

Профессиональные квалификационные группы медицинских и фармацевтических работников, рекомендуемые минимальные размеры базовых окладов и повышающих коэффициентов согласно приказу Минздравсоцразвития РФ №462н от 28.08.2008 г.

Наименование профессиональной квалификационной группы	Количество квалификационных уровней	Рекомендуемый минимальный размер оклада, руб.	Диапазон рекомендуемых размеров повышающих коэффициентов
Медицинский и фармацевтический персонал первого уровня	1	4 330	0 – 0,02
Средний медицинский и фармацевтический персонал	5	4 550	0 – 0,9
Врачи и провизоры	4	5 800	0 – 1,19
Руководители структурных подразделений учреждений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием	2	15 000	0 – 0,09

с учетом рекомендаций соответствующих органов исполнительной власти и конкретизированы в трудовых договорах медицинских работников.

платы компенсационного характера, перечень которых регламентирован приказом Минздравсоцразвития РФ №822 от 29.12.2007 г. Согласно данному приказу, выделяются следующие виды компенсационных выплат:

1. выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда;

2. выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями;

3. выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе, работе в ночное время и при выполнении работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных);

4. надбавки за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, их засекречиванием и рассекречиванием, а также за работу с шифрами.

Выплаты стимулирующего характера, ставшие в условиях НСОТ обязательной составляющей заработной платы, перечислены в Приказе Минздравсоцразвития РФ №818 от 29.12.2007 г.:

1. выплаты за интенсивность и высокие результаты работы;

2. выплаты за качество выполняемых работ;

3. выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет;

4. премиальные выплаты по итогам работы.

В данном документе также указывается, что, начиная с 1 января 2010 года, объем средств на выплаты стимулирующего характера должен составлять не менее 30 процентов от средств на оплату труда, формируемых за счет бюджетных ассигнований. Кроме того, в приказе говорится, что указанные выплаты устанавливаются работнику с учетом критериев, позволяющих оценить результативность и качество его работы. Подобные критерии должны быть разработаны на уровне учреждения

При подборе данных критериев за основу могут быть приняты критерии оценки эффективности деятельности врачей и средних медицинских работников различных специальностей, содержащиеся в нормативных документах. К примеру, Минздравсоцразвитием изданы приказы, содержащие критерии эффективности деятельности участковых врачей-терапевтов (Приказ Минздравсоцразвития РФ №282 от 19.04.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового»), врачей-педиатров (Приказ Минздравсоцразвития РФ №283 от 19.04.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-педиатра участкового»), их медицинских сестер и других специалистов.

Выплаты по районному регулированию оплаты труда в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также в районах и местностях с неблагоприятными природными климатическими условиями не претерпели изменений при переходе к НСОТ и продолжают относиться к обязательным, гарантированным государством выплатам.

Таким образом, переход учреждений здравоохранения на новые системы оплаты труда – уже сделанный шаг. Несмотря на объективные сложности при определении размера отдельных составляющих заработной платы взамен использования их готовых значений, переход бюджетных учреждений на НСОТ предоставляет администрации учреждения здравоохранения более гибко, чем при использовании ЕТС, обеспечивать соответствие уровня оплаты труда, затрачиваемого медицинскими работниками, его объему и качеству, применять материальное стимулирование. Существующая нормативно-правовая база в данной сфере, хоть и предназначена в основном для ФБУ, может с успехом использоваться областными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

Адрес для переписки: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1.

Гайдаров Гайдар Мамедович – зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, д.м.н., профессор;

Пчела Лидия Петровна – главный врач; Макаров Сергей Викторович – ассистент, к.м.н.

© ЛЕЛЯВИН К.Б., ДВОРНИЧЕНКО В.В. – 2009

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

К.Б. Лелявин, В.В. Дворниченко

(Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. Единственным радикальным оперативным методом лечения рака мочевого пузыря является радикальная цистэктомия с последующей деривацией мочи. В статье учтены интраоперационные, ранние и поздние послеоперационные осложнения, возникшие у больных, перенесших радикальную цистэктомию с различными видами деривации мочи. С 2002 по 2009 гг. в отделении урологии выполнено 209 радикальных цистэктомий по поводу рака мочевого пузыря. Качество жизни было оценено у 46 больных. Оценка проводилась по опроснику качества жизни MOS-SF-36. Наиболее хорошее качество жизни было характерно для больных после радикальных цистэктомий с континентными формами отведения мочи, а низкое – после уретеросигмостомии.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, качество жизни, радикальная цистэктомия.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER RADICAL TREATMENT OF BLADDER CANCER

