

УДК 621.88; 615.477.85

К ПРОБЛЕМЕ ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

И.Л. АНДРЕЕВА*

Экономические преобразования в стране, политика государства в области науки и инновационной деятельности ориентированы на повышение роли и эффективности науки, вовлечение результатов научной деятельности в экономический оборот. Состояние научных исследований является основой стабильного наращивания потенциала в любой из отраслей народного хозяйства, а значимость науки в здравоохранении трудно переоценить. Медицинская наука призвана решать основную проблему отрасли: разработка и внедрение в практику современных технологий в области охраны здоровья населения и развития системы здравоохранения. Условием формирования отечественной медицинской науки являлось стремление охватить много направлений исследований. В стране сформировалась обширная сеть НИИ, научный потенциал сосредоточен в высших медицинских образовательных учреждениях. Однако значительное сокращение расходов на финансирование научных исследований в 90-е годы не могло не отразиться на состоянии и медицинской науки и здравоохранения. Отсутствие финансирования привело к сокращению выполняемых научно-исследовательских работ, к оттоку квалифицированных кадров, к резкому уменьшению диссертационных исследований, и докторских и кандидатских. В то время научным коллективам приходилось выживать в сложившихся условиях.

Сегодня ситуация кардинально изменилась. Развитие фундаментальных исследований, научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, создание условий для развития и эффективного использования научно-технического потенциала и активизации инновационной деятельности являются национальными стратегическими целями. Изменение условий финансирования науки, модернизация и переоснащение материально-технической базы научных медицинских организаций сразу привело к положительным результатам. Повысился уровень выполняемых научных исследований и их результатов. Но отсутствие действенных механизмов внедрения в практику привело к тому, что разработанные новые медицинские технологии и механизмы организации здравоохранения, позволяющие сократить затраты на лечение больных, остаются нерезализованными и применяются только в научных организациях, разработавших их. Кроме того, внедрение научных достижений в медицинскую практику требует гарантированной безопасности их применения [1–4].

Значительная роль в создании условий эффективного развития здравоохранения принадлежит отраслевой медицинской науке. Однако организация научно-исследовательских работ, принципы и критерии планирования и финансирования медицинских научно-исследовательских работ (НИР) требуют модернизации с учетом современных условий и положительного опыта прошлых лет. Результаты научных исследований в практике учреждений здравоохранения используются незначительно, что не способствует повышению эффективности мероприятий в области здравоохранения. Одним из факторов, снижающим эффективность научных исследований, является несовершенство механизмов планирования отраслевых, в т.ч. медицинских НИР, и внедрения их результатов в практику. Планирование следует рассматривать как самостоятельное научное исследование, которое требует времени, финансовых, трудовых и материальных ресурсов. Результатом этого исследования должны быть формирование проектов планов НИР, доказательства необходимости планируемых к выполнению научных тем, их актуальности и перспективности, значимости для практики здравоохранения. План должен определять пути, методы и средства решения научных задач, последовательность, затраты на их выполнение. Решение проблемы управления научно-исследовательским процессом в сфере медицинской науки затрудняется несовершенством методологии планирования и управления наукой.

Для отраслевой медицинской науки необходима четкая система планирования и управления с ориентацией на отдаленный результат в отличие от академической науки, в которой значительная часть научных исследований требует научного поиска без заданного конечного результата с получением новой научной

информации. Особенностью прикладной науки является четкая ориентация на получение конечного результата, имеющего непосредственный выход в практику здравоохранения, высокий медико-социальный и экономический эффект, точную адресность получателя научного продукта, определенную форму конечного результата. Поэтому для медицинской науки система подготовки планов всегда являлась важным разделом деятельности отраслевых научно-исследовательских медицинских учреждений. Анализ системы планирования медицинских НИР и ее отражения в научных источниках за последние годы показал, что наиболее эффективными признаны такие формы, как программно-целевой метод планирования и управления, целевые научно-исследовательские программы с выбором приоритетных направлений и актуальных проблем, системный анализ проблемных вопросов в науке и здравоохранении, методы оценки предложений для планов НИР и для внедрения результатов в практику. Процесс планирования НИР обязательно должен сопровождаться участием экспертов, а также участием структуры с полномочиями выбора вида и объема финансирования из разных источников.

Основными принципами системы управления медицинской наукой являются формирование политики в области здравоохранения, наличие информации об уровне достижений науки, информации о ее приоритетах; контроль за реализацией политики, за развитием направлений по приоритетам, оперативная оценка и коррекция перспективных планов и программ, контроль за реализацией научных результатов. Одним из принципов планирования и реализации медицинских НИР являются непрерывность процесса планирования НИР и реализации их результатов в практике: прогнозирование научных направлений, определение приоритетных проблем, формирование целевых программ, оценка ресурсов и финансового обеспечения, оценка результатов, контроль исполнения, передача конечных результатов в практику.

