

СЕЧЕНОВСКИЙ ВЕСТНИК

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ
ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА

SCIENTIFIC AND PRACTICAL REVIEWED JOURNAL
SEI HPT THE FIRST SECHENOV MOSCOW STATE MEDICAL UNIVERSITY

№ 2 (8) 2012 г.

«Сеченовский вестник»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова
The First Sechenov Moscow State Medical University
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Адрес редакции

119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2,
здание Научно-исследовательского центра,
левое крыло, 12-й этаж, каб. 12-1

Телефон редакции

(495) 609-14-00, доб. 3018

Директор издательства: Г.В. Кондрашов

Выпускающий редактор: И.А. Емелин

Верстка: Е.В. Комарова

Корректор: В.А. Буня

Издатель

Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8
Телефон: (495) 609-14-00, доб. 3018

Издается с 2010 г.

Формат 60х90 1/8. Печ. л. 8,5.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии Издательства Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8

Перепечатка и любое воспроизведение материалов
и иллюстраций в электронном виде из журнала
«Сеченовский вестник» допускается только
с письменного разрешения учредителя и издателя

**Главный редактор
Editor-in-Chief**

П.В. Глыбочко P.V. Glybochko

**Заместитель главного редактора
Deputy Editor-in-Chief**

В.Н. Николенко V.N. Nikolenko

**Ответственный секретарь
Executive Secretary**

Ю.В. Несвижский Yu.V. Nesvizhsky

**Редакционная коллегия
Editorial Collegium**

О.И. Адмакин	O.I. Admakin
Е.И. Алексеева	E.I. Alekseeva
И.Н. Денисов	I. N. Denisov
Н.Н. Камынина	N.N. Kamynina
И.И. Краснюк	I.I. Krasnyuk
П.Ф. Литвицкий	P.F. Litvitsky
В.П. Подзолков	V.P. Podzolkov
Г.В. Раменская	G.V. Ramenskaya
В.А. Решетников	V.A. Reshetnikov
А.А. Свистунов	A.A. Svistunov
С.В. Смердин	S.V. Smerdin
В.В. Фомин	V.V. Fomin
И.М. Чиж	I.M. Chizh
Е.В. Ших	E.V. Shikh

**Редакционный совет
Editorial Board**

Ю.Г. Аляев	Yu.G. Alyaev
А.А. Баранов	A.A. Baranov
Ю.Н. Беленков	Yu.N. Belenkov
Л.А. Бокерия	L.A. Bokeriya
А.И. Вялков	A.I. Vyalkov
Э.И. Гальперин	E.I. Galperin
С.В. Готье	S.V. Gotje
И.И. Дедов	I.I. Dedov
Н.А. Лопаткин	N.A. Lopatkin
Н.А. Мухин	N.A. Mukhin
Г.Г. Онищенко	G.G. Onishchenko
В.И. Покровский	V.I. Pokrovsky
В.П. Сергиев	V.P. Sergiev
А.Н. Стрижаков	A.N. Strizhakov
Г.Т. Сухих	G.T. Sukhikh
А.Л. Сыркин	A.L. Syrkin
С.К. Терновой	S.K. Ternovoi
А.Ф. Черноусов	A.F. Chernousov
В.И. Чиссов	V.I. Chissov
Н.Н. Яхно	N.N. Yakhno

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ LITERATURE REVIEW

- | | | |
|---|------------------|--|
| <p><i>О.А. Шавловская</i>
Писчий спазм: исторический очерк</p> | <p>4</p> | <p><i>O.A. Shavlovskaya</i>
Writer's cramp: a historical review</p> |
| <p><i>О.Н. Отс, Т.В. Агказев,
М.И. Перельман</i>
Хирургическое лечение туберкулеза легких при устойчивости микобактерий к химиопрепаратам</p> | <p>15</p> | <p><i>O.N. Ots, T.V. Agkatsev,
M.I. Perelman</i>
The surgical treatment of pulmonary tuberculosis with the resistance of mycobacteria to drugs</p> |

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ PHTHISIOPULMONOLOGY

- | | | |
|--|------------------|---|
| <p><i>В.В. Короев, И.И. Мартель,
А.А. Глотов, И.И. Ениленис,
А.Б. Бижанов, Я.Г. Имагожев,
И.Б. Мургустов, О.Ш. Кесаев,
Д.Б. Гиллер</i>
Обширные комбинированные резекции в лечении распространенного деструктивного туберкулеза легких</p> | <p>24</p> | <p><i>V.V. Koroev, I.I. Martel,
A.A. Glotov, I.I. Enilenis,
A.B. Bizhanov, Ya.G. Imagozhev,
I.B. Murgustov, O.Sh. Kesaev,
D.B. Giller</i>
Extensive combined resections in the treatment of advanced destructive pulmonary tuberculosis</p> |
| <p><i>Я.Г. Имагожев, Д.Б. Гиллер,
И.И. Мартель, А.А. Глотов,
И.И. Ениленис, А.Б. Бижанов,
И.Б. Мургустов,
В.В. Короев, О.Ш. Кесаев</i>
Хирургическое лечение деструктивного туберкулеза единственного легкого</p> | <p>29</p> | <p><i>Ya.G. Imagozhev, D.B. Giller,
I.I. Martel, A.A. Glotov, I.I. Enilenis,
A.B. Bizhanov, I.B. Murgustov,
V.V. Koroev, O.Sh. Kesaev</i>
The surgical treatment of the destructive tuberculosis of a single lung</p> |
| <p><i>О.Ш. Кесаев, И.И. Мартель,
А.А. Глотов, И.И. Ениленис,
А.Б. Бижанов, Я.Г. Имагожев,
И.Б. Мургустов,
В.В. Короев, Д.Б. Гиллер</i>
Хирургическое лечение бронхо-плевральных осложнений после пневмонэктомий</p> | <p>33</p> | <p><i>O.Sh. Kesaev, I.I. Martel,
A.A. Glotov, I.I. Enilenis,
A.B. Bizhanov, Ya.G. Imagozhev,
V.V. Koroev, O.Sh. Kesaev,
D.B. Giller</i>
The surgical treatment of broncho-pleural complications after pneumonectomies</p> |

*И.Б. Мургустов, И.И. Мартель,
А.А. Глотов, И.И. Ениленис,
А.Б. Бижанов, Я.Г. Имагозhev,
В.В. Короев, О.Ш. Кесаев, Д.Б. Гиллер*

Повторные резекции легкого в
лечении послеоперационных
рецидивов туберкулеза в ранее
резецированном легком

37

*I.B. Murgustov, I.I. Martel,
A.A. Glotov, I.I. Enilenis,
A.B. Bizhanov, Ya.G. Imagozhev,
V.V. Koroev, O.Sh. Kesaev, D.B. Giller*

Repeated lung resections in the treatment of
postoperative recurrent tuberculosis of the
previously resected lung

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА SOCIAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE

С.А. Ефименко, Н.В. Зайцева

Управление персоналом в медицинских
организациях: возможности
и перспективы применения
современных персонал-технологий

41

S.A. Efimenko, N.V. Zaitseva

Personnel management in medical
organizations: the opportunities
and prospects for the use of
modern staff technologies

Р.В. Шурупова

Профессиональное становление
врача: выбор стратегий и специфика
процесса профессионализации

46

R.V. Shurupova

The professional development of
physician: the choice of strategies and the
specific process of professionalization

Н.Г. Шамшурина

Индикаторы общественной
результативности управленческих
решений в здравоохранении

51

N.G. Shamshurina

The indicators of social effectiveness of
management decisions in healthcare

Е.В. Дубограй

О социологическом измерении
религиозности человека в конкретном
медико-социологическом исследовании

54

E.V. Dubograj

On the sociological perspective of
human religiousness in a concrete
medical-sociological case study

Б.А. Вассерман

ДМС: оценка текущей конъюнктуры
и перспектив развития рынка
платных медицинских услуг

60

B.A. Vasserman

VHI: the assessment of current
situation and the development
prospects of paid medical services

В.А. Капцов, В.Б. Панкова

Совершенствование системы
управления рисками для профилактики
профессиональных заболеваний

64

V.A. Kaptsov, V.B. Pankova

An improvement of the risk
management system for the prevention
of occupational diseases

О.А. Шавловская,
д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории
патологии вегетативной нервной системы
НИО неврологии НИЦ Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

O.A. Shavlovskaya,
MD, senior research fellow of the laboratory of autonomic
nervous system pathology of the Research department
of neurology (SRC) of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

ПИСЧИЙ СПАЗМ: ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК WRITER'S CRAMP: A HISTORICAL REVIEW

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Ольга Александровна Шавловская, ведущий научный сотрудник Лаборатории патологии вегетативной нервной системы НИО неврологии НИЦ

Адрес: 119435, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11., стр. 1

Телефон: 8 (925) 383–98–73

E-mail: shavlovskaya@mma.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. Представлен обзор исследований по проблеме механизмов формирования мышечной дистонии кисти на примере писчего спазма (ПС). ПС представляет собой двигательное расстройство — дистонию специфического вида действия, характеризуется избыточными непроизвольными сокращениями мышц, что ведёт к формированию патологической позы в момент выполнения моторного задания и избирательному нарушению действий, часто вовлекая высокоточные, повторяющиеся движения. Патопфизиология ПС по-прежнему остается неясной. Как один из основных механизмов формирования мышечной дистонии рассматривается недостаток торможения на разных уровнях сенсомоторной системы. Выделены направления в исследовании поиска причин мышечной дистонии при ПС: генетическое и нейрофизиологическое обследования (транскраниальная магнитная стимуляция, ТМС; вызванные моторные потенциалы, ВМП), методы нейровизуализации (функциональная МРТ; позитронно-эмиссионная томография, ПЭТ, метод трехмерного видеоанализа движений).

Annotation. This paper is a review of researches on the mechanisms of hand muscle dystonia the example of which is writer's cramp (WC). WC is a movement disorder — specific kind of dystonia characterized by excessive involuntary muscle contractions, which lead to the formation of abnormal posture during the execution of motor tasks and elective violations often involving highly precise, repetitive movements. WC pathophysiology remains unclear. A lack of inhibition at different levels of the sensorimotor system is considered as one of the basic mechanisms of muscle dystonia. Directions in the study of causes of muscular dystonia (WC) are provided: genetic and neurophysiological examination (transcranial magnetic stimulation (TMS), evoked motor potential (EMP)), neuroimaging techniques (functional MRI, positron emission tomography, PET, a method of three-dimensional video analysis of movement).

Ключевые слова. Писчий спазм, фокальная дистония кисти, дистония специфического вида действия.

Key words. Writer's cramp, focal hand dystonia, specific type of dystonia.

Термин «писчий спазм» (ПС) используется для описания неврологического синдрома, характеризующегося своеобразным избирательным расстройством моторики руки, из-за которого письмо сильно затрудняется или становится невозможным, при этом выполнение других тонких движений пальцами, как правило, не изменено, но также бывает затруднено. По характеру проявлений двигательных феноменов ПС относится к фокальной форме дистонии мышц кисти [1, 2]. Под «дистонией» подразумевают продолжительные мышечные сокращения,

приводящие к устойчивым повторяющимся искривляющим движениям и патологическим позам в вовлечённой области [3, 4]. Доказано, что только на основании анализа клинической картины возможна диагностика причин и механизмов ПС [5].

Динамичность двигательного рисунка характеризует все виды дистоний, в том числе и ПС [6]: дистоническая поза, дистония определённого действия, зависимость и изменчивость дистонии от положения тела, влияние эмоциональных и функциональных состояний, наличие корригирующих жестов,

парадоксальных кинезий и ремиссий, сочетание фокальных форм дистонии или переход одних форм в другие. В литературе можно встретить ряд синонимов ПС. Ранее [6, 7]: дистония при письме, паралич писцов, писчая судорога, графоспазм, мोगиграфия, хироспазм, профессиональная судорога писцов, профессиональный невроз, функциональная импотенция или эмоциональная дисграфия, графическая дискинезия, синдром Brück. В настоящее время [4, 8]: writer's cramp, writing dystonia, focal arm dystonia или focal hand dystonia, upper limb dystonia или dystonia of the upper extremity, task-specific dystonia, occupational cramps.

