

предоставленное им право. Для создания формализованных форм добровольного информированного согласия необходимо привлекать не только врачей и юристов, но и учитывать мнение паци-

ентов, что позволит создать документ оптимально учитывающий, с одной стороны права и обязанности врачей, а с другой — права пациентов.

Ганибаева Н.В.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ НЕОБХОДИМЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр, Владивосток

Одним из основополагающих принципов построения системы дополнительного лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на государственную социальную помощь с января 2005 года является автоматизированный персонализированный учет выписанных и обслуженных льготных рецептов.

Вопросы стандартизации и унификации информационной системы льготного лекарственного обеспечения неразрывно связаны с различного рода справочниками, классификаторами и кодификаторами. Часть справочников разработано МЗиСР, ПФР, некоторые создаются и сопровождаются на уровне регионов России. Начиная с ноября 2004г. ГУЗ ПК МИАЦ совместно с ДЗ АПК проведена работа по созданию краевых справочников ЛПУ, врачей (фельдшеров) и аптек, участвующих в выписке льготных рецептов и отпуске лекарственных средств. В настоящее время перечень ЛПУ включает 121 медицинское учреждение, список врачей (фельдшеров) содержит 2953 специалиста, перечень пунктов отпуска лекарственных средств состоит из 84 аптек. Ведение территориальных справочников в электронном виде обусловлено необходимостью формирования каждым ЛПУ отчетов по выписанным рецептам и оказанным льготникам медицинским услугам в виде персонализированных баз данных. При возмещении понесенных затрат уполномоченной фармацевтической компании ГУ ТФОМС ПК не вправе компенсировать расходы по рецептам, выписанным врачами или ЛПУ, отсутствующими в краевых справочниках.

Основной раздел деятельности ГУЗ ПК МИАЦ, связанный с информационным сопровождением дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан — разработка, внедрение и сопровождение программного обеспечения. Программа по персонализированному учету выписанных рецептов и оказанных медицинских услуг реализована в виде встраиваемого

модуля программного комплекса «Медстатфин». Автоматизированная система «Медстатфин», предназначенная для решения задач медико-статистического учета в системе ОМС сегодня успешно эксплуатируется более чем в 75% ЛПУ края. В связи с этим внедрение блока «Дополнительное лекарственное страхование» как составной части «Медстатфина» не вызвало существенных затруднений среди специалистов ЛПУ края. Позитивными фактором при массовом тиражировании программы является использование сайта для начальной инсталляции и последующего сопровождения программного средства. Дистанционное обслуживание ЛПУ края позволяет сравнительно небольшим количеством высококвалифицированных программистов ГУЗ ПК МИАЦ оперативно решать проблемы без выезда на площадки пользователей или приглашения специалистов ЛПУ к разработчикам. Существенной сложностью при внедрении и сопровождении программы по учету выписанных рецептов является динамично изменяющаяся нормативная база, что влечет за собой корректировку программного средства. За период с декабря 2004г. по июль 2005г. подготовлен одиннадцатый релиз (одиннадцатая версия) модуля «Дополнительное лекарственное страхование». Только благодаря отработанной технологии сопровождения через сайт Интернета и «горячей линии» программистам ГУЗ ПК МИАЦ совместно с сотрудниками ЛПУ удается оперативно и своевременно устанавливать все корректировки.

В целях осуществления эффективного мониторинга предоставления лекарственных средств гражданам, имеющим право на государственную социальную помощь ГУЗ ПК МИАЦ ежедневно производит сбор и обработку сведений от территорий края о выписанных и обслуженных рецептах, наличии медикаментов в аптеках. Далее формируется сводный отчет по краю, передается в ДЗ АПК и во все вышестоящие инстанции.

Грицюк Т.Л., Ершова С.И., Палетина О.В., Абизьева И.Л.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

Приморский краевой онкологический диспансер г. Владивосток

Проблема диагностики и лечения злокачественных новообразований яичников является самой сложной в онкогинекологии. По данным показателям ПКОД не менее 65% больных злокачественными опухолями выявляются на III и IV стадиях, а годовичная летальность остается очень высокой — 33,0%, и имеет

тенденцию к росту. Ранняя диагностика рака яичников трудна, роль профилактических осмотров и скрининга мала (3,9%), поэтому особое значение имеет выделение групп повышенного риска и создание программ проведения целевых медицинских осмотров по выявлению злокачественных новообразований яичников.