Литература

1. Андреева И.Л. Система управления научными медицинскими исследованиями в современных условиях и на перспективу. Автореф. дис...к.м.н. – М., 1996. – 34 с.
2. Кудрина В.Г. Оценка качества исследований в управлении медицинской наукой. Автореф. дис...д-ра мед.наук. – М., 1993
3. Михайлова Ю.В., Еремичева Т.И. // Сб науч.трудов респ. научно-практ. конф. «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения», 28-30 мая 2002 г.) – М.: ЦНИИОИЗ, 2002. – С. 15–18.
4. Сибурин Т.А., Шестаков М.Г. там же. – М.: ЦНИИОИЗ, 2002. – С. 18–20.
5. Стародубов В.И. и др. Определение приоритетных направлений для отраслевых научно-исследовательских программ (на примере проблем общественного здоровья и организации здравоохранения): Пос. – М., 2000. – 30 с.

УДК [616.2-022:578.825]-085.89

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЛАТЕНТНЫХ РИНОСИНОСИТОВ

Л.В. ВАНДЫШЕВА*

Воспалительные заболевания околоносовых пазух (ОНП) являются одной из самых актуальных проблем современной отоларингологии. По данным Национального Центра по статистике болезней США в 1994 г. синусит стал в этой стране самым распространенным хроническим заболеванием. В Германии за последнее десятилетие ставится от 7 до 10 млн. диагнозов острого или хронического синусита. С 2003 г. в России функционирует Национальный регистр лечения синусита [1]. Международной группой экспертов с 2005 г. производится систематический анализ исследований, выполненный в различных странах, тематика которых связана с проблемой риносинусита. Ежегодно публикуется отчет этой группы под названием «European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps» (EPOS). Согласно позиции экспертов риносинусит является воспалительным заболеванием носа и околоносовых пазух, сопровождающимся 2-мя или более из следующих симптомов: заложенность носа /отек; выделения из носа, выде-

* ТулГУ, , мединститут

* Поликлиника «Вирмед» (г. Тула)

носа, выделения в носоглотку (симптом «*post nasal drip*»); ощущение давления в области лица; потеря или нарушение обоняния [2]. Диагностика острых синуситов не вызывает трудностей, поскольку имеются клинические и рентгенологические проявления этого заболевания. Значительные трудности ждут при выявлении латентно протекающих синуситов [3].

Важна способность хронических синуситов протекать в маловыразительной латентной форме, когда клинические симптомы недостаточно ясны. Вызывая перенапряжение и истощение иммунных механизмов, оно приводит, как правило, к развитию тех или иных, нередко очень серьезных осложнений. На такую особенность латентных синуситов указал А.И. Фельдман (1929), дав им не только безупречное определение, но и подчеркнув их затаенную опасность. «Латентными синуситами» по словам автора, «называются такие, которые проходят скрытно, незаметно для больного и даже врача, их физические симптомы почти отсутствуют и только какое-нибудь осложнение со стороны соседних органов заставляет и больного и врача обратить внимание на нос». Интересно отметить, что еще в 1857 г. П.П. Заболотский-Десятовский в своей работе «О болезнях носа и носовых полостей» отмечал, что их хронические заболевания часто протекают бессимптомно или малосимптомно [4]. Сотрудниками кафедры патологической анатомии Российской Военно-медицинской Академии Санкт-Петербурга проведено исследование аутопсийного материала (323 аутопсийных препаратов) слизистых оболочек околоносовых пазух, полученных от 42 умерших, не имевших прижизненных жалоб на патологию ЛОР органов. Почти в половине случаев выявлены признаки хронического воспаления околоносовых пазух, что говорит о латентном течении хронического риносинусита. В этих случаях выраженность морфологических признаков воспаления практически не отличалась от таковой в препаратах, полученных в ходе оперативного лечения у больных с хроническими гнойными риносинуситами. При исследовании околоносовых пазух у 173 пациентов оказалось, что, по данным компьютерной томографии, патология ОНП выявлена у 35,5% обследуемых (в 2 раза больше, чем предполагалось по данным анамнеза, осмотра, фиброэндоскопии полости носа). В последнее время отмечается рост инфекционно-воспалительных заболеваний. Каждый взрослый примерно 2–3 раза в год болеет острыми респираторными вирусными инфекциями, а каждый ребенок – до 6–8 раз в год. Часть случаев осложняется бактериальной инфекцией. Пусковым моментом в развитии риносинусита обычно является острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) [9]. Исследования, проведенные с использованием компьютерной томографии, показали наличие воспалительных изменений в параназальных синусах у 95% лиц, жаловавшихся на затрудненное носовое дыхание при ОРВИ [11].

