

Показатели гуморального иммунитета воспаления

Наименование показателей	До лечения n=54	4 день лечения n=54	10 день лечения n=54	1 месяц после лечения n=54
Циркулирующие иммунные комплексы	0,046±0,004	0,035±0,004	0,035±0,004	0,031±0,001

Содержание ЦИК в сыворотке в норме – 0.038-0.42. Отмечается тенденция снижения циркулирующих иммунных комплексов в процессе лечения.

Анализируя результаты исследования, необходимо отметить положительную динамику всех показателей воспаления.

Бактериологическое исследование, отделяемого из цервикального канала и уретры, обнаружило преобладание ассоциированных возбудителей. *S.Epidermidis* (27,7%), *E.Coli* (24%), *E.faecium* (7,4%), *E.faecalis* (7,4%). Характерна полимикробная этиология воспалительных заболеваний органов малого таза с преобладанием условно-патогенной микрофлоры и анаэробов, она составила 51,8% (28 женщин).

Все пациентки с острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков получали традиционную противовоспалительную терапию.

При выборе антибактериального препарата принимали во внимание тяжесть состояния больных, клиническую форму воспалительного поражения придатков матки и тип возбудителя патологического процесса.

Учитывая полимикробную флору заболевания, предпочтительнее отдавали комбинированному применению антибактериальных препаратов, эффективных в отношении грамотрицательных и грамположительных аэробов и анаэробов, хламидий и др.

Как показали наши исследования, эффективность консервативной терапии больных острым метроэндометритом и сальпингоофоритом зависела в первую очередь от своевременного назначения и рационального выбора антибиотика или комбинации антибиотиков, а также правильного определения оптимальной суточной дозы, формы введения.

Общая продолжительность антибактериальной терапии составила 10 суток. Оценку эффективности медикаментозной терапии осуществляли в следующие сроки: 1,4,10 сутки от момента начала лечебных мероприятий и далее через 1 месяца после проведенного лечения. Основными критериями эффективности лечения считали:

1. Исчезновение болей внизу живота.
2. Отсутствие гнойных, сукровично-гнойных выделений из половых путей.
3. Нормализацию температуры тела.
4. Нормализацию лейкоцитов, уменьшение СОЭ.
5. Нормализацию СРБ.
6. Нормализацию секреторного иммуноглобулина А.
7. Нормализацию гуморального иммунитета (ЦИК).
8. Нормализацию микроциноза влагалища.
9. Отсутствие патогенных возбудителей при бактериологическом исследовании, РИФ, ПЦР, ИФА.

Анализ результатов исследования показал, что эффективность применения схемы антимикробной терапии высока – 96,3% при амбулаторном лечении больных ВЗОМТ (1 пациентка госпитализирована в стационар в связи с неэффективностью амбулаторного лечения).

Современное лечение любого воспаления предъявляет требования отказаться от полипрагмазии и провозглашает принцип «необходимости и достаточности» в отношении выбора лекарственных препаратов.

Эффективность лечения препаратом Заноцин ОД обеспечивается фармакокинетикой офлоксацина – биодоступностью

98-100%, достижением терапевтической концентрации в сыворотке крови через 2 часа от момента приема препарата и ее сохранением в течение 24 часов, высокой концентрацией в тканях мочеполовой системы; высокой, быстрой и продолжительной бактерицидной активностью, высоким уровнем чувствительности клинически значимых возбудителей, хорошей переносимостью, возможностью проведения ступенчатой терапии, оптимальным соотношением цена/качество.

Таким образом, на основании полученных результатов лечения пациенток с острыми ВЗОМТ неспецифической этиологии, можно сделать выводы:

1. Схема ступенчатой антимикробной терапии офлоксацином (Заноцин инфузии) в дозе 800 мг в сутки в/в кап. и метронидазолом 1500 мг/сутки в течение 4 дней, с последующим переходом на таблетированные формы: офлоксацин (Заноцин ОД) 800 мг/сутки и метронидазол 1500 мг в сутки в течение 6 дней у 54 пациенток с острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков неспецифической этиологии является высокоэффективной, поскольку у большинства пациенток достигнуто полное выздоровление (96,3%).

2. Динамика нормализации клинических, гематологических, иммунологических маркеров воспаления показала, что на фоне применения пролонгированного офлоксацина происходит быстрое и достоверно значимое купирование воспалительного процесса.

3. Однократный прием офлоксацина – простота осуществления врачебного контроля за пациентами в амбулаторных условиях.

