

de novo в большей степени ухудшает прогноз, чем при невогенной МК.

Л и т е р а т у р а

1. Марочко А.Ю. Меланома кожи 1 стадии: факторы прогноза и отдаленные результаты хирургического лечения // Дальнев. мед. журнал. - 2009. - №1. - С. 49-51.

2. Марочко А.Ю. Особенности клинического течения невогенной меланомы кожи и возникшей de novo // Дальнев. мед. журнал. - 2009. - №2. - С. 39-41.

3. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). - М., 2009. - 287 с.

4. Стуконис М.К. Эпидемиология и профилактика рака. - Вильнюс, 1984. - 164 с.

5. TNM - классификация злокачественных опухолей Международного противоракового союза. - СПб.: НИИ онкологии им. Петрова. - 1997. - 132 с.

6. Фрадкин С.З., Залуцкий И.В. Меланома кожи. - Минск: Беларусь, 2000. - 221 с.

7. Averbuch B.J., Fu P., Rao J.S., Mansour E.G. A long-term analysis of 1018 patients with melanoma by classic Coxregression and treestructured survival analysis at a major referral center: Implications on the future of cancer staging // Surgery. - 2002. - Vol.32, № 4. - P. 589-602.

8. Balch C.M. Cutaneous melanoma. - St. Louis Missouri, 1998. - 596 p.

9. Balch C.M., Bizaid A.C., Soong S.J. et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system

for cutaneous melanoma // J. Clin. Oncol. - 2001. - Vol.19 (16). - P. 3635-3648.

10. Bennet D.R., Wasson D., McArthur J.D. et al. The effect of misdiagnosis and delay in diagnosis on clinical outcome in melanomas of the foot // J.Am.Coll.Surg. - 1994. - Vol. 179. - P. 279-282.

11. Buzaid A.C., Ross M., Balch C.M. et al. Critical analysis of the current American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma and proposal of anew staging system // J. Clin. Oncol. - 1997. - Vol.15. - P. 1039-1051.

12. Clarc W.H., Goldman L.I., Mastrangelo M.J. Human malignant melanoma. - New York etc.: Grime and Stratton. - 1979. - 509 p.

13. Kashani-Sabet M., Shaikh L., Miller J.R. et al. NF-(Kappa) B in the Vascular Progression of Melanoma // J. Clin. Oncol. - 2004. - Vol.22 (4). - P. 617-623.

Координаты для связи с авторами: Марочко Андрей Юрьевич — канд. мед. наук, доцент кафедры онкологии с курсом радиологии ДВГМУ, тел.: 8962-500-57-54; Боровская Татьяна Федоровна — доктор мед. наук, директор Хабаровского филиала РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Соболева Юлия Вадимовна — канд. мед. наук, врач-онколог Краевого клинического центра онкологии; Машенкина Яна Анатольевна — соотр. Хабаровского филиала РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Десятов Алексей Юрьевич — науч. сотр. Хабаровского филиала РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.



УДК 616.525 - 02 : 616.31 - 018.73 (048.8)

И.Ф. Служаев, Г.И. Оскольский, Е.Б. Загородняя

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Красный плоский лишай (КПЛ) — хроническое воспалительное, иммунозависимое заболевание кожи и слизистых оболочек с характерной папулезной сыпью [5, 13, 21]. В общей структуре дерматологической заболеваемости он составляет от 1,5 до 2,4%, среди всех заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) — 30-35% [4, 9, 13]. Больные с изолированным поражением только слизистой оболочки полости рта описываются дерматологами гораздо реже, в то время как стоматологи отмечают большой процент изолированных форм КПЛ — от 50 до 75% [36]. По данным Г.Д. Савкиной (1978), выявлены поражения только слизистой оболочки рта у 78% больных КПЛ [35]. Высыпания на слизистой оболочке

полости рта могут задолго предшествовать возникновению высыпаний на коже или оставаться единственным признаком заболевания. При поражении СОПР 62-67% больных составляют женщины в возрасте 40-60 лет [3]. А.Л. Машкиллейсон (2001) рассматривает КПЛ СОПР как особую форму заболевания, развивающуюся преимущественно у женщин во время климактерического периода и менопаузы [20].

