

3. Гавриков К.В. Физиологические основы трудовой деятельности человека, направленной на адекватно отражение сигнальных воздействий внешней среды: Дис.... д-ра мед. наук. М., 1968. 447 с.

4. Гавриков К.В. Социально-биологические мотивации и их роль в организации различных видов деятельности организма / К.В. Гавриков / Волгогр. мед. ин-т. - Волгоград, 1987. 10 с. деп. в ВИНТИ 9.02.87, N 915-B.

5. Журавлев Б.В. Информационные паттерны нейронов мозга в системной организации поведенческих актов / Б.В. Журавлев // Развитие теории функциональных систем: Тр. межвед. науч. Совета по эксперим. и приклад. физиологии / Под ред. К.В. Судакова. М., 1999. Т. 8. С. 86–97.

6. Ивашев С.П. Системное квантование мыслительной деятельности человека: Монография / С.П. Ивашев. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. 229 с.

7. Меницкий Д.Н. Информация и проблемы высшей нервной деятельности (вероятность и условный рефлекс) / Д.Н. Меницкий, В.В. Трубачев - Л.: Медицина, Л.о., 1974. 231 с.

8. Судаков К.В. Системогенез целенаправленного поведенческого акта // Высшие функции мозга в норме и патологии. Л., 1979. С. 9–116.

9. Судаков К.В. Психическая деятельность с позиций теории функциональных систем / К.В. Судаков // Системные аспекты физиологических функций: Тр. межвед. науч. Совета по эксперим. и приклад. физиологии / Под ред. К.В. Судакова. М., 2002. Т. 11. С. 8–20.

10. Урываев Ю.В. Значение подкрепления для коррекции произвольных ритмических движений человека // Развитие общей теории функциональных систем: Тез. докл. VII Всесоюз. симпози. М., 1986. С. 49–50.

11. Хакен Г., Португали Дж. Синергетика, межуровневые нейронные сети и когнитивные карты // Синергетика и психология: Тексты. Выпуск 3: Когнитивные процессы / Под ред. В. И. Аршинова, И. Н. Трофимовой, В. М. Шендяпина. М., «Когито-Центр», 2004. С. 129–154

12. Гласс Л., Мэки М. От часов к хаосу: Ритмы жизни / Л. Гласс, М. Мэки - М.: Мир, 1991. 248 с.

SYSTEM INFORMATIONAL ORGANIZING CASUAL BEHAVIOURAL ACTS UNDER THE CONDITIONS OF STUDYING "PSYCHICAL TEMPO"

S.P.IVASHOV

Volgograd State Medical University

The outlook of further knowledge of deep laws of thinking and behaviour system organization can be effective taking into account basic principles of P.K. Anokhin's doctrine.

Key words: psychical tempo, research.

УДК: 615.036.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИОФОРА (МЕТФОРМИНА) В ОТНОШЕНИИ СУСТАВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Л.В. ВАСИЛЬЕВА*, Д.И. ЛАХИН**

Статья посвящена повышению эффективности лечения больных остеопорозом с метаболическим синдромом (МС). На сегодняшний день известно, что наличие признаков МС негативно сказывается на течении остеопороза. В данном исследовании включение сиофора (метформина) в комплексное лечение больных остеопорозом с МС при отсутствии негативных побочных эффектов позволило добиться достоверно позитивных изменений в отношении основных проявлений суставного статуса, что позволяет рекомендовать включение данного препарата в комплексную терапию пациентов остеопорозом с МС.

Ключевые слова: остеопороз, метаболический синдром, сиофор, метформин.

Метаболический синдром (МС) – достаточно молодой термин, однако привлекающий пристальное внимание врачей всего мира. Распространенность его достигает 25-30% взрослого населения и увеличивается с возрастом [7,9]. МС представляет собой

комплекс метаболических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность – нарушение инсулин-опосредованной утилизации глюкозы периферическими тканями. При этом каждый из компонентов МС является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а их сочетание в рамках МС существенно ускоряет развитие и прогрессирование атеросклеротических сосудистых болезней, которые, по оценкам ВОЗ, занимают первое место среди причин смертности населения индустриально развитых стран [3].