Некоторые показатели при раке яичников в РФ и Приморском крае

Показатель	РФ, 1999	ПК, 1999	ПК, 2002	ПК, 2004
Морфологическая верификация диагноза (%)	82,7	67,6	78,8	72,4
Выявляемость на профосмотрах (%)	7,4	0,0	3,8	3,3
Распределение вновь выявленных по стадиям (%)				
I-II	31,9	23,0	26,9	25,0
III	37,2	24,3	31,9	32,2
IV	27,0	46,6	31,3	42,2
Не установлена	3,9	6,1	9,9	0
Одногодичная летальность (%)	33,5	40,2	30,3	33,1
Находились под наблюдением на конец года (абс. число) (на 100 000 населения)	628,00 43,1	601 27,5	689 32,4	711 35,0

В группы повышенного риска входят женщины:

1. С нарушением функции яичников (менструальной и детородной).
2. С кровотечениями в постменопаузе, независимыми от патологического состояния матки.
3. Длительно находящиеся под диспансерным наблюдением по поводу «бессимптомной» миомы матки; с увеличенными яичниками в постменопаузе; хроническим воспалительным процессом придатков матки, безуспешно леченным, а так-

же с доброкачественными опухолями яичников.

4. Ранее оперированные в пре- и постменопаузальном периоде по поводу доброкачественных опухолей матки и придатков с сохранением или резекцией одного или обоих яичников.

5. Ранее оперированных по поводу рака молочной железы, желудочно-кишечного тракта, рака щитовидной железы. Так как имеют двойной риск развития синхронного или метасинхронного рака. Кроме того, в яичники может метастазировать опухоль любой локализации.

6. С отягощенной наследственностью.
 7. С осложнениями беременности (гестозы, инфекции), которые могут привести к антенатальным поражениям фолликулярного аппарата яичников плода и создать в последующем риск развития рака яичников.
 8. Женщины, входящие в группу так называемого «канцерогенотипа» (ожирение, контринсулярный сахарный диабет, гипертоническая болезнь, повышенный уровень незастерифицированных жирных кислот).
- Снижение онкологической смертности при раке яичников вытекает из двух положений:
- I. Раннее выявление опухолей.

- II. Своевременное квалифицированное лечение.
- В данной работе представлено I положение. Исходя из выше изложенного вытекают следующие выводы:
1. Методически грамотное проведение первичного осмотра женщин.
 2. Четко ограниченное в сроках противовоспалительное и рассасывающее лечение.
 3. Маркерный мониторинг.
- При малейших подозрениях и отсутствии положительной динамики в противовоспалительном лечении женщины подлежат оперативной диагностике.

Дербасова Н.Н., Маркелова Е.В., Костецкая А.Ю., Кабиева А.А.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТА

Цель: сравнительная оценка стандартной терапии (местной) и системной терапии при рецидивирующем герпетическом кератоконъюнктивите.

Материалы и методы: для исследования было отобрано 20 человек в возрасте 18-65 лет с диагнозом рецидивирующий кератоконъюнктивит с клиническими проявлениями: резкая светобоязнь, слезотечение, инъекция и отек конъюнктивы, петехии и инфильтрации с поверхностными эрозиями роговицы, отсутствие чувствительности роговицы. Больные были разделены на две группы по 10 человек. В первой группе проводилась стандартная местная терапия: альбуцид до 6 раз в сутки, интерферон до 6 раз в сутки, дексаметазон 4 раза в день, мазь заვიракс 3 раза в день, инъекции под конъюнктиву интерферона 0,3 ежедневно номером 5. Вторая группа 10 человек получала системную терапию: заვიракс по 500 тысяч внутривенно капельно №3, фамвир

Клинико-диагностический центр г. Владивостока ГАРЦ по 250 мг 2 раза в день 5-7 дней (в зависимости от тяжести заболевания) и затем супрессивная терапия до 10-21 дня, полиоксидоний 6 мг в/в №5, затем в/м до № 10-15, виферон 3 тысячи 1 раз в день в течение 10-20 дней.

Результаты: применение местной терапии вызвало субъективное улучшение на 7-10 сутки (уменьшение боли, слезотечение, светобоязнь) полное клиническое выздоровление наступало на 18-21 сутки. При системной терапии на 2-3 сутки улучшались субъективные ощущения (боли не беспокоят, светобоязнь, слезотечение прошли). На 5-7-10 сутки (в зависимости от тяжести кератоконъюнктивита) прошли клинические проявления заболевания.

Выводы: таким образом, применение системной терапии при рецидивирующем кератоконъюнктивите сокращает сроки лечения в 2-2,5 раза.

Гайдарова О.В., Морозова А.М., Борушнова О.В.