Систематизируя существующие классификации КПЛ, можно выделить: типичную форму, которая встречается примерно у 45% больных, экссудативно-гиперемическую — у 25%, эрозивно-язвенную — у 23%, буллезную — у 3%, гиперкератотическую — у 2%, атипичную — у 2%

[1]. Инфильтративная форма КПЛ встречается редко, в течение ряда лет удалось наблюдать только 11 пациентов с такой формой заболевания [26].

Заболевание характеризуется наличием тяжело протекающих клинических форм, длительным течением, рецидивами, полиморфизмом клинических проявлений, резистентностью к различным методам лечения, склонностью к малигнизации в 0,07-3,2% случаев [21, 26]. КПЛ отличается от многих других заболеваний слизистой оболочки полости рта частотой сочетания с различными соматическими болезнями [20, 23, 24]. Ассоциация красного плоского лишая с другими заболеваниями позволила выделить синдром Литтла-Лассюэра и Гриншпана-Потекаева [12, 13].

В настоящее время этиология и патогенез КПЛ остаются маловыясненными, а лечение заболевания представляет определенные трудности [10]. Согласно данным последних публикаций отечественных и зарубежных авторов, КПЛ принято рассматривать как мультифакторное заболевание, в патогенезе которого участвуют различные нейроэндокринные, иммунные, интоксикационные и метаболические процессы [3, 12, 13].

При КПЛ определяется эндокринная дисфункция в системе гипофиз - надпочечники [3, 10]. Прослеживается определенная связь КПЛ с сосудистой, эндокринной патологией [3] и изменениями со стороны гуморального иммунитета [7, 41]. Определенное значение придается вирусной, бактериальной инфекциям, токсическим факторам, возможно, генетической предрасположенности [36, 38]. В возникновении изолированного КПЛ на СОПР большое значение имеет токсико-аллергический вариант патогенеза заболевания [2, 22, 38], при этом важная роль принадлежит патологии ЖКТ [23, 24] и дентальной патологии [34].

В настоящее время в связи с обострением экологических проблем и возрастанием антигенной нагрузки на организм человека, приводящей не только к функциональным, но и структурным нарушениям, изменения, происходящие в иммунной системе при КПЛ, представляют особый интерес. Благодаря современным методам исследования удалось выявить закономерность развития лихеноидно-тканевой реакции при КПЛ, в основе которой лежат нарушения иммунитета, характеризующиеся главным образом как гиперчувствительностью замедленного типа (ГЗТ), в связи с этим коррекция иммунитета приобретает особое значение [12, 13].

В последние годы вновь возрос интерес к роли микроорганизмов в этиологии и патогенезе различных заболеваний слизистой оболочки полости рта, в том числе красного плоского лишая [44, 45, 48]. Однако в подавляющем большинстве работ, посвященных изучению этого заболевания, исследования проводились без комплексной оценки микрофлоры и не носили целенаправленного характера или изучался материал с поверхности слизистой оболочки без детального анализа значимости отдельных видов микроорганизмов [4, 42, 43]. Вместе с тем в ряде работ продемонстрировано, что дисбиотические сдвиги при тяжелых формах КПЛ, характеризующиеся наличием микробных ассоциаций с участием дрожжеподобных грибов рода *Candida albicans*, с трудом поддаются лечению [46, 47, 51]. Манифестация дисбиотических сдвигов с превалированием

Резюме

На основании данных литературы представлены сведения о многообразии клинических форм и синдромов красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, связи его с соматическими заболеваниями. Обсуждаются вопросы, касающиеся основных причин и механизма развития заболевания. Показано, что в основе патогенеза лежат иммунологические нарушения. Приведены современные методы лечения.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка полости рта, неовир.

I.F. Sluzhaev], G.I. Oskolskii, E.B. Zagorodnyay

LICHEN RUBER PLANUS IN THE MUCOUS LINING OF THE ORAL CAVITY: CLINIC, TREATMENT

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Based on the literary sources, the authors present data on variety of clinical forms and syndromes of Lichen ruber planus in the oral cavity mucous lining. They show correlation between the presence of the disease and somatic conditions. The authors also demonstrate that immunological disorders form the base of pathogenesis. Current methods of therapy have been discussed.