Остеопороз представляет собой наиболее распространенную форму суставной патологии, поражающую не менее 20% населения земного шара. Поздняя диагностика и малоэффективная терапия приводят к снижению качества жизни больных, росту временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Длительное время остеопороз относился к дегенеративным заболеваниям, считали неминуемым следствием старения и дегенерации хряща. В настоящее время полагают, что в основе патогенеза остеопороза лежит преобладание катаболических процессов над анаболическими, что связано с патологией хондроцитов. При этом под воздействием определенных импульсов хондроциты начинают продуцировать провоспалительные цитокины, которые повышают катаболическую активность хондроцитов. Центральная роль при этом отводится интерлейкинам (ИЛ-1, ИЛ-6), фактору некроза опухоли – α (ФНО- α), которые приводят к повышению активности металлопротеиназ, способствуют росту остеофиов и повышению жесткости субхондральной кости, что, в свою очередь, стимулирует деградацию суставного хряща, замыкая патологический круг [5]. Однако на сегодняшний день получены данные о взаимосвязи остеопороза с метаболическими нарушениями. Инсулинорезистентность, ключевое звено МС, способствуя увеличению продукции гликированных соединений, вызывает повышенное образование кислородных радикалов, провоцирующих эндотелиальную дисфункцию. Известно, что повреждение, вызванные свободными радикалами, вносят существенный вклад в развитие как атеросклероза, так и заболеваний суставов [8]. Обнаружена тесная корреляция между содержанием триглицеридов (ТГ) и способностью фагоцитов синтезировать ФНО- α , местная продукция которого в очаге воспаления обеспечивает хемотаксис нейтрофилов, усиление фагоцитоза, их дегрануляцию, продукцию и секрецию ими активных форм кислорода. Важную роль инсулинорезистентности в развитии остеопороза доказывает высокий уровень ТГ у больных с полной утратой хряща по данным артроскопии и его корреляция с ЦИК [2]. Была выявлена взаимосвязь между дислипидемией и окислительным стрессом с эрозивными изменениями в хряще, ассоциация МС с более тяжелым поражением суставного хряща по данным артроскопии у пациентов остеопорозом, осложненным вторичным синовитом. Наличие признаков МС у больных остеопорозом ассоциируется с более тяжелым поражением хряща и рецидивирующими синовитами [6].

В настоящее время одним из наиболее эффективных препаратов для коррекции МС является метформин. Установлено, что данный препарат обладает гиполлипидемическим и антиатерогенным действием [6,7,11], снижает экспрессию рецепторов, вовлеченных в процессы внутриклеточного накопления липидов [11], снижает риск образования тромбов [6]. На фоне терапии метформином уменьшается вазоконстрикция, увеличивается активность натриевого насоса и продукция оксида азота, что сопровождается снижением содержания внутриклеточного кальция [11]. Кроме того, имеются данные, что препарат способен ингибировать высвобождение провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8 [10], способствующих персистенции воспаления, в том числе и в тканях суставов, с развитием хондрита, остеоита, синовита [1].

Цель исследования – оценить клиническую эффективность препарата сиофор (метформин) в отношении суставного синдрома у больных остеопорозом с МС.

Материалы и методы исследования. В обследование включены 78 больных остеопорозом с МС. Все пациенты находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении МУЗ «Центральная городская клиническая больница города Липецка» в 2006-2009 г.г. Обследованные больные были подразделены на две группы. В контрольную группу, состоящую из 33 человек, вошли больные остеопорозом с диагностированным МС – 26 женщин и 7 мужчин в возрасте от 47 до 74 лет, получавшие патогенетическое лечение остеопороза. В основной группе оказалось 45 пациентов остеопорозом с признаками МС –

*Воронежская государственная медицинская академия, кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии ИГМО. 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10. Тел.: (4732) 36-68-31, e-mail: sanc@vsm.a.ru

**Центральная городская клиническая больница города Липецка, ревматологическое отделение. 398035, г. Липецк, ул. Космонавтов, 39. Тел.: (4742) 33-35-48, e-mail: cgkb@lipetsk.ru

36 женщин и 9 мужчин в возрасте от 43 до 71 года, получавших на фоне патогенетической терапии остеоартроза сиюфор.

