

Сегодня эндокринологический центр Республиканской клинической больницы — это организационно-методический центр по улучшению специализированной службы, центр по оказанию лечебной и консультативной помощи больным с эндокринной патологией, а также учебная база по подготовке и повышению квалификации врачей и средних медицинских работников.

Если в 1959 году в Республиканском противозобном диспансере работали 4 врача-эндокринолога, то сейчас в Республиканском эндокринологическом центре трудятся 12 врачей, 24 медицинских сестры, 22 человека младшего медицинского персонала и работников вспомогательных служб.

В Республиканском эндокринологическом центре оказывается специализированная стационарно-поликлиническая помощь больным с эндокринной патологией, сегодня эндоцентр располагает 40 терапевтическими и 25 хирургическими койками.

Современное терапевтическое отделение эндоцентра — это диагностический и лечебный центр эндокринологии в Республике, где проводятся все современные лечебно-диагностические мероприятия, осуществляются клинические апробации новых лекарственных препаратов, решаются тактически и диагностически трудные задачи.

На сегодняшний день в отделении эндохирургии выполняется полный спектр услуг, направленных на диагностику и лечение заболеваний щитовидной железы, надпочечников, освоены и активно внедряются современные методики хирургического лечения ожирения. Последние 2 года приоритетным направлением в работе отделения является органосохраняющее хирургическое лечение больных с синдромом диабетической стопы: это, в первую очередь, проведение ангиобаллонопластики сосудов конечностей, когда посредством ангиографии облитерировавший сосуд расширяют, тем самым восстанавливая кровоток и сохраняя конечность.

В поликлинике РЭЦ ведется консультативный прием взрослых и детей со всей территории Республики, функционирует школа для больных сахарным диабетом. Амбулаторная сеть представлена 14 эндокринологическими приемами в г. Улан-Удэ, и 17 врачей-эндокринологов работает в районах Республики.

В структуре эндокринной патологии в Республике львиная доля приходится на сахарный диабет, в связи с чем этим больным уделяется особое внимание.

Так, если в 1959 году на диспансерном учете состояло 10 больных сахарным диабетом, то в сентябре текущего года число этих пациентов приближается к цифре в 14 тысяч. Число больных СД увеличивается на 2 тысячи каждый год. Минздрав РБ при поддержке правительства РБ с 1997 года реализует целевую программу «Сахарный диабет». Сегодня все больные СД обеспечиваются как сахароснижающими препаратами, так и расходным материалом к средствам самоконтроля.

Эндокринологи Бурятии и больные сахарным диабетом, объединившиеся в Бурятское отделение Российской диабетической ассоциации с более чем 30-летней историей, представляют сегодня единое целое, способное решать насущные проблемы больных диабетом.

В настоящее время эндокринологи Республики владеют всем спектром сахароснижающей терапии: это и все группы современных таблетированных сахароснижающих препаратов, и человеческие инсулины, и суперсовременные аналоги инсулина. Все дети и подростки, больные сахарным диабетом, обеспечены средствами самоконтроля и ежемесячно обеспечиваются расходным материалом к ним, кроме того хорошо организована реабилитация детей и взрослых с сахарным диабетом на местных и российских курортах.

Что касается современных технологий в диагностике и лечении сахарного диабета, то можно отметить, что у четырех пациентов в республике установлены инсулиновые помпы как альтернативный метод введения инсулина, в эндоцентре проводится суточное мониторирование глюкозы крови на аппарате CGMS, позволяющее уловить все колебания уровня сахара в крови в течение суток.

У современной эндокринологии Бурятии на сегодняшний день есть значимые достижения, проблемы и цели на далекое и ближайшее будущее.

И это лишний раз свидетельствует о том, что эндокринологическая служба в Республике развивается в ногу со временем, экономической ситуацией в стране и мире.

Г.Ф. Алексеева

О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ В БУРЯТИИ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Диагноз «глаукома» подразумевает, что для сохранения зрительных функций и поддержания привычного качества жизни пациент должен регулярно наблюдаться у офтальмолога. Задачи диспансеризации больных глаукомой — выявление, динамическое наблюдение, лечение.

