

Результаты: ни в одном случае мы не наблюдали острого тромбоза стента. У 3-х пациентов с ОИМ после реканализации окклюзии мы наблюдали существенное замедление скорости кровотока за счет отека миокарда. Стентирование таких сосудов на фоне гепаринотерапии связано с высоким риском острого тромбоза стента. В группе пациентов со множественным стентированием в 2 случаях мы наблюдали пролонгированную отслойку интимы (диссекцию) коронарных артерий которая обыч-

но приводит к тромбозу сосуда. Однако применение внутривенных ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов позволило избежать данного осложнения.

Выводы: препараты «Интегрилин» и «Рео Про» показали свою эффективность при стентировании коронарных артерий у пациентов с острым коронарным синдромом и при многосудистых пластиках.

Витковская И.В., Рязанова Л.А., Н.В.Горелик **ПРИМЕНЕНИЕ МОМЕТАЗОНА ФУРОАТА** **В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ** **С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ И ПОЛИПАМИ НОСА**

*Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Владивосток
ДФ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН, Владивосток*

Одним из направлений в ЛОР — практике является поиск эффективных интраназальных кортикостероидов, которые быстро устраняют реактивные явления в полости носа в послеоперационном периоде.

Цель исследования: оценить использование препарата «Назонекс» (мометазона фуруат) в послеоперационном периоде у больных с вазомоторным ринитом и полипами носа.

Материалы и методы: в исследование включено 15 человек, из них 7 мужчин (46,6%) и 8 женщин (53,4%), которым была выполнено оперативное вмешательство — ультразвуковая дезентерация нижних носовых раковин, пилепотомия носа. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа — 7 человек в возрасте от 17 — 58 лет (средний возраст — $40,85 \pm 0,5$ лет). Продолжительность заболевания на момент исследования составила $6,2 \pm 0,6$ года. 2 группа (контрольная) — 8 человек, возраст от 26 — 60 лет (средний возраст $41,4 \pm 3$ года). Средняя продолжительность заболевания $8 \pm 1,8$ лет.

Всем пациентам выполнено оперативное вмешательство — ультразвуковая дезентерация нижних носовых раковин (на аппарате ЛОРА — ДОН), удаление полипов носа (петлей или ультразвуковым скальпелем). Ведение всех 15 пациентов в послеоперационном периоде включало: анемизация полости носа, туалет полости носа, носовой душ — промывание полости носа физиологическим раствором. Больным 1 группы дополнительно применялся «Назонекс» (мометазона фуруат) по следующей схеме: по 2 дозы интраназально 3 раза в день в течение 3 дней, затем доза уменьшалась до 2 доз 1 раз в день в течение 2 мес, кроме этого курс Назонекса продолжительность 2 мес был повторен через 6 мес после оперативного лечения. Срок наблюдения за пациентами в общем составил 1 год.

В 1 группе при наблюдении за пациентами в течение первых 10 дней после операции отмечено, что купирование реактивных изменений со стороны слизистой полости носа (отек, гиперемия, слизистые выделения, формирование фибринового налёта) и восстановление носового дыхания происходило в среднем в течении $4,14 \pm 0,02$ дней. В контрольной группе восстановительный период составил в среднем $9,8 \pm 0,73$ дней. При последующем наблюдении за пациентами в течение года в 1 группе «хорошие» результаты (отсутствие в полости носа полипов, свободное дыхание, обоняние 1 ст) отмечались у 5 (71,5%) человек, «удовлетворительные» (отсутствие жалоб, наличие мелких полипов, обоняние 2 ст — реакция на сильные ольфакторные раздражители) — у 2 (28,5%) пациентов, «неудовлетворительные» (затруднение носового дыхания, рецидив полипов) — отсутствовали. У пациентов контрольной группы «хорошие» результаты выявлены у 1 (12,5%) человека, «удовлетворительные» — 2 (25%) человек, «неудовлетворительные» — 5 (62,5%) больных.