При поступлении в стационар у всех больных, включенных в исследование, был диагностирован МС на основании критериев, разработанных комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP АТРИИ, 2001 г.). МС устанавливался при наличии у пациента трех и более из следующих признаков:

- Абдоминальное ожирение (окружность талии >102 см у мужчин, >88 см у женщин);
- Уровень триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л;
- ХС ЛПВП <1 ммоль/л у мужчин, <1,3 ммоль/л у женщин;
- Артериальная гипертензия (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.);
- Показатели глюкозы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л.

Среди пациентов длительность течения остеоартроза составила до 5 лет у 34,6% больных, 5-10 лет – у 37,2%, более 10 лет – у 28,2% пациентов. При рентгенологическом исследовании изменения I ст. (по I. Kellgren и I. Lawerens) были выявлены у 5,1% больных, II ст. – у 85,9%, III ст. – у 9,0% больных. Наличие синовитов выявлялось клинически и подтверждалось инструментально (с помощью УЗИ либо МРТ). Среди сопутствующей патологии отмечалась артериальная гипертензия (100%), ожирение (100%), ИБС (73%).

В исследование не включались больные, имевшие повышенную чувствительность к сиюфору: гипоксические состояния (сердечная или дыхательная недостаточность); декомпенсация функций печени и почек; повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Оценка тяжести суставного синдрома проводилась путем оценки интенсивности болевого синдрома в покое и при движении по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (мм). Этот тест отражал общую выраженность суставной боли по оценке больного, с использованием 100-миллиметровой шкалы боли, где 0 означает отсутствие боли, а 100 – максимальную интенсивность боли [4]. При этом была оценена отдельно интенсивность болевого синдрома в покое и при движении. Индекс Lequesne включал оценку боли в покое и при ходьбе (5 вопросов), максимально проходимого расстояния (1 вопрос) и повседневной активности (4 вопроса). Балльная оценка каждого вопроса суммировалась и составляла счет тяжести заболевания. Индекс WOMAC (Western Ontario and McMaster University) определялся с помощью опросника для самостоятельной оценки пациентом выраженности боли в покое и при ходьбе (5 вопросов), выраженности и длительности скованности (2 вопроса) и функциональной недостаточности в повседневной деятельности (17 вопросов). При этом оценка проводилась по шкале ВАШ (в см), а затем все показатели суммировались [4].

Во время стационарного лечения пациенты обеих групп получали нестероидные противовоспалительные препараты (найз 100 мг×2р, либо мовалис 15 мг/утром), хондропротекторы (хондролон 100 мг в/м, либо алфлутоп 1,0 в/м), при наличии синовитов внутрисуставно вводили ксефокам (8 мг) после пункции сустава. Амбулаторно пациенты также получали хондропротекторы (хондролон 100 мг в/м №20 2 курса в год, либо алфлутоп 1,0 в/м №20 2 курса в год). НПВП системно амбулаторно пациенты обеих групп не принимали. При осмотре (спустя 3, 6 и 12 месяцев) и наличии синовитов пациентам вводили 8 мг ксефокама внутрисуставно после пункции сустава. Сиюфор назначался пациентам основной группы по 500 мг 2 раза в сутки на протяжении 12 месяцев. В контрольной и основной группах отслеживались значения выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ в покое и при движении, индексы Lequesne и WOMAC на 1-3, 7-10 день стационарного лечения, а также спустя 3, 6 и 12 месяцев. Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с помощью программы Microsoft Excel пакета Microsoft Office 2003. Подсчитывали величину средней, ошибки средней. Достоверность различий изученных показателей в контрольной и опытной группах определяли по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Пациентам обеих групп за время стационарного лечения была подобрана адекватная терапия, в результате чего было отмечено достоверно снижение выраженности болевого синдрома в покое и при движении на 7-10 сутки ($p<0,001$). Однако в дальнейшем в контрольной группе больных оба показателя не имели достоверных изменений по сравнению с первоначальными значениями, в то время как в группе больных, получавших сиюфор, выраженность боли в покое и при движении

на протяжении всего исследования была достоверно ниже значений, полученных на 1-3 сутки ($p<0,001$) (табл. 1).

