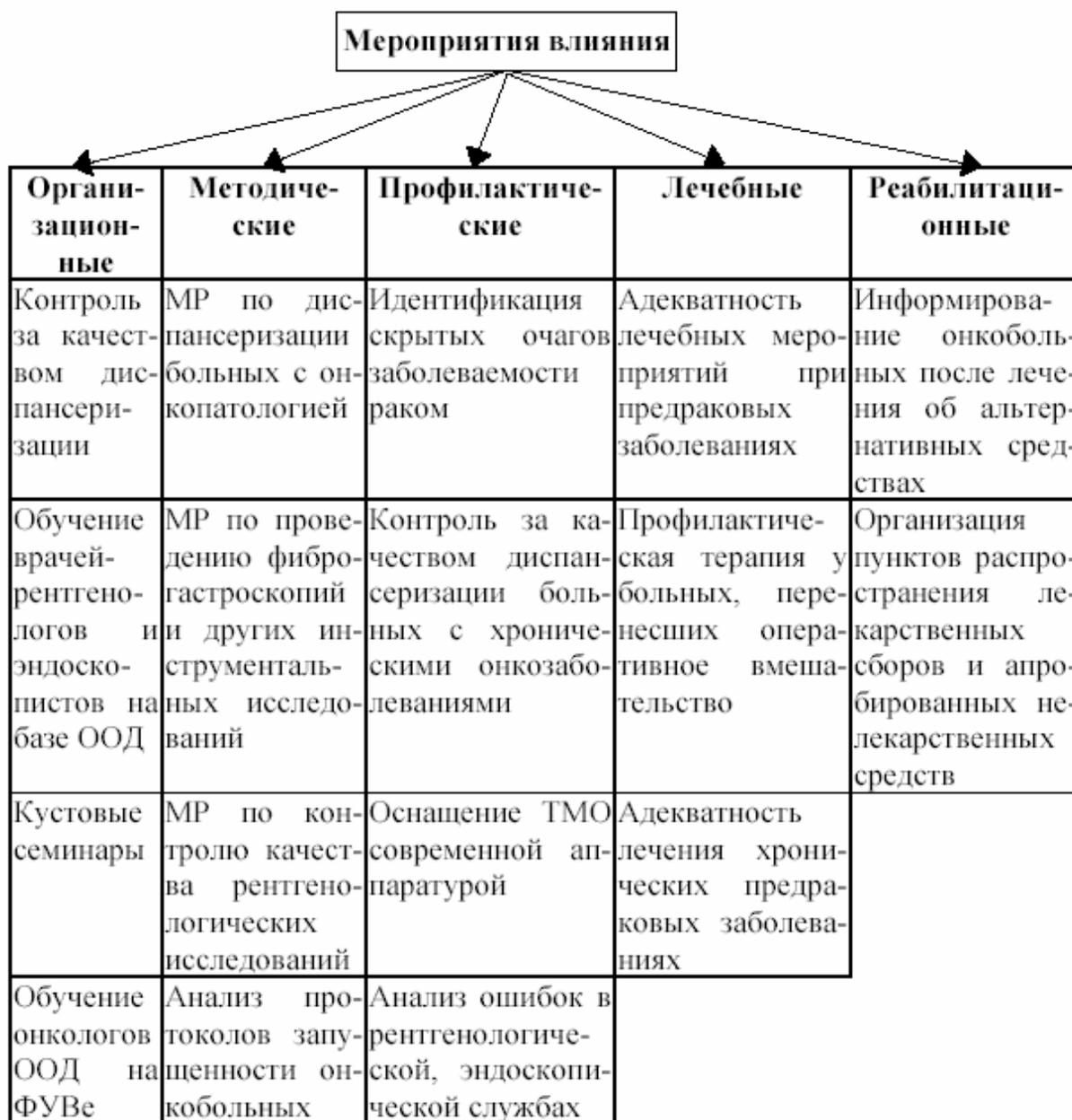


Рис. 3. Структура мероприятий влияния

Приведем математическую формализацию задачу в предположении, что имеется одна территория, для проведения лечебно-профилактических и организационно-финансовых воздействий (ЛОВ) по которой выделено C^* ресурсов (финансовых, технических, человеческих и прочих - см. раздел 2.3.1) с точностью до Δ_{C^*} . Пусть экспертным путем выделено N значащих факторов, влияние на которые возможно, и всего имеется M различных видов ЛОВ (мы предполагаем, что они независимы друг от друга). Тогда задача оптимального управления факторами, влияющими на качество оказания медицинской помощи онкобольным по конкретной нозологии, формализуется следующим образом:

$$\Psi_z = \sum_{m=1}^M x_m \left[\sum_{n=1}^N Q_{mn} R_n \right] \rightarrow \max, \quad (1)$$

при ограничении $|C - C^*| \leq \Delta$ на используемые ресурсы, где:

Ψ_z - интегральный показатель, характеризующий (количественно или качественно) качество, причем предполагается, что чем больше Ψ_z , тем качество;

R_n ($n=1..N$) - коэффициент влияния фактора n на состояние здоровья населения (может быть получен экспертным путем или в результате статистического анализа);

$\{Q_{mn}\}_{m=1..M}^{n=1..N}$ - матрица коэффициентов эффективности влияния ЛОВ m на фактор n ;

$C = \sum_{m=1}^M x_m S_m$ - выражение для стоимости комплекса ЛОВ;

S_m - ресурсная стоимость проведения ЛОВ m ; при этом ресурсная стоимость фактически зависит от времени, что еще более усложняет задачу оптимизации;

$x_m \in \{0,1\}$, 1 в случае, если ЛОВ с индексом m проводится, 0 в ситуации, когда проведение ЛОВ с индексом m признано нецелесообразным.

Приведенная оптимизационная задача может решаться стандартными эвристическими методами, но не является классической задачей линейного программирования в силу нелинейности ограничения на используемые ресурсы, а также фактической нелинейности S_m . Ограничение на используемые ресурсы не является обременительным, поскольку в реальной практике управления удастся привлечь дополнительные ресурсы, например, из внебюджетных средств или спонсорской помощи организаций и населения. Понятно, кроме того, что в случае, когда полученное значение C близко к $C^* - \Delta$ (но превышает его), можно найти такое незапланированное ЛОВ, что общая стоимость будет ненамного превышать $C^* + \Delta$ и незапланированное превышение можно будет изыскать за счет других нозологий или территорий (рис. 4, 5).

Точка t_0 соответствует начальной итерации оптимистического алгоритма выбора оптимальной структуры ЛОВ. Понятно, что полученное значение C оказывается далеко от разрешенной полосы. В точке t_1 представлен результат применения пессимистического алгоритма, после применения которого мы получаем допустимое, но неоптимальное решение (значение Ψ_1 существенно меньше потенциально достижимого). Точка t_2 соответствует полученному оптимальному решению, ресурсная характеристика которого находится близко к нижней границе допустимых значений ресурса. Наконец, в точке t

мы получаем “недопустимое” с точки зрения ограничений решение, которое в реальных условиях оказывается вполне приемлемым из-за малой (но положительной) разницы между требуемым ресурсом C и $C^* + \Delta$.

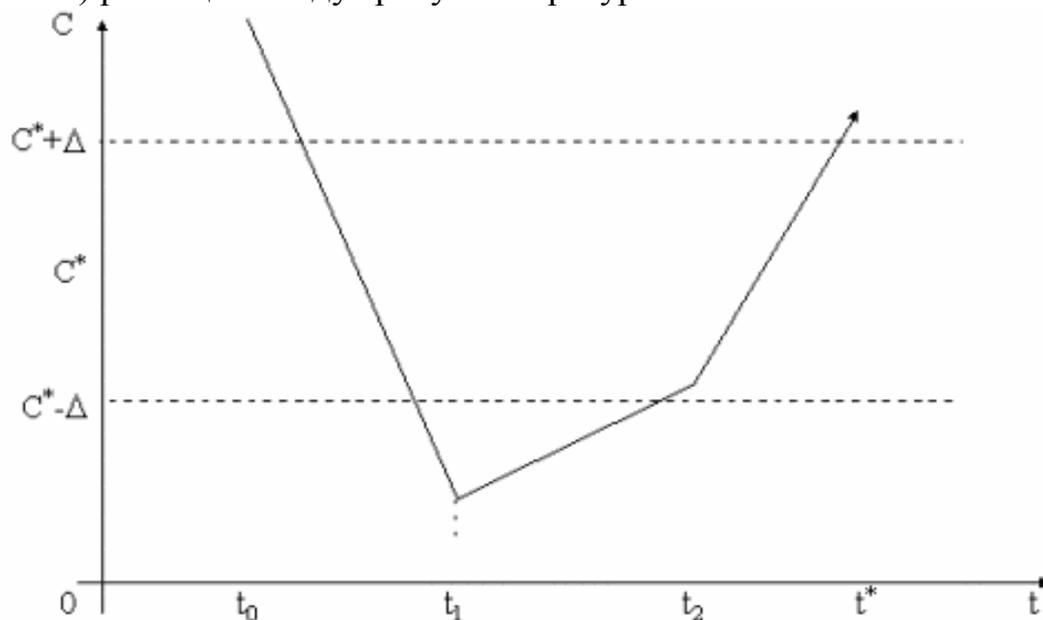


Рис. 4. Схема выбора оптимальной структуры ЛОВ при превышении предельного значения ресурсов $C^* + \Delta$