Key words: lichen ruber planus, mucous lining of oral cavity, neovir.

Candida albicans нивелируется включением в комплекс терапевтических мероприятий при КПЛ СОПР противогрибковых препаратов, что способствует улучшению клинического состояния пациентов [47, 51]. Ряд авторов полагают, что гистологические изменения СОПР при КПЛ являются предрасполагающим фактором для инвазивного роста *Candida albicans*, выступающих в ряде случаев канцерогенными провокаторами [49, 50]. Основными этиологически значимыми микроорганизмами слизистой оболочки полости рта у больных КПЛ являются грибы рода *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* и условно-патогенные энтеробактерии, колонизирующие в устойчивых ассоциациях у 88% больных [16, 28]. Присутствие гриба *Candida albicans* усугубляет течение хронических воспалительных заболеваний (КПЛ, красная волчанка, лейкоплакия), способствуя появлению в их клинической картине новых симптомов [25].

Одним из важных факторов, влияющих на заражение грибковой инфекцией, является нарушение состояния иммунной системы, что подтверждается частым возникновением микозов при иммунодефицитных состояниях [17]. Достоверно установлено, что у больных микозами в процессе инфекции и после выздоровления наблюдаются изменения клеточного и гуморального иммунитета, а также аллергическая перестройка организма [31].

Лечение КПЛ остается актуальной задачей, несмотря на использование большого количества лекарственных средств различных фармакологических групп. Предполагаемые методы, по-видимому, не учитывают всех звеньев этиологии и патогенеза этого заболевания. В доступной нам литературе есть единичные сообщения о включении

нии в комплекс лечения больных КПЛ лекарственных средств, направленных одновременно на нормализацию микрофлоры полости рта и повышение функциональной активности иммунной системы [28, 30, 33].

Принимая во внимание сложность патогенеза КПЛ, следует отметить, что успех возможен лишь при комплексном индивидуализированном лечении с использованием современных средств и методов. При этом необходимо устранить факторы риска — бытовые и профессиональные вредности, сопутствующие заболевания, очаги фокальной инфекции. Провести санацию полости рта, рациональное протезирование. Пищевые продукты не должны вызывать раздражение слизистых оболочек рта. Обращается внимание на предшествующее лечение и переносимость лекарственных средств.

В качестве базисной терапии назначают глюкокортикоиды для прерывания кооперативной связи иммунокомпетентных клеток. Показана клиническая эффективность витаминотерапии на метаболические процессы. В последние годы с успехом применяются аналоги витамина А — каротиноиды. Витамин Е используется как антиоксидант и ингибитор системы цитохрома Р-450. В остром периоде показаны гистаминовые препараты. При хроническом рецидивирующем течении заболевания показаны средства, улучшающие кислородное обеспечение тканей (актовегин, цитомак). Назначают седативные средства, уменьшающие невротические реакции и способствующие регрессу клинических проявлений заболевания. Учитывая аллергический компонент в развитии КПЛ, обусловлено назначение препаратов, стимулирующих выработку собственных кортикостероидов (глицерам). Важным компонентом в терапии КПЛ СОПР остаются сосудистые средства, способствующие улучшению кровоснабжения и нормализации проницаемости сосудистой стенки.

Большую роль в лечении КПЛ слизистой оболочки рта играет местная терапия. Хороший эффект наблюдается при аппликации кортикостероидных мазей и эпителизирующих средств. Положительный результат дают также инъекции и под эрозии витамина В1 или никотиновой кислоты. В литературе имеются сообщения о лечении больных КПЛ лазером и ультрафиолетовым облучением. В последнее время все шире используется иммуностимулирующая терапия красного плоского лишая, в том числе с применением экзогенных интерферонов (реаферон, интерлок) и интерфероногенов (ридостин, неовир). Учитывая важную роль иммуногенетической составляющей в патогенезе КПЛ, перспективным направлением представляется разработка комплексной схемы лечения данного заболевания с включением в нее, наряду с традиционными методами лечения, системной (по показаниям) и местной противогрибковой терапии, иммуномоделирующей, о чем свидетельствует появившееся в последнее время большое количество работ по данной теме [14, 19, 37, 39, 40]. В этом случае по возбудителю наносится как бы двойной удар: антигрибковый компонент убивает патогенный агент, а иммуномодулятор повышает функциональную активность иммунной системы, от которой и зависит элиминация возбудителя из организма [17].