Таблица 1

Динамика выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ в покое и при движении у пациентов контрольной и основной групп за 12 месяцев

Показатель	Группа	1-3 день	7-10 день	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Боль в покое (ВАШ, мм)	Контрольная	20,6±1,49	10,7±0,6	18,9±1,57	20,1±1,54	21,5±1,62
	Основная	21,8±1,49	10,6±0,64	12,0±0,81	10,4±0,63	9,4±0,37
p		нд	нд	<0,001	<0,001	<0,001
Боль при движении (ВАШ, мм)	Контрольная	56,5±0,67	30,6±0,55	53,3±1,86	55,2±1,54	57,1±1,55
	Основная	58,4±0,76	29,4±0,41	50,2±0,71	47,7±0,73	44,3±1,19
p		нд	нд	нд	<0,001	<0,001

При сравнении выраженности болевого синдрома среди больных контрольной и основной групп, оказалось, что выраженность боли в покое, среди пациентов, получавших сиюфор, была достоверно ниже через 3, 6 и 12 месяцев ($p<0,001$), а болевой синдром в данной группе больных при движении был достоверно менее выражен спустя 6 и 12 месяцев по отношению к пациентам контрольной группы ($p<0,001$) (табл. 1).

В обеих группах больных удалось достичь достоверного снижения индексов Lequesne и WOMAC на 7-10 сутки ($p<0,001$), однако в контрольной группе больных в дальнейшем эти показатели достоверно не отличались от первоначальных, а индекс WOMAC достоверно вырос на 6,7% к концу исследования ($p<0,01$) (табл. 2). У пациентов основной группы удалось достичь достоверно более низких значений обоих показателей на протяжении всего исследования ($p<0,001$).

Таблица 2

Динамика индексов Lequesne и WOMAC у пациентов контрольной и основной групп за 12 месяцев

Показатель	Группа	1-3 день	7-10 день	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Индекс Lequesne (баллы)	Контрольная	10,5±1,17	7,2±0,2	9,1±0,47	10,3±0,3	10,6±0,29
	Основная	10,6±0,39	7,4±0,20	8,6±0,22	8,0±0,23	7,2±0,20
p		нд	нд	нд	<0,001	<0,001
Индекс WOMAC (см)	Контрольная	104,1±1,77	65,7±1,47	99,7±3,12	107,0±1,77	111,0±1,82
	Основная	108,3±1,97	65,9±0,93	94,7±1,03	92,3±0,61	90,4±0,89
p		нд	нд	нд	<0,001	<0,001

При сравнении показателей индексов Lequesne и WOMAC среди пациентов обеих групп, оказалось, что больные, принимавшие сиюфор, имели достоверно более низкие значения индексов спустя 6 и 12 месяцев ($p<0,001$) (табл. 2).