K.B. Lelyavin, V.V. Dvornichenko
(Regional Cancer Center, Irkutsk)

Summary. The only method of radical operative treatment of the bladder cancer is radical cystectomy with subsequent derivation of urine. The article takes into account intraoperative, early and late postoperative complications have arisen in patients after radical cystectomy with various types of derivation of urine. From 2002 to 2009 in the urology department 209 radical cystectomy were performed for the bladder cancer. Quality of life was assessed in 46 patients. Quality of life was assessed using MOS-SF-36. The best quality of life was typical for patients after radical cystectomy with continent form of abduction of urine, and low after ureterosigmoidostomy.

Key words: bladder cancer, quality of life, radical cystectomy.

Единственным радикальным оперативным методом лечения рака мочевого пузыря (РМП) является радикальная цистэктомия (РЦЭ) с последующей деривацией мочи. Однако, несмотря на использование современных рациональных подходов к деривации мочи, результаты радикального лечения РМП не удовлетворяют урологов всех стран мира [2,6,8]. По данным А.С. Переверзева, С.Б. Петрова (2002) только 26% больных после РЦЭ смогли вернуться к прежнему роду занятий, большинство вынуждены были оформить инвалидность, либо ограничивали круг выполняемых работ [1]. Состояние больного, страдающего РМП, отягощается часто возникающими осложнениями оттока мочи из верхних мочевых путей с реальной угрозой нарушения функции почек, отмечается неблагоприятное влияние хирургического вмешательства на возможность осуществления полового акта. Истечение мочи вызывает необходимость катетеризации, а неприятный запах и относящиеся к самой стоме осложнения – вероятные составные, влияющие на послеоперационную жизнь больного.

В настоящее время наиболее распространенными методиками деривации мочи являются создание кондуита, катетеризируемых резервуаров и ортотопического мочевого пузыря. Наиболее высокое качество жизни (КЖ) больных по сравнению с другими методами деривации мочи обеспечивает применение ортотопических методов отведения мочи [3,5]. Однако ее удается выполнить не более чем у 60% больных с инвазивным РМП [1,3,5,8]. В выборе метода деривации мочи важное значение имеют не только стадия и распространенность опухолевого процесса, но и возраст, функциональное состояние органов мочевыделительной системы, наличие сопутствующей патологии, дооперационное облучение и химиотерапия, психологическая подготовка больных к такого рода операциям, уровень образованности и трудоспособности, вероятная продолжительность оставшейся жизни.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных качеству жизни больных, перенесших РЦЭ с деривацией мочи, дальнейшее изучение данной проблемы имеет большое значение, прежде всего в аспекте совершенствования методов деривации мочи.

Материалы и методы

С 2002 по 2009 гг. в отделении урологии (ИООД) выполнено 209 радикальных цистэктомий (РЦЭ) по поводу РМП, из них со стадиями процесса T1N0M0 – у 32 (15,3%), T2N0M0 – у 74 (35,4%), T3N0M0 – у 57 (27,2%), T4aN0M0 – у 24 (11,5%), T3-4aN1-2M0 – у 22 (10,6%) больных. Мужчин – 189 (90,4%), женщин – 20 (9,5%). Средний возраст 67,2±0,8 года.

Диагноз РМП устанавливался на основании клинических данных, результатов эндоскопического, ультразвукового исследований, обзорной и внутривенной урографии с цистографией, радиоизотопной ренографии, клинических и биохимических анализов крови, компьютерной и магниторезонансной томографии, морфологического исследования до и после операции.

Больше половины больных по наличию тяжелой сопутствующей патологии и осложнений основного забо-

левания относились к категории тяжелых. Так, у 64,2% больных РМП выявлены различные заболевания, требующие медикаментозной коррекции как до операции, так и после проведения РЦЭ. Всем больным проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений низкомолекулярными гепаринами под контролем анализов коагулограммы. У 36,2% больных отмечена постгеморрагическая анемия различной степени тяжести. Только 27% больных РМП не имели тяжелой сопутствующей патологии.