Изучение клиники, морфологии, этиологии и патофизиологии ПС ведётся около двух столетий [6, 9]. В историческом очерке D. Torres-Russotto et al. [8] дано первое описание дистонии, вызванной выполнением специфических действий (task-specific dystonia), сделанное в 1713 г. Bernardino Ramazzini в книге «Профессиональные заболевания»: «Писари и Нотариусы» («Scribes and Notaries») подвержены развитию «непрекращающихся движений в руке, всегда при одном и том же действии... постоянное, часто тоническое напряжение мышц... которое вызывает слабость в правой руке».

В начале 1800-х годов появилось описание мोगиграфии, данное F.H. Albers [10]. Первое же описание ПС опубликовано Ch. Bell (1830), он охарактеризовал его как заболевание: «...я наблюдал потерю необходимых для письма комбинаций движений или движения становились настолько неправильными, что буквы пишутся зигзагами, между тем, как способность сильно двигать руками, фехтовать остаётся невредимой». Полное клиническое описание ПС под названием «профессиональная судорога писцов» сделано R. Brück (1831). Впоследствии детальное описание клиники ПС, которое сохраняется актуальным до настоящего времени, было сделано A. Gierl (1832), F. Eitner (1835), M. Heyfelder (1835), T. Stromeyer (1840) [10].

В середине 1800-х годов в литературе были опубликованы сообщения о подобных судорогах у рабочего, выделяющего гвозди (M. Romberg, 1848), у доильщиц коров (C. Basedow, 1848), у закройщиков (D. Deltil, 1853), пианистов (G. Duchenne, W. Eulenbeurg), также «судороги» были описаны у телеграфисток, швей, скрипачей, пилильщиков, барабанщиков, слесарей, часовщиков, художников, учителей танцев, аукционеров, фотографов. G. Bonnier (1879) предложил общее название для всех этих заболеваний — «профессиональной судороги», G. Duchenne (1847), описав разные виды «профессиональных неврозов», дал им название функциональных судорог и параличей [6]. С того времени ставятся вопросы: «является ПС страданием физическим или психическим?», «имеет это заболевание центральное или периферическое про-

исхождение?». S. Solly (1864) ввёл для данного страдания термин паралич писцов («scrivener's palsy»). В ранних исторических очерках обычно описывали двигательные расстройства, аналогичные ПС при синдроме перетруживания [10].

В конце 1800-х годов в Англии G.V. Poore (1872, 1878, 1897) были описаны сотни больных с ПС [4]. Расстройства при письме в Британии того времени появились из-за трудностей в обращении со стальными перьями: из-за того, что для получения большей точки опоры писцы были вынуждены плотнее прижимать пальцы к перу ручки [4].

В отечественной и зарубежной литературе первой работой, посвящённой ПС на русском языке, является работа А.О. Биршенкер (1871) «Расстройство сочетательных движений при письме (mographia)» [6]. Данная работа отличалась глубиной изучения разных сторон клиники, этиологии, патогенеза и лечения ПС.

D.J. Lanska [7] описывает, что одно из фундаментальных клинических исследований дистонии принадлежит W. Gowers, который ввёл термин «профессиональный или двигательный невроз». Так, первые сообщения о ПС в Европе носили описательный характер. G.M. Duchenne (1883) описывал судорожную и паралитическую формы ПС, M. Benedikt различал дополнительно дрожательную форму, а W. Gowers — невралгическую формы ПС. Такая «классификация» просуществовала до 80-х годов XX столетия. W. Schwalbe (1908) описал «хронический синдром со спазмами и истерическими симптомами»; H. Oppenheim (1911) — «деформирующую мышечную дистонию» (dystonia musculorum deformans), и, по сути, ввёл термин «дистония»; тогда же E. Flatau и W. Sterling выдвинули предположение о наследственной природе ПС. Но дебаты о том, является ли ПС неврологическим заболеванием или следствием дистресса (психическим расстройством), не прекратились [11].

Из вышеописанного следует, что теория «центрального генеза» ПС подчёркивала возможность его развития вне какой-либо органической патологии со стороны нервной системы и ПС относили к неврозам [6], и объясняли развитие ПС функциональным истощением подкорковых аппаратов, принимающих участие в акте письма, другие — кортикальным происхождением, и связывали либо с общим неврозом, либо с возникновением в моторных зонах коры органических «больных пунктов», и одним из аргументов в пользу этой теории было развитие ПС в левой руке.

Напротив, «периферическая» теория рассматривала ПС [11, 12] как местное заболевание нервно-мышечного аппарата пишущей руки, зависящее от последствий перелома костей, рубцовых изменений мышц, миозита, тендовагинитов, тех или иных локальных нарушений кровообращения. J. Babinski

(1921) впервые отметил взаимосвязь ПС и спастической кривошеи, J. Vague (1925) выдвинул предположение, что ПС — органическое заболевание, на основании клинических проявлений, схожих с таковыми при двигательных расстройствах, возникающих после перенесённого энцефалита [5]. В 20—30-е годы чаще стали описывать случаи сочетания ПС с другими подкорковыми синдромами: паркинсонизм, спастическая кривошея, сифилис подкорковых узлов. С.Н. Давиденков (1926) описал наследственную миоклоническую дистонию [5]. О.П. Беликова и Г.Г. Смыслов (1926) предположили, что спастическая форма ПС связана «...с ослабленным влиянием коры на стриатум, а дрожательная — с недостатком тормозных влияний бледного шара и п.uber на мозжечок...», E. Herz (1944) выдвинул предположение о нозологической самостоятельности дистонии [6].

В.М. Габашвили (1956) рассматривает ПС как локальный двигательный невроз [6], отличающийся постепенным развитием и последовательностью возникновения отдельных симптомов — дистонии, дрожания, боли, функциональной слабости, что позволило рассматривать эти симптомы как фазичность, а не особые формы ПС. Автором отмечено нарушение нормальной электроактивности мышц-антагонистов кисти при письме, гиперреактивности какой-либо группы мышц, чаще экстензоров, нарушение чёткости чередования покоя и двигательной активности, нарушение реципрокности «залпов» в мышцах-антагонистах. Была сделана попытка лечения ПС электростимуляцией.

I.S. Cooper (1958) впервые применил таламотомию для лечения дистонии. R. Zeman (1959—1967) доказал аутосомно-доминантный тип наследования дистонии и описал «formes frustes», при этом специфических морфологических изменений в мозге обнаружено не было [13]. R. Eldridge (1970) описал аутосомно-рецессивный тип наследования дистонии у евреев Ашкенази, с частотой встречаемости в данной популяции до 95% [14]. В 70-е годы всех пациентов с дистонией подвергали освидетельствованию у психиатров. Но, так как не обнаружено данных, свидетельствующих о психиатрической патологии, сформировалось положение, что дистония является следствием органической патологии функций мозга.

D. Hunter (1978) описал более 50 различных видов профессиональной деятельности, при которых выполнение того или иного специфического моторного задания сопровождалось проявлениями дистонии, M.P. Sheehy и C.D. Marsden (1982) описали схожие дистонические проявления при писчем спазме, спазме пианистов, спазме машинисток, и сделали вывод, что данные симптомы имеют органическую основу. Углублённо изучая особенности ПС, авторы пришли к выводу, что писчий спазм — фокальная

форма идиопатической дистонии, в основе которой лежит дисфункция базальных ганглиев [1, 5].

P. Hudgson (1982) на основании исследований, проведённых в Нигерии, отметил, что ПС редко встречается у темнокожих. S. Mitarbelten, M. Hughes, M. Zelan (1984) выдвинули предположение, что ПС — фокальная форма торсионной дистонии [10]. Но, несмотря на то, что с 1983 года общепризнанно, что дистония является неврологическим заболеванием с органическим нейродинамическим субстратом, параллельно существовало (а в ряде случаев продолжает существовать и доминировать) мнение, что писчий спазм — психическое расстройство [6]. В настоящее время существует ряд методик, тестов и шкал по оценке двигательных расстройств психогенной природы, которые были разработаны при участии Международного Общества двигательных расстройств (MDS), которые позволяют провести дифференциацию двигательных расстройств [15—18].

Уже в конце 80-х годов XX века P. Martinez-Martin et al. (1985) стали ПС рассматривать как заболевание с генетической основой. A.J. Lees (1984), H. Shale (1986), J. Jancovic, L.A. Stone (1991) отмечали сочетание дистонии с тиками, имеющие схожие патогенетические механизмы, и пришли к выводу, что тики повышают риск развития дистонии. J. Jancovic, а затем C. van der Linden (1988) [6, 19] ввели критерии включения и исключения возможного значимого для развития дистонии провоцирующего периферического фактора.

Исследования L. Ozelius et al. (1989) выявили, что в 80% случаев ген аутосомно-доминантной дистонии локализован на хромосоме 9q32-q34, и в последствии нашли подтверждение в работах других авторов. M.S. Kramer, F. Kwiatkowski (1990—1991) также указывали на наличие дефектной хромосомы при ПС. L. Ozelius и S.B. Bressmann (1992—1994) [12] на основании многочисленных исследований, пришли к выводу, что большинство случаев, ранее считавшихся спорадическими, могут иметь наследственную природу. L. Ozelius (1998) подчёркивает, что аномальный локус DYT1-мутация у больных ПС может и отсутствовать. Напротив, C. Kamm et al. [20] отметили, что семейный писчий спазм может дебютировать DYT1-мутации, и, изредка, у носителей GAG-делеции торсионная дистония манифестирует с фокальной формы дистонии — писчего спазма.

В начале 2000-х годов генетические исследования двигательных расстройств шагнули далеко вперёд. Ch. Klein et al. [21] в своих исследованиях описали 20 моногенных форм дистонии с DYT-мутацией. Так в 2008 году были описаны новые локусы генов дистонии: 1) DYT16 — дистония-паркинсонизм с аутосомно-рецессивным типом наследования (AR); 2) DYT17 — фокальная дистония (AR); 3) DYT18 —

пароксизмальная дистонией, вызванная нагрузкой, с аутосомно-доминантным типом наследования (АД); 4) DYT19 / DYT20 — пароксизмальная кинезиогенная / некинезиогенная дискинезия-2 (АД); 5) локус не назван, Дофа-чувствительная дистония (болезнь Сегавы) (АР). Однако, идентификация хромосом в локусах некоторых DYT-мутаций (DYT2, DYT4) и генов (DYT2, DYT4, DYT7, DYT9, DYT10, DYT13, DYT15, DYT17, DYT19, DYT20), пока не установлены.

D. Tarsy et al. [4], и затем V.K. Patil et al. [22] проанализировали основные виды генетических аномалий (DYT1, DYT6, DYT7, DYT13), имеющих аутосомно-доминантный тип наследования дистонии, преимущественно фокальную форму распределения. Наиболее характерным для ПС считается DYT1-мутация, при которой имеется АД тип наследования с редукцией пенетрантности (30–40%): дебют дистонии приходится на возрасте до 26 лет (редко старше), в 95% вовлекается верхняя конечность, ген локализован в хромосоме 9q32 (характеризуется патофизиологическими отклонениями — мутация гена TOR1A, кодирующем аденозинтрифосфат-связывающий протеин, что приводит к GAG-делеции), часто описываются семейные случаи в Ашкенази и не-Ашкенази группах.