4. При проведении антибактериальной терапии у больных с острым сальпингоофоритом и метроэндометритом, установлена высокая эффективность 10-дневного курса ступенчатой терапии офлоксацином ОД в дозе 800 мг/сутки и метронидазолом в дозе 1500 мг/сутки. В течение первых 4х дней антибактериальный препарат вводился внутривенно, в дальнейшем осуществлялся прием перорально.

5. Надежная санация очага воспаления к 10 дню и удобство однократного приема антибиотика, высокая приверженность пациенток лечению, позволяет рассмотреть вопрос о целесообразности терапии большинства случаев таких заболеваний в амбулаторных условиях.

6. Использование в работе врача женской консультации протокола ведения больных с ВЗОМТ включает современную диагностику, эффективное лечение, просвещение (снижение риска рецидива, использование латексного презерватива и орального контрацептива, санацию половых партнеров), мониторинг излеченности: нормализация менструальной функции и репродуктивного здоровья обоих партнеров.

В заключении хочется подчеркнуть, что на современном этапе неуклонно отмечается рост ВЗОМТ, лечение которых может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях без снижения его эффективности.

Эффективность ступенчатой терапии пролонгированной формой офлоксацина (Заноцин ОД) обеспечивает элиминацию широкого спектра клинически значимых возбудителей, сохраняет качество жизни пациенток, обеспечивает лучшую выполняемость назначений врача, направлена на сохранение и восстановление репродуктивного здоровья населения.

Юдин С. В., Ткачева Е. Ф.

АНАЛИЗ ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ КРАЕВОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Приморский краевой онкологический диспансер, Владивосток

Злокачественные новообразования занимают третье место в Приморском крае в структуре всех причин смерти населения края, что соответствует 13,3% с показателем смертности 159,1 на 100 тыс. населения (РФ – 203,2 на 100 тыс. населения в 2002 г.). По данным краевого онкологического диспансера в 2004 г. в крае умерли 3263 человек из числа учтенных больных, в 2003 г. – 3486.

Отрицательный прирост показателя смертности населения края от опухолевых заболеваний в 2004 составил (- 3,75%) по сравнению с 2003 г.

Вероятно, единственным убедительным аргументом способ-

ным обосновать причину относительной стабилизации интенсивного показателя общей смертности от онкопатологии в крае будет высокая обеспеченность в течение последних лет специфическими противоопухолевыми препаратами больных, получающих лечение в стационаре, так и в амбулаторных условиях. С января 2005 г. повысилась доступность к дорогостоящим и более эффективным современным препаратам, которые назначаются больным по льготным рецептам в условиях реализации Федерального Закона Министерства здравоохранения и социального развития №178 – ФЗ от 17.07.99 и вступлением Федерального Закона № 122-ФЗ от 22.08.04. Проводимые современные схе-

мы пролимфотерапевтического лечения позволили в течение последних лет снизить уровень одногодичной летальности онкобольными, прежде всего контингента с III и IV клиническими стадиями, что отразилось на стабилизации уровня общей онкологической смертности. Так, отмечалось снижение погодичной летальности в самых больших группах — у больных раком желудка (55,8% в 2003 г. и 51,4% — 2004 г.), раком легкого (52,4% и 50,8%), раком молочной железы (15,6% и 13,1% соответственно).

В Приморском крае, также как и в Российской Федерации, отмечается рост числа больных с онкологическими заболеваниями. Так, если в 1994 г. уровень общей онкологической заболеваемости обеих полов (интенсивный показатель) был 215,8 на 100 тыс. населения, то в 2000 г. — 246,5; в 2003 г. — 297,2; в 2004 г. — 305,0 на 100 тыс. населения (РФ — 309,0 в 2000 г.; 317,4 — в 2003 г.).

На 01.01.2005 г. состояли на учете 24 тыс. 684 больных со злокачественными новообразованиями, что составляет более 1,2% населения края. Только в течение 2004 г. выявлено 6256 новых случаев онкологических заболеваний, при этом диагноз подтвержден морфологически в 72,8% случаев. Кумулятивный показатель распространенности онкопатологии (болезненность) составил в крае 1203,3 на 100 тыс. населения (РФ — 1577,0). Интенсивный коэффициент онкологической заболеваемости обеих полов возрос с 220,0 на 100 тыс. населения в 1990 г. до 305,0 в 2004 г., при этом темп прироста за этот период составил 38,6%.

Интенсивный показатель общей онкологической заболеваемости у мужчин в 1990 г. был 241,0 на 100 тыс. соответствующего населения, в 2004 г. — 310,5 темп прироста показателя за 13 лет составил 28,8% (РФ — интенсивный показатель заболеваемости у мужчин в 2003 г. — 324,1 на 100 тыс. населения).