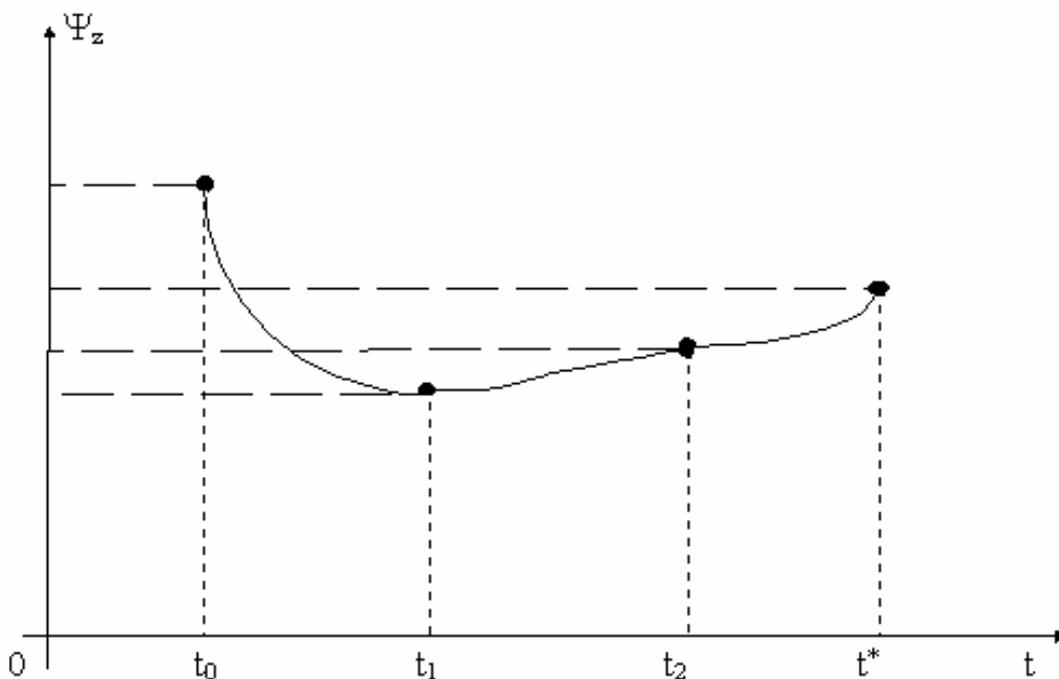


Рис 5. Значения интегрального критерия при соответствующих схемах выбора оптимальной структуры ЛОВ при превышении предельного значения ресурсов $C^* + \Delta$ (в точке t^*)

Получение конкретных значений коэффициентов влияния фактора n на состояние здоровья населения (R_n) является отдельной задачей, решение которой не входит в рамки настоящего исследования. Заметим только, что один из существующих путей - это применение метода средневзвешенных экс-

пертных оценок для определения конкретного значения R_n . Кроме того, в некоторых, по-видимому, редких случаях, значение R_n может быть получено путем проведения многолетних наблюдений с последующим применением аппарата прикладной статистики.

Получение $\{Q_{mn}\}_{m=1..M}^{n=1..N}$ - матрицы коэффициентов эффективности влияния ЛОВ m на фактор n , - является не менее сложной задачей, поскольку, в отличие от R_n , коэффициенты являются на деле оценкой эффективности проведения мероприятий, причем вовсе необязательно, что в исследование включены все факторы, на которые непосредственно или косвенно влияет конкретное ЛОВ. Наличие факторов, не учитываемых в анализе, означает, что суммарный коэффициент эффективности (по строке матрицы, т.е. по всем анализируемым факторам) будет не более, а как правило, строго меньше рассчитываемого для ЛОВ. С точки зрения соображений нормирования, целесообразно считать, что $Q_{mn} \leq 1$, причем

$$\sum_{n=1}^N Q_{mn} \leq 1 \text{ для всех } m=1..M. \quad (2)$$

В идеальном случае, когда учитываются все факторы, на которые влияет ЛОВ, имеет место равенство

$$\sum_{n=1}^N Q_{mn} = 1 \text{ для всех } m=1..M, \quad (3)$$

причем мы не требуем положительности Q_{mn} , а следовательно, более корректным будет следующее ограничение:

$$\sum_{n=1}^N |Q_{mn}| \leq 1 \text{ для всех } m=1..M. \quad (4)$$

Зависимость ресурсной стоимости проведения ЛОВ m S_m от времени на первый взгляд представляется неочевидной. Однако, если принять во внимание как динамизм реальной покупательной способности рубля, так и постоянно изменяющуюся хозяйственно-экономическую и законодательную ситуацию, станет понятно, что принятие решения в течение, например, недели, уже потребует корректировки S_m .

Решение задачи рационального управления, сформулированной в настоящем подразделе, позволит в рамках выделенных ресурсов осуществить комплекс мероприятий, в максимальной степени направленных на улучшение качества лечения онкобольных в рамках отдельной нозологии.

Общая задача управления качеством оказания медицинской помощи онкологическим больным независимо от нозологических форм

Современные условия управления здравоохранением таковы, что основные потоки финансовых и иных ресурсов имеют преимущественно нисходящий характер (из центра к территориям). В этой связи разумным пред-

ставляется предположение о том, что чем выше уровень, на котором будет решаться задача предшествующего раздела, тем большее улучшение состояния здоровья населения (усредненно по соответствующему уровню) будет достигнуто. Понятно, что увеличение количества уровней иерархии управления неминуемо повышает размерность оптимизационной задачи, и начиная с некоторого момента приходится за решение расплачиваться сужением базы факторов влияния и соответствующих матриц. Следовательно, существует некий оптимальный в смысле качества перераспределения ресурсов уровень, на котором это перераспределение производится. Тем не менее, в данном разделе последовательно будут осуществлены постановки сначала многонозологической на уровне территории, а затем и многоуровневой задачи оптимизации управления качеством оказания медицинской помощи онкобольным.

В терминах предшествующего раздела будем считать, что орган управления осуществляет воздействие на Р нозологий. В силу специфичности каждой нозологии в ней существуют собственные вектора влияния факторов на качество и соответствующие матрицы коэффициентов влияния ЛОВ. Более того, понятно, что множества факторов могут различаться для разных нозологий и территорий. Пока для простоты будем предполагать, что управление осуществляется над единой группой факторов влияния. Тогда задача оптимального управления факторами, влияющими на качество оказания медицинской помощи онкобольным, формализуется следующим образом:

$$\Psi_z = \sum_{p=1}^P \alpha_p \left\{ \sum_{m=1}^M x_m^p \left[\sum_{n=1}^N Q_{mn}^p R_n^p \right] \right\} \rightarrow \max, \quad (5)$$

при ограничении $|C - C^*| \leq \Delta$ на используемые ресурсы, где:

Ψ_z - как и прежде, интегральный показатель, характеризующий ситуацию;

R_n^p ($n=1..N$; $p=1..P$) - коэффициент влияния фактора n на состояние здоровья населения по нозологии p (может быть получен экспертным путем или в результате статистического анализа);

$\{Q_{mn}^p\}_{m=1..M}^{n=1..N}$ - матрица коэффициентов эффективности влияния ЛОВ m на фактор n по нозологии p ;

$C = \sum_{p=1}^P \sum_{m=1}^M x_m^p S_m^p$ - выражение для стоимости всего комплекса ЛОВ;

S_m^p - ресурсная стоимость проведения ЛОВ m по нозологии p (фактическая зависимость от времени по-прежнему сохраняется, даже в несколько большей степени вследствие большей масштабности задач для группы нозологий);

$x_m^p \in \{0,1\}$, 1 в случае, если ЛОВ с индексом m проводится по нозологии p , 0 в ситуации, когда проведение ЛОВ с индексом m по нозологии p признано нецелесообразным.

α_p - коэффициент приоритетности нозологии p по сравнению с остальными ($0 < \alpha_p \leq 1$), причем (условие нормирования)

$$\sum_{p=1}^P \alpha_p = 1. \quad (6)$$

При решении сформулированной задачи в качестве одного из результатов легко получаем выражение для количества ресурсов C_p , выделяемых для конкретной нозологии p ($p=1..P$):

$$C_p = \sum_{m=1}^M x_m^p S_m^p. \quad (7)$$

Полученное выражение позволяет органам управления здравоохранением в целом и онкологической помощью в частности при необходимости осуществить перераспределение выделенных ресурсов в случае, когда за время выделения ресурсов медико-экологическая ситуация существенно изменилась, а осуществить повторное решение глобальной задачи на верхнем уровне управления органами здравоохранения уже не получается. Упомянутое перераспределение осуществляется путем решения соответствующей оптимизационной задачи предшествующего подраздела при $C_p = C^*$.