В статье G. Defazio et al. [23] проведён анализ работ ряда авторов, исследовавших наиболее часто встречаемые фенотипы фокальных дистоний: блефароспазм (БС), цервикальная дистония (ЦД), оромандибулярная дистония (ОМД), фокальной дистонии кисти (ФДК) в сопоставлении с не- или идентифицированным у них DYT-мутациями (DYT1, DYT6, DYT7, DYT13) при положительном семейном анамнезе (в больших семьях). Так, указывается на то, что S. Micheli et al. (1994) наблюдали семьи с фенотипом ФДК у пробанда и членов семьи с фенотипом ФДК и ЦД, при этом каких-либо DYT-аномалий идентифицировано не было. Аналогично тому же, S.B. Bressman и соавт. (1996) наблюдали пробанда с фенотипом ЦД и членов семьи с фенотипами ЦД и ФДК, также исключили наличие в семье DYT1-мутации. Напротив, T. Gasser et al. (1996), наблюдавшие семьи с ФДК как у пробанда, так и у членов семьи, установили семейный случай DYT1-мутации. A. Munchau et al. (2000), F. Brancati et al. (2002) и S. O'Riordan et al. (2004) наблюдали случаи фенотипов БС, ФДК, ОМД в семьях пробандов с ЦД, при этом все виды DYT-аномалий (DYT1, DYT6, DYT7, DYT13) были исключены. А вот в исследовании R. Bhidayasiri et al. (2005) была идентифицирована аномалия DYT7, как у пробанда с ФДК, так и у членов семьи с фенотипом ФДК [23].

Аналогичные данные были получены другими авторами [3, 14, 24, 25] в проведённых независимо друг от друга генетических исследованиях в разные годы. Таким образом, можно заключить, что фо-

кальная дистония кисти, а именно, писчий спазм, по-прежнему не может быть идентифицирована со стопроцентной уверенностью при помощи исследований генов маркёров DYT-мутаций.

На протяжении XX столетия взгляды на дистонию постоянно менялись. Так, в 20-е годы описаны случаи проявления дистонии у больных, перенёсших энцефалит (постэнцефалитическая дистония), или, получивших перинатальную травму. Постепенно сформировалась устойчивая точка зрения, что дистония — органическое заболевание. В связи с этим изменились и методы терапии дистонии: в 40-е годы стали применять местные оперативного вмешательства, в конце 50-х и 70-х годов — таламотомии. Уже в 60-е годы стали высказывать предположения о наследственной природе дистонии и о «неспецифической патологии мозга» при дистонии, которые подтвердились многочисленными исследованиями в 80–90-е гг. В начале 80-х гг. стали назначать антихолинергические препараты, чуть позднее в терапии дистонии наступила эра ботулинотерапии и глубокой стимуляции мозга (deep brain stimulation), которые применяются в настоящее время при ЦД, и редко при ПС.

Согласно A. Albanese et al. [26] и официальным рекомендациям Европейской федерации неврологических обществ (*European Federation of Neurological Societies, EFNS*) и Общества двигательных расстройств (*Movement Disorders Society*), современная классификация дистоний основывается на этиологии, возрасте начала, распространённости гиперкинеза. Почти 90% случаев дистонии составляет первичная (идиопатическая) дистония, которая проявляется только дистоническим гиперкинезом. Фокальные формы встречаются примерно в 10 раз чаще, чем генерализованные [5]. Согласно данным V.K. Patil et al. [22], частота встречаемости первичных и вторичных форм дистонии в США не известна, что является следствием трудностей при диагностировании и тенденцией с проявлением более легких форм дистонии. Авторами приводятся данные на период 80-х гг., представленные из Рочестера, Миннесота, частота встречаемости генерализованной дистонии около 34 случаев на миллион, фокальной дистонии — 295 случаев на миллион. За последние десять лет существенно выросла частота встречаемости первичной генерализованной дистонии с ранним возрастом дебюта. В проведённые в 1999 г. эпидемиологические исследования «Дистония в Европе» было зафиксировано 15,2 случаев на 100,000 населения, наиболее распространённой оказалась фокальная дистония — 11,7 случаев на 100,000 населения. Согласно проведённому исследованию (n=957), фокальной дистонией страдают преимущественно женщины.

Согласно D. Torres-Russotto et al. [8], частота встречаемости дистонии специфического действия

(task-specific dystonias) колеблется в пределах 7–69 на миллион в общей популяции. Представленность «task-specific dystonias» в Германии составляет 0,5–1% среди музыкантов. Согласно G. Defazio et al. [23], частота встречаемости фокальной дистонии кисти составляет 3,8–80 случаев на миллион, страдают преимущественно мужчины.

Согласно заключению D. Tarsy et al. [4], в популяционных исследованиях представленность первичной торсионной дистонии с ранним началом колеблется в пределах от менее 0,7 до более 50 на миллион, среди евреев Ашкенази — 111 на миллион. Представленность первичной дистонии с поздним началом в китайской популяции составляет 30 на миллион, а согласно данным наблюдения за последние 50 лет итальянскими исследователями — 7320 на миллион.

Для нормального функционирования нервной системы нужен баланс между процессами возбуждения и торможения. Двигательной системой используются разные формы торможения в управлении точностью и плавностью движений [2]. Для кисти это особенно важно, потому что выполнение «независимого» движения каждого пальца требует избирательной и специфической активации мышц в момент двигательной нагрузки в этом пальце и ингибирования мышц, не вовлечённых в данное выполнение данного действия [27].

Наиболее значимым в двигательном контроле является взаимодействие между аденозиновыми рецепторами A-2A, локализованных в Striatum и терминалах афферентных проекций, и дофаминовыми рецепторами D-2, а также между рецепторами A-1 и D-1. Нейротрансмиттерная организация базальных ганглиев, включая Striatum (n. caudatus и putamen), pallidum (globus pallidus), а также, по современным представлениям, substantia nigra и субталамическое ядро, изучена в настоящее время наиболее детально [5]. Взаимодействие в Striatum различных нейротрансмиттерных систем определяет функциональное значение базальных ганглиев и их роль в регуляции двигательных функций. Последние, по современным представлениям, включают планирование двигательных действий, начало и выполнение, автоматическое выполнение уже известных двигательных программ, последовательность движений, двигательные реакции на новые стимулы и двигательное обучение [2].

Нарышкин А.Г. и соавт. [28] на основании утверждения, что в обеспечении мышечного тонуса и позы «все проприорецепторы тела и лабиринтные рецепторы действуют совместно, образуя одну функциональную рецепторную систему», именуемую «проприорецептивной», выдвинули гипотезу о рассогласовании двух основных афферентных потоков — проприоцептивного и вестибулярного — как патогенетической основе мышечной дистонии.

Е. Frasson et al. [29] рассматривают особую роль соматосенсорного растормаживания.

Исследования М.А. Perez et al. [30] показали, что выполнение моторных заданий одной рукой ведёт к функциональным изменениям как в первичной моторной коре М1 (ипсилатерально), так и М1 (контралатерально). Нейрональные механизмы, контролируемые кортикоспинальные выходы, полученные от М1 (ипсилатерально), и обеспечивающие расслабление руки в момент выполнения заданий, не ясны. При этом наблюдаются функциональные изменения внутри М1 (ипсилатерально) и отмечаются признаки межполушарного торможения при выполнении, связанные с увеличением моторной активности одной рукой. По данным метода вызванных моторных потенциалов (ВМП) наблюдается сокращение интервала интракортикального торможения в М1 (ипсилатерально), и при распространении сигнала от М1 (ипсилатерально) к М1 (контралатерально) с повышением магнитного стимула от 10%, 30% до 70% при максимальной силе сгибания правого запястья. М.А. Perez et al. [30] считают, что полученные ими данные отражают взаимодействие ГАМК-ергической медиаторной системы с межполушарными глутамат-ергическими проекциями, между корковыми структурами М1, контролируемых изменения двигательной активности на уровне кортикоспинальных выходов в момент расслабления и силового воспроизведения в противоположной руке.

Наблюдения А. Quartarone et al. [31] позволили заключить, что дистонию можно охарактеризовать двумя основными патофизиологическими отклонениями: недостаточность тормозных влияний на многих уровнях сенсомоторной системы и несостоятельность пластичности нейрональных связей в сенсомоторных цепях на стволовом и спинальном уровнях. При сравнении пациентов с идиопатической и психогенной дистониями, несостоятельность процесса торможения в корковых моторных структурах (укорочение интервала интракортикального торможения) наблюдается в обеих группах. Однако при проведении парной ассоциативной стимуляции мышц (m. abductor pollicis brevis и m. dorsal interosseus I) методом транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС), отклонения были выявлены только при идиопатической дистонии кисти. При этом пациенты с психогенной дистонией и здоровые испытуемые (ЗИ) не имели отличий, что свидетельствует о том, что при психогенной дистонии корковая пластичность сохранена.

Т. Elbert et al. [32], А.Л. McKenzie et al. [33] было высказано мнение, что при ПС имеется особая представленность зоны пальцев кисти в соматосенсорной коре, F. Tecchio et al. [34] — в первичных корковых полях. Так, при моторном картировании больных ПС Siebner H.R. et al. [35] и позднее

Navrankova P. et al. [36] обнаружили расширение коркового представительства отдельных мышц (*m. flexor carpi radialis*) поражённой руки в сравнении со здоровой.

При проведении исследований больных с ФДК получены следующие отклонения от нормы [1], свидетельствующие об ином (патологическом) механизме реализации двигательного паттерна в кисти: 1) при ТМС парными импульсами отмечена редукция интракорткального торможения в мышцах кисти; 2) при ТМС определении коркового периода отмечено укорочение коркового латентного периода с мышц кисти; 3) при исследовании мигательного рефлекса выявлен эффект нормального торможения (R2 компонент); 4) при исследовании Н-рефлекса реципрокного торможения (R1 компонент) получен патологический R1 компонент с непоражённой руки; 5) при тестировании временных параметров соматосенсорной дискриминации отмечено увеличение порогов с обеих кистей; 6) при тестировании пространственных параметров соматосенсорной дискриминации отмечено увеличение порогов с обеих кистей; 7) при оценке феномена торможения, полученного при стимуляции срединного нерва методом ВМП, отмечено угасание торможения ВМП в мышцах кисти.

Кроме того, при проведении морфометрических измерений при ФДК установлено [1]: 1) при проведении объёмного видеоанализа (*volumetric imaging*) отмечено увеличение области Putamin; 2) при проведении воксель-морфометрии (*voxel based morphometry*) отмечено билатеральное увеличение плотности серого вещества в первичной сенсомоторной коре; 3) при проведении транскраниальной сонографии выявлены гиперэхогенные патологические участки в лентиккулярных ядрах; 4) при проведении функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) в момент отсутствия дистонии, возникающей при выполнении действия, выявлена гиперактивация первичной сенсомоторной коре и каудальной части дополнительной моторной зоны; 5) при проведении фМРТ после проявления дистонических движений, вызванных выполнением задания, выявлена гиперактивация первичной сенсомоторной коры и дополнительной моторной зоны; гиперактивация премоторной коры внутри поля представленности кисти; 6) при проведении сканирования кровотока методом $H_2^{(15)}O$ -позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) отмечена редукция ответов на вибрацию в первичной сенсомоторной зоне, как поражённой, так и непоражённой части тела; 7) при проведении однофотонной эмиссионной компьютерной томографии выявлена билатеральная редукция постсинаптических допаминовых D2 связанных рецепторов в Striatum.