В настоящее время метформин (сиюфор) признан одним из наиболее эффективных препаратов для коррекции МС. Препарат, относящийся к группе бигуанидов, длительное время использовался только для лечения сахарного диабета. Однако накопленные данные позволили расширить его клиническую значимость. Устраняя инсулинорезистентность, он обладает рядом кардиоваскулярных и метаболических эффектов, оказывая положительное влияние на различные компоненты МС [7,9], доказан его профилактический эффект в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с инсулинорезистентностью [12]. При этом полученные данные о взаимосвязи остеоартроза с метаболическими нарушениями, а также данные о противовоспалительных эффектах метформина [10] позволяют рассматривать препарат, не только для коррекции веса, дислипидемии, инсулинорезистентности, но и в лечении суставного синдрома. Так, в данном исследовании было подтверждено положительное влияние препарата в отношении болевого синдрома у пациентов, как в покое, так и при движении. На фоне приема сиюфора в дозировке 500 мг 2 раза в сутки на протяжении 12 месяцев нежелательных побочных реакций, требующих отмены препарата, отмечено не было. Достоверно более эффективным оказалось лечение у пациентов, принимавших сиюфор, по отношению к больным контрольной группы спустя 6 и 12 месяцев по индексу ВАШ в покое и при движении, индексу Lequesne и WOMAC ($p<0,001$). Полученные данные позволяют рекомендовать включение сиюфора (метформина) в комплексное лечение больных остеоартрозом с МС.

Литература

1. Бадюкин В.В. // Русский медицинский журнал. 2005. Т 13, №7. С. 392–395.

2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремская В.М. // Кардиология. 2000. №10. С. 74–87.

3. Бутрова С.А. // Российский медицинский журнал. 2001. №2. С. 56–60.

4. Международные индексы оценки активности, функционального статуса и качества жизни больных ревматическими заболеваниями. М.: «Ассоциация ревматологов России», 2007. 88 с.

5. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 714 с.

6. Bailey C.J., Turner R.C. Metformin // N. Engl. J. Med. 1996. Vol. 334, №9. P. 574–579.

7. Daskalopoulou S.S., Mikhailidis D.P., Elisaf M. // Angiology. 2004. Vol. 55, №6. P. 589–612.

8. Droge W. // Physiol. Rev. 2002. Vol. 82. P. 45–47.

9. Haffner S.M., Valdez R.A., Hazuda H.P. // Diabetes. 1992. Vol. 41. P. 715–722.

10. Isoda K., Young J.L., Zirlik A. // Thromb. Vasc. Biol. 2006. Vol. 26, №3. P. 611–617.

11. Mamputu J.C., Wiernsperger N.F., Renier G.A. // Diabetes Metab. 2003. Vol. 29, №4, Pt. 2. P. 71–76.

12. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. // Lancet. 1998. Vol. 352. P. 854–865.

EFFICIENCY OF SIOFOR (METFORMINUM) CONCERNING THE ARTICULATE STATUS AT THE PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS WITH THE METABOLIC SYNDROME

L. V. VASILYEVA, D. I. LAKHIN

*Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenkoy,
Chair of Propaedeutics of Internal Diseases with the course of Therapy*

Article about rising the efficiency of treatment of patients with osteoarthritis and a metabolic syndrome (MS). Nowadays it is known, that the presence of signs of MS negatively affects the currency of osteoarthritis. In the given research, including siofor (metformin) in complex treatment of patients with osteoarthritis and MS, at the absence of negative side effects, allowed to achieve authentically positive changes in the relation of the basic displays of the articulate status that allows to recommend inclusion of the given preparation in complex therapy of patients with osteoarthritis and MS.

Key words: osteoarthritis, a metabolic syndrome, siofor, metformin.

УДК 616-082

ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ

Д.М. КОЧЕТОВ, Н.А. ДАЙХЕС, С.В. ЯБЛОНСКИЙ, В.М. ДАВЫДОВ*

В статье рассматриваются вопросы о состоянии и особенностях оказания высокотехнологичной оториноларингологической помощи в Российской Федерации. Показана деятельность ФГУ НКЦО ФМБА России. Проанализированы показатели выполнения высокотехнологичной медицинской помощи больным с заболеваниями ЛОР-органов за 2009 год и плановые объемы их числа по этому профилю на 2010 год.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, оториноларингология.