Коэффициенты R_n^p влияния фактора n на качество оказания медицинской помощи онкобольным по нозологии p вообще говоря различаются для различных p . Это связано с рядом особенностей, среди которых как организационно-исторические, подвергающиеся потенциальной коррекции (сложившийся уровень подготовки кадров, образованности населения), так и медико-экологические, как правило тесно связанные между собой.

Матрицы коэффициентов эффективности влияния ЛОВ m на фактор n по нозологиям p $\left\{ Q_{mn}^p \right\}_{m=1..M}^{n=1..N}$ также могут существенно различаться для различных нозологий. Кроме того, совершенно не исключена ситуация, когда конкретное мероприятие (онкопрофосмотр) оказывает влияние не только на факторы “своей” нозологии, но и “чужой”. Если рассматривать объединенную матрицу $\left\{ Q_{mn}^p \right\}_{m=1..M}^{n=1..N}$ в трехмерном пространстве, то внешне она будет представлять из себя набор почти замкнутых параллелепипедов с малым объемом пересечений. Наиболее интересным для исследования является именно область межпараллелепипедных пересечений, поскольку именно она характеризует те факторы, мероприятия и территории, в которых возможно комплексное воздействие с различных сторон (рис. 6).

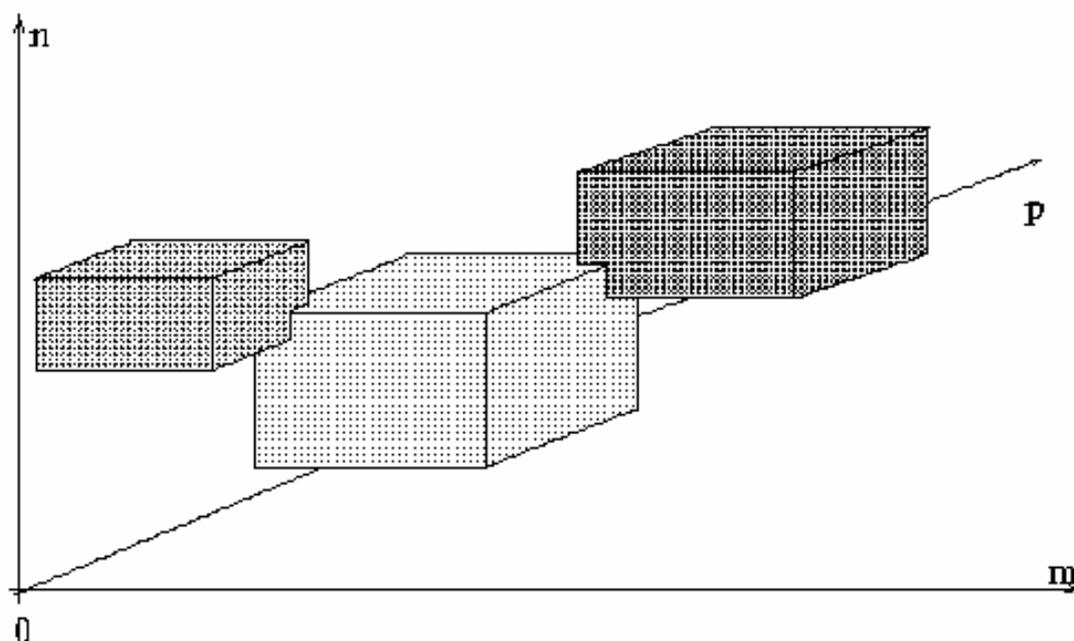


Рис. 6. Отображение объединенной матрицы

Существенной с точки зрения исследования эффективности управления является оценка однородности матрицы эффективности влияния. Чем менее однородной она является, тем существеннее различаются онкоситуации и “отклик” и тем выше вероятность быстрых изменений вследствие, например, внутрирегиональных миграционных процессов. Значительная однородность матрицы существенно упрощает как решение оптимизационных задач, так и решение проблем практического управления состоянием здоровья населения.

Важным частным случаем является случай абсолютно однородной территории, для которой имеет место соотношение

$$Q_{mn}^{p_1} \cong Q_{mn}^{p_2} \tag{8}$$

для всех $1 \leq p_1, p_2 \leq P$. Для этого случая, дополнительно принимая

$$\alpha_1 = \alpha_2 = \dots = \alpha_p = 1/p \tag{9}$$

и

$$R_n^1 = R_n^2 = R_n^P = R_n, \tag{10}$$

получаем

$$\begin{aligned} \Psi_z &= \sum_{p=1}^P \alpha_p \left\{ \sum_{m=1}^M x_m^p \left[\sum_{n=1}^N Q_{mn}^p R_n^p \right] \right\} = \frac{1}{P} \sum_{p=1}^P \left\{ \sum_{m=1}^M x_m^p \left[\sum_{n=1}^N Q_{mn} R_n \right] \right\} = \\ &= \frac{1}{P} \sum_{p=1}^P \left\{ \sum_{m=1}^M \Theta_m x_m^p \right\} = \frac{1}{P} \sum_{m=1}^M \Theta_m \sum_{p=1}^P x_m^p, \end{aligned} \tag{11}$$

где $\Theta_m = Q_{mn} R_n$ - вектор эффективности влияния ЛОВ m на онкоэкологическую ситуацию и состояние здоровья населения однородного региона.

Коэффициент α_p приоритетности территории p по сравнению с остальными характеризует, с одной стороны, уровень “запущенности” территории по сравнению с остальными (поскольку требуется более интенсивное воздействие на факторы влияния), а с другой, объективную необходимость такого внимания (как, например, в случае “Чернобыльских” территорий), порожденную внешними событиями. Условие нормирования при положительности α_p ($\sum_{p=1}^P \alpha_p = 1$) необходимо для корректного получения коэффициентов приоритетности - один из путей есть применение методов экспертных оценок, причем в качестве экспертов могут выступать как главные специалисты территорий, так и группа внешних экспертов.

Аналогично предыдущему рассмотрению приведем задачу оптимизации воздействия на состояние здоровья населения для региона, включающего несколько территорий (например, Липецкая область и ее районы). Размерность получающейся задачи достаточно высока, и ее решение с использованием стандартных средств вычислительной техники оказывается малореалистичным без редукции множества факторов. Тем не менее, проведем формальное построение оптимизационной задачи в предположении, что в рассмотрении находится U территорий. При этом считаем, что в каждом из регионов p_u нозологий ($u=1..U$). В этих предположениях получаем следующую оптимизационную задачу:

$$\Psi_z = \sum_{u=1}^U \sum_{p=1}^{P_u} \alpha_{p,u} \left\{ \sum_{m=1}^M x_m^{p,u} \left[\sum_{n=1}^N Q_{mn}^{p,u} R_n^{p,u} \right] \right\} \rightarrow \max, \quad (12)$$

при ограничении $|C - C^*| \leq \Delta$ на используемые ресурсы, где:

Ψ_z - как и прежде, интегральный показатель, характеризующий ситуацию;

$R_n^{p,u}$ ($n=1..N$; $p=1..P$; $u=1..U$) - коэффициент влияния фактора n на состояние здоровья населения по нозологии p территории u (может быть получен экспертным путем или в результате статистического анализа);

$\{Q_{mn}^{p,u}\}_{m=1..M}^{n=1..N}$ - матрица коэффициентов эффективности влияния ЛОВ m на фактор n по нозологии p территории u ;

$$C = \sum_{u=1}^U \sum_{p=1}^{P_u} \sum_{m=1}^M x_m^{p,u} S_m^{p,u} - \text{выражение для стоимости всего комплекса}$$

ЛОВ;

$S_m^{p,u}$ - ресурсная стоимость проведения ЛОВ m по нозологии p территории u ;

$x_m^{p,u} \in \{0,1\}$, 1 в случае, если ЛОВ с индексом m проводится по нозологии p территории u , 0 в ситуации, когда проведение ЛОВ с индексом m по нозологии p территории u признано нецелесообразным;

$\alpha_{p,u}$ - коэффициент приоритетности нозологии p территории u по сравнению с остальными нозологиями данной территории ($0 < \alpha_{p,u} \leq 1$), причем (условие нормирования)

$$\sum_{p=1}^{P_u} \alpha_{p,u} = 1. \quad (13)$$

Последняя из сформированных оптимизационных задач является наиболее общей в плане постановки, и ее точное решение могло бы дать подход к оптимальному влиянию на качество оказания медицинской помощи больным с онкопатологией. Однако ряд соображений препятствует непосредственному применению формулы. Среди них:

1) Размерность задачи ($2^{UM_{\max P}}$) для типичного набора параметров превышает возможности решения оптимизационных задач современных пакетов программ.

2) Неизбежное в описанной ситуации сокращение базы исследования даже при экспертно верной оценке ценности сокращаемых параметров приводит к существенному снижению точности оптимизации и получению решения, существенно отличающегося от оптимального. В частности, можно сделать вывод о том, что для региона, который с точки зрения параметрического описания близки к однородным, наиболее рациональным является выработка оптимального решения именно на уровне региона, а для сильно разбросанных по параметрам нозологий и территорий принятие решений целесообразно осуществлять именно на уровне территории, а предварительное распределение ресурсов производить экспертным путем в регионе.