K. Rosenkranz et al. [37], используя метод ТМС, ответили на вопрос, поставленный в исследовании,

имеет ли «чистый» сенсорный вход влияние на пространственное распределение сенсорных эффектов в моторных корковых полях области руки (сенсомоторная организация) или видоизменяется под эти влиянием. Сенсомоторная организация тестировалась при нанесении одиночным сигналом коротких (1,5 с) периодов низкоамплитудной вибрации на мышцы кисти и измерением возбудимости моторной коры. В группе ЗИ получено усиление ВМП, сокращение короткого и увеличение длительного интракорткального торможения в ответ на вибрацию мышц («гомотопический» эффект) и противоположные изменения в смежных мышцах («гетеротопический» эффект). При увеличении времени воздействия от 15 до 30 минут изменяется пространственный паттерн сенсомоторного взаимодействия. Так суммирование влияний и направление зависит от внимания индивида в момент воздействия: если внимание индивида сконцентрировано в момент нанесения вибрационного воздействия, то имеется «гомотопический» эффект со всех мышц. «Гетеротопические» влияния от мышц, не подвергшихся вибрации, не нарушены. У лиц, не сконцентрировавших внимание в момент вибрации, отмечены «гетеротопические» влияния от мышц, не подвергшихся вибрации. Авторы заключили, что пятнадцатиминутный период воздействия (вибрации) изменяет «чистый» сенсорный ввод и моторный выход, что отражает специфику моторного выхода с мышц, вовлечённых во взаимодействие, и модулируется при концентрации внимания индивидуума.

В последнее время ПС рассматривают как наиболее оптимальную модель изучения механизмов патологической адаптационной пластичности нервной системы [13, 19, 38]. Под нейропластичностью понимают способность нервной системы восстанавливать свою функцию посредством качественных и количественных нейрональных перестроек, изменения нейрональных связей и глиальных элементов [39]. Под динамичностью дистонии следует понимать способность к трансформации, усилению, ослаблению или прекращению гиперкинеза под влиянием разнообразных эндогенных и экзогенных факторов. Прежде всего, динамичность проявляется в тесной связи гиперкинеза с движением [5]. В основе преобразования интактной мозговой ткани при церебральных повреждениях лежат процессы деафферентации, нарушения равновесия между возбуждением и торможением, изменение возбудимости клеточных мембран, а также клиническое проявление существовавших до этого латентных связей и образование новых, при этом в активации латентных связей ведущая роль отводится ГАМК-ергической системе [2].

Интерес исследователей к пластичности нервной ткани определяется её вовлечённостью в процессы обучения и формирования навыков [40], компен-

сации функций, нарушенных в процессе органического поражения мозговой ткани [41]. Исключительную роль в корковой реорганизации играет соматосенсорный вход, изменяющийся в процессе обучения. Ziemann U. et al. [42] подчёркивается, что реорганизационные изменения связаны с деафферентацией, так же как и с соматосенсорной стимуляцией. Известно, что хроническая деафферентация (при ампутации конечности) приводит к усилению корковых моторных входов от мышцамишеней, расположенных проксимальнее ампутационной культи.

На основании проведённых исследований D. Weise et al. [43] заключил, что при фокальной дистонии кисти имеется патологическая пластичность ассоциативной моторной коры. Согласно мнению V.K. Patil et al. [22], дисфункция базальных ганглиев является результатом недостаточного торможения от коркового уровня с последующим угнетением нормальных тормозных рефлексов на уровне ствола мозга и спинного мозга. По мнению M. Peller et al. [44], дисфункция базальных ганглиев является необходимым условием формирования писчего спазма. Согласно A. Quartarone et al. [38], первичная причина дистонии — это патологический паттерн ГАМК-активации в паллидоталамических проекциях, а сенсорный ввод от «поражённой» кисти лишь запускает дистонические симптомы при ПС.

K. Rosenkranz et al. [45] считают, что ФДК представляет собой «недостаточную» ответную реакцию мозга на повторные стереотипные, требующие сосредоточения внимания движения кисти. С целью уточнения паттерна пространственной организации сенсомоторной моторной коры методом ТМС сравнили группы больных дистонией (дистония музыкантов, ПС) со ЗИ (музыканты без дистонии, не музыканты). Также оценивали влияние локальной вибрации мышц кисти в момент воспроизведения сенсорного входа, пока возбудимость кортикоспинальных выходов от мышц, подвергшихся вибрации, распространяется на другие мышцы кисти. В ходе исследования получено: у ЗИ (не музыкантов) вибрация вызывала увеличение амплитуды ВМП и укорочение периода коротко-латентного интракортикального торможения в мышцах кисти, подвергшихся вибрации, в отличие от мышц, не подвергшихся вибрации; при ПС — незначительное влияние на корковую возбудимость; при дистонии музыкантов — выраженную редукцию периода коротко-латентного интракортикального торможения во всех мышцах кисти независимо от пространственной организации; у ЗИ (музыкантов) — изменения в корковой пространственной организации, характерные, как ЗИ (не музыкантов), так и больных дистонией музыкантов. Таким образом, авторы заключили [45], что сенсорный вход не оказывает никакого влияния на моторный выход при ПС,

поддерживает сенсорную информацию от кисти и играет несущественную роль в провокации патологических изменений при ПС, но не при дистонии музыкантов.

Применение фМРТ даёт возможность учёным и клиницистам дать оценку нейрональным механизмам, лежащим в основе патогенеза фокальной дистонии кисти, двигательных расстройств с нарушением позы и паттерна сокращения мышц при выполнении специфического действия рукой [46]. Предполагается, что ФДК является результатом реорганизации корковых полей, которая приводит к изменениям в топографии и ответным реакциям от соматосенсорных и моторных полей головного мозга. На основании неинвазивной стимуляции этих областей у больных ФДК предполагается, что имеется редукция торможения между конкурирующими сенсорными и моторными проекциями.

Исследования [38, 47–50], проведённые методом ТМС и ВМП у больных ПС, позволили выявить снижение фасилитации ответов с короткого абдуктора большого пальца (*m. abductor pollicis brevis*) и первой тыльной межкостной мышцы (*m. interosseum dorsales I*), участвующей в отведении указательного пальца. Авторы работы [51] воздействовали методом парной ассоциативной стимуляции, вызывая индукцию пластических процессов моторной коры ЗИ. Ранее проведённые исследования [52–55] показали, что при ПС имеется дефицит интракортикального торможения, отклонения в процессах подготовки к выполнению двигательного акта.

Ранее F. Wilson et al. [56] предположили вклад биомеханических аномалий в развитие ФДК при профессиональных (у музыкантов) и других дистониях. J.N. Leijnse et al. [57] также считают, что у музыкантов имеются анатомические (периферические) факторы, предрасполагающие к развитию фокальной дистонии. Согласно J. Rosset-Llobet et al. [19], у больных дистонией пианистов выявлено дополнительное сухожилие, соединяющее между собой сухожилие длинного сгибателя большого пальца и сухожилие глубокого сгибателя указательного пальца.

Таким образом, в механизмах формирования ПС может играть роль ряд факторов: 1) дисфункция базальных ганглиев; 2) несостоятельность механизмов внутреннего программирования; 3) снижение плотности серого вещества в первичной соматосенсорной коре (данные МР-спектроскопии); 4) редукция постсинаптических дофаминовых D_2 связанных рецепторов в Striatum (данные фотонно-эмиссионной томографии); 5) укорочение интервала интракортикального торможения в первичной моторной коре (данные ВМП); 6) редукция ответа на вибрацию в первичной сенсомоторной коре с двух сторон (данные ПЭТ); 7) сокращение дистанции корковых полей между 1, 2, 3 пальцами (данные фМРТ); 8) ги-

перективация подкорковых структур с обеих сторон (данные фМРТ); 9) избыточная гиперактивация первичной сенсомоторной коры, дополнительной моторной зоны, первичной моторной коры (данные фМРТ); 10) укорочение фазы пресинаптического торможения (данные Н-рефлекса); 11) уменьшение фасилитации ответов от мышц кисти (данные ТМС и ВМП); 12) ослабление тормозных влияний при парной магнитной стимуляции (данные ТМС); 13) редукция реципрокного торможения мотонейронов флексоров запястья (данные ЭМГ); 14) наличие дополнительного сухожилия, соединяющего сухожилие сгибателя большого пальца и сгибателя указательного пальца (по данным хирургических вмешательств).

Это позволяет выделить как центральную (в ЦНС), так и периферическую (дополнительное сухожилие) predisposition развития ПС, которая реализуется посредством различных индивидуально-воспринимаемых триггер-факторов на фоне возможной генетической аномалии (DYT1, DYT6, DYT7 или DYT13).

В последнее десятилетие наиболее объективным неинвазивным инструментальным методом исследования стереотипа движения является трёхмерный видеоанализ движения (3D kinematics, three-dimensional kinematics analysis, three-dimensional measurement, optoelectronic recording technique, motion analysis). В настоящее время система оптического анализа двигательных нарушений используется у ЗИ для исследования количественных характеристик траектории движения руки при выполнении целенаправленных моторных заданий [58], для оценки точности «схвата» при выполнении высоко-скоординированных действий [59]. Были проведены исследования по изучению параметров движения рук у пациентов с болезнью Паркинсона при выполнении простого моторного задания (удержание и перемещение заданного предмета над поверхностью стола) с целью выявления коэффициента самокорреляции рук [60], для изучения особенностей походки у больных с постинсультными гемипарезами [61] и детей с детским церебральным параличом [62].

Использование системы трёхмерного видеоанализа движения при ПС показало нарушение процесса подготовки в реализации планируемого действия [6]. Так, согласно 5 периодам корковой организации и управления движений [63, 64]: 1) преднастройка (за 1–2 с до начала движения), 2) подготовительный (пусковой) период, т.е. латентный период времени двигательного акта, 3) реализация моторной задачи, 4) организация окончательного движения, 5) обратная афферентация, при ПС имеется несостоятельность 1) и 2) периодов. Результаты исследования подтверждаются данными о дефиците интракортикального торможения и отклонений в

процессах подготовки к выполнению двигательного акта. В свою очередь, С.М. Stienear [65] и, позднее, V. Tumas [66] показали, что при симуляции движений (mental simulation of hand movements) кортико-спинальная и сегментарная возбудимость в момент реально совершающегося и изображаемого движений (отведение большого пальца) имеет одинаковую степень пространственного и временного решений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обзор исследований по проблеме механизмов формирования мышечной дистонии кисти свидетельствует, что одним из путей понимания является изучение функционального вклада основных уровней афферентных систем: 1) рецепторов разных модальностей: от проприорецепторов мышц, вовлечённых в дистонический процесс до различных сегментарных уровней спинного мозга, поскольку именно в спинном мозге формируются первичные паттерны афферентной организации, запуска непроизвольного движения и его контроля; 2) подкорковых супrasegmentарных структур, осуществляющих интеграцию многих непроизвольных автоматических движений и контролирующих возбудимость мышечных веретён, гамма-моторную иннервацию и гамма-альфа нейронное сопряжение; 3) интегральных неспецифических систем мозга и полушарных структур, где осуществляется завершающий этап афферентного синтеза и создаются условия программы волевых движений и целостного поведения; 4) процессов подготовки и реализации планируемого действия на основании анализа индивидуально выявленных особенностей стереотипа движения пальцев кисти.

Следует отметить, что анализируемая проблема ПС сегодня приобретает новую форму. Тотальная компьютеризация является одновременно, и фактором модернизации общества, и, одновременно, порождает новые или трансформирует существующие болезни. Так ежедневная печатная работа на персональном компьютере (ПК), набор номера или текста SMS в мобильном телефоне (гаджете) уже сегодня являются фактором риска формирования мышечной дистонии [67, 68]. На сегодня нет единого мнения, как можно объединить заболевания, вызванные работой на ПК и с мобильным телефоном, которые могут проявляться симптомами мышечной дистонии, аналогично писческому спазму. Рядом исследований существующая проблема уже была обозначена ранее, как «спазм машинисток» (keyboards' cramp, typists syndrome) [69] или «синдром переутомления» (overuse syndrome) [70], «профессиональный спазм кисти» (occupational hand cramp) [71, 72], сегодня, как «травма вследствие совокупного воздействия» (cumulative trauma disorders) [73, 74],

«травма, возникающая из-за постоянной нагрузки при работе с компьютером» (repetitive strain injury computer) [75, 76], «нарушения функции верхней конечности, вследствие профессиональных перегрузок» (work-related upper limb disorders) [77–79]. Таким образом, писчий спазм сегодня может трансформироваться в спазм компьютерный или, что не исключено, в будущем — в гаджет-спазм, а это значит, что понимание причин и механизмов этого явления не теряет своей актуальности и практической значимости.