У женщин интенсивный коэффициент в 1990 г. — 200,5 на 100 тыс. женского населения, в 2004 г. — 299,8 и темп прироста показателя — 49,5% (РФ — интенсивный показатель заболеваемости у женщин в 2003 г. — 311,6 на 100 тыс. населения). Стандартизованный показатель (мировой стандарт возрастного распределения) онкологической заболеваемости у мужчин в 2004 г. — 282,6 на 100 тыс. мужского населения (РФ — 263,1), у женщин — 192,9 — в 2004 г. (РФ — 186,6).

Сохраняется низким показатель активного выявления онкологических больных. В динамике показатель, отражающий характер данной работы имеет тенденцию к улучшению: так, доля онкологических больных, выявленных на профосмотрах в крае составила в 2000 г. — 3,8%, в 2001 г. — 6,6%, в 2003 г. — 7,5%; в 2004 г. — 7,5% (РФ — 9,2%).

В структуре заболеваемости в 2004 г. у мужчин на 1-м месте был рак лёгкого — 24,3%, на 2-м — рак желудка — 13,0%, на 3-м — новообразования кожи — 12,1% (с меланомой), далее в порядке убывания следуют гемобласты — 5,4%, рак ободочной кишки и мочевого пузыря по 4,8%, рак предстательной железы — 4,6%, поджелудочной железы — 3,8%, прямой кишки и ректосигмоидного отдела — 3,6%, рак гортани — 3,3%, рак почки — 3,1%.

У женщин в 2004 г. на 1-м месте был рак молочной железы — 19,9%, на 2-м — новообразования кожи — 15,5% (с меланомой), на 3-м — рак желудка — 7,3%, далее следуют рак шейки матки — 6,9%, тела матки — 5,7%, ободочной кишки — 5,6%, рак легкого — 5,4%, рак яичников — 5,2%, рак прямой кишки и ректосигмоидного отдела — 4,4%, гемобласты — 3,7%, рак почки — 2,9%.

Таким образом, в Приморском крае наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют

злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (37,7%), при этом опухоли половых органов составили 17,8%.

В 2004 г. в общей структуре смертности населения Приморского края от злокачественных опухолей наибольший удельный вес составляли опухоли легкого (22,1%), желудка (13,0%), молочной железы (8,0%), поджелудочной железы — 5,6%; ободочной кишки (4,9%), прямой кишки (4,3%), шейки матки (3,1%), печени — 2,9%. В структуре смертности от злокачественных новообразований мужского и женского населения имеются существенные различия.

Более 1/3 случаев смерти мужчин обусловлены раком легкого (32,8%), опухоли желудка стали причиной смерти 13,6%, новообразования поджелудочной железы 5,4%, предстательной железы 5,0%, ободочной кишки — 4,3%, лимфатической и кровеносной ткани — 4,3%, губы и ротоглотки 4,0%, прямой кишки 3,7%.

В структуре смертности женщин от злокачественных опухолей наибольший удельный вес занимают новообразования молочной железы (18,6%), желудка (12,2%), рак легкого (8,1%), шейки матки (7,1%), яичника (5,8%), ободочной кишки (5,8%), тела матки (5,2%), прямой кишки (5,1%), лимфатической и кровеносной ткани — 4,6%.

Следует отметить некоторые особенности онкологической заболеваемости у детей. В 2004 г. было выявлено 56 случаев злокачественных новообразований у детей (в 2003 г. — 46), при этом интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 13,4 (РФ — 10,3), стандартизованный — 15,3 (РФ — 10,8). Интенсивный показатель заболеваемости у мальчиков был 17,6 на 100 тыс. населения, у девочек — 8,9. В структуре заболеваемости преобладали гемобласты — 50%, причем лимфолейкозы составили 49%; опухоли головного мозга — 19,4%, опухоли костей и суставных хрящей — 5,8%, почки — 6,6%, опухоли мягких тканей — 4,4%. Данные онкоэпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что Дальний Восток является территорией высокого риска возникновения онкологических заболеваний у детей. Однако проведенное нами сравнительное изучение стандартизованных показателей заболеваемости в регионе свидетельствует, что фактических данных недостаточно для такого заключения. Достоверными в расчетах были данные о том, что как у мальчиков, так и у девочек преобладают фактические величины над ожидаемыми, и эти данные являются дополнительным свидетельством того, что в Приморском крае злокачественные новообразования у детей встречаются чаще, чем в России. Требуется дополнительные глубокие исследования для установления закономерностей формирования и распространения онкопатологии в детской популяции в Приморском крае и Дальнем Востоке.