Показаниями к РЦЭ явились: субтотальный или тотальный РМП в стадии T2-4a; единичные новообразования, при которых невозможно выполнить типичную резекцию без значительного уменьшения емкости мочевого пузыря; быстро рецидивирующие опухоли после органосохраняющего лечения, в том числе мультифокальный тип рецидива; появление высоко злокачественных рецидивов с более высокой категорией T и (или) G; опухоль, расположенная в области шейки пузыря и обоих мочеточников; наличие рака in situ или тяжелой дисплазии в окружающей новообразование слизистой; инвазивная опухоль мочевого пузыря со степенью дифференцировки G3, независимо от ее размеров и локализации. У лиц соматически сохраненных, при стадии процесса не превышающей T_{2b}, при N (-) и G₁₋₂, цистэктомия и континентная деривация мочи выполнялись в один этап.

Под РЦЭ у мужчин подразумевали выполнение цистопростатвезикулэктомии с тазовой лимфаденэктомией. У женщин – удаление единым блоком с мочевым пузырем уретры, матки, маточных труб, яичников и передней стенки влагалища. Метод деривации мочи выбирался у каждого больного индивидуально и зависел от сочетания нескольких факторов: возраст, физическое и умственное состояние больного, функция почек, клинический прогноз заболевания, стадия процесса, личный выбор больного. Переходно-клеточный рак верифицирован у 198 (94,7%), плоскоклеточный – у 6 (2,87%), аденосквамозный – у 1 (0,53%), аденокарцинома – у 4 (1,9%) больных. Высокая, умеренная, низкая степень дифференцировки определена в 121 (57,9%), 56 (26,7%) и 32 (15,4%) случаях соответственно. Опухоль ограничивалась мочевым пузырем (pT1-2) в 106, распространялась за пределы мочевого пузыря в 103 случаях. Процесс носил первичный характер у 172 (82,2%) больных, рецидивный – у 33 (17,8%). Метастатическое поражение регионарных лимфоузлов (pN1-3) отмечено у 16 (7,6%) больных.

Варианты деривации мочи: Bricker – у 46 (21,9%) больных, ортотопическая илеоцистопластика по U.Studer – у 6 (2,8%), сигмовидно-прямокишечный резервуар по Mainz-pouch II – у 9 (4,2%), сигмоцистопластика по Reddy – у 8 (3,8%), уретерокутанеостомия – у 122 (58%), уретеросигмостомия – у 11 (5,2%), у 13 (6,2%) больных применялись другие способы. У 5 (22,7%) больных с метастазами в регионарные лимфоузлы – уретеросигмоанастомоз, у 15 (77,3%) – уретерокутанеостомия. Сохранение апикальной части предстательной железы и сосудисто-нервных пучков выполнили 3 больным (до 50 лет; T2a-T2b). Лимфаденэктомия у 195 (93,3%) больных: стандартная тазовая – у 189 (96,9%), расширенная – у 2 (1,05%), лимитированная – у 4 (2,05%).

Оперативное лечение было единственным методом у 190 (90,4%) больных. У 5 (2,3%) больных до операции была установлена стадия T3b-4No-1Mo, применялась неоадьювантная лучевая терапия. Химиотерапия предшествовала радикальной цистэктомии в неоадьювантном режиме у 14 (5,2%) больных. В 4 (1,9%) случаях, после морфологического исследования удаленного операционного материала, была проведена адьювантная химиотерапия по схеме «Гемзар+Цисплатин». Из общего количества больных после РЦЭ регулярно наблюдалось 73,4% больных, 26,6% не наблюдались по различным причинам.

Послеоперационные осложнения были определены как ранние (в течение 30 дней после хирургического вмешательства) и отдаленные (более чем 30 дней после хирургического вмешательства). Нами проанализированы случаи послеоперационной летальности, определенные как смерть в течение 30 дней после хирургического вмешательства.

Качество жизни (дневная и ночная континенция мочи, эректильная функция, социальная адаптация больного) исследовали у 46 больных с помощью опросника MOS-SF-36, хотя и не специфичного для кишечной деривации мочи, но признанного международным инструментом изучения КЖ. Показатели каждой шкалы варьировали между 0 и 100, где 100 соответствовало полному здоровью. Градация отличий: 0-20 – плохое КЖ; 21-40 – посредственное; 41-60 – хорошее; 61-80 – очень хорошее; 81-100 – отличное.