Список литературы

1. Defazio G., Berardelli A., Hallett M. Do primary adult-onset focal dystonias share aetiological factors? // *Brain*. — 2007. — Vol. 130. — № 5. — P. 1183.
2. Freund H.-J., Jeannerod M., Hallett M., Leiguarda R. Higher-order motor disorders. — N.Y.: Oxford University Press, 2005. — 320 p.
3. Tanabe L.M., Kim C.E., Alagem N., Dauer W.T. Primary dystonia: molecules and mechanisms // *Nat. Rev. Neurol.* — 2009. — Vol. 5. — № 11. — P. 598.
4. Tarsy D., Simon D.K. Dystonia // *N. Engl. J. Med.* — 2006. — Vol. 355. — № 8. — P. 818.
5. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению / Под ред. Штока В.Н., Ивановой-Смоленской И.А., Левина О.С. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 608 с.
6. Шавловская О.А. Писчий спазм: клиника, диагностика, лечение. Дисс. ... доктора мед. наук. — М., 2011. — 348 с.
7. Lanska D.J. The history of movement disorders. Chapter 33 // *Handb. Clin. Neurol.* — 2009. — Vol. 95. — P. 501.
8. Torres-Russotto D., Perlmuter J.S. Task-specific dystonia // *Ann. N.Y. Acad. Scien.* — 2008. — Vol. 1142. — P. 179.
9. Warner T.T., Bressman S.B. Clinical diagnosis and management of dystonia. — L., 2007. — 267 p.
10. Goetz Ch.G., Chura T.A., Lanska D.J. History of dystonia: part 4 of the MDS-sponsored history of movement disorders exhibit // *Mov. Disord.* — 2001. — Vol. 16. — № 2. — P. 339.
11. Jankovic J. Can peripheral trauma induced dystonia? Yes! // *Mov. Disord.* — 2001. — Vol. 16. — № 1. — P. 7.
12. Weiner W.J. Can peripheral trauma induced dystonia? No! // *Mov. Disord.* — 2001. — Vol. 16. — № 1. — P. 13.
13. Lin P.T., Hallett M. The pathophysiology of focal hand dystonia // *J. Hand. Ther.* — 2009. — Vol. 22. — № 2. — P. 109.
14. Bressman S.B., Tagliati M., Klein Ch. Genetics of dystonia // *Dystonia: etiology, clinical features and treatment.* / Ed. by Brin M.F., Comella C.L., Jankovic J. — Lippincott. Philadelphia, 2004. — 250 p.
15. Zacher A. Writer's cramp — focal dystonia or psychogenic movement disorder? A critical literature study // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* — 1989. — Vol. 57. — № 8. — P. 328.
16. Schrag A., Trimble M., Quinn N., Bhatia K. The syndrome of fixed dystonia: an evaluation of 103 patients // *Brain*. — 2004. — Vol. 127. — № 10. — P. 2360.
17. Hinson V.K., Cubo E., Comella C.L., Goetz Ch.G., Leurgans S. Rating scale for psychogenic movement disorders: scale development and clinimetric testing // *Mov. Disord.* — 2005. — Vol. 20. — № 12. — P. 1592.
18. Ibrahim N.M., Martino D., van de Warrenburg B.P. et al. The prognosis of fixed dystonia: a follow-up study // *Parkinsonism Relat. Disord.* — 2009. — Vol. 15. — № 8. — P. 592.
19. Rosset-Llobet J., Fàbregas-Molas S. Musician's dystonia. A practical manual to understand and take care of the disorder that affect the ability to play music. — Rome, 2010. — 287 p.
20. Kamm C., Naumann M., Mueller J. et al. The DYT1 GAG deletion is infrequent in sporadic and familial writer's cramp // *Mov. Disord.* — 2000. — Vol. 15. — № 6. — P. 1238.
21. Klein Ch. The twists and turns of dystonia genes. How genes help us understand dystonia // *Spring*. — 2009. — Vol. 32. — № 1. — P. 9.
22. Patil V.K., Chawla J. Primary torsion dystonia // *WebMD Professional*. — 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/1150643-overview>
23. Defazio G., Berardelli A., Hallett M. Do primary adult-onset focal dystonias share aetiological factors? // *Brain*. — 2007. — Vol. 130. — № 5. — P. 1183.
24. Müller U. The monogenic primary dystonias // *Brain*. — 2009. — Vol. 132. — Pt. 8. — P. 2005.
25. Ritz K., Groen J.L., Kruisdijk J.J. et al. Screening for dystonia genes DYT1, 11 and 16 in patients with writer's cramp // *Mov. Disord.* — 2009. — Vol. 24. — № 9. — P. 1390.
26. Albanese A., Asmus F., Bhatia K. et al. EFNS guidelines on diagnosis and treatment of primary dystonias // *European Journal of Neurology*. — 2011. — Vol. 18. — P. 5.
27. Vercateren K., Pleyzier T., Van Belle L. et al. Unimanual muscle activation increases interhemispheric inhibition from the active to the resting hemisphere // *Neurosci Lett.* — 2008. — Vol. 445. — № 3. — P. 209.
28. Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Второв А.В. и др. Новые подходы к диагностике и лечению экстрапирамидной патологии // *Доктор.Ру*. — 2008. — № 4. — С. 22.
29. Frasson E., Priori A., Bertolasi L. Somatosensory disinhibition in dystonia // *Mov. Disord.* — 2001. — Vol. 16. — P. 593.
30. Perez M.A., Cohen L.G. Mechanisms underlying functional changes in the primary motor cortex ipsilateral to an active hand // *J. Neurosci.* — 2008. — Vol. 28. — № 22. — P. 5631.
31. Quartarone A., Rizzo V., Terranova C. et al. Abnormal sensorimotor plasticity in organic but not in psychogenic dystonia // *Brain*. — 2009. — Vol. 132. — № 10. — P. 2871.
32. Elbert T., Candia V., Altenmüller F. Alternation of digital representation in somatosensory cortex in focal hand dystonia // *Neuroreport*. — 1998. — Vol. 9. — P. 3571.
33. McKenzie A.L., Nagarajan S.S., Roberts T.P. et al. Somatosensory representation of the digits and clinical performance with focal hand dystonia // *Am. J. Phys. Med. Rehab.* — 2003. — Vol. 82. — № 10. — P. 737.

34. *Tecchio F., Zappasodi F., Melgari J.M.* et al. Sensory-motor interaction in primary hand cortical areas: a magnetoencephalography assessment // *Neuroscience*. — 2006. — Vol. 141. — № 1. — P. 533.
35. *Siebner H.R., Tormos J.M., Ceballos-Baumann A.O.* et al. Low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex in writer's cramp // *Neurology*. — 1999. — Vol. 52. — P. 529.
36. *Havrankova P., Jech R., Walker N.D.* et al. Repetitive TMS of the somatosensory cortex improves writer's cramp and enhances cortical activity // *Neuro Endocrinol Lett.* — 2010. — Vol. 31. — № 1. — P. 73.
37. *Rosenkranz K., Rothwell J.C.* The effect of sensory input and attention on the sensorimotor organization of the hand area of the human motor cortex // *J. Physiol.* — 2004. — Vol. 561. — № 1. — P. 307.
38. *Quartarone A., Morgante F., Sant'angelo A.* et al. Abnormal plasticity of sensorimotor circuits extends beyond the affected body part in focal dystonia // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 2008. — Vol. 79. — № 9. — P. 985.
39. *Johansson B.B.* Brain plasticity in health and disease // *Keio J. Med.* — 2004. — Vol. 53. — № 4. — P. 231.
40. *Иоффе М.Е.* Мозговые механизмы формирования новых движений при обучении: эволюция классических представлений // *Журнал высшей нервной деятельности*. — 2003. — Т. 53. — № 1. — С. 5.
41. *Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В.* Реабилитация неврологических больных. — М.: МЕД-пресс-информ, 2008. — 560 с.
42. *Ziemann U., Muellbacher W., Hallett M., Cohen L.G.* Modulation of practice-dependent plasticity in human motor cortex // *Brain*. — 2001. — Vol. 124. — № 6. — P. 1171.
43. *Weise D., Schramm A., Stefan K.* et al. Disturbance of associative motor cortical plasticity in focal hand dystonia // *Mov. Disord. Suppl. of 8th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders*. — 2004. — Vol. 19. — № S9. — pS100. — P. 236.
44. *Peller M., Zeuner K.E., Munchau A.* et al. The basal ganglia are hyperactive during the discrimination of tactile stimuli in writer's cramp // *Brain*. — 2006. — Vol. 129. — № 10. — P. 2697.
45. *Rosenkranz K., Williamon A., Butler K.* et al. Pathophysiological differences between musician's dystonia and writer's cramp // *Brain*. — 2005. — Vol. 128. — № 4. — P. 918.
46. *Hinkley L.B., Webster R.L., Byl N.N., Nagarajan S.S.* Neuroimaging characteristics of patients with focal hand dystonia // *J. Hand. Ther.* — 2009. — Vol. 22. — № 2. — P. 125.
47. *Bonnard M., Galléa C., De Graaf J.D., Pailhous J.* Cortical control of the thumb-index grip depends of force control: a transcranial magnetic stimulation and functional resonance imagery study in humans // *European Journal of Neuroscience*. — 2007. — Vol. 25. — № 3. — P. 872.
48. *Beck S., Richardson S.P., Shamim E.A.* et al. Short intracortical and surround inhibition are selectively reduced during movement initiation in focal hand dystonia // *J. Neurosc.* — 2008. — Vol. 28. — № 41. — P. 10363.
49. *Pirio-Richardson S., Bliem B., Voller B.* et al. Long-latency afferent inhibition during phasic finger movement in focal hand dystonia // *Exp. Brain Res.* — 2009. — Vol. 193. — № 2. — P. 173.
50. *Schabrun S.M., Stinear C.M., Byblow W.D., Ridding M.C.* Normalizing motor cortex representations in focal hand dystonia // *Cereb. Cortex*. — 2009. — Vol. 19. — № 9. — P. 1968.
51. *Stefan K., Kunesch E., Cohen L.G.* et al. Induction of plasticity in the human motor cortex by paired associative stimulation // *Brain*. — 2000. — Vol. 123. — № 3. — P. 572.
52. *Casasola de G.G., Barajas F., Arteida J.* Cortical motor excitability in focal limb dystonia // *Book of abstracts of The Movement Disorders Society's 5th Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders*. — N.Y., 1998.
53. *Neihaus L., Meyer B.-U., Alt-Stutterheim von K.* Impaired cortical inhibition in writer's cramp // *Book of abstracts of the Movement Disorders Society's 5th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders*. — N.Y. — 1998.
54. *Sommer M., Tergau F., Ruge D.* Spatial distribution of intracortical excitability in focal dystonia // *Book of abstracts of the Movement Disorders Society's 5th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders*. — N.Y., 1998.
55. *Bütefisch C.M., Boroojerdi B., Chen R.* et al. Task-dependent intracortical inhibition is impaired in focal hand dystonia // *Mov. Disord.* — 2005. — Vol. 20. — № 5. — P. 545.
56. *Wilson F., Wagner C., Homberg V.* Biomechanical abnormalities in musicians with occupational cramp/focal dystonia // *J. Hand. Ther.* — 1993. — Vol. 6. — P. 298.
57. *Leijnse J.N., Hallett M.* Etiological musculo-skeletal factor in focal dystonia in a musician's hand: A case study of the right hand of a guitarist // *Mov. Disord.* — 2007. — Vol. 22. — № 12. — P. 1803.
58. *Human Motion Analysis* // www.qualisys.com.
59. *Braido P., Zhang X.* Quantitative analysis of finger motion coordination in hand manipulative and gestic acts // *Human Motion Science*. — 2004. — Vol. 22. — P. 661.
60. *Chan M.F., Giddings D.R., Chandler C.S.* et al. An experimentally confirmed statistical model on arm movement // *Human Movement Science*. — 2004. — Vol. 22. — P. 631.
61. *Chen G., Patten C., Kothari D.H., Zajac F.E.* Gait differences between individuals with post-stroke hemiparesis and non-disabled controls at matched speeds // *Gait Posture*. — 2005. — Vol. 22. — № 1. — P. 51.
62. *Durham S., Eve L., Stevens C., Ewins D.* Effect of functional electrical stimulation on asymmetries in gait of children with hemiplegic cerebral palsy // *Psychotherapy*. — 2004. — Vol. 90. — P. 82.
63. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека. — СПб., 2008. — 624 с.
64. *Безруких М.М.* Нейрофизиологические механизмы организации произвольных движений у детей (на примере письма) // *Дисс. ... доктора биол. наук*. — М., 1994. — 484 с.
65. *Stinear C.M.* Motor imagery of phasic thumb abduction temporally and spatially modulates corticospinal excitability