В полости носа постоянно имеется биопленка, содержащая колонии различных бактерий, тогда как околоносовые пазухи у здорового человека стерильны. Отек слизистой оболочки параназальных синусов при вирусной инфекции или разрешается (при благоприятном течении болезни), или отечная слизистая оболочка пазухи инфицируется через естественные соустья, так как отек слизистой уменьшает объем пазухи и, по-видимому, увеличивает давление внутри нее, что способствует «подсасыванию» инфицированной слизи из полости носа в полость наиболее отечной пазухи. Инфицирование вначале одной пазухи ведет за собой нарушение мукоцилиарного клиренса всех придаточных пазух, что в конечном итоге приводит к пансинуситу. Т.е. каждая пазуха воспалена в той или иной мере, потому что является единицей системы. Даже в результате адекватного и своевременного лечения (терапевтического и хирургического – пункция) эвакуируется экссудат, но не отек, который и является основным признаком продолжающегося воспалительного процесса, теперь уже хронического. Особенно опасны в плане развития хронизации процесса легкие и средней тяжести формы острого риносинусита при ОРВИ, при которых адекватное лечение не проводится.

Несовершенные в прошлом и не всем доступные в настоящее время методы диагностики (МРТ, КТ придаточных пазух носа) привели к высокому проценту хронизации воспалительных процессов. Известны способы диагностики хронического риносинусита при помощи риноскопии, при котором анализируют выделения в полости носа и носовых ходах и при наличии выделений диагностируют хронический риносинусит [10]. Необходима констатация гипертрофии (отека) носовых раковин, в частности нижних, что ранее расценивалось как хронический ринит (в т.ч.

вазомоторный). Поскольку в клинической классификации для хронического риносинусита характерным признаком является заложенность носа/отек; мы рассмотрели с позиций клиницистов.

Заложенность носа всегда связана с нарушением носового дыхания. Одной из причин затрудненного носового дыхания является гипертрофия носовых раковин [5]. При исследовании назального секрета у всех обследуемых пациентов (ИЗ НКЦ оториноларингологии МЗ РФ) с гипертрофией раковин, а именно при гипертрофическом рините было выявлено резкое повышение активности пероксидаз, что определяет воспалительный процесс на слизистой оболочке полости носа [6]. Поскольку риносинусит является следствием содружественного вовлечения в патологический процесс слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в результате однотипных патологических изменений, происходящих почти одновременно [7], мы считаем, что одной из причин длительно затрудненного носового дыхания является хронический риносинусит, в том числе и протекающий латентно.

Цель исследования – выявление особенностей проявления хронического риносинусита, протекающего латентно; разработка доступного метода неинвазивной диагностики хронического риносинусита, протекающего латентно, позволяющего снизить число обострений и осложнений заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных, у которых официально диагноз острый и хронический риносинусит в течение жизни установлен не был, но были жалобы на затрудненное носовое дыхание. Жалобы обследованных на затрудненное носовое дыхание – от полной обструкции (32%) и пользования сосудосуживающими каплями до 6–8 раз в день, до периодической заложенности, связанной с переменной положением тела, с изменением температуры (заложенность носа только на улице) и т.д. – 68%. Полость носа осматривалась при помощи носового зеркала. В каждом конкретном случае обнаружения гипертрофии нижней носовой раковины с одной или двух сторон, мы проводили рентгенографию (рентгенкомпьютерную томографию, МРТ) придаточных пазух носа, лабораторное исследование содержимого полости носа – цитоморфологическое и бактериологическое.

Результаты. При осмотре полости носа выявлена односторонняя или двусторонняя (но преимущественно с одной стороны) гипертрофия нижней носовой раковины. Проведена рентгенография, рентгенкомпьютерная томография, МРТ. В 100% случаев выявлены гиперпластические процессы в пазухах носа. В 73,7% случаев гипертрофия нижней носовой раковины с одной стороны (или преобладающе с одной стороны – при двустороннем отеке) наблюдается на стороне, противоположной пристеночному или тотальному затемнению верхнечелюстной пазухи носа, то-есть контрлатерально (рис.). Цитоморфологически выявлены признаки воспалительного процесса в 94% случаев (нейтрофилы 60–100%), в остальных случаях – отек аллергической этиологии. Бактериологическое исследование выявило *st.aureus*, *streptococcus pneumoniae*, *m.catarrhalis*, *E.coli*, *Haemophilus influenzae*.