Эвристический алгоритм решения задачи рационального выбора управляющих воздействий на факторы влияния

Представленные в предшествующих разделах оптимизационные задачи, как правило, не могут быть решены непосредственно в силу существенной нелинейности ограничений и зависимости некоторых из них от времени, а некоторые в силу чрезмерной размерности. Предлагается использовать эвристический алгоритм для поиска близкого к оптимальному управления факторами, рационализирующими процесс управления качеством оказания медицинской помощи онкобольным, на различных уровнях. Алгоритм может быть легко расширен на случай ЛОВ и факторов, существующих в общелечебной сети.

При решении задачи оптимизации функционала (1) исследователь сталкивается прежде всего с проблемой выбора начального множества $\{x_m\}$ лечебно-профилактических и организационных мероприятий, направленных

на снижение смертности от рака желудка. Такой выбор может быть осуществлен только экспертным путем, причем группа экспертов должна владеть онкоэкологической ситуацией исследуемой территории в полном объеме. Более того, необходимо создание полномасштабной базы данных по многолетним наблюдениям факторов, влияющих на онкоэкологическую ситуацию.

После выбора множества ЛОВ $\{x_m\}$ необходимо осуществить проверку их совместимости в плане возможности и целесообразности одновременного или последовательного проведения. В случае, если сформированное экспертным путем множество ЛОВ $\{x_m\}$ оказалось несовместным, необходимо вернуться к начальному этапу экспертного определения $\{x_m\}$.

Необходимо отметить, что указанная пара этапов на первый взгляд может выполняться бесконечно долго в силу неменяющихся субъективных оценок экспертов - специалистов в различных областях. Фактически, при реализации выбора начального множества ЛОВ, мероприятия целесообразно разбить на "группы несовместимости" и первоначально исключить из рассмотрения полностью несовместимые ЛОВ и оставить в анализируемом множестве совместные мероприятия. В результате удастся осуществить успешную проверку на совместимость и перейти к следующему этапу процедуры оптимизации (рис. 7).

После выбора множества ЛОВ $\{x_m\}$ осуществляется подсчет ресурсного ограничения $C = \sum_{m=1}^M x_m S_m$. В случае, если условие допустимости решения

$|C - C^*| \leq \Delta$ выполнено (фактически, это может произойти только после нескольких итераций, поскольку маловероятно, что даже группа высококвалифицированных экспертов сможет подобрать с первого раза группу совместных ЛОВ, удовлетворяющих условию допустимости), считаем, что найдено близкое к оптимальному решение $\{x_m\}$, которое и предлагается для последующей реализации. Недопустимость решения (т.е. невыполнение условия $|C - C^*| \leq \Delta$) означает один из двух вариантов:

1) полученное решение является чрезмерно экономичным и лежит существенно ниже C^* . В этом случае осуществляется расширение $\{x_m\}$ посредством добавления x_m с максимальными ресурсными потребностями (при этом выбранный x_m впоследствии не может повторно выбираться в случае отбраковки из-за "дороговизны") и возврат к фазе определения совместимости набора.

2) полученное решение является чрезмерно ресурсоемким и лежит существенно выше C^* . В этом случае осуществляется сужение $\{x_m\}$ посредством удаления x_m с минимальными ресурсными потребностями (при этом выбранный x_m впоследствии может повторно выбираться). Необходимо отметить, что возврат к фазе определения совместимости набора не производится, а сразу осуществляется подсчет ресурсоемкости набора. Кроме того, смысл сужения посредством удаления x_m с минимальными ресурсными потребно-

стями состоит в стремлении приблизиться к $C^* + \Delta$ сверху как можно ближе, т.е. в максимизации использования выделяемого ресурса.

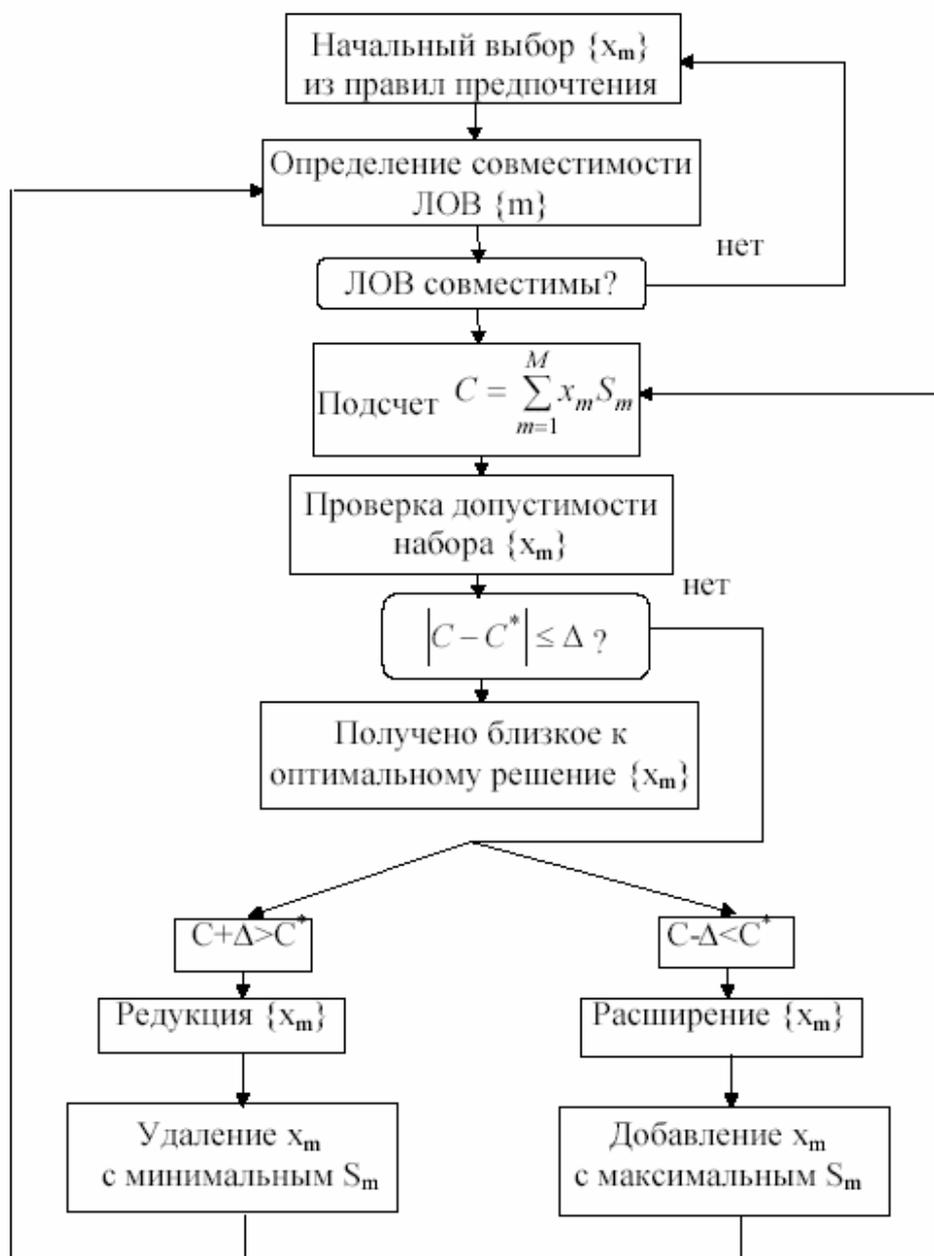


Рис. 7. Эвристический алгоритм решения задачи рационального выбора комплекса лечебно-профилактических и организационных мероприятий для воздействия на качество оказания медицинской помощи онкобольным

Такие последовательные итерации приводят к (а) резкому увеличению C и (б) к медленному его уменьшению, что собственно и приводит к максимально эффективному использованию C^* .

Список использованных источников

1. Припачкина А.П., Кравец Б.Б. Использование интегрального аддитивного критерия для оценки качества онкологической помощи в общелечебной сети// Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - N 6. - С. 71-73.

2. Лебедев Н.В., Мурузов В.Х., Шуршуков Ю.Ю. Реализация политики качества в здравоохранении Липецкой области. //Актуальные вопросы качества в здравоохранении: Межрегиональная научно-практическая конференция 22-23 апр. 2004г.: Сборник научных трудов.- Липецк. – 2004.- с.10-13.

3. Шуршуков Ю.Ю., Мурузов В.Х. Некоторые результаты мониторинга состояния здоровья взрослого населения, проживающего в сельской местности Липецкой области// Проблемы управления здравоохранением. - 2005. - №4. - С. 55-58.

4. Шуршуков Ю.Ю., Припачкина А.П., Родионов А.В. Некоторые особенности заболеваемости взрослого сельского населения Липецкой области болезнями системы кровообращения.//Актуальные вопросы кардиологии. Сборник тезисов докладов XIII научно-практической конференции с международным участием, 2-3 ноября 2006г./Под ред. д.м.н., проф. Кузнецова В.А., д.м.н. Рычкова А.Ю. - Тюмень.- 2006.- с.184-185.

Фонштейн М.С., Устинова Е.Ю.

НЕКОТОРЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

Мероприятия по оптимизации управления региональной онкологической службой слагаются из нескольких составляющих: совершенствование организационно-функциональной структуры, системы обеспечения и контроля качества, мероприятия по вторичной профилактике рака, технологии лечебно-диагностического и профилактического процессов, организационно-методическая работа (рис. 1).

Одним из аспектов управления региональной онкологической помощью является совершенствование ее организационно-функциональной структуры.

В ОКОД организованы и функционируют профильные отделения общей онкологии, абдоминальное, онкопроктологическое, гинекологическое, патологии головы и шеи, химиотерапевтическое, диагностическое, радиологическое, радиогинекологическое.

В поликлинике ОКОД консультативный прием пациентов также узкопрофилирован. Функционируют кабинеты: маммарный, абдоминальный, гинекологический, урологический, патологии головы и шеи, пульмонологический, детской онкологии, патологии кожи, мягких тканей, системных заболеваний, костей.

Созданы отделение лучевой диагностики, кабинеты реабилитации, криодеструкции.

Число посещений поликлинического отделения растет, в 2005г. оно составило 147751.

Внедрены в практическую деятельность стационарозамещающие технологии. Развернут дневной стационар на 14 коек, отделения лекарственной терапии и амбулаторной лучевой терапии.

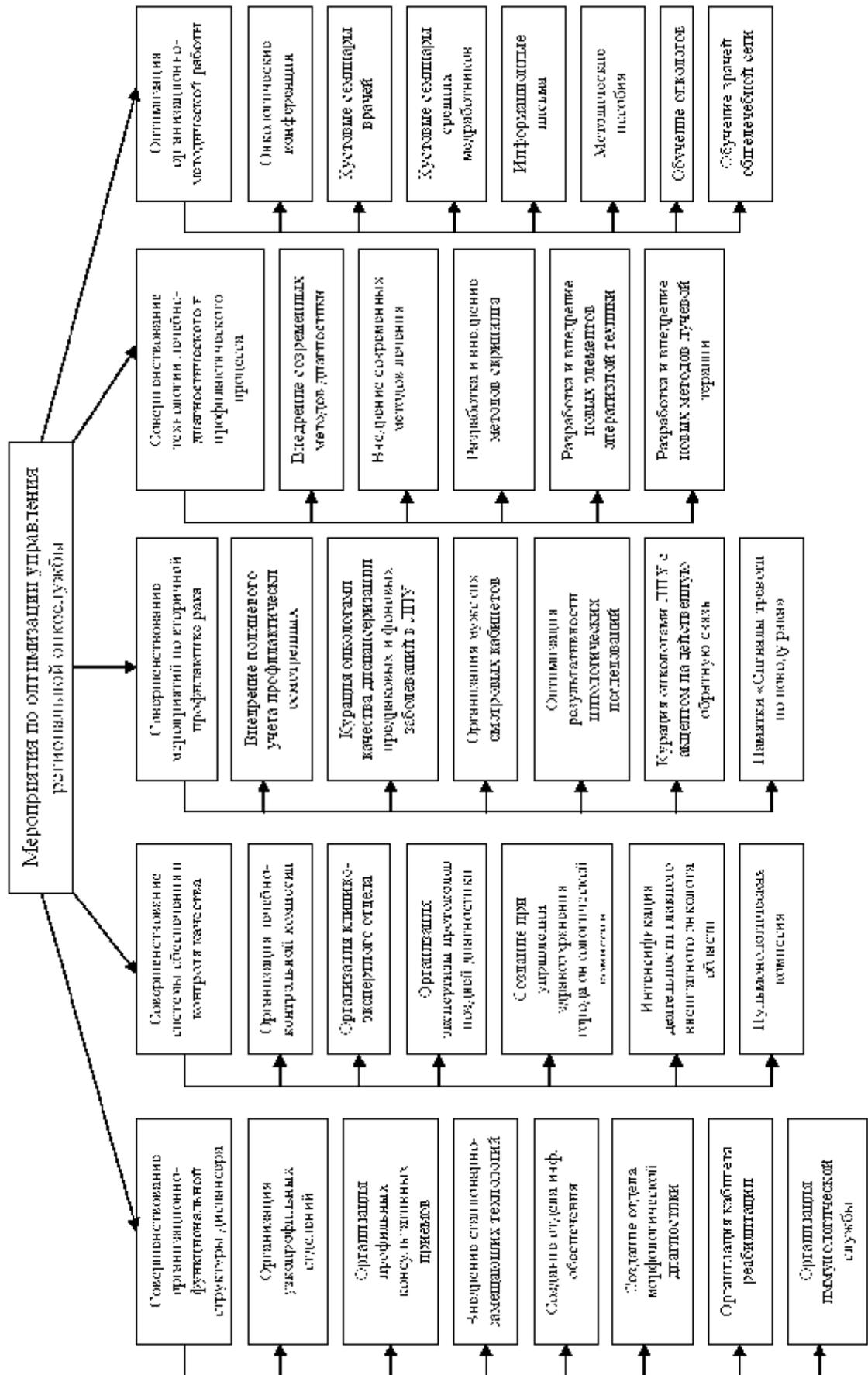


Рис. 1. Оптимизация организационно-функциональной структуры и системы обеспечения качества

В дневном стационаре ежегодно получают лечение более 10000 больных, в амбулаторной радиологии проводится лучевое лечение 1800-1900 пациентам.

Функционирует амбулаторная операционная, где производятся оперативные вмешательства на молочной железе, коже, мягких тканях, биопсии лимфоузлов под местной анестезией и общим наркозом. Ежегодно оперативные вмешательства в амбулаторном режиме производятся в среднем 1800-1850 больным.

Ежегодный экономический эффект от внедрения стационарозамещающих технологий в ценах 2005г. составил 20 570 495 руб.

Принцип расчета экономического эффекта.

1. В отделении амбулаторной радиологии ежегодно в среднем получают лечение 1817 больных. Число посещений ими 35 773. Стоимость 1 посещения 117,56. Всего финансовых средств 4 205 473 руб.

Если бы эти больные находились на стационарном лечении в отделении общей радиологии, где средняя длительность пребывания на койке составляет 23,56 дня, а стоимость 1 койко-дня 383,9 руб., то было бы затрачено 16 434 120 руб.

Экономический эффект – 12 183 717.

2. В дневном стационаре получают ежегодно химиотерапию в среднем 1657 больных. Койко-дней они проводят в среднем 9087. Стоимость 1 койко-дня 88 руб.

На обеспечение лечения больных в дневном стационаре затрачивается за год – 807 016 руб.

Если бы эти больные получали химиотерапию в стационаре со средней длительностью пребывания 9,13 дня и стоимости 1 койко-дня 383,9руб., то было бы затрачено 5 807 796 руб.

Экономический эффект – 5 000 780 руб.

3. В дневном стационаре ежегодно получает лечение 1800 больных хирургического профиля. Ими проводится 1800 к/дней. При стоимости 1 к/дня 383,9 руб. ежегодно затрачивается 69 102 руб.

Если бы эти же больные находились в стационаре со средней длительностью пребывания 5 дней и стоимостью 1 к/дня 383,9 руб., было бы затрачено 3 455 100 руб.

Экономический эффект от организации амбулаторного хирургического отделения – 3 385 998 руб.

Создание отдела информационного обеспечения позволило сформировать онкорегистр, на базе которого прогнозируются тенденции заболеваемости и смертности по области и административным территориям, а так же по отдельным локализациям рака. Стала возможной идентификация территорий риска по онкологической ситуации, которая позволила в приоритетном режиме осуществлять в этих районах комплекс диагностических, консультативных, методических мероприятий силами онкологов ОКОД.

Претерпела существенные изменения система обеспечения и контроля

качества.

С учетом онкологической специфики 9 лет назад организована и реально функционирует лечебно-контрольная комиссия, на которой ежедневно специалистами высшей категории (онкологом, химиотерапевтом, радиологом) для каждого первичного больного вырабатывается индивидуальный план лечения. При появлении новых обстоятельств он повторно обсуждается и корректируется. Комиссия состоит из подкомиссий по основным онкологическим профилям (абдоминальная патология, опухоли мягких тканей, рак органов грудной полости и системные заболевания, злокачественные новообразования женской половой сферы, органов головы и шеи).

Сформированный план лечения больных, который в подавляющем большинстве случаев в связи с проведением комплексного и комбинированного лечения состоит из нескольких этапов, обеспечивает необходимую преемственность между различными службами и координируется профильным консультантом-онкологом поликлиники.

Организация областной пульмонологической комиссии предусматривала другие цели. Трудности дифференциальной диагностики, значительное количество рентгенологических и клинических ошибок, необходимость целенаправленной уточняющей диагностики, потребность в квалифицированном анализе случаев поздней диагностики рака легкого, неукомплектованность ряда ЛПУ профессиональными пульмонологами побудили включить в состав данной комиссии онколога, фтизиатра, рентгенолога, торакального хирурга, пульмонолога. Ежегодно пульмонологическая комиссия консультирует более 800 человек.