Шкала PF (*физическое функционирование*) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивало выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствовали том, что физическая активность больного значительно ограничивалась состоянием его здоровья.

Шкала RP (*ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием*) отражала влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствовали о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием больного. С помощью шкалы VP оценивали интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствовали о том, что боль значительно ограничивала активность больного.

Шкала GH (*общее состояние здоровья*) предполагала оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

Шкала VT (*жизненная активность*) выявляла, чувствует ли себя больной полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствовали об утомлении больного, снижении жизненной активности. Оценка по шкале SF (*социальное функционирование*) определялась степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивало социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствовали о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Шкала RE (*ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием*) предполагало оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешало выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретировались как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Шкала MH (*психическое здоровье*) характеризовала настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели сви-

детельствовали о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии. Шкалы группировались в два интегральных показателя: физический компонент здоровья (Physical health – PH1) и психологический компонент здоровья (Psychical health – PH2).

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. При оценке каждого параметра подчитывали средний балл, \pm среднего квадратического отклонения и значимости (р). Критический уровень значимости $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

При гистологическом исследовании удаленного мочевого пузыря у 191 (91,4%) больного была выявлена инвазивная опухоль. Переходноклеточный рак обнаружен у 196 (93,7%) больного, плоскоклеточный – у 7 (3,3%), аденокарцинома – у 4 (1,9%) и недифференцированный – у 2 (1,1%) больных. У всех 209 больных была определена степень опухолевой дифференцировки: высокая, умеренная и низкая степень дифференцировки были выявлены в 118 (56,4%), 59 (27,3%) и 30 (15,4%) случаях соответственно, у 2 (0,95%) больных – недифференцированный рак. В подавляющем большинстве случаев у больных РМП встречался переходноклеточный рак, умеренной степени дифференцировки. В 3 наблюдениях в удаленном макропрепарате выявлены самостоятельные фокусы аденокарциномы предстательной железы (уровень PSA до операции был в пределах нормы).

Средняя продолжительность одномоментной операции Bricker составила 5,4 часа, операции Studer 6,7 часа. При применении других способов конструирования ортотопического мочевого пузыря средняя продолжительность составила 6,3 часа. Операционная кровопотеря зависела в основном от сложности самой цистэктомии, от вида деривации мочи количество кровопотери не зависело. Средняя кровопотеря при выполнении РЦЭ составила 1402,4 мл.

В сроки до 30 дней после операции умерло 13 (6,1%) больных. Причины летальности: перитонит на фоне несостоятельности межкишечного анастомоза у 2 (15,4%) больных; разлитой фибринозно-гнойный перитонит после уретерокутанеостомии у 3 (23,0%); несостоятельность уретерорезервуароанастомоза у 2 (15,4%); острая коронарная смерть у 2 (15,4%); тромбоэмболия легочной артерии у 2 (15,4%); кровотечение из сакральных вен (постгеморрагический шок) – у 2 (15,4%) больных. Среди оперированных нами больных осложнения возникли у 44 (21,0%) больных. Интраоперационные осложнения произошли у 5 (2,3%) больных: кровотечение из сакральных вен – у 2 (0,95%); кровотечение из сформированного илеального кондуита – у 1 (0,47%) больного, ранение прямой кишки – у 2 (0,95%). В 4 случаях интраоперационные осложнения возникли у больных, перенесших предоперационную лучевую терапию, а также после неоднократных резекций мочевого пузыря. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 20 (45,4%) больных: несостоятельность резервуара после операции Mainz-rouch II у 1 больного; ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась после операции Bricker у двух больных; после уретерокутанеостомии – у 6, несостоятельность уретероилеоанастомоза у 1 больного; несостоятельность энтерозентероанастомоза у 4, некроз стенки ортотопического кондуита с перфорацией у 2 больных; лимфоцеле с воспалением в двух наблюдениях, эвентрация кишечника у двух больных. Поздние послеоперационные осложнения возникли у 19 (43,1%): поздняя спаечная непроходимость у 11; послеоперационная грыжа у 3 больных; стриктура уретеросигмоанастомозов после операции Mainz-rouch II в 2 наблюдениях; выраженный гиперхлоремический ацидоз после операции Mainz-rouch II у 2 больных (выполнена конверсия в операцию Bricker), уретерогидронефроз у 1 больного. Возникшие послеоперационные осложнения

не зависели от вида ЛАЭ.