Рис. Компьютерная томография придаточных пазух

На КТ придаточных пазух носа определяется пристеночное затемнение верхнечелюстной пазухи слева и гипертрофия нижней носовой раковины контрлатерально (справа).

Закключение. В случае выявления при осмотре полости носа гипертрофии нижней носовой раковины с одной стороны (или преимущественно с одной стороны при двустороннем отеке), следует проводить рентгенологическое исследование пазух носа и лабораторное (цитоморфологическое и бактериологическое) исследование мазков из носа. При обнаружении пристеночного или тотального затемнения верхнечелюстной пазухи контрлатерально гипертрофии нижней носовой раковины и выявлении нейтрофильных лейкоцитов при цитоморфологическом исследовании, и патогенной микрофлоры при бактериологическом ис-

следовании, диагностируют латентный хронический риносинусит. Эти данные важны для клиницистов, так как хронический риносинусит, протекающий скрыто, не исключает осложнений со стороны органов и систем (в том числе и внутричерепных).

Литература

1. Янов Ю.К., Рязанцев С.В. // Вест. оториноларингол. – 2007. – № 4.
2. Пискунов Г.З., Лазаревич И.Л. // Рос. ринол. – 2008. – № 2.
3. Бондарук В.В., Гофман В.Р. Новые возможности в диагностике латентных синуситов
4. Гофман В.Р. // Учебник. – СПб. – 2001. – 292 с.
5. Мецеракова К.Л., Лютова Н.В. // Рос. ринол. – 2006. – № 4.
6. Серебрякова И.Ю. и др. // Рос. ринол. – 2005. – № 2.
7. Сергеев М.М. Барьерная роль слизистой оболочки и ее лечение при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. – Краснодар, 2004.
8. Шелудченко Т.П. // Рос. ринол. – 2006. – № 2.
9. Лютова Н.В., Пискунов Г.З. // Рос. ринол. – 2008. – № 2.
10. Супрунов В.К. Дифференциально-диагностические таблицы и схемы по оториноларингологии. – Краснодар, 1969. – 51 с.
11. Рязанцев С.В. Острый синусит: диагностика и терапия. – 2005.

УДК 618.1-002: 615.838.7

ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Р.Э. КУЗНЕЦОВ*

В структуре гинекологической заболеваемости внутриматочная патология эндометрия, эндоцервикса и миометрия, занимает ведущее место. Данная патология помимо роста опухоли опасна своими осложнениями различной выраженности болевым синдромом и нарушениями, связанными с сопутствующей патологией (аденомиоз, гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия). Гистероскопия с последующим забором материала на цитоморфологическое исследование занимает одно из ведущих мест среди методов доклинической диагностики рака и предрака эндометрия у пациенток в постменопаузе [3, 4]. В своей работе мы придерживались схемы возрастной периодизации онтогенеза человека, принятой в 1965 г. АМН СССР, согласно которой к пожилому возрасту относят женщин от 56 до 74 лет, старческому – от 75 до 90 лет, людей старше 90 лет считают долгожителями [3]. По классификации патологических состояний эндометрия по Я.В. Бохману [6] выделяют: а) фоновые процессы: железистая гиперплазия, эндометриальные полипы; б) предраковые заболевания: атипическая гиперплазия; г) рак: аденокарцинома, светлоклеточная мезоэпителиальная аденокарцинома, недифференцированный рак железисто-плоскоклеточный рак. Особое место среди патологических состояний эндометрия в связи с увеличением частоты данного заболевания в течение последних десятилетий и малой результативностью диагностики и лечения, занимает рак эндометрия [8].

На фоне гиперплазии эндометрия часто выявляются полипы с очаговым аденоматозом, относящиеся к предраковым заболеваниям эндометрия. Очаговый аденоматоз в полипах эндометрия определяется при гистологической верификации и эндоскопически не выявляется [7]. Одним из опухолеподобных состояний эндометрия, при котором эндометриальные железы с окружающей их цитогенной стромой располагаются в миометрии, чаще в его подслизистом отделе, является аденомиоз. У большинства больных внутренним эндометриозом десмоитические и деструктивные изменения соединительно-тканной основы ведут к пенетрации железистого и стромального компонента базального слоя эндометрия в миометрий [5, 6]. Аденомиоз составляет 14–35% в структуре гинекологических заболеваний. Предложено определять в качестве критерия внутреннего эндометриоза инвагинацию слизистой оболочки тела матки $\geq 0,2-0,25$ см. от уровня границы эндометрия и миометрия [11]. Морфологическое исследование ткани миометрия

выявляет железистые структуры разной формы и величины, включая кистознорасширенные, выстланные цилиндрическим эпителием и окруженные стромой цитогенного характера.