В плане внутрибольничного контроля качества первостепенную роль играет клиничко-экспертный отдел. Разбор ошибок диагностики и лечения, летальных случаев, серьезных осложнений, дефектов медицинской документации приводит к ежегодному рассмотрению на ее заседаниях более 4000 документов с последующими принятиями организационных и административных решений.

С 2000г. в ОКОД организована экспертиза качества анализа в ЛПУ протоколов поздней диагностики злокачественных новообразований. Ежегодно подвергаются экспертизе более 1900 протоколов запущенности. Необходимость экспертной оценки качества разборов протоколов запущенности в ЛПУ была обусловлена недостаточно полным выяснением причин поздней диагностики в общелечебной сети. До 2001г. даже при запущенности визуальных форм рака более чем в половине случаев причина поздней диагностики трактовалась как скрытое течение заболевания.

Это причина запущенности указывается в тех случаях, когда плохо собран анамнез, не изучены посещения пациента в поликлинику по самым различным заболеваниям, возможные пребывания в стационаре.

При обнаружении рака антрально-пирологического отдела желудка в IV стадии, когда клиническая симптоматика появляется довольно рано, скрытое течение процесса также сомнительно.

Чаще всего при тщательном опросе пациента с раком легкого выясняются наличие повторных прикорневых пневмоний либо ошибки в трактовке результатов флюорографических исследований. При разборе протоколов запущенности не обращалось должное внимание на диспансерную группу больных. Совершенно неважно по поводу какого заболевания больной находится на диспансерном учете. Этапный эпикриз не может быть зафиксирован в амбулаторной карте без осмотра пациента в смотровом кабинете.

В последующем анализ запущенных случаев рака стал проводится на КЭК. Однако председатели КЭК не были в достаточной мере ориентированы в вопросах онкологии, в связи с чем дважды проводилась их учеба по онкологической тематике.

Качество анализа протоколов поздней диагностики злокачественных новообразований на КЭК определяет формирование системы оперативных и стратегических мероприятий по оказанию медицинской помощи онкологическим больным.

Так при выявлении дефектов в организации онкопрофосмотров на медсоветах принимаются решения не только по конкретному случаю запущенности, но и по совершенствованию всей системы онкопрофилактической деятельности. Полноценный анализ на КЭК всей первичной медицинской документации дает возможность определить вклад врачей в социально-медицинскую ориентацию больных.

В целях повышения качества разборов протоколов запущенности на КЭК во все ЛПУ области направлено информационное письмо следующего содержания.

Информационное письмо

«О повышении качества разборов протоколов запущенности на КЭК»

Анализ актов КЭК по протоколам запущенности в ЦРБ и ЛПУ г.Воронежа свидетельствовал о формальном отношении к выявлению истинных причин поздней диагностики злокачественных новообразований.

Регистрация рака визуальных локализаций в поздних стадиях отражала низкий уровень организации и проведения онкопрофосмотров. Тем не менее, у пациентов с распространенными формами рака слизистой полости рта, языка, молочных желез, шейки матки, прямой кишки нередко в качестве основной причины поздней диагностики указывалось скрытое течение заболевания либо несвоевременное обращение больного за медицинской помощью. При этом не фокусировалось внимание КЭК на документации по прохождению осмотров в смотровых кабинетах, по комплексным осмотрам.

В ряде случаев (особенно, когда речь шла о ФАП) отмечался отказ больных от профилактических обследований, хотя эти отказы адекватно не документировались. О повторных беседах с «отказниками» информация не отражалась.

В заключениях КЭК не указывались медицинские работники (участко-

вые врачи, главные врачи участковых больниц, руководители ФАП), которые не обеспечили прохождение онкопрофосмотров.

Если профосмотры проводились регулярно, не анализируются ошибки конкретных медицинских работников смотровых кабинетов.

При разборе протоколов запущенности на больных с раком легкого допускались 2 вида ошибок.

В случаях, когда флюорографии проводились регулярно, не проводилась ретроспективное чтение пленок для оценки возможных ошибок

Когда флюорографическое обследование не проводилось вовсе или проводилось нерегулярно, клинико-экспертные комиссии не выясняли причины дефектов в организации флюорографических осмотров и не выявляли лиц, ответственных за эту работу.

При разборе протоколов запущенности по поводу распространенного рака антрального и кардиального отделов желудка не анализировались все обращения к врачам за медицинской помощью, что позволило бы выявить дефекты дифференциальной диагностики, а также качество опроса больных при прохождении онкопрофосмотров.

Разбор протоколов запущенности по поводу рака дистальных отделов прямой кишки не был нацелен на выяснение проведенного пальцевого исследования прямой кишки в смотровых кабинетах, на гинекологическом и урологическом приемах.

Анализ протоколов запущенности по поводу рака языка, слизистой полости рта не отражал информации о посещениях стоматологов и проведенных ими осмотрах полости рта.

Серьезное внимание не уделялось разбору протоколов запущенности рака шейки матки.

Не анализировалась деятельность смотровых кабинетов, гинекологов по качеству забора материала на цитологическое исследование, информативности заключений морфологов, повторности взятия мазков при отсутствии описаний клеточного состава.

Заключения КЭК изобиловали словами: «усилить», «улучшить», «повысить» без нужной конкретизации дефектов медицинских работников и действий для минимизации случаев поздней диагностики злокачественных новообразований. Такими целенаправленными действиями могут быть:

- обучение медицинского персонала на рабочих местах, врачебных конференциях, семинарах;
 - заслушивание на медсоветах зам. главных врачей по поликлинике по вопросам диспансеризации фоновых и предраковых заболеваний, контроля за потоком пациентов в смотровые кабинеты, методики вызовов неорганизованного контингента населения на онкопрофосмотры, работы с отказавшимися от лечения или прохождения осмотров;
 - организация проверки качества цитологических исследований и методики забора материала для них;
 - обеспечение контроля определенным лицом за достоверностью от-
-
-

четных данных по онкопрофосмотрам;

- предложения главному врачу о вынесении взысканий лицам виновным в поздней диагностике;
- меры по исключению формализма в проведении санпросветработы;
- предложения по вынесению на медсовет разбора отдельных протоколов

Экспертиза качества разбора в ЛПУ каждого протокола запущенности привела к следующим результатам:

- на КЭК представляется вся первичная документация на больного (амбулаторная карта, стационарная история болезни, результаты онкопрофосмотров, санитарные книжки, диспансерные карты);
- выяснилось, что основной причиной поздней диагностики являются дефекты деятельности организаторов здравоохранения (более 50%), которые заключаются в отсутствии надлежащего контроля за диспансеризацией предраковых заболеваний, качеством организации и проведения онкопрофосмотров, работой с отказавшимися от обследования и лечения, фактической санитарно-просветительной работой;
- определена категория больных, проживающих в районе обслуживания ЛПУ, но получавших лечение в других медицинских учреждениях, которые несут ответственность за позднюю диагностику злокачественных новообразований;
- выявлено наиболее слабое звено в своевременной диагностике рака – незаинтересованность руководителей предприятий и организаций негосударственной формы собственности в реализации онкопрофосмотров своих сотрудников;
- вина врачей и средних медицинских работников в запущенности злокачественных новообразований составляет 6-8%.

Результаты экспертизы качества разбора протоколов запущенности рака в ЛПУ привели к принятию определенных управленческих решений:

- организации онкологической комиссии при управлении здравоохранения города,
 - включению в функции главного внештатного онколога города разбора протоколов запущенности в стационарах города, где были допущены ошибки;
 - передаче на разбор в другие ЛПУ области протоколов в случаях, когда пациент получал по разным причинам медицинскую помощь не по месту прописки;
 - рекомендации администрациям города и области издать регламентирующие документы по онкопрофосмотрам трудоспособного населения на предприятиях и в организациях негосударственной формы собственности;
 - проведению методических мероприятий по организации полицевого учета осмотренных.
-
-

Онкологическая комиссия при управлении здравоохранением города организована с 2003 г. Она проводится каждые 2 месяца. Приглашаются главные врачи ЛПУ, онкологи, цитологии и врачи разного профиля по необходимости. Рассматриваются вопросы запущенности визуальных форм рака, активной выявляемости онкологической патологии, обнаруженные при курации ЛПУ онкологами ОКОД дефекты в оказании медицинской помощи онкологическим больным на амбулаторном и госпитальном этапах.

Одним из главных звеньев в работе по оптимизации управления региональной онкослужбой была реализация комплекса мероприятий по вторичной профилактике рака. Прежде всего, это внедрение в практическую деятельность принципов полицевого учета осмотренных. До 2001 г. в отчетной информации по охвату онкопрофосмотрами фигурировали отдельные составляющие онкоосмотра. Итоговая цифра прошедших осмотр складывалась из флюорографических, цитологических осмотров, посещений смотрового кабинета. Мы получали данные не о числе осмотренных лиц, а о количестве профилактических осмотров.

В настоящее время участковые врачи ведут учет (с указанием даты) лиц, прошедших флюорографию, смотровые кабинеты, а для женщин еще взятие мазка из цервикального канала с получением информативного цитологического заключения. Для контроля за потоком пациентов в смотровые кабинеты используется индекс соотношения посетивших смотровые кабинеты к первичным больным. Если в 2001 г. это соотношение в большинстве ЛПУ составляло 30%, то в 2004 г. оно увеличилось более чем вдвое.