Для профилактики возникновения динамической кишечной непроходимости нами с 2001 года применяется сочетание эндотрахеального наркоза и продленной перидуральной анестезии. Дополнительное экстренное оперативное вмешательство потребовалось 23 (11,0%) больным. Функция почек, нарушенная до операции, улучшилась в раннем послеоперационном периоде у 68 (32,5%), у 145 (69,3%) больных показатели функциональной полноценности почек полностью нормализовались. У 22 (10,5%) больных через 7-10 месяцев после уретерокутанеостомии на фоне стабильного состояния и при отсутствии признаков прогрессирования опухолевого процесса выполнены различные варианты реконструктивно-восстановительных операций с кишечной пластикой. Наиболее частая причина смерти в отдаленные сроки после РЦЭ – метастатическая болезнь – 34 (16,2%) больных; инфаркт миокарда – 7 (3,34 %).

Из поздних послеоперационных осложнений выявлены гиперхлоремический ацидоз – у 7 больных, перенесших уретеросигмостомию, обострение хронического пиелонефрита на фоне стриктур нижней трети мочеточника – у 4, пузырно-мочеточниковый рефлюкс – у 9, интритизирующая хроническая почечная недостаточность как следствие прогрессирующего пиелонефрита – у 5 больных. Функцию почек и функцию удержания мочи оценили у 22 больных. У большинства больных функция почек оставалась удовлетворительной. Снижение функций обеих почек отмечено у одного больного. Повышение содержания мочевины и креатинина в крови выявлено у 4 больных. Эффективность континентного отведения мочи оценивали в отношении функции удержания мочи и емкости искусственного резервуара. Ночное недержание мочи наблюдалось у 3 больных с континентными формами отведения мочи и у 3 – после уретеросигмостомии. Недержание и недержание мочи у всех больных носило преимущественно ночной характер. Емкость искусственного резервуара у большей части больных оказалась достаточной – более 300 мл.

Следующим этапом нашего исследования явилось изучение роли КЖ у 46 больных с различными видами деривации мочи – Bricker (20), Studer (2), Reddy (3), УКС (15), уретеросигмостомия (6). Выраженная симптоматика, встречающаяся у больных (частое болезненное мочеиспускание, боли внизу живота, цистостомический дренаж, периодическая примесь крови в моче), приводила к ухудшению физического состояния, а хроническое прогрессирующее течение вызывало проблемы психологического характера и ограничивало социальную активность. Отмечена четкая зависимость между КЖ больных и методом деривации мочи после РЦЭ.

При оценке КЖ по отдельным шкалам опросника отмечалось статистически значимое снижение КЖ, в основном обусловленное категорией интенсивности боли (особенно у больных после деривации мочи в непрерывный кишечник – уретеросигмостомии), что,

ЛИТЕРАТУРА

1. *Переверзев А.С., Петров С.Б.* Опухоли мочевого пузыря. – Харьков: Факт, 2002. – 303 с.
2. *Hemal A.K., Kolla S.B.* Comparison of laparoscopic and open radical cystoprostatectomy for localized bladder cancer with 3-year oncological followup: a single surgeon experience // *J. Urol.* – 2007. – Vol. 178, № 6. – P.2340-2343.
3. *Henningsohn L., Steven K., Kallestrup E.B., Steineck G.* Distressful symptoms and well-being after radical cystectomy and orthotopic bladder substitution compared with a matched control population // *J. Urol.* – 2002. – Vol. 168. – P.168-174.
4. *Kessler T.M., Burkhard F.C., Perimenis P., et al.* Attempted nerve sparing surgery and age have a significant effect on urinary continence and erectile function after radical cystoprostatectomy and ileal orthotopic bladder substitution

вероятно, связано с большим количеством различных послеоперационных осложнений, таких как гиперхлоремический ацидоз и пузырно-мочеточниковый, кишечный и газовый рефлюкс. Низкий уровень КЖ отмечали больные, имеющие мочевые свищи при отведении мочи на кожу. Лучшее КЖ отмечено у больных с ортотопическим искусственным мочевым пузырем, что вероятно, было обусловлено относительно молодым возрастом больных и приближенностью ортотопического мочевого резервуара к физиологическому нижнему мочевому тракту. Низкие показатели у больных с уретеросигмостомией связаны с психоэмоциональной нестабильностью больных за счет периодически возникающего дискомфорта в области ануса, неудержания мочи, неприятного запаха. Негативно влияли на КЖ поздние осложнения и, прежде всего, обострение хронического пиелонефрита, возникавшее в результате рефлюкса и стриктур анастомоза. Радикализм операций у мужчин (простатэктомия, комбинированное лечение), нередко снижали КЖ из-за уменьшения или отсутствия возможности ведения половой жизни.