Оптимальным хирургическим методом диагностики субмукозной миомы матки является гистероскопия. Она позволяет обнаружить узел миомы и оценить возможность его последующего удаления при гистероскопии. Проведенные исследования показали, что у больных миомой матки в постменопаузальном периоде сохраняется эстрогенная стимуляция, повышенная васкуляризация миометрия и миоматозных узлов в сравнении с физиологической постменопаузой. Выраженный внутриопухолевый кровоток был зарегистрирован у 26,7% больных миомой матки с длительностью постменопаузы до 5 лет [2]. Гистероскопия, как метод диагностики и лечения, широко используется при воспалительных заболеваниях матки. Внутриматочные сращения (синехии) являются случайной находкой, т. к. их толщина (0,1–0,3 см) и эластичность не позволяют в большинстве случаев установить данный диагноз с помощью ультразвукового исследования и гистеросальпингографии [1].

Модернизация гибких и жестких эндоскопов привела к созданию гистероскопов небольшого диаметра (3,1–4,5–5,6–6,5 мм) – амбулаторных (офисных) гистероскопов, позволяющих вести эффективную панорамную визуализацию полости матки без расширения цервикального канала и при минимальных ощущениях дискомфорта у больных, почти не требующих обезболивания. Наличие в эндоскопе инструментального канала увеличивает общий диаметр гистероскопа, но позволяет проводить, в зависимости от $\varnothing$ рабочего канала, прицельную «щипковую» и аспирационную биопсию, удаление синехий, удаление фрагментов ВМК и мелких полипов эндометрия [10, 11]. В связи с отсутствием необходимости расширения цервикального канала и общего обезболивания создателями амбулаторных (офисных) гистероскопов установлен приоритет гистероскопии по отношению к традиционной панорамной гистероскопии для уменьшения травматичности внутриматочного вмешательства [9, 10].

Цель исследования – изучение методических и клинических аспектов применения амбулаторной гистероскопии, её преимуществ и недостатков в диагностике и лечении внутриматочной патологии у пожилых пациенток.

Материалы и методы. Для проведения амбулаторной гистероскопии мы использовали инструментальный аппарат фирмы «OLYMPUS» (Япония). Осмотр внутренней поверхности матки в условиях офисной гистероскопии шел с использованием однопроточного фиброгистероскопа $\varnothing 3,1$ мм (операционный канал 1,2 мм), а также жесткого 2-канального гистероскопа (постоянно-проточный) с телескопом 3 мм и сменными стволами $\varnothing 5,5$ мм, 6,5 мм и соответственно рабочими каналами 5Fr, 7Fr.

Таблица 1
Технические данные амбулаторных гистероскопов

Параметры	Офисный гистероскоп	
	Жесткий	Гибкий
Наружный диаметр	5,5–6,5 мм	3,1 мм
Передача изображения	Система линз	Волоконная оптика: передача информации возможна под любым углом
Дистальный конец	Фиксированный	Подвижный
Светопередача	Стекловолоконно	Стекловолоконно
Угол поля зрения	12°, 30°, 70°	до 120°
Конец	Фиксированный	Сгибание под углом 90° на конце
Обзор	Косой, латеральный	Фронтальный

УЗИ выполняли на аппаратах «Alloca-1200» (Япония) с использованием трансбdomинального датчика (3,5 МГц) при наполненном мочевом пузыре и «Hithachi EUB-405» (Япония) с использованием трансвагинального датчика (6,5 и 5 МГц). Выполняли продольное и поперечное сканирование органов малого таза. Для лучшего контакта со сканируемой поверхностью кожу брюшной стенки смазывали гелем. При эхографии органов малого таза смотрели величину матки, толщину и структуру эндометрия и миометрия, наличие или отсутствие миоматозных узлов и при выявлении последних – на их размеры, локализацию и число, а также признаки аномалий развития матки. Кроме того, особое внимание обращали на структуру и размеры яичников.

Возможности трансвагинальной УЗИ патологических процессов в полости матки расширялись за счет проведения жидкостного контрастирования полости матки (гистеросонография,

* ГКБ им. С.П. Боткина (Москва), 2-й Боткинский пр-д, 5 (499) 762-6256; r.e.kuznetsov@rambler.ru