В работе ОКОД используются современные и оригинальные технологии.

Внедрены методы органосохраняющих операций при раке молочной железы, освоено определение рецепторного статуса у этой же категории больных, методы лимфодиссекции при оперативных вмешательствах по поводу рака желудка, комбинированного лечения рака желудка и прямой кишки; неоадьювантной химиолучевой терапии у больных раком молочной железы; варианты фракционирования (крупные и средние фракции, мультифракционирование, динамическое фракционирование); химическая полирадиомодификация; все современные схемы химиотерапии; круглосуточная инфузия цитостатиков; потенцирование лучевой терапии гипертермией; все варианты сочетанного химиолучевого лечения и т.д.

Проведенные научно-практические исследования реализовались в 4 докторских и 20 кандидатских диссертациях, 5 патентах на изобретение, 7 рацпредложениях, имеющих практическую значимость: современные методы многоуровневого прогнозирования в онкологии, онкоэкологический мониторинг с использованием информационных технологий, идентификация территорий риска при раке легкого, оптимизация клиничко-эндоскопической диагностики и лечебной тактики при раке желудка, прогнозирование заболеваемости меланомой, рака почки, прямой и ободочной кишки, клиническое значение общего и свободного простатического антигена при раке и доброкаче-

ственной гиперплазии предстательной железы, определение индивидуальной химиочувствительности опухоли методом первичных культур ткани, способы восстановления дефектов нижней губы и фасциально-футлярного иссечения клетчатки и лимфоузлов шеи при раке щитовидной железы; способ лечения больных раком гортани с перихондритом; способ функциональнощадящих операций при раке слизистой полости рта; иммунотипирование характеристик рака молочной железы, радиотермодиагностика в скрининге патологии молочной железы и др.

Сотрудники диспансера принимают активное участие в международных кооперированных рандомизированных исследованиях:

- AES-14 - по стоматиту;
- LIBERATE – применение тимолона в адьювантном режиме у больных раком молочной железы в климактерическом периоде;
- в протоколе по применению нового эритропоэтина при анемиях, вызванных использованием препаратов платины.

Разрабатываются и постепенно внедряются различные формы оценки качества медицинской помощи онкологическим больным. Сформированы региональные стандарты, ориентированные на варианты лечения с учетом сроков временной нетрудоспособности, госпитального и амбулаторного этапов.

Для количественной оценки качества лечебно-диагностических и профилактических процессов в онкологической практике разработан метод бальной оценки с использованием интегрального аддитивного критерия, позволивший в целом оценить качество онкологической помощи как на уровне ООД, так и в общелечебной сети и сравнить его с многолетними средними показателями.

Фонштейн М.С., Пастухов А.А.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В г.ВОРОНЕЖЕ

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

В г. Воронеже ситуация по раку прямой кишки неблагоприятная. Растёт заболеваемость (рис.1), переменны ежегодные показатели поздней диагностики, начальных форм этой патологии у первично зарегистрированных больных (рис. 2, 3, 4), индекса накопления контингентов (рис. 5), активной выявляемости (рис. 6).

Казалось бы, что с организацией профилактических осмотров мужского населения (с 2001г.) должна расти доля пациентов с начальными формами рака, но зафиксирован диссонанс между ростом регистрируемой заболеваемости и удельным весом в ее структуре больных с 3 и 4 стадиями процесса. По-видимому, это можно объяснить «отсроченным» эффектом. Ранее регистрируемая заболеваемость не соответствовала истинной, а с введением определённых управляющих мер в сфере онкопрофилактики стали выявляться

больные, которые ранее не обращались за медицинской помощью. Существенного значения показатель активной выявляемости не имеет, так как число диагностированных при онкопрофосмотрах раков прямой кишки в различные годы представлены небольшими цифрами.

Большую роль играют показатели результативности медицинской помощи этой категории больных (рис. 7, табл.1).

Летальность в течение первого года с момента постановки диагноза значительно снизилась, показатель морфологической верификации вырос почти на 10%. На 7,6% увеличилось число пациентов, состоящих на онкоучете 5 лет и более. Это свидетельствует об адекватности специализированных лечебных мероприятий.

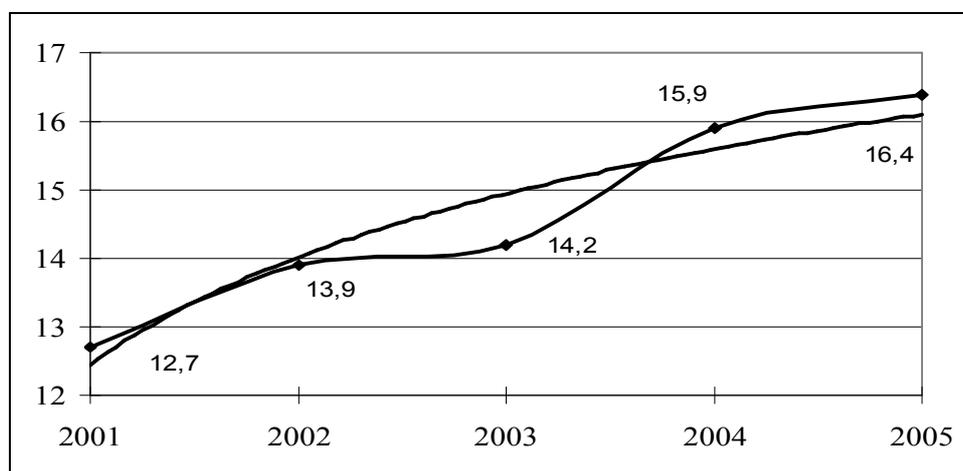


Рис. 1. Динамика показателя заболеваемости раком прямой кишки в г.Воронеже (на 100 000 населения)

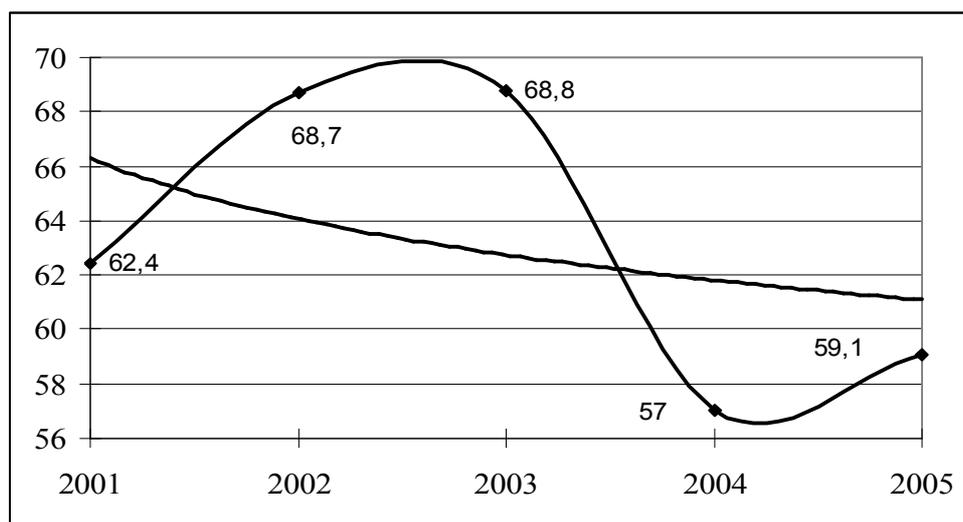


Рис. 2. Динамика показателя удельного веса I-II стадии рака прямой кишки в г.Воронеже (%)

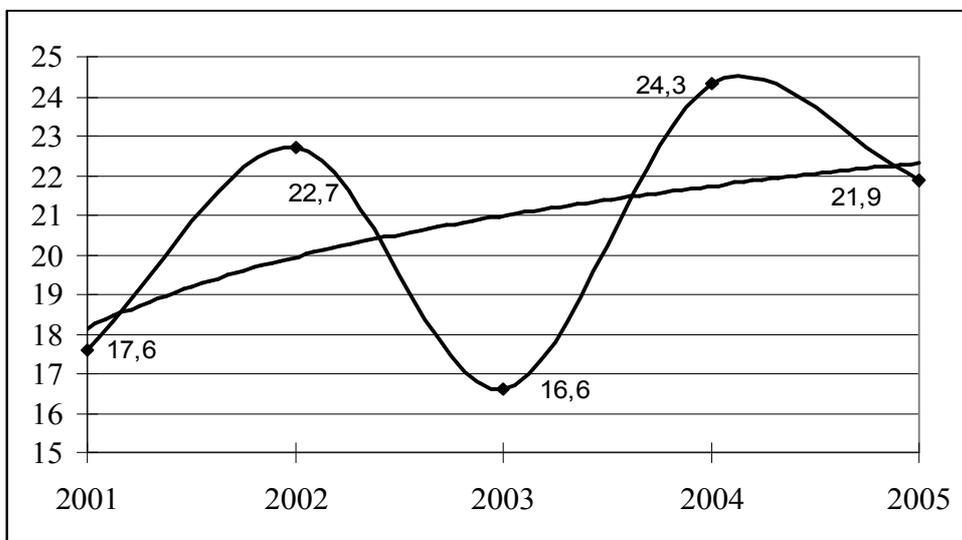


Рис. 3. Динамика показателя III стадии рака прямой кишки в г. Воронеже (%)