Проведенный ретроспективный анализ результатов радикального хирургического лечения больных РМП и оценка влияния различных методов отведения мочи на КЖ показал, что практически каждый тип РЦЭ сопряжен со свойственными только ему рядом осложнений. Необходимо отметить тот факт, что осложнения РЦЭ в зависимости от способа отведения мочи фактически нельзя развести. Мы пришли к выводу, что достаточное количество осложнений и высокая летальность возникли после выполнения уретерокутанеостомии, которая выполнялась больным с запущенностью ракового процесса, в очень тяжелом состоянии и выраженной дилатацией верхних мочевых путей с наличием почечной недостаточности. Частота вероятных и ожидаемых осложнений после выполнения РЦЭ у больных РМП заметно снижается с накоплением опыта.

Наиболее хорошее КЖ (физическое, психологическое, урологическое здоровье, максимальная социальная адаптация трудоспособного контингента) характерно для больных после РЦЭ с континентными формами (Studer, Reddy) отведения мочи, что подтверждает результаты других исследователей. Низкое КЖ по всем компонентам возникало у больных, перенесших РЦЭ с уретеросигмостомией, наиболее отягощенную операцию по количеству послеоперационных осложнений, несмотря на ее техническую простоту выполнения. Подводя итог определения КЖ у больных, перенесших РЦЭ с различными видами деривации мочи с использованием опросника MOS SF-36, следует отметить, что он оказывается весьма ценным для оценки эффективности лечения и имеет важное прогностическое значение. Необходимо особо отметить, что больным необходимо получать подробную информацию о хирургии и чего следует ожидать после операции.

// *J. Urol.* – 2004. – Vol. 172, № 4, Pt. 1. – P.1323-1327.

5. *Obara W., Isurugi K., Kudo D., et al.* Eight year experience with Studer ileal neobladder // *Jpn. J. Clin. Oncol.* – 2006. – Vol. 36. – P.418-424.

6. *Porter M., Penson D.* Health related quality of life after radical cystectomy and urinary diversion for bladder cancer: a systematic review and critical analysis of the literature // *J. Urol.* – 2005. – Vol. 173. – P.1318-1322.

7. *Quek M.L., Stein J.P., Daneshmand S., et al.* A critical analysis of perioperative mortality from radical cystectomy // *J. Urol.* – 2006. – Vol. 175, № 3, Pt. 1. – P.886-889; discussion 889-890.

8. *Yoneda T., Igawa M., Shiina H., et al.* Postoperative morbidity, functional results and quality of life of patients following orthotopic neobladder reconstruction // *Int. J. Urol.* – 2002. – Vol. 10. – P.119-125.

Адрес для переписки: 664000, г. Иркутск, ул. Фрунзе, 32, раб. тел. 8(3952)777323. e-mail: LelyavinK@rambler.ru.
Леявин Кирилл Борисович – заведующий урологическим отделением Иркутского областного онкологического диспансера; Дворниченко Виктория Владимировна – главный врач Иркутского областного онкологического диспансера, доктор мед. наук, профессор.

© ЛИМ Т.Е. – 2009

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПРИ СТРОИТЕЛЬСТВЕ И ЭКСПЛУАТАЦИИ ОБЪЕЗДНЫХ АВТОМОБИЛЬНЫХ ДОРОГ

Т.Е. Лим

(Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург», руководитель – Ю.Н. Коржаков, отдел социально-гигиенического мониторинга и оценки риска, зав. – к.м.н. Т.Е. Лим)

Резюме. Социально-гигиенический мониторинг (СГМ) является неотъемлемой частью процесса управления качеством окружающей среды и здоровья. Аналитические материалы, полученные в ходе ведения СГМ и оценки риска здоровью населения, служат основанием к принятию управленческих решений. Санитарно-гигиенический мониторинг в процессе строительства кольцевых автомобильных дорог (КАД) – это выявление тенденций количественных и качественных изменений состояния окружающей среды во времени. Только систематические, специально спланированные наблюдения дают возможность уловить характер и направленность этих изменений, связав их с основными неблагоприятными факторами строительства.