В различных регионах страны организация работы глаукомных кабинетов, несмотря на общность конечной цели — предупреждение необратимой слепоты от глаукомы, имеет свои особенности. В зависимости от сил и средств офтальмологических служб, в одних регионах глаукомные кабинеты вы-

полняют преимущественно диагностические задачи, в других они нацелены в основном на активное хирургическое лечение больных глаукомой.

В Бурятии за 48 лет с момента организации глаукомного кабинета ведущим направлением работы стало диспансерное наблюдение. Первоначально количество больных глаукомой не превышало 700 человек. На сегодняшний день в кабинете хранится картотека глаукомных больных всей республики — более 6 тысяч специализированных медицинских карт. До недавнего времени работа с картотекой проводилась вручную, что значительно осложняло обработку базы архивных данных. В 2006 г. заместителем начальника отдела АСУ РКБ им. Н.А. Семашко М.П. Степановым и врачом глаукомного кабинета к.м.н. Г.Ф. Алексеевой создана программа «картотека глаукомных больных». Казалось бы, во времена всеобщей компьютеризации незачем «изобретать велосипед». Однако готового программного продукта, отвечающего необходимым задачам, найти не удалось. Программа представляет собой электронный вариант медицинской карточки глаукомного больного. Обработка базы данных по запросу позволяет получить сводную информацию по состоянию зрительных функций, ВГД, лечебным мероприятиям и другим данным статистической отчетности.

Так, проведен анализ эффективности лечения и диспансеризации больных в глаукомном кабинете. Критерием оценки было отсутствие прогрессирования заболевания. В первом из двух исследований целью было сравнение эффективности хирургического и консервативного лечения на протяжении 5 лет с момента начала терапевтического лечения (110 чел.) или проведения операции (125 чел.). В выборку вошли пациенты, проживающие в г. Улан-Удэ и находящиеся под наблюдением не менее года. Анализ эффективности лечения проведен с построением таблиц дожития по Б. Хиллу.

Достоверность сравнительной оценки отдаленных результатов двух методов лечения подтверждена критерием согласия ², значение которого соответствовало вероятности ошибки $p < 0,01$. Вероятность иметь положительный эффект к концу очередного года наблюдения представлена в таблице 1.

Вероятность положительного эффекта лечения

Таблица 1

Срок	Хирургическое лечение		Консервативное лечение
1 год	0,95	от 1,0	0,98
2 год	0,81		0,86
3 год	0,90		1,00
4 год	0,84		0,91
5 год	0,75		0,91

Как видно, эффективность консервативного лечения достаточно высока на протяжении пятилетнего срока наблюдения. Вероятность положительного послеоперационного эффекта меньше. Это можно объяснить тем, что хирургическое лечение проводили уже в случаях декомпенсации ВГД и прогрессирующего ухудшения зрительных функций. К пятому году наблюдения снижается вероятность положительного эффекта после антиглаукомных операций.

Обращает на себя внимание наименьшая вероятность положительного эффекта любого метода лечения на втором году диспансерного наблюдения. Причины этого, вероятно, различны: привыкание к конкретному лекарственному средству — тахифилактический эффект (так, известно о снижении эффективности тимолола малеата ко второму году непрерывного использования); особенности техники операции; нарушение режима больным (которого удовлетворили первоначальные положительные результаты лечения) и др.

Во втором исследовании проведено сравнение эффективности наблюдения в глаукомном кабинете сельских и городских больных. Выборку составили пациенты, наблюдавшиеся не менее полного года и проживающие в Селенгинском районе (133 чел.) или приписанные к городской поликлинике № 5 (76 чел.). Выявлено, что в течение первого года после начала лечения (операции) из числа сельских пациентов 63 % выбывают из-под наблюдения. Среди городских больных выбывшие на первом году наблюдения составили 33 %. К концу пятого года наблюдения процент выбывших составляет 71 и 47 % соответственно. Методика позволяет рассчитать вероятность положительного эффекта лечения и у больных, не явившихся на контрольный осмотр. Рассчитана вероятность иметь положительный эффект к концу очередного срока наблюдения ($p < 0,01$) (табл. 2).

Вероятность положительного эффекта лечения по районам

Таблица 2

Срок	Селенгинский район		Поликлиника № 5
1 год	0,80	от 1,0	0,81
2 год	0,80		0,75
3 год	0,91		0,95
4 год	0,71		0,95

К 5-му году наблюдения количество оставшихся больных было минимально, расчет вероятности положительного эффекта лечения не проведен.