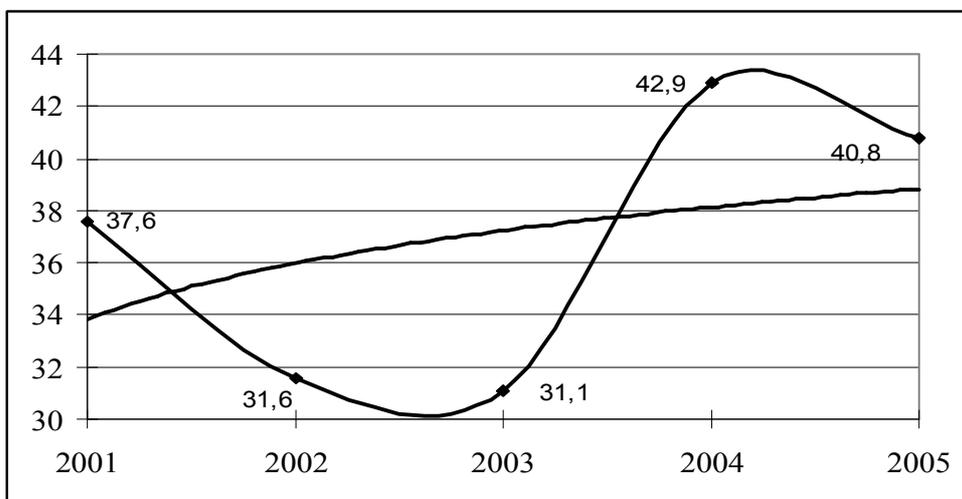


Рис. 4. Динамика показателя IV стадии рака прямой кишки в г. Воронеже (%)

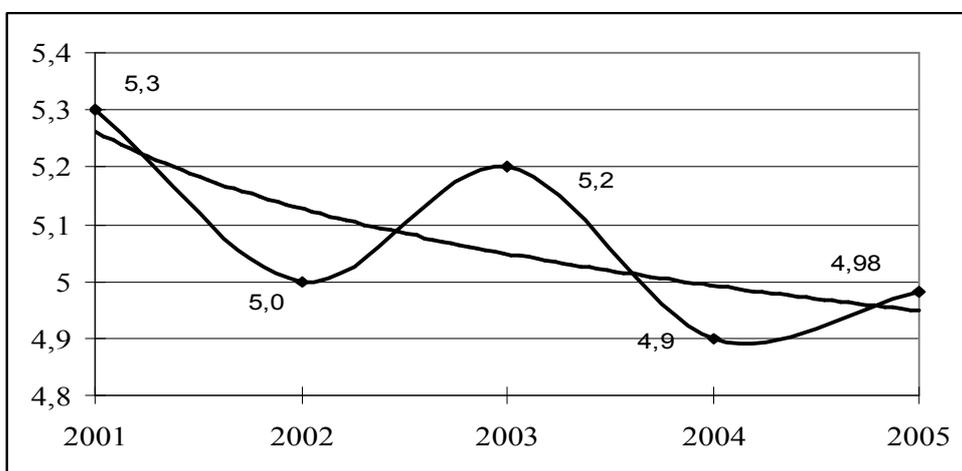


Рис. 5. Динамика показателя индекса накопления контингентов при раке прямой кишки в г. Воронеже

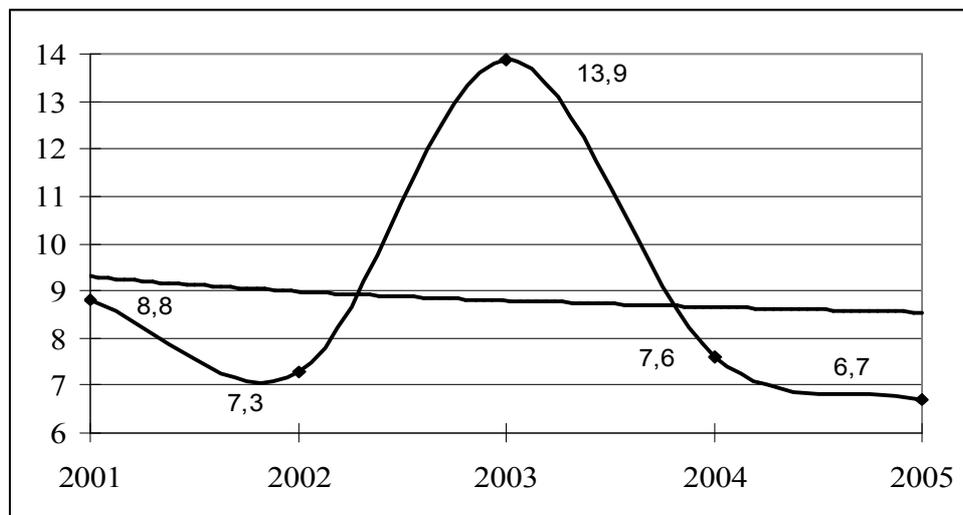


Рис. 6. Динамика показателя активной выявляемости рака прямой кишки в г.Воронеже

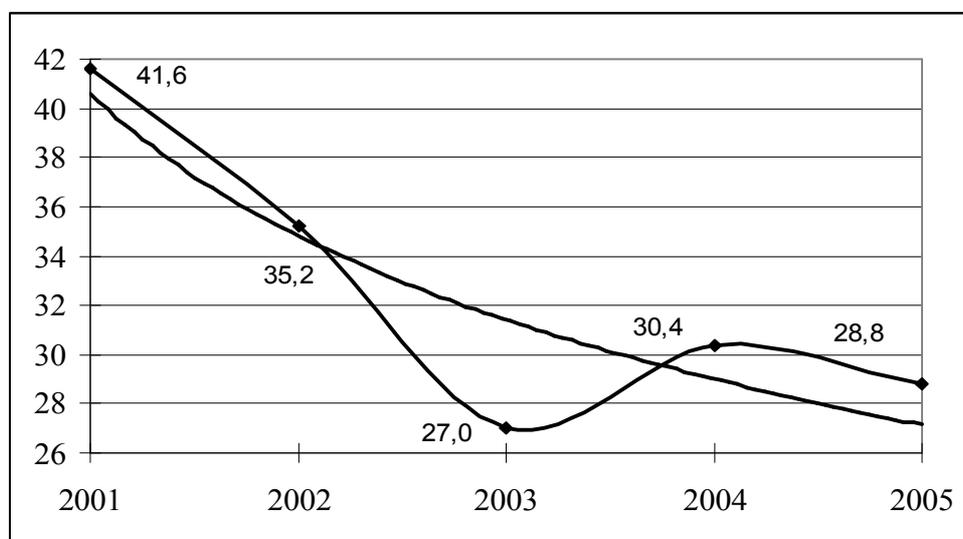


Рис. 7. Динамика показателя одногодичной летальности при раке прямой кишки в г.Воронеже

Таблица 1

Динамика показателей результативности

	2001	2002	2003	2004	2005
Морфологическое подтверждение диагноза (%)	86,4	87,5	86,2	84,6	94,5
Живы 5 лет и более (%)	42,1	49,8	49,5	50,2	49,7

В целом на данном этапе можно констатировать относительно удовлетворительные результаты онкопроктологической помощи, что подтверждается ростом соотношения между находящимися на учёте больными раком прямой кишки 5 и более лет и впервые зарегистрированными (табл.2).

С целью более объективной оценки эффективности профилактической, диагностической и лечебной помощи необходимо идентифицировать слабые звенья в структуре онкопроктологической деятельности, определить про-

грамму оперативных и стратегических действий в этом направлении.

На наш взгляд, приоритетной задачей является внедрение онкологического компонента в ургентную колопроктологию, что позволит значительно снизить летальность этих больных.

Таблица 2

Соотношение между находящимися на учёте больными раком прямой кишки 5 и более лет и впервые зарегистрированными

Годы	Живы 5 лет и более	Впервые зарегистрированные	Коэффициент
2001	590	280	2,1
2002	710	298	2,3
2003	750	299	2,5
2004	803	318	2,5
2005	852	338	2,5

Вторым направлением для достижения соответствующего качества медицинской помощи онкопроктологическим больным должна стать интеграция деятельности проктологов и онкологов в профилактическом плане. Все регламентирующие документы по этому вопросу есть, но они не в полной мере реализуются.

Отсюда следует третье направление работы – активизация организаторов здравоохранения по контролю за деятельностью смотровых кабинетов, обследованию прямой кишки в терапевтических, гинекологических, хирургических стационарных отделениях.

Список использованных источников

1. Рак ободочной и прямой кишки. Практическая онкология. Т6, 32, 2005г., С-Петербург.

Подписной индекс журнала «Врач-аспирант» в объединенном каталоге «Пресса России» - **41932**