В последнее десятилетие в Российской Федерации с целью совершенствования деятельности отечественного здравоохранения осуществляется разработка оптимальных вариантов управления медицинской помощью с учетом особенностей социально-экономического уровня состояния регионов страны, обеспеченности современными материально-техническими ресурсами и устойчивости финансирования лечебно-профилактических учреждений. В настоящее время одним из существенных факторов в охране здоровья населения является организация и планирование оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) гражданам. В связи с этим ведущим направлением развития российского здравоохранения становится формирование такой его модели, которая может способствовать достижению положительных результатов в качестве оказания медицинской помощи, повышению эффективности работы медицинских учреждений, сохранению состояния здоровья населения и в итоге – улучшению медико-демографической ситуации в стране [1,4,6,7].

Согласно приказу Минздрава России и РАМН от 6 апреля 2005 г. №259/19, дорогостоящая высокотехнологичная медицинская помощь характеризуется как виды диагностики и лечения, в которых преобладают инновационное биотехнологическое звено, дорогостоящие лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» (ПНП «Здоровье») Минздравсоцразвития РФ реализует подпроект «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью». Этот подпроект направлен на повышение уровня удовлетворенности населения ВМП за счет увеличения ее финансирования, строительства новых федеральных центров и модернизации порядка предоставления такой помощи. При этом понятие ВМП определено уже несколько иначе: как комплекс проводимых в условиях стационара лечебных и диагностических медицинских услуг, имеющих законченное клиническое значение и финансируемых за счет средств федерального бюджета. Следовательно, ВМП – это медицинская помощь, выполняемая высококвалифицированными медицинскими кадрами с использованием сложных и (или) уникальных, обладающих значительной ресурсоемкостью медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники.

Ряд авторов считает, что для успешной реализации вышеуказанного подпроекта необходим углубленный анализ существующих нормативных правовых документов, регламентирующих организацию и доступность ВМП, с определением ее потребности с точки зрения конечного результата для пациентов и общества в целом [2,3,5].

Несмотря на то, что подобные технологии используются отечественной системой здравоохранения достаточно давно, актуальность проблемы развития и совершенствования оказания такой помощи значительно возросла именно с началом осуществления ПНП «Здоровье». Одним из направлений его реализации является обеспечение доступности и качества ВМП, приближение ее к самым различным слоям населения [3,5,6,7,8]. Исходя из этого, ВМП предоставляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными приказами Минздравсоцразвития России для федеральных специализированных медицинских учреждений.

Началом выделения ВМП как особого вида медицинской помощи в России можно считать 1992 год. Именно тогда был издан Указ Президента РФ «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации» № 1137 от 26 сентября 1992 г. Согласно этому Указу Правительству РФ поручалось предусмотреть из республиканского бюджета целевое финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, который должен был ежегодно утверждаться Минздравом России. Для реализации положений этого Указа на практике был издан приказ Минздравмедпрома РФ «О порядке финансирования и расходования ассигнований, выделяемых из федерального бюджета Российской Федерации на проведение дорогостоящих видов медицинской помощи, отчетности и контроля за их использованием» от 18 апреля 1994 г. № 73. С 2000 г. федеральным органом управления российским здравоохранением и РАМН проводится постоянная работа по организации и ежегодному планированию оказания ВМП больным.

Как известно, существовавшая в России в течение многих десятилетий государственная система здравоохранения была ориентирована главным образом на массовое применение относительно простых и недорогих медицинских технологий. Однако развитие медицинской и фармацевтической науки значительно расширило возможности лечения многих заболеваний. Одновременно это привело к росту стоимости медицинской помощи, что при ограниченности финансовых и материальных ресурсов и недостаточной эффективности их использования способствовало возникновению проблемы, связанной с оказанием доступной и в то же время наиболее технологичной медицинской помощи.

Для решения этой проблемы в РФ стало осуществляться бюджетное финансирование организации и деятельности федеральных специализированных центров и медицинских учреждений, оказывающих населению профильные виды ВМП. Особый интерес в данной проблеме представляет изучение доступности высокотехнологичных видов хирургической помощи с учетом развитости инфраструктуры региональных органов здравоохранения, что позволит выявить реальные потребности в такой помощи. Вопросы организации высокотехнологичных видов хирургической помощи

* ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, г. Москва, директор – проф. Дайхес Н.А.