- ity // Clin. Neurophysiol. — 2003. — Vol. 114. — № 5. — P. 909.
66. Tumas V., Sakamoto A. A kinesthetic motor imagery study in patients with writer's cramp // Arq. Neuropsiquiatr. — 2009. — Vol. 67. — № 2B. — P. 396.
67. Hughes L., Babski-Reeves K., Smith-Jackson T. Effects of psychosocial and individual factors on physiological risk factors for upper extremity musculoskeletal disorders while typing // Ergonomics. — 2007. — Vol. 50. — № 2. — P. 261.
68. Keith N., Ericsson K. A deliberate practice account of typing proficiency in everyday typists // J. Exp. Psycho. — 2007. — Vol. 13. — № 3. — P. 135.
69. Pujol J., Rosen-Llobet J., Rosines-Cubells D. et al. Brain cortical activation during guitar-induced hand dystonia studied by functional MRI // Neuroimage. — 2000. — Vol. 12. — P. 257.
70. Joubrel I., Robineau S., Petrilli S., Gallien P. Musculoskeletal disorders in instrumental musicians: epidemiological study // Ann. Readapt. Med. Phys. — 2001. — Vol. 44. — № 2. — P. 72.
71. Wilson F., Wagner C., Homberg V. Biomechanical abnormalities in musicians with occupational cramp/focal dystonia // J. Hand. Ther. — 1993. — Vol. 6. — P. 298.
72. Chana-Cuevas P., Kunstmann-Rioseco C., Rodríguez-Riquelme T. Guitarist's cramp: management with sensory re-education // Rev. Neurol. — 2003. — Vol. 37. — № 7. — P. 637.
73. Grzywacz J.G., Arcury T.A., Marín A. et al. Using lay health promoters in occupational health: outcome evaluation in a sample of latino poultry-processing workers // New So-lut. — 2009. — Vol. 19. — № 4. — P. 449.
74. Liang H.W., Hwang Y.H., Chang F.H. Temporal change in bimanual interkeypress intervals and self-reported symptoms during continuous typing // J. Occup. Rehabil. — 2008. — Vol. 18. — № 4. — P. 319.
75. Rijn van R.M., Huisstede B.M., Koes B.W. et al. Associations between work-related factors and the carpal tunnel syndrome — a systematic review // Scand. J. Work Environ Health. — 2009. — Vol. 35. — № 1. — P. 19.
76. Speklé E.M., Hoozemans M.J., Beek van der A.J. et al. Internal consistency, test-retest reliability and concurrent validity of a questionnaire on work-related exposure related to arm, shoulder and neck symptoms in computer workers // Ergonomics. — 2009. — Vol. 52. — № 9. — P. 1087.
77. Szeto G.P., Straker L.M., O'Sullivan P.B. Examining the low, high and range measures of muscle activity amplitudes in symptomatic and asymptomatic computer users performing typing and mousing tasks // Eur. J. Appl. Physiol. — 2009. — Vol. 106. — № 2. — P. 243.
78. Povlsen B., Rose R.L. Managing type II work-related upper limb disorders in keyboard and mouse users who remain at work: a case series report // J. Hand. Ther. — 2008. — Vol. 21. — № 1. — P. 69.
79. Eijdsen van M.D., Gerhards S.A., Bie de R.A. et al. Cost-effectiveness of postural exercise therapy versus physiotherapy in computer screen-workers with early non-specific work-related upper limb disorders (WRULD); a randomized controlled trial // Trials. — 2009. — Vol. 17. — № 10. — P. 103.

О.Н. Отс,

д.м.н., заведующий лабораторией хирургической диагностики и лечения туберкулёза и других заболеваний лёгких, плевры и средостения НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Т.В. Азкацев,

к.м.н., сотрудник туберкулезного легочно-хирургического отделения Университетской фтизиопульмонологической клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

М.И. Перельман,

д.м.н., профессор, академик РАМН, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

O.N. Ots,

MD, head of the laboratory of diagnostics and surgical treatment of tuberculosis and other diseases of the lung, pleura and mediastinum of the phthisiopulmonological SRC of the First MSMU named after I.M. Sechenov

T.V. Agkatsev,

PhD, fellow worker of the tuberculous pulmonary surgery department of phthisiopulmonological university hospital of the First MSMU named after I.M. Sechenov

M.I. Perelman,

MD, prof., academician of the RAMS, head of the chair of phthisiopulmonology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПРИ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ К ХИМИОПРЕПАРАТАМ

THE SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS WITH THE RESISTANCE OF MYCOBACTERIA TO DRUGS

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Олег Николаевич Отс, заведующий лабораторией хирургической диагностики и лечения туберкулёза и других заболеваний лёгких, плевры и средостения

Адрес: 127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4

Телефон: 8 (925) 865-09-95

E-mail: tbcripp@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. Проанализированы результаты хирургического лечения 700 больных, у которых перед операцией выявлена лекарственная устойчивость. Подавляющее большинство составляли больные фиброзно-кавернозным, цирротическим туберкулезом, хронической эмпиемой плевры, казеозной пневмонией (78,1%). Химиотерапию проводили по индивидуальным схемам с учетом чувствительности МБТ. В качестве патогенетической терапии для коррекции иммунитета использовали глутоксим и пентаглобин. Преобладали операции резекционного типа — 529 (68,6%), коллапсохирургические вмешательства — 121 (15,7%), торакостомия или каверностомия — 54 (7,0%), плеврэктоми — 33 (4,3%), операции на культе главного бронха — 18 (2,3%), медиастинальная лимфаденэктомия — 16 (2,1%). Послеоперационные осложнения возникли в 12,9% случаев, летальность составила 1,5%. Лабораторно установленный факт устойчивости микобактерий к химиопрепаратам не оказал явного влияния на число и характер послеоперационных осложнений. Результаты лечения зависели от распространенности и наличия осложнений туберкулезного процесса, сопутствующих заболеваний, ослабленного иммунитета и объема операционного вмешательства.

Annotation. The results of surgical treatment of 700 patients with preoperatively detected drug resistance are analyzed. The majority of patients were with fibro-cavernous, cirrhotic tuberculosis, chronic empyema, caseous pneumonia (78.1%). Chemotherapy was performed on individual schemes including MBT sensitivity. Glutoxim and Pentaglobin were used as pathogenetic therapy for correction of immunity. Predominant type of resection surgery — 529 (68.6%), surgical interventions — 121 (15.7%), toracostomy or cavernostomy — 54 (7.0%), pleurectomy — 33 (4.3%), operations on the cult of the chief bronchus — 18 (2.3%), mediastinal lymphadenectomy — 16 (2.1%). Postoperative complications occurred in 12.9% of cases, mortality was 1.5%. Laboratory established fact of mycobacteria drug resistance had no apparent effect on the number and type of postoperative complications. The results of treatment depended on the prevalence and complications of tuberculosis, concomitant diseases, weakened immune system and the extent of surgical intervention.

Ключевые слова. Туберкулез легких, микобактерии, иммунитет.

Key words. Pulmonary tuberculosis, mycobacteria, immune system.

Туберкулез — инфекционное заболевание, вызываемое известными и хорошо изученными микобактериями. К сожалению, до сих пор нет эффективного лекарственного препарата для его излечения. В связи с этим приходится пользоваться длительной комплексной терапией, основанной на комбинации ряда химиопрепаратов в сочетании с другими методами.

Официальные данные по эффективности лечения туберкулеза органов дыхания в России были представлены на прошедшем в июне 2011 г. IX съезде фтизиатров страны. Результаты неутешительные. Из впервые выявленных больных не излечиваются 30–40%, а из хроников — около 70%. За последние три года эти цифры мало изменились. Все большее значение приобретает устойчивость возбудителей туберкулеза к лекарственным препаратам и особенно так называемая множественная устойчивость. Обычно под этим термином понимают устойчивость к двум основным препаратам — изониазиду и рифампицину. Всего такая устойчивость по России в 2010 г. была обнаружена у 13,1% пациентов, в том числе среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания — у 18,5%, а среди хирургических контингентов она достигает до 80%. В этих условиях хирургическое лечение туберкулеза легких остается важным, необходимым, а во многих случаях — единственным возможным и эффективным методом лечения.

На этом фоне представляется логичным увеличение хирургической активности при легочном туберкулезе как среди впервые выявленных, так и среди хронических больных. Однако в ряде субъектов Российской Федерации (РФ) хирургические методы лечения больных туберкулезом легких используются недостаточно или не применяются вообще. В 2010 г. в РФ было взято под диспансерное наблюдение 85 058 впервые выявленных больных туберкулезом легких. Среди всех впервые выявленных больных хирургическому лечению было подвергнуто 5011 (5,9%). Численность больных хроническим туберкулезом легких в 2010 г. составила 239 567 человек, среди которых у 32 312 (13,5%) — фиброзно-кавернозный туберкулез. Из них оперировано только 12 804 (5,3%) человек. Действительная потребность в хирургическом лечении у них в 2–3 раза выше [9].

Современный уровень легочной хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии позволяет расширить объем необходимой хирургической помощи разным группам больных туберкулезом органов дыхания. Эффективность хирургического лечения у впервые выявленных больных с ограниченными формами достигает 98%, а у больных с распространенным и прогрессирующим процессом, развившимися осложнениями она превышает 80% и ухудшается из-за позднего направления больных для хирургического лечения [2, 3, 6, 8, 12].

Хирургические методы были и остаются важным этапом в комплексном лечении больных туберкулезом органов дыхания и, в частности, больных с лекарственно-устойчивыми микобактериями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В торакальных отделениях НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с 2002 по 2010 г. по поводу туберкулеза легких оперированы 1 433 больных. Из них у 787 (55%), несмотря на длительную комбинированную химиотерапию, перед операцией в мокроте или в содержимом гнойных полостей методом флюоресцентной микроскопии или посева определялись микобактерии туберкулеза. Данные о лекарственной устойчивости перед операцией имелись у 700 (88,9%) больных. Эта группа рассматривается в данной статье.

Из 700 больных лиц мужского пола было 467 (66,8%), женского — 233 (33,2%). Возраст больных варьировал от 12 до 63 лет, преобладали пациенты в возрасте от 20 до 40 лет — 57%.

Впервые выявленных больных было 178 (25,4%): туберкулема — 81, фиброзно-кавернозный туберкулез — 42, кавернозный — 27, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов — 16, казеозная пневмония — 12. Рецидив туберкулеза имел место у 67 (9,6%) больных, в том числе рецидив в ранее оперированном легком — у 41. Больных с хроническим туберкулезом было 455 (65,0%), в основном с фиброзно-кавернозной, цирротической формой и эмпиемой плевры. В табл. 1 представлено распределение больных в зависимости по формам туберкулезного процесса.