Существенных отличий в эффективности диспансерного наблюдения сельских и городских больных глаукомой не выявлено. Однакостораживают снижение эффективности лечения, по сравнению с предыдущим исследованием, а также неявки больных на контрольный осмотр.

Чем объяснить выбывание пациентов из-под наблюдения? Во-первых, до 2008 г. ежегодно увеличивалось количество обследуемых, в том числе первично, пациентов. Так, отмечен рост числа больных подозрением на глаукому в структуре наблюдаемых: в 2004 г. они составили 15,4 % от общего числа принятых за год, в 2005 г. — 18,3 %, в 2006 г. — 21,9 %, в 2007 г. — 23,3 %. Таким образом, в связи с большими очередями на приём повторные пациенты не являлись на контрольный осмотр. Во-вторых, в 2008 г. в связи с внедрением новой системы финансирования здравоохранения значительно уменьшился поток направляемых на обследование и диспансерный приём от районных специалистов.

Отмечен рост числа больных глаукомой в Бурятии — с 3570 чел. в 2000 г. до 5116 чел. на начало 2009 г. Общая заболеваемость (на 100 тыс. чел. взрослого населения) прогрессирует: в 2000 г. — 587,7; в 2004 г. — 848,1; в 2007 г. — 1034,6; в 2008 г. — 1023,5. По России: в 2000 г. — 726,2; в 2004 г. — 831,8. Первичная заболеваемость глаукомой по РБ составила в 2007 г. — 101,6, в 2008 г. — 116,0. Неуклонный рост заболеваемости глаукомой, увеличение числа инвалидов — слепых от глаукомы, требуют усиления внимания к проблеме со стороны офтальмологов, организаторов здравоохранения в Бурятии и в стране.

Г.Ф. Алексеева

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Эффективность лечения глаукомы оценивается по клиническим критериям, показателю заболеваемости, качеству жизни больных.

Под «качеством жизни» понимают субъективную комплексную оценку своего здоровья (физического, психического, социального) самим пациентом.

Почему в аспекте «качества жизни» представляют интерес глаукомные пациенты? Причина в том, что глаукома является хроническим, прогрессирующим, «дорогим» заболеванием. Болезнь приводит к физическим ограничениям, нарушениям в психоэмоциональной сфере, даже к изменению профессионального и социального статуса. Выявлено ведущее значение зрительных расстройств в ухудшении качества жизни соматических больных. Пациенты оценивают их выше, чем даже сердечно-сосудистые нарушения, представляющие угрозу для жизни!

Представляют интерес результаты исследований качества жизни глаукомных больных, проведенных рядом авторов на базе Государственной медицинской академии им. Мечникова (г. Санкт-Петербург), медицинского центра Управления делами Президента РФ, Красноярской государственной медицинской академии.

Авторы использовали разные методы:

- анкетирование для оценки качества жизни больных глаукомой в разных условиях: дома, вне дома, на работе;
- американская методика Short Form — SF 36, охватывающая 8 категорий качества жизни: физическое функционирование, ролевые ограничения вследствие физических проблем, физические боли, восприятие общего состояния здоровья, энергичность или жизнеспособность, социальное функционирование, ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем, психическое здоровье;
- методики определения функционального состояния «Глаукомная симптоматическая шкала», «Индекс оценки зрительных функций»;
- вопросник Национального института глаза США, по которому оценивают 12 шкал: общее состояние здоровья, общую оценку зрения, глазную боль, деятельность со зрением вблизи, деятельность со зрением вдаль, а также обусловленные зрением функции (социальное функционирование, психическое здоровье, ролевые ограничения, зависимость от посторонней помощи, передвижение, цветоощущение, периферическое зрение);
- психологическое тестирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Суммируя результаты исследований, можно сделать следующие заключения и практические выводы.

Субъективная оценка зрения

Несмотря на то, что среди пациентов были те, у которых острота зрения была равна 1,0, ни один из них не оценил свое зрение как «очень хорошее» или «отличное». Около 49 % опрошенных считают, что у них «плохое» зрение, а 44 % назвали свое зрение «посредственным».