РОЛЬ АТОРВАСТАТИНА В ТЕРАПИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Владивостокский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница № 2, Владивосток

Цель: изучение характера нарушений липидного обмена у пациентов с сахарным (СД) 2 типа и метаболическим синдромом (МС) и оценка эффективности применения аторвастатина («Аторис» КРКА) у данной категории больных.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 38 пациентов (16 женщин и 22 мужчины) с СД 2 типа, абдоминальным ожирением (ИМТ = $35,7 \pm 2,1$, ОТ/ОБ = $0,99 \pm 0,08$) в возрасте от 48 до 56 лет. У всех больных исследовали базальный уровень С-пептида иммуноферментным методом; гликированный гемоглобин (HbA1c) методом аффинной хроматографии; в сыворотке крови, взятой натощак после 14-часового голодания колориметрическим и энзиматическим методами определяли показатели липидного обмена (ОХС, ТГ, ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП).

Результаты: среди пациентов у 19 (50 %) показатели С-пептида находились в пределах нормы ($2,68 \pm 0,05$ ng/ml), а уровень HbA1c — $8,6 \pm 0,2$ %. У 12 (32 %) больных отмечалась умеренная гиперинсулинемия (С-пептид $3,96 \pm 0,07$ ng/ml), уровень HbA1c — $9,2 \pm 0,4$ %. У 7 (18 %) пациентов выявлен сниженный уровень С-пептида $0,54 \pm 0,02$ ng/ml, при этом в данной группе пациентов наблюдались максимальные значения HbA1c — $10,8 \pm 0,5$ %.

При исследовании липидного спектра выявлено наличие дислипидемии (ДЛП) у 30 (79 %) пациентов, причем у большинства из них (53 %) имел место наиболее атерогенный IIБ тип ДЛП. У 8 (27 %) человек встречался IIA тип ДЛП и у 6 (20 %) — IV тип ДЛП. IIБ тип ДЛП (84%) выявлен преимущественно у пациентов с наиболее длительным анамнезом СД 2 типа и максимальными значениями HbA1c. IV тип ДЛП чаще встречался у больных с наибольшей степенью ожирения (ИМТ > $35,0$ kg/m²) и высокими показателями С-пептида.

Всем пациентам, при отсутствии противопоказаний, на срок 2 месяца назначали аторвастатин в суточной дозе 20 мг.

На фоне лечения наблюдалось улучшение показателей липидного обмена: снижение уровня ОХС в среднем на 19 %, ХС-ЛПНП — 27,8 %, ТГ — 21,4 %. Достоверного изменения содержания ХС-ЛПВП не отмечалось. На фоне проводимой терапии у 4 пациентов (16,7 %) достигнута нормолипидемия, снизилось число лиц со II Б типом ДЛП (36,7 %).

Выводы: Применение аторвастатина у пациентов с СД 2 типа и МС является эффективным методом коррекции нарушений липидного обмена, что способствует устранению одного из главных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

Герасименко М.И., Баранович Т.В., Герасименко Я.А., Логинова В.И., Семиценко Н.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕАМБЕРИНА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Владивостокский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 1, Владивосток

Цель: оценка клинической эффективности реамберина у больных с декомпенсированным циррозом печени различной этиологии.

Материалы и методы: под наблюдением в процессе патогенетического лечения находились 60 человек с циррозом печени с печеночной энцефалопатией. Средний возраст пациентов 67,6 лет. В основной группе (29 человек) реамберин вводился внутривенно капельно по 400 мл в течение 7 дней со дня поступления больного, в контрольной группе (31 человек) больные не получали метаболической терапии. Исследование больного включало оценку биохимических показателей (общий белок, АсАТ, АлАТ, билирубин, холестерин, протромбиновый индекс, фибриноген), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию органов брюшной полости, эзофагодуоденоскопию, исследование маркеров вирусных гепатитов, определялся уровень эндогенной интоксикации, тест на цифровую пос-

ледовательность (для выявления стадии печеночной энцефалопатии).

Результаты: в клинической картине преобладал синдром эндогенной интоксикации в обеих группах (89 и 92% соответственно). Более быстрая положительная динамика изменений этих показателей — в группе больных, получавших реамберин: происходило снижение показателей билирубина в 8,3 раза, креатинина в 1,5 раза. Субъективно кожный зуд после 7 дневной терапии отмечался у 42% пациентов в контрольной группе по сравнению с 1% основной группы. Также установлено, что при включении в программу лечения препарата реамберин наблюдали более быструю динамику выполнения психоэмоционального теста и регресс проявлений печеночной энцефалопатии до I стадии (61-90 секунд) в 31% и латентной (40-60 секунд) в 15% случаев.

Выводы: применение реамберина в комплексной терапии цирроза печени с печеночной энцефалопатией позволило до-