Таблица 1

Формы туберкулеза у оперированных больных с множественной устойчивостью МБТ к лекарствам

Форма	Количество пациентов	
	(абс.)	%
Фиброзно-кавернозный	444	63,4
Туберкулема	81	11,6
Кавернозный	51	7,3
Хроническая эмпиема плевры	50	7,1
Цирротический	41	5,9
ТБ лимфатических узлов средостения	16	2,3
Казеозная пневмония	12	1,7
ТБ стеноз бронха или трахеи	5	0,7
Всего	700	100,0

Больные с ограниченными формами туберкулеза легких, как правило, поступали в хирургическое отделение за несколько дней до операции. При распространенном или осложненном туберкулезе часто требовалась длительная предоперационная подготовка.

Химиотерапия (ХТ) включала фторхинолоны, пиразинамид, протионамид, ПАСК, циклосерин, капреомицин. При устойчивости не только к основным, но и резервным препаратам схемы лечения определяли индивидуально с учетом чувствительности и переносимости лекарств больными. В качестве патогенетической терапии использовали глутоксим и пентаглобин для коррекции иммунитета, экстракорпоральную детоксикацию, дополнительное энтеральное питание, парентеральное питание, иногда — наложение пневмоперитонеума. У больных с большими внутрилегочными или плевральными полостями широко использовали трансторакальные пункции, микродренирование с постоянным дозированным или фракционным внутриволостным введением антисептиков и химиопрепаратов с учетом чувствительности МБТ. Критериями достаточной подготовки больного к операции были признаки стабилизации туберкулезного процесса в виде улучшения самочувствия, рассасывания или уплотнения очагов воспаления, абациллирование или олигобациллирование, нормализация гемограммы и биохимических показателей крови.

Всего у 700 больных произведены 771 операция. У 29 больных операции произведены многократно (от 2 до 4 раз), что было связано с этапностью хирургического лечения или послеоперационными осложнениями. Виды операций, данные об осложнениях и летальности представлены в табл. 2.

Таблица 2

Операции при туберкулезе легких у больных с множественной устойчивостью МБТ к лекарствам

Операция	Число пациентов	Осложнения	Летальный исход
Лобэктомия, билобэктомия	181	19	1
Малые резекции легких	180	8	—
Пневмонэктомия	168	52	7
Торакопластика, торакомиопластика	74	5	1
Торакостомия, каверностомия	54	3	2
ЭПП с пломбировкой полости	47	3	—
Плеврэктомия, декорткация легкого	33	4	—
Операции на культе главного бронха	18	5	1
Удаление лимфатических узлов средостения	16	1	—
ВСЕГО:	771	100	12
%		12,9	1,5

Осложнениями послеоперационного периода считали каждое отклонение в его течении, которое требовало специальных лечебных мероприятий. Большинство осложнений удавалось эффективно купировать. Осложнения и летальность имели место преимущественно после обширных и травматичных операций у больных с распространенным и осложненным туберкулезом и резко сниженным иммунитетом.

Среди 180 больных, которые перенесли малые резекции легких, осложнения были у 8 (4,4%), летальных исходов не было. После 181 лобэктомии осложнения наблюдались в 19 (10,5%) случаях, из них связанных с инфекцией в 6 (эмпиема — 4, пневмония — 2). Один больной умер от тромбоэмболии легочной артерии. В результате 168 пневмонэктомий (плевропневмонэктомий) различные осложнения возникли в 52 (30,9%) случаях, из них с инфекцией они были связаны у 24 (эмпиема и бронхиальный свищ — 21, пневмония — 1, прогрессирование туберкулеза — 2). Умерли 9 (5,3%). После 74 торакопластических операций осложнения были у 5 (6,8%) больных (эмпиема остаточной полости — 3, прогрессирование процесса — 2). Умер 1 (1,3%) больной от прогрессирования туберкулезного процесса. После 33 плеврэктомий и декорткаций легкого осложнения возникли у 4 (12,1%) больных: кровотечение — 2, остаточная полость — 2. Осложнения после 54 торакостомий в основном были связаны с прогрессированием туберкулезного процесса, в результате которого 2 больных умерли. После 18 операций на культе главного бронха по поводу свища или первичной несостоятельности осложнения возникли у 5 больных с летальным исходом у одного из них.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ контингента оперированных больных туберкулезом легких с устойчивостью МБТ к химиопрепаратам приводит к заключению, что показания к операциям основывались на хорошо известных, апробированных в течение многих лет принципах. Эти принципы мало изменились в течение последних 50–60 лет, т.е. со времени введения в практику химиотерапии туберкулеза — с одной стороны, а пневмонэктомии и резекции легких — с другой. Основными остаются динамика течения болезни в условиях комплексного лечения, сохранение или прекращение бактериовыделения и оценка морфологических изменений легких, плевры, лимфатических узлов. При этом наибольшее значение имеют выраженность и распространенность деструктивных и фиброзных изменений. Устойчивость МБТ к химиопрепаратам является важнымотягощающим фактором, который, как считают некоторые авторы,

увеличивает риск хирургического вмешательства [4, 5, 10, 11].

По нашим данным, все осложнения после малых резекций легких зависели от качества гемостаза или аэростаза. Их удалось без последствий ликвидировать. Наличие лекарственной устойчивости при ограниченных формах туберкулеза легких не оказало влияния на исходы малых резекций легких.

После лобэктомии, билобэктомии и комбинированной резекции легкого у больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом из 19 осложнений лишь 7 — эмпиема остаточной полости — могут быть связаны с устойчивостью МБТ. Частота послеоперационных эмпием в этой группе больных (3,9%) соответствует обычно наблюдаемому после лобэктомии при туберкулезе в течение последних лет [3, 4].

Результаты пневмонэктомии при туберкулезе легких существенно различаются в зависимости от фазы туберкулезного процесса, его осложнений и ранее перенесенных операций. В среднем показатель послеоперационной летальности в России равен 8%. При плановых операциях в фазе стабилизации туберкулезного процесса летальность не превышает 2–3% [6].

Особую группу составляют больные, которым приходится производить пневмонэктомию по поводу прогрессирующего и осложненного туберкулеза, казеозной пневмонии и рецидива туберкулеза в оперированном легком. Устойчивость МБТ к химиопрепаратам определяется у них наиболее часто. Одновременно у них значительно возрастает число послеоперационных осложнений и увеличивается летальность.

Пневмонэктомия (плеврорпневмонэктомия) была произведена у 168 из 700 больных с лекарственной устойчивостью МБТ — у 24,0%. Это очень высокий показатель, свидетельствующий о тяжести контингента больных. Ведь в 2006 г. в России процент пневмонэктомий среди всех операций при туберкулезе равнялся 3,5%. Все больные, перенесшие пневмонэктомию, страдали распространенным и осложненным туберкулезом на фоне сопутствующих заболеваний и сниженного иммунитета. У 38 человек был рецидив туберкулеза в ранее оперированном легком.

Осложнения после пневмонэктомии возникли у 52 больных (30,9%) и в основном имели инфекционный характер (эмпиема остаточной полости и бронхиальный свищ — 21, обострение или прогрессирование процесса в единственном легком — 3). Умерли после 168 пневмонэктомий 7 больных (4,2%). Летальность оказалась ниже, чем в целом по России.

Техническое выполнение операций у больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью МБТ не имеет каких-либо особенностей. Всегда

стремились удалять пораженные туберкулезом регионарные лимфатические узлы. При значительном несоответствии оставшихся отделов легкого с объемом плевральной полости накладывали пневмоперитонеум или производили корригирующую торакопластику.

В послеоперационном периоде у 29 больных для коррекции иммунологических нарушений продолжали начатое за 14 дней до операции применение глутоксима (класс тиопозитинов). Суточная доза глутоксима — 60 мг, длительность лечения после операции — 21 день. Из этих 29 больных осложнения имели место лишь у 2 (6,9%): у одного больного после лобэктоми по поводу казеозной пневмонии развилась пневмония и у одного больного после пневмонэктомии по поводу рецидива фиброзно-кавернозного туберкулеза в оперированном легком возникла поздняя несостоятельность культи главного бронха с эмпиемой остаточной полости. В контрольной группе из 25 аналогичных больных, которым в комплексе лекарственной терапии глутоксим не применяли, осложнения имели место у 8 (32%). Сравнительный анализ показал, что использование глутоксима в предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде позволяет уменьшить риск и тяжесть послеоперационных осложнений [1, 7].

• Больной А., 47 лет.
• Впервые туберкулез левого легкого выявлен в марте 2003 г. Начало заболевания острое, с температурой до 39°C. Кашель с гнойной мокротой, одышка. Процесс расценен как инфильтративный туберкулез верхней доли слева, осложненный экссудативным плевритом, МБТ+. Интенсивная фаза лечения в течение 2 месяцев в стационаре. Плеврит ликвидирован пункциями. Продолженная фаза ХТ в условиях санатория 6 месяцев. Процесс трансформировался в фиброзно-кавернозный. Через 9 месяцев химиотерапии рентгенологически в верхней доле левого легкого определялись фиброзная каверна с очагами отсева, резко утолщенная плевра (рис. 1). При бактериологическом исследовании имела олигобациллярность (чувствительность к препаратам сохранена). Операция 15.12.03: верхняя плевроробэктомия с расширенной лимфаденэктомией слева. В удаленной доле фиброзно-кавернозный туберкулез с очагами отсева, пневмосклерозом, гиперсекреторным бронхитом, склероз и утолщение плевры (рис. 2). Послеоперационный период без осложнений. Оставшаяся нижняя доля заняла весь объем левой плевральной полости. В стационаре продолжена ХТ в сочетании с пневмоперитонеумом в течение 2 месяцев, затем 6 месяцев в санатории. В результате достигнут полный клинический эффект. В конце 2004 г. приступил к работе по специальности.

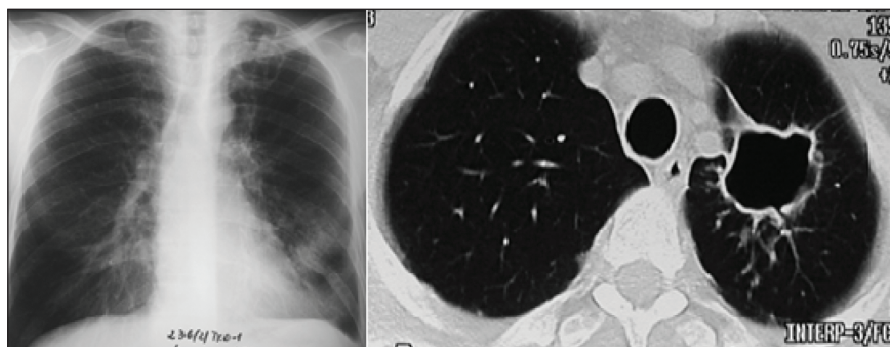


Рис. 1.

А., 47 лет. Прямая рентгенограмма и КТ легких. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого

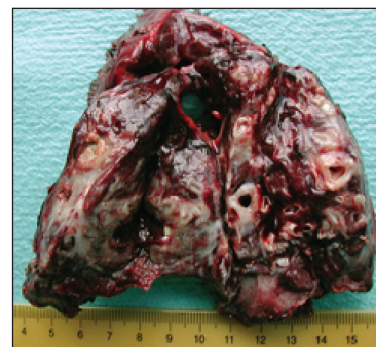


Рис. 2.