В наши дни перспективной и новой группой иммуномодулирующих препаратов являются индукторы интерферона, сочетающие антибактериальные, противовирусные и иммунокорригирующие свойства [15, 18].

Среди индукторов интерферона по уровню безопасности, переносимости и диапазону терапевтических эффектов первое место занимает неовир [18]. Неовир широко применяется во многих областях медицины при различных заболеваниях, связанных с нарушением иммунной системы: вирусных, бактериальных инфекциях, кандидозных поражениях кожи и слизистых, приобретенных иммунодефицитах с угнетением интерферона, в терапии онкологических заболеваний [14, 19, 40]. Заслуживает внимания опыт применения неовира при кандидозных заболеваниях кожи и слизистых оболочек. По данным Г.И. Суколина, применение неовира приводило к выраженному улучшению клинического состояния, исчезновению типичных налетов и высыпаний, редукции специфических симптомов на фоне нормализации иммунологических показателей у 66% больных [39]. Это является одной из предпосылок для включения данного препарата в традиционную комплексную схему лечения КПЛ СОПР.

Л и т е р а т у р а

1. Абрамова Е.И. Красный плоский лишай в полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1966. - 16 с.
2. Абрамова Е.И., Дворянцева М.В. Лечение красного плоского лишая гидрокортизоном // *Стоматология*. - 1969. - №1. - С. 102-103.
3. Абдуев Н.К. Патогенетические особенности комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1989. - 18 с.
4. Алиев М.М. Клинико-морфологические и иммунологические аспекты красного плоского лишая: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1986. - 22 с.
5. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. - М.: Мед. книга; Изд-во «Стоматология», 2008. - С. 117-130.
6. Базыка Д.А. Динамика клинико-морфологической картины различных форм красного плоского лишая в процессе комплексной терапии больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1983. - 16 с.
7. Базыка Д.А., Базыка А.П. Этиология и патогенез красного плоского лишая // *Вестник дерматологии и венерологии*. - 1977. - №11. - С. 59-62.
8. Байбеков И.М., Мавлянов-Ходжаев Р.Ш., Ирсалиев Х.И. Роль взаимодействия микроорганизмов с клетками слизистой оболочки пищеварительного тракта при воспалении и лазеротерапии // *Хроническое воспаление и заболевания органов пищеварения*. - Харьков, 1991. - С. 5-6.
9. Бутов Ю.С., Фролов А.А., Смольяникова В.Т. Клиническая и патогистоморфологическая характеристика некоторых форм красного плоского лишая в процессе лечения // *Рос. журнал кожных и венерических болезней*. - 2000. - №3. - С. 11-18.
10. Виноградов В.В., Воробьева Н.Ф. Тучные клетки. - Новосибирск, 1973. - 128 с.
11. Вольвач С.И., Банченко Г.В., Демина Т.А. Клинико-функциональное исследование красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта при различной общесоматической патологии // *Новое в стоматологии*. - 1998. - №9. - С. 28-34.
12. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай. - Саратов, 1990. - 176 с.

13. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Клиника, иммунопатогенез и терапия плоского лишая // Рус. мед. журнал. - 1998. - №6. - С. 348-350.
14. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. - М.: Медицина, 1996. - 156 с.
15. Земсков А.М., Коротких Н.Г. Особенности иммунных расстройств и эффективность их коррекции у больных с хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти // Стоматология. - 2001. - №6. - С. 31-34.
16. Королева Н.В. Колонизация и факторы персистенции условно-патогенных микроорганизмов при красном плоском лишае слизистых оболочек полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Волгоград, 2001. - 24 с.
17. Ломоносов К.М., Цыкин А.А. Роль неовира в терапии дерматомикозов // Рос. журнал кожных и венерических болезней. - 2005. - №5. - С. 49-50.
18. Ломоносов К.М., Иванов О.Л., Кладова А.А. Неовир в практике дерматовенеролога // Поликлиника. - 2007. - №3. - С. 12-14.
19. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. - СПб.: Деан, 1996. - 629 с.
20. Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. - М.: Медицина, 1984. - 254 с.
21. Машкиллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Абудуев Н.К. Поражение ногтевых пластинок при красном плоском лишае // Вестник дерматологии и венерологии. - 1989. - №7. - С. 56-57.
22. Машкиллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Петрова Л.В. Лечение больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // Вестник дерматологии и венерологии. - 1995. - № 2. - С. 55-58.
23. Машкиллейсон А.Л., Васьковская Г.П., Муретова Н.Б. Роль заболеваний пищеварительной системы в патогенезе красного плоского лишая // Стоматология. - 1980. - №4. - С. 23-25.
24. Манухина О.Н. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта у больных с патологией желудочно-кишечного тракта // Вестник стоматологии. - 1998. - №1. - С. 24-27.
25. Недосеко В.Б., Анисимова И.В. Алгоритм обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта // Институт стоматологии. - 2003. - №2. - С. 32-34.
26. Петрова Л.В. Дифференциальная диагностика различных клинических форм красного плоского лишая с поражением оболочки полости рта // Дерма. - 2002. - №2. - С. 8-10.
27. Петрова Л.В. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Рос. журнал кожных и венерических болезней. - 2002. - №3. - С. 28-31.
28. Рабинович И.М., Ефимович О.И., Рабинович О.Ф. и др. Применение имудона в комплексной терапии дисбактериозов полости рта // Клиническая стоматология. - 2001. - №3. - С. 70-72.
29. Рабинович О.Ф., Ханукова Л.М., Хамидулина К.Ф. Особенности иммунного статуса больных с красным плоским лишаем // Стоматология. - 1999. - №5. - С. 20-23.
30. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Пинегин Б.В. Применение иммунокорректирующего препарата «Ликопид» в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Клиническая стоматология. - 2001. - №3. - С. 29-30.
31. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы: рук-во. - СПб.: Деан, 2003. - 159 с.
32. Райхлин А.Н. Субклеточные механизмы развития красного плоского лишая слизистой оболочки рта и его лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1986. - 16 с.
33. Ронь Г.И. Проблема дисбиоза полости рта у больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и его коррекция // Маэстро. - 2001. - № 5. - С. 55.
34. Рохлин А.Н. Ультраструктурные изменения при красном плоском лишае // Вестник дерматологии и венерологии. - 1982. - №5. - С. 19-22.
35. Савкина Г.Д. Клиника, диагностика и лечение красного плоского лишая. - М.: Медицина, 1978. - 12 с.
36. Савкина Г.Д. Феногенотипический аспект патогенеза красного плоского лишая // Болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта. - М., 1985. - Т.15. - С. 126-129.
37. Симкачева М.В., Козулин Е.А., Тимошин С.С. Клинические и лабораторные показатели иммуносупрессивной терапии больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта // Актуальные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. Дальнев. науч.-практ. конф., посвящ. 30-летию стоматологического факультета ДВГМУ. - Хабаровск, 2009. - С. 227-228.
38. Стоянов Б.Г., Абрамова Е.И., Васьковская Г.П. Особенности клиники и лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Стоматология. - 1977. - №4. - С. 14-17.
39. Суколин Г.И. Опыт использования неовира в дерматологической практике // Рос. журнал кожных и венерических болезней. - 1998. - №4. - С. 38-39.
40. Сурков К.Г., Цырлина Е.В., Константинова М.И. // Вопросы онкологии. - 1996. - №6. - С. 28-31.
41. Трофимова И.Б., Куршакова Т.С., Абрамова Е.И. и др. Клинико-иммунологические особенности больных с типичной и эрозивно-язвенной формами красного плоского лишая // Вестник дерматологии и венерологии. - 1990. - № 9. - С. 39-41.
42. Хазанова В.В., Рабинович И.М., Земская Е.А. и др. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта // Стоматология. - 1996. - №2. - С. 26-27.
43. Чаккиев Р.О. Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных красным плоским лишаем // Вестник дерматологии и венерологии. - 1977. - №9. - С. 15-17.
44. Шабанская М.А. Некоторые показатели дисбактериозов полости рта при разных формах стоматологических заболеваний и эффективность коррекционной бактериальной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1994. - 19 с.
45. Arendt D.M. et al. White plaque of the dorsal tongue // J Am Dent Assoc. - 1989. - Vol. 119, №6. - P. 737-739.
46. Aufdemorte T.B. et al. Griseofulvin in the treatment of three cases of oral erosive lichen planus // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 1983. - Vol. 55, №5. - P. 459-462.
47. Bagan J.V. et al. Treatment of lichen planus with griseofulvin // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 1985. - Vol. 60, №6. - P. 608-610.
48. Chung S.C. Treatment of oral erosive lichen planus with griseofulvin // Taehan Chikkwa Uisa Hyophoe Chi. - 1987. - Vol. 25, №7. - P. 673-678.