Финансирование ПКОД осуществляется по смешанной бюджетно-страховой системе. В данной системе согласно действующего законодательства объемы финансирования территориальными фондами ОМС не могут быть менее, чем по пяти статьям расходов: заработная плата; начисленные налоги на заработную плату; расходы на медикаменты; расходы на мягкий инвентарь; расходы на питание. Расчет финансирования осуществляется по утвержденным тарифам на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь, согласно выполненным объемам медицинской помощи. Рассмотрим основные финансово-экономические показатели деятельности и структуру финансирования онкологической помощи в Приморском краевого онкологического диспансера (табл. 1.).

Таблица 1.

Основные финансово-экономические показатели ПКОД

Наименование показателя	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Балансовая стоимость всего оборудования	52.657.175 руб.	57.997.195 руб.	62.151.413 руб.	69.113.787 руб.	75.476.225 руб.
Численность персонала	319 чел.	314 чел.	315 чел.	311 чел.	309 чел.
Объем финансирования: Бюджет	10.116.165	11.304.398	16.120.526	10.998.575	6.418.490
Фонд ОМС	17.573.735	27.664.671	40.068.220	47.443.990	59.290.270
Всего руб.	27.689.900	38.969.069	56.188.740	58.442.565	65.708.760

Нормативные объемы посещений лечебно-диагностического, консультативного приема поликлиники онкодиспансера и плановая функция врачебной должности представлены в таблице 2.

Более подробно рассмотрим экономическую модель стационарной помощи краевого онкологического диспансера, которая является по своей сути полностью плановой. Известно, что с

принятием в 1994 г. Федерального Закона «Об обязательном медицинском страховании граждан Российской Федерации» началась эпоха перехода экономической модели отечественного здравоохранения от государственно-бюджетной системы к страховой. Несмотря на единство Федерального Закона, варианты его реального исполнения носят исключительно территориальный характер.

Объемы лечебно-диагностической и консультативной амбулаторно-поликлинической помощи для застрахованного населения Приморского края

Наименование должности	Годовой бюджет рабочего времени	Норматив затрат времени на прием (мин)	Норма нагрузки в час	Плановая функция врачебной должности	Число должностей на 10000 населения	Расчетное число посещений в год
Врач онколог	1405,5					
Лечебно-диагностический прием		22 мин	2,7	3538	0,2	30514
Консультативн. Прием		27,6	2,2	2820	0,025	11396
Итого						41910

В Приморском крае в течение последних лет онкологический диспансер работал в рамках финансово-экономической системы в форме бюджетной модели, страховой, и смешанной модели – в которой заложена система сочетанного финансирования: частично бюджетная на основе сметного финансирования и частично тарифная система, на основе финансирования за выполненные объемы. По системе смешанной модели финансирования продолжает работать краевой онкологический диспансер в настоящее время.

Согласно федеральных методических рекомендаций о порядке формирования и экономического обоснования программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, предписано при расчете тарифов

на стационарную помощь в их структуре учитывать не менее пяти основных расходов медицинских учреждений (заработная плата, налоги на заработную плату, расходы на питание, медикаменты, мягкий инвентарь).

Тариф одного приведенного поликлинического врачебного посещения составляет 189,43 руб., в структуре которого заработная плата – 142,48 руб., начисления на заработную плату 37,33 руб., медикаменты – 9,53 руб., мягкий инвентарь – 0,09 руб., хозяйственные расходы – 22,97 руб. При этом, в структуре поликлинического тарифа 94,9% занимают заработная плата и начисления на оплату труда. В структуре стационарного тарифа заработная плата и начисления в среднем составляют 68,3%.

Юдина А.С., Трегубенко А.А.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН

Приморский краевой онкологический диспансер, Дальневосточный государственный технический университет, Владивосток

Злокачественные новообразования являются одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества. В России ежегодно регистрируется более 450 тысяч больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования.

Под диспансерным наблюдением находятся более 2,2 млн. онкологических больных, что составляет 1,4% населения России. Злокачественные новообразования занимают стабильное 2 – 3 место в структуре всех причин смерти населения. Удельный вес злокачественных новообразований в структуре причин инвалидности составляет около 10%.

В Приморском крае в структуре смертности женщин от злокачественных опухолей наибольший удельный вес занимают новообразования молочной железы – 14,0% (РФ – 16,5%), шейки матки – 5,8% (РФ – 4,8%), яичников – 4,9% (5,6%), тела матки – 3,7%.

