

7. Использование новых классов препаратов при гемобластозах: пуриновых аналогов (флюдара дает при лимфопролиферативных заболеваниях 45% ремиссий, из них 13% — полных), альфа-интерферона, ростовых факторов, ингибиторов тирозинкиназы (прямое влияние на геном опухолевых клеток с выходом на излечение), моноклональных антител (мабтера).

8. Использование препаратов эритропоэтина в лечении анемий при опухолевых заболеваниях.

9. Использование иммуносупрессивной терапии при апластической анемии: циклоспорин А (сандимун) и антилимфо(тимо)цитарный глобулин.

10. Изучение качества жизни излеченных больных, коррекция постцито-статической полиорганной недостаточности, психо-социальная реабилитация.

11. Использование при гемофилии или концентратов антигемофильных факторов (Коэйт-ДВИ или Октапайн), или рекомбинантных (Когенэйт), или универсальных (Новосевен).

Заболеваемость гемобластозами в России увеличилась с 9,4 в 1980 г. до 13,1 в 1998 г.

Для оказания стационарной помощи гематологическим больным Иркутской области развернуто 85 специализированных коек. Из них на базе областной клинической больницы (ГУЗ ИОКБ) - 65, БСМП г. Ангарска — 5, ГБ №5 г. Братска — 15. В структуре пролеченных больных в 2003 г. преобладали гемобласты (75%). В структуре летальности гемобласты абсолютно преобладают (93%).

Исходя из всего вышеизложенного, задачи по оказанию помощи гематологическим больным, на наш взгляд, сводятся к следующему:

1. Улучшение положения с кадрами гематологов (в соответствии с нормативными документами — приказом №

824). Штатных гематологов в поликлиниках г.Иркутска нет. Консультативный прием осуществлялся в городских поликлиниках врачами гематологического отделения ОКБ в недостаточном объеме. Нет врачей-гематологов в таком крупном городе, как Ангарск. Фактическая нагрузка гематолога в областной консультативной поликлинике очень высока и в 2003 г. составила 165%.

2. Привести обеспеченность населения гематологическими койками в соответствие с должной (приказ № 696).

3. Составить уточненный регистр гематологических больных, состоящих на диспансерном учете и улучшить общую статистическую отчетность.

4. Существенно усилить лабораторную службу. Внедрение в диагностику лейкозов более современных (прежде всего, иммунофенотипических) методов, что позволит работать в соответствии с международными классификациями и протоколами терапии.

5. Улучшить снабжение всеми необходимыми медикаментами: а) больных гемобластозами — цитостатиками и другими жизненно важными медикаментами; б) инвалидов с гемофилией — препаратами Коэйт-ДВИ и Октапайн; апластической анемией — сандиммуном; хроническими лейкозами с анемическим синдромом — эритропоэтином, — через органы социальной защиты.

6. Провести реорганизацию и ремонт гематологического отделения ОКБ с открытием стерильного блока.

7. Разработать программу «Поддержка и развитие гематологической помощи населению Иркутской области».

Выполнение указанных задач представляется нам соответствующим современному состоянию гематологической науки и имеющимся практическим возможностям.

ACTUAL PROBLEMS OF HEMATOLOGY IN IRKUTSK REGION

A.P. Silin

(Department of hospital therapy of ISMU)

The paper outlines the modern technologies of hemoblastosis treatment and also the problems facing the hematological service of the Irkutsk region arising from this pathology.

© ПАНФЕРОВА Р.Д. -

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.Д. Панферова •

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. - д.м.н. Г.М. Орлова)

Резюме. Состояние помощи нефрологическим больным не соответствует современным требованиям. Предложены направления совершенствования нефрологической службы.

Ключевые слова. Нефрологическая служба, показатели деятельности, Иркутская область.

Заболеваниями почек страдает 5-6% населения. Большинство из них имеет прогрессирующее течение и заканчивается нефросклерозом и хронической почечной недостаточностью (ХПН) "которая, по некоторым Данным, является второй после травматизма причиной смерти у лиц молодого возраста. Поэтому ре-

шение проблемы профилактики, диагностики и лечения болезней почек имеет не только медицинское, но и социальное значение.

По данным разных авторов, распространенность патологии почек составляет 190—200 на 10000 населения. Поданным В.П. Боевко, нефрологические боль-

ные составляют 6-7% всех госпитализированных в терапевтические отделения. Летальность среди них колеблется от 1,8 до 18% при общей летальности в терапевтических отделениях 0,4-0,6%.

Состояние нефрологической помощи больным в области, особенно на ее периферии не отвечает требованиям времени. Заболеваемость, распространенность и смертность от заболеваний почек в области растет.