Таким образом, восстановительный период в 1 группе был короче, чем в контрольной на 4 дня. «Хорошие» результаты оперативного лечения полипов носа в 1 группе на фоне приёма «Назонекса» достигались чаще, чем при стандартном ведении больных.

Выводы: 1. Использование интраназально кортикостероида «Назонекс» (мометазона фуруат) значительно сокращает время восстановительного периода после оперативных вмешательств в полости носа.

2. Применение «Назонекса» в послеоперационном периоде пилепотомии носа позволяет избежать рецидивов заболевания.

Волкова М.В., Кривелевич В.Я., Долныкова А.П., Кочеткова Е.А. **РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ** **ПО ВОПРОСАМ ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ**

*Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр, Владивосток
Владивостокский государственный университет экономики и сервиса*

Цель: изучить удовлетворенность пациентов, информацией получаемой от врача о состоянии здоровья и предлагаемых методах лечения, востребованности данной информации, а также правовую грамотность пациентов в вопросах добровольного информированного согласия (ДИС).

Материалы: проведено анкетирование 120 пациентов, проходивших лечение и обследование в ГУЗ «Краевая клиническая больница №1» и ГУЗ «Краевая консультативная поликлиника».

Результат: анализ паспортной части анкет показал, что большинство опрошенных были женщины (63%); средний возраст респондентов — $54,2 \pm 2,3$ года; 49,1% пациентов, прошедших анкетирование имеют среднемесячный доход ниже прожиточного минимума; 42,5% — пенсионеры; 56,7% являются жителями городов Приморского края. 65% опрошенных обращаются за медицинской помощью не более 3 раз в год. Инвалидность имели 34,2% респондента. Нами выяснено, что опрошенные субъективно оценивают свой уровень знаний о правах пациента выше, чем реально существующий. 40,8% ответили, что знакомы с законодательством, гарантирующим их права, однако при необходимости отметить необходимые правовые акты в анкете, верные ответы дали только 18,1%. 65,8% респондентов, что хотели бы, получать от врача больше информации о заболевании, результатах анализов и прогнозе заболевания и только 34% оказались удовлетворены качеством и количеством получаемой информации. 50,8% пациентов ответили, что им бывают редко понятны ответы врача на заданный вопрос, 2,5% — никогда не понимают объяснений специалиста. 57,5% опрошенных всегда задают вопросы, 40,8% респондентов делают это редко и только 1,7% — никогда. При большом разнообразии ответов данных респондент-

тами на вопрос, какая информация наиболее важная для них, наиболее часто опрашиваемые отвечали, что они хотели бы получать информацию о наличии заболевания и результатах обследования. Далее по значимости следовала информация о возможном риске развития осложнений, о целях и методах предполагаемого вмешательства, информация о медицинских, психологических, экономических и других последствиях и на последнем месте по значимости оказались сведения о прогнозе заболевания. С практической точки зрения необходимо решить вопрос, о каких осложнениях необходимо в обязательном порядке информировать больного: обо всех; о тех которые представляют опасность для жизни; или возникновение которых наиболее вероятно. По данным опроса 46,6% хотя бы знали обо всех возможных осложнениях предполагаемого метода лечения, 40% ответили, что им достаточно знать об осложнениях, которые являются самыми серьезными, 4,2% будут удовлетворены информацией об осложнениях, риск развития которых наиболее высок. Однозначно высказались за то, что согласие пациента должно быть оформлено письменно 66,7% респондентов, соответственно, 33,3% вполне удовлетворит устное согласие.

Выводы: несмотря на то, что права пациентов на информацию о состоянии своего здоровья и добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство законодательно закреплены более десяти лет назад, до сих пор нет единого и четкого механизма их реализации, в связи, с чем они носят лишь декларативный характер. Информированное согласие при получении медицинской помощи характеризуется сложностью и неоднозначностью подходов, о чем свидетельствуют разноречивые мнения, как медиков, так и юристов по этой проблеме. Обоснованный интерес вызывает и точка зрения граждан на

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.