В структуре онкологической патологии женщин в 2004 г. опухоли репродуктивной системы занимали 37,7%, при этом новообразования половых органов составили 17,8%. На долю рака молочной железы приходится 19,9% (РФ – 19,4%), шейки матки – 6,9% (РФ – 5,2%), тела матки – 5,7% (РФ – 6,7%), рак яичников – 5,2% (РФ – 5,1%). Это свидетельствует о высокой тропности злокачественных новообразований к органам репродуктивной системы женщин.

Медиана возрастного распределения больных составила 64,1 года. За 10 – летний период наблюдается рост этого показателя у женщин, за исключением злокачественных новообразований шейки матки (снижение медианы с 57,9 до 51,8 года).

За последнее десятилетие отмечается, что темп прироста показателя заболеваемости раком молочной железы за 10 лет составил 47,2%, шейки матки 24,1%, тела матки 68,9%, рака яичников 40,0%.

В течение 2003 г. в крае было выявлено 628 случаев рака молочной железы, в 2004 г. – 633. Диагноз морфологически верифицирован в 94,7% случаях (РФ – 93,6%). У 13,2% больных заболевание выявлено при профилактических осмотрах (РФ – 19%). Среди больных у 55,4% рак молочной железы выявлен в I – II стадиях (РФ – 60,8%), у 27,6% – в III стадии (РФ – 25,5%), и у 16,0% – в IV клинической стадии опухолевого процесса (РФ – 12,3%). Интенсивный показатель заболеваемости раком молочной железы в крае в 2003 г. составил 58,3 на 100 тыс. женского населения (РФ – 60,2), стандартизованный показатель – 39,3 (РФ – 38,9). Наиболее высокие показатели заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями молочной железы отмечены в городах Арсеньев, Дальнегорск, Парти-

занск, Уссурийск, районах Надеждинский, Пограничный, Хорольский, Шкотовский.

Рак шейки матки – вторая в данной группе онкопатология значимая по степени социально-экономических потерь. В Приморском крае в 2003 г. выявлено 220 случаев рака шейки матки, из которых морфологически диагноз верифицирован в 90,8% случаев (РФ – 96,2%). При профилактических осмотрах выявлено 18,9% больных (РФ – 25,5%). В I – II стадиях выявлены 51,5% больных (РФ – 58,1%), в III стадии – 32,5% (РФ – 29,2%), в IV стадии – 14,6% (РФ – 12,7%) больных. Интенсивный показатель заболеваемости населения края раком шейки матки возрос за 10 лет на 24,1% и составил в 2003 г. 20,4 на 100 тыс. женского населения края (РФ – 16,1). Стандартизованный показатель зафиксирован на уровне 14,5 на 100 тыс. женского населения (РФ – 11,3). Максимальный уровень заболеваемости наблюдается в возрастной группе 50-70 лет, но в течение последних лет складывается неблагоприятная тенденция роста заболеваемости в возрастной группе до 29 лет. Высокие уровни заболеваемости раком шейки матки отмечены в городах Артем, Арсеньев, Уссурийск, Дальнегорск, районах Кировский, Октябрьский, Хасанский, Хорольский, Тернейский.

Злокачественные новообразования тела матки выявлены в 2003 г. в 219 случаях, диагноз подтвержден морфологически в 89,9% (РФ – 95,0%). Среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом распределение по стадиям было следующее: с I-II стадиями опухолевого процесса 70,0% (РФ – 74,7%), III стадия – 16,4% (РФ – 13,8%), и IV – 12,1% (РФ – 13,8%). При профилактических осмотрах в крае выявлено 7,2% больных (РФ – 10,4%). Интенсивный показатель заболеваемости раком тела матки составил 20,3 на 100 тыс. женского населения (РФ – 20,9), стандартизованный – 13,3 на 100 тыс. женского населения края (РФ – 13,3). Высокие показатели заболеваемости были зафиксированы в городах Владивосток, Б. Камень, Дальнегорск, Партизанск, Спасск, районах Красноармейский, Пожарский, Надеждинский.

Больных раком яичника в 2003 г. было выявлено 161 случай с морфологической верификацией диагноза в 62,2% (РФ – 84,2%). Больных с I-II стадией было выявлено 24,3% (РФ – 31,9%), III стадией – 39,9% (РФ – 39,0%), IV стадией – 34,5% (РФ – 25,2%). От всего числа случаев рака яичников на профосмотрах было выявлено 3,4% случаев (РФ – 7,7%). Интенсивный показатель заболеваемости в 2003 г. в крае составил 15,0 на 100 тыс. женского населения края (РФ – 15,9) и стандартизованный – 10,0 (РФ – 10,5).

По данным популяционного регистра поликлиники краево-