Обращаемость же за специализированной помощью в ОКБ и ОКП больных из области, особенно из отдаленных и северных районов, за последние 10 лет уменьшилась почти в 3 раза в связи со сложившимися экономическими условиями.

Специализированные нефрологические койки имеются лишь в областном центре (33) и г. Братске (10). Специализированный прием нефрологических больных в областном центре в 2003г. проводился только в областной консультативной поликлинике и областном диагностическом центре.

Уровень хронической почечной недостаточности в области, согласно созданного в 2000 году регистра больных с этой патологией, превышает таковой по России и данные ВОЗ (120-300 человек на 1 млн. населения) и составляет 498 случаев на 1 млн. населения. Согласно регистра, 38,1% с ХПН имеют 2-ю или 3-ю степень почечной недостаточности, т.е. являются кандидатами или уже нуждаются в заместительной терапии - регулярном гемодиализе, перитонеальном диализе или пересадке почки.

Анализ обращаемости к нефрологу больных, состоящих на диспансерном учете, показал, что также постоянно снижается число больных из отдаленных районов. Такая ситуация приводит к позднему выявлению неизбежного у больных этой категории осложнения — ХПН. Ежегодно от 5 до 9 больных обращаются к нефрологу ОКП впервые в стадии терминальной почечной недостаточности. Причиной несвоевременного выявления ХПН у больных — поздняя обращаемость, низкая нефрологическая грамотность врачей, отсутствие возможности обследования.

Инвалидность от заболеваний почек растет. Средний возраст больных, впервые признанных инвалидами, за последние годы уменьшился с 42,5 до 40,2 лет, т.е. инвалидность от болезней почек молодеет. Причиной инвалидности в 74—76% случаев является ХПН. Высока тяжесть инвалидности, т.к. в 85% больные признаны инвалидами 1-2 группы

Анализ динамики смертности в области от заболеваний почек показал, что за последние 30 лет уровень ее увеличился почти в 2 раза. Смертность от гломерулонефрита была наиболее высокой в 1988г. (6,6 на 100 тыс.). С началом работы отделения регулярного гемодиализа в ОКБ смертность снизилась к 1990 году до 3,28. Однако смертность больных от заболеваний почек в Иркутской области превышает таковой показате-

тель в других регионах (СПб — 3,6, Швеция — 2,7—3,1).

В области на взрослое население приходится 12 ставок штатных нефрологов.

С открытием областного диагностического центра (ОДЦ) улучшились возможности обследования больных нефрологического профиля, в том числе верификация диагноза методом пункционной биопсии. За 2003 год нефрологом ОДЦ принято 1109 больных. Диагноз почечного заболевания впервые был установлен 385 больным.

Адекватное лечение хронической почечной недостаточности является одной из актуальных проблем здравоохранения. В России проблема ХПН стоит чрезвычайно остро. Особенностью нашего региона является обширность территории с низкой плотностью населения. Имеющиеся штатные нормативы, рассчитанные на районы с большей плотностью населения, не позволяют организовать специализированную нефрологическую помощь в районах области. Поэтому на периферии области помощь таким больным, в том числе с терминальной почечной недостаточностью, практически полностью отсутствует.

В Иркутской области в целом доступность регулярного гемодиализа низкая и не превышает 40 чел на млн. населения.

Сокращение пребывания больных нефрологического профиля (хронические гломерулонефриты, острая и хроническая почечная недостаточность и др.) в стационаре диктуют необходимость долечивания больных в реабилитационных отделениях, которых нет в настоящее время для этой категории больных.

В последние годы резко уменьшилось количество больных, получающих бальнеологическое лечение.

Для совершенствования помощи больным нефрологического профиля и больным с ХПН необходимо:

1. С целью приближения специализированной помощи на местах подготовить из терапевтов в каждой ЦРБ 1 врача по нефрологии и поручить им диспансерное наблюдение за нефрологическими больными, контроль за преемственностью между нефрологами области и участковыми врачами.

2. Повышать нефрологическую грамотность врачей путем организации выездных циклов в районах.

3. Организовать межрайонные нефрологические отделения в г. Братске, Саянске, городское отделение в г. Иркутске.

4. Организовать реабилитационные отделения для долечивания больных острым и хроническим гломерулонефритами, больных с ХПН, в том числе больных, находящихся на регулярном гемодиализе.

5. Шире внедрять перитонеальный диализ для заместительной терапии терминальной стадии ХПН с привлечением муниципальных средств.

6. Развивать трансплантацию почки от живого родственного донора в Иркутске.

THE STATE AND PROSPECTS OF NEPHROLOGIC SERVICE IRKUTSK REGION

R.D. Panfyorova

(Department of hospital therapy of ISMU)

The state of medical aid given to the nephrologic patients does not meet the modern requirements. The trends of improvement of nephrologic service are suggested.