Ключевые слова: кольцевая автомобильная дорога, социально-гигиенический мониторинг, заболеваемость, оценка риска здоровью.

SOME ASPECTS OF THE ORGANISATION OF SYSTEM OF SOCIALLY-HYGIENIC MONITORING IN BUILDING AND OPERATION OF ROUNDABOUT HIGHWAYS ON AN EXAMPLE OF ST.-PETERSBURG

T.E. Lim

(Centre of hygiene and epidemiology in city of Saint Petersburg)

Summary. Socially-hygienic monitoring is an integral part of managerial process of quality of environment and health. The analytical materials received during conducting of socially-hygienic monitoring and an estimation of risk to health of the population, form the basis to acceptance of administrative decisions. Socially-hygienic monitoring in the course of building of a ring highway is a revealing of tendencies of quantitative and qualitative changes of a state of environment in time. Only the regular, specially planned supervision give the chance to catch character and an orientation of these changes, having connected them with the basic adverse factors of building.

Key words: a ring highway, social-hygienic monitoring, disease, an estimation of risk to health.

Строительство кольцевой автомобильной дороги (КАД) вокруг Санкт-Петербурга, спроектированной с максимальным учетом требований, предъявленных к скоростным трассам, является прогрессивное, экологически и экономически обоснованное для города решение.

Эксплуатация КАД позволит существенно изменить структуру транспортных потоков в самом городе, устранив из его пределов транзитный грузовой транспорт, вносящий существенный вклад в загрязнение атмосферы вредными примесями и формирующий интенсивный шумовой фон [1,2].

Известно, что факторы окружающей среды чрезвычайно разнообразны по своему неблагоприятному влиянию на организм. Характер и глубина его поражения определяется множеством сопутствующих условий, в том числе интенсивностью и длительностью контакта с патогенными агентами, путями и способами проникновения в организм вредных веществ, а также совместным действием с физическими факторами. Это определяет сложность в определении величины вклада для здоровья каждого из отдельно взятых факторов [3].

Очевидно, что развитие транспортных коммуникаций привело к загрязнению экосистем большого города. Последовательный учет негативных физических и химических факторов, являющихся «продуктом» техногенной деятельности в период строительства и эксплуатации автомагистралей, позволяет оценить степень воздействия и последствия для окружающей среды и здоровья человека крупной автомагистрали.

Цель исследования заключалась в комплексной оценке факторов окружающей среды и здоровья населения при строительстве кольцевой автодороги по даным социально-гигиенического мониторинга.

Для достижения поставленной цели исследования решались задачи, направленные на определение содержания суммарных углеводородов и взвешенных веществ в атмосферном воздухе, определение содержания мышьяка и ртути в почве, оценке химического загрязнения атмосферного воздуха и почвы на территориях, прилегающих к кольцевой автодороге, анализ изменения качества здоровья населения, проживающего на территориях, прилегающих к кольцевой дороге (восточное полукольцо) и сравнение с показателями заболеваемости населения г. Санкт-Петербурга с выявлением приоритетных классов заболеваний населения для формирования предложений, позволяющих минимизировать техногенную нагрузку на среду и человека от строительства кольцевой автодороги.

Материалы и методы

Для определения содержания суммарных углеводородов и взвешенных веществ в атмосферном воздухе отбор проб воздуха осуществлялся в соответствии с нормативно-методическими документами РД 52.04.186-89 и СанПиН 2.1.6983-00 на разных расстояниях от источников выбросов в пределах зоны санитарного разрыва. Определение суммарного количества углеводородов проводили в соответствии с ПНДФ 13.1.23.25-99 на хроматографе «Кристалл 2000М» на двух капиллярных колонках DB-5 и DB-1701. При отборе проб воздуха регистрировались температура воздуха, относительная влажность, направление ветра и его скорость. Отбор, подготовка и исследование образцов почвы проводились в соответствии с требованиями ГОСТ 28168-89, ГОСТ 17.4.4.02-84, РД 52.18.191-89. Измерение массовой доли кислоторастворимых форм тяжелых метал-