49. Hatchuel D.A. et al. Candidal infection in oral lichen planus // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 1990. - Vol. 70, №2. - P. 172-175.

50. Krogh P. et al. Yeast species and biotypes associated with oral leukoplakia and lichen planus // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 1987. - Vol. 63, №1. - P.48-54.

51. Lundstrom I.M. Candida in patients with oral lichen planus // Int J Oral Surg. - 1984. - Vol. 13, №3. - P. 226-238.

Координаты для связи с авторами: *Служаев Иван Федорович* — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ДВГМУ; *Оскольский Георгий Иосифович* — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ДВГМУ, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, тел./факс: 8-(4212)-32-63-93; *Загородняя Екатерина Борисовна* — аспирант кафедры терапевтической стоматологии ДВГМУ, e-mail nauka@mail.fesmu.ru, тел./факс: 8-(4212)-32-63-93.



УДК 614.252.3 (571.62)

Н.Н. Бурьшкова, В.Н. Кораблев

ПРОБЛЕМЫ АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Проектом концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации (далее — Проект концепции) до 2020 г. в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации (РФ) определено одним из приоритетов государственной политики сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи [9].

В Проекте концепции отмечается, что эффективное функционирование системы здравоохранения определяется рядом системообразующих факторов, в том числе наличием достаточного числа подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением РФ [9].

Основным индикатором состояния кадровых ресурсов здравоохранения является уровень плотности их распределения, или обеспеченность населения медицинскими кадрами [10, 19] (табл. 1).

Из табл. 1 следует, что в 2008 г. обеспеченность на 10 тыс. населения врачевым и средним медицинским персоналом (СМП) была неодинаковой в различных территориях Дальневосточного федерального округа (ДФО). Наибольший показатель обеспеченности врачевыми кадрами отмечается в Чукотском автономном округе — 69,8, наименьший в Еврейской автономной области — 28,7 (по РФ — 49,6). Наиболее высокая обеспеченность территорий СМП также отмечается в Чукотском автономном округе — 149,8 и Магаданской области — 146,5, наименьшая обеспеченность в Приморском и Хабаровском краях — 63,6 и 85,4 соответственно (по РФ — 106,5). В целом же по ДФО обеспеченность на 10 тыс. населения медицинскими работниками ниже, чем

Резюме

В настоящей статье анализируются основные проблемы аттестации медицинских работников в России. Акцентируется внимание на значении локальных нормативных актов в совершенствовании аттестации медицинских работников. Предлагается изменить методологические и методические подходы к аттестации.

Ключевые слова: медицинские работники, аттестация.

N.N. Buryshkova, V.N. Korablev

THE PROBLEMS OF MEDICAL WORKERS CERTIFICATION AND WAYS OF THEIR OVERCOMING

Far East state medical university, Khabarovsk

In the presented article the basic problems of certification of medical workers in Russia are analyzed. The attention is focused on value of local statutory acts in perfection of certification of medical workers. Change of methodological and methodical approaches to certification is offered.

Key words: medical workers, certification.

по России, и составляет врачами 42,5 (по РФ — 49,6), а СМП — 91,2 (по РФ — 106,5). Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в ДФО составляет 1:2,1 (для сравнения: в развитых странах 1:4) [18], что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации [9]. По опыту Всемирной организации здравоохранения, среди организационных изменений, целью которых является