Тот же больной. Фото удаленной верхней доли легкого (первая операция). Фиброзная каверна и бронхоэктазы

Рецидив туберкулеза в оперированном легком развивался через 1,5 года. На фоне проводимого в течение 14 месяцев стационарного лечения отмечено прогрессирование процесса. Диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез оставшейся нижней доли левого легкого, МБТ(+) с множественной лекарственной устойчивостью — к S, H, R, Z, E. При повторном поступлении в институт 29.03.07 при КТ слева нижняя доля с множеством каверн и очагов с распадом. Буллезная эмфизема. Выраженные плевральные сращения. Внутригрудная лимфаденопатия. В правом легком отдельные очаги отсева (рис. 3) При ФБС эндобронхит слева, культя верхнедолевого бронха герметична. В связи с неэффективностью и бесперспективностью проводимой химиотерапии прогрессирующего лекарственно-устойчивого фиброзно-кавернозного туберкулеза в оперированном легком решено больного повторно оперировать. Перед операцией в течение 14 дней вводили глутоксим по 60 мг ежедневно. Повторная операция 16.04.07 г. — плевропневмонэктомия. При морфологическом исследовании удаленного легкого — фиброзно-кавернозный туберкулез с трехслойным строением стенки каверн (рис. 4). В

послеоперационном периоде продолжены индивидуализированная химиотерапия (H, K, Cap, PAS, Cs, Fq) и иммунорекция глутоксимом. Первые 3 месяца течение послеоперационного периода было удовлетворительное. Однако 03.07.07 на фоне полного благополучия развилась поздняя частичная несостоятельность культи левого главного бронха. Остаточная полость была дренирована, и в течение 2 месяцев проводилась ее санация с эндоскопической обработкой свища культи бронха. 05.09.07 произведена экстраплевральная верхняя торакопластика, остаточная полость была ликвидирована. Бронхиальный свищ закрылся. В течение последующих 6 месяцев продолжена химиотерапия в условиях терапевтического стационара и санатория. Через год состояние больного удовлетворительное, МБТ(-). Рентгенологических признаков прогрессирования туберкулеза нет (рис. 5).

У 14 наиболее тяжелых больных с прогрессирующим фиброзно-кавернозным туберкулезом и казеозной пневмонией на фоне множественной лекарственной устойчивости МБТ в комплексе лекарственной терапии был применен пентаглобин, в состав которого входят 3 класса иммуногло-

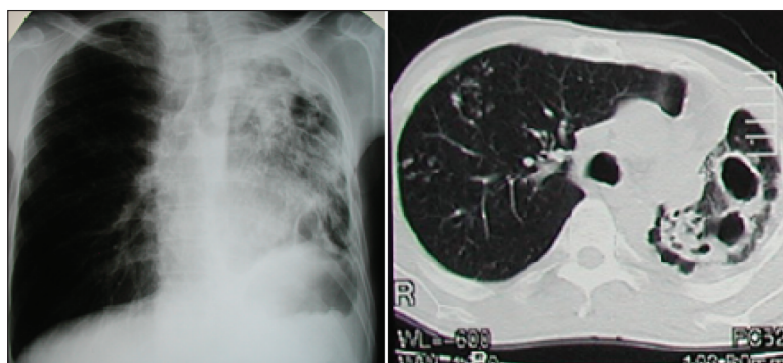


Рис. 3.

Тот же больной. Прямая рентгенограмма и КТ легких через 2 года после первой операции. Рецидив фиброзно-кавернозного туберкулеза в оставшейся нижней доли левого легкого



Рис. 4.

Тот же больной. Фото части удаленного левого легкого (вторая операция). Рецидив туберкулеза — фиброзные каверны и бронхоэктазы

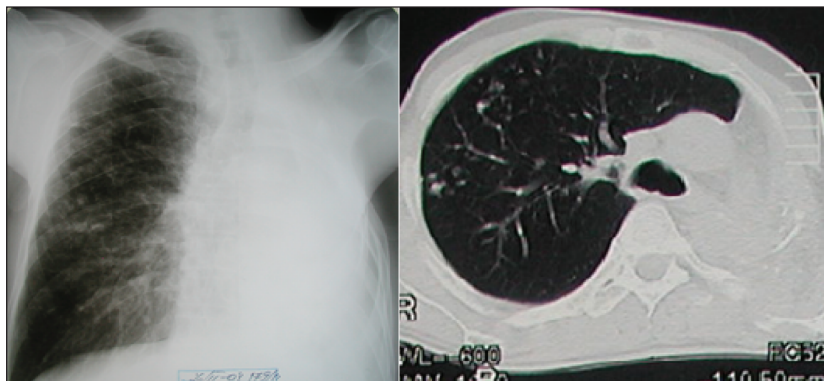


Рис. 5.
Тот же больной.
Прямая рентгенограмма легких и КТ
легких через один год после повторной
операции — удаления левого легкого

туберкулез с хроническим прогрессирующим течением.

При поступлении в институт состояние тяжелое. Выраженная одышка при незначительных физических нагрузках. Истощен. Температура до 38°C. В сутки выделяет до 100 мл гнойной мокроты,

булинов — IgG, IgM, IgA. Он превосходит многие другие лекарственные препараты по степени усиления фагоцитоза, нейтрализации токсинов и аутоантител, активации и регуляции системы комплемента. Препарат вводили со вторых суток после пневмонэктомии в виде 5% раствора по 200–250 мл внутривенно. Суммарная доза в зависимости от массы тела составляла от 500 до 1200 мл пентаглобина. В этой группе из 14 больных после пневмонэктомии осложнения в виде эмпиемы остаточной полости (без бронхиального свища) возникли у 2 (14,3%). У обеих больных эмпиема была излечена консервативно.

Больной Г., 41 год.
Лечился стационарно по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза правого легкого, МБТ+, МЛУ. Сопутствующее заболевание — диффузная эмфизема легких, легочно-сердечная II-III ст. Болен туберкулезом в течение 5 лет. Исходная форма — инфильтративный туберкулез с распадом, МБТ+. Лечился стационарно в ПТД. Переносимость ХТ неудовлетворительная. Неоднократно возникали клинические и лабораторные признаки токсического гепатита, в связи с этим прием H, R, Z прерывался. Постепенно процесс трансформировался в фиброзно-кавернозный

в которой методом люминесцентной микроскопии и посева обнаружены МБТ, устойчивые к S, H, R, E. При КТ грудной клетки правое легкое разрушено, с множеством полостей. В правой плевральной полости газ. В апикальных отделах левого легкого буллы, в S₃ и языковых сегментах немногочисленные очаги. Органы средостения резко смещены вправо, правый главный бронх сдавлен перибронхиальными лимфоузлами (рис. 6). Начата химиотерапия по индивидуальной схеме (Rb, Z, Pt, Cs, таваник, тиенам) с учетом переносимости и чувствительности МБТ. Коррекция гомеостаза и иммунного статуса проводилась глютоксимом, вспомогательным энтеральным и парентеральным питанием. В течение 2 месяцев предоперационной подготовки удалось добиться положительной клинической динамики. С учетом необратимых изменений в правом легком, стойкого бактериовыделения и множественной лекарственной устойчивости МБТ, решено больного оперировать.

Операция 02.02.05: плеврорпневмонэктомия справа. В удаленном легком морфологически выявлен прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез с гигантскими трехслойными кавернами, очагами отсева, цирротической деформацией бронхов и туберкулезом плевры (рис. 7).

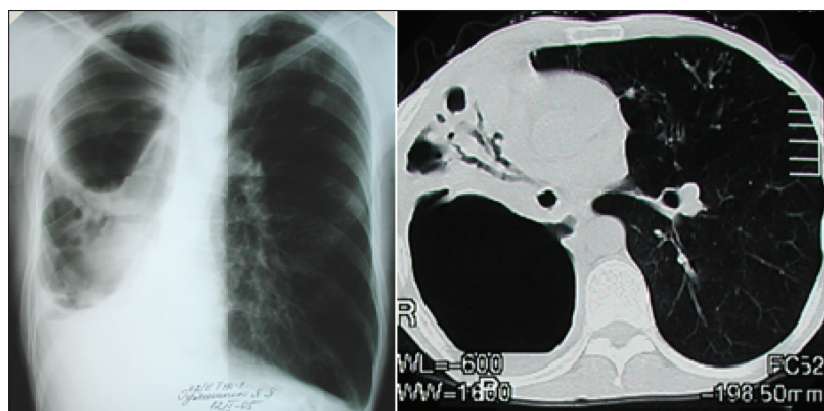


Рис. 6. Г., 41 год. Прямая рентгенограмма легких и КТ легких. Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого

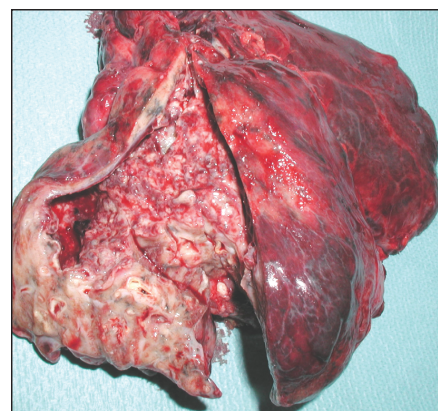


Рис. 7. Тот же больной. Фото удаленного легкого. Вскрыта гигантская каверна

- Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжены химиотерапия с учетом чувствительности и переносимости лекарственных препаратов и иммунологическая поддержка введением 5% раствора пентаглобина по 200 мл в суммарной дозе 800 мл. Дальнейшее течение послеоперационного периода удовлетворительное. Через 2 месяца нормализовались клинические и биохимические показатели крови. Достигнуто значительное клиническое улучшение и стойкое абациллирование. Обследован через 4 года. На контрольной рентгенограмме грудной клетки правый гемиторакс тотально затемнен (рис. 8). Рецидива туберкулезного процесса нет. Полностью реабилитирован и трудоустроен.



Рис. 8. Тот же больной. Прямая рентгенограмма легких через 2 года после правосторонней пневмонэктомии

Данное клиническое наблюдение свидетельствует о высокой эффективности комплексного лечения с использованием хирургического метода у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом с разрушенным правым легким, множественной лекарственной устойчивостью МБТ и сопутствующей диффузной эмфиземой.

В последние годы вновь возросло внимание к коллапсохирургическим операциям, в первую очередь к торакопластике и экстраплевральному пневмолизу с пломбировкой остаточной полости. Их также можно использовать в лечении легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ при наличии противопоказаний к резекциям легких.

В 2010 г. в России из 12 804 оперированных больных по поводу легочного туберкулеза торакопластических операций произведено 647 (5,3%), послеоперационная летальность 1,6%. В нашей практике за последние 5 лет удельный вес торакопластических операций составил 9,3%. После 74 операции у больных с МЛУ МБТ осложнения в виде обострения туберкулезного процесса имели место у 5 (6,8%), из них у 1 (1,3%) с летальным исходом.

- Больная О., 26 лет.
- Продолжительность заболевания 3 года. Исходная форма — инфильтративный туберкулез с распадом, МБТ+.
- Лечилась нерегулярно, в результате чего сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью МБТ.

С 2003 г. рецидивирующее легочное кровотечение. Госпитализирована в хирургическое отделение в тяжелом состоянии. Ежедневная кровопотеря до 300–400 мл алой крови. Анемия. Резко пониженное питание. Легочно-сердечная недостаточность II–III ст. в результате аспирационной пневмонии. В мокроте методом люминесцентной микроскопии и посева выявлены МБТ, устойчивые к H, R, S, Z. Рентгенологически при КТ легких справа в верхней доле на фоне инфильтрации и множественных очагов отсева в С-2 определяется каверна до 4 см с толстыми стенками. Инфильтраты и очаги различной плотности определяются в нижней и средней долях правого и верхней

доле левого легкого (рис. 9). При ФБС в просвете 2-го сегментарного бронха справа определяются сгустки крови. Имеется туберкулезное поражение верхнедолевого и главного бронхов справа. В течение месяца проводили интенсивную гемостатическую, неспецифическую и противотуберкулезную антибактериальную терапию. Коррекцию иммунитета проводили глутоксимом в дозе 60 мг 14 дней до операции. После некоторой стабилизации состояния 23.06.03 г. произведен первый этап хирургического лечения: экстраплевральная верхне-задняя 5-реберная торакопластика. Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. Кровотечение прекратилось. Продолжены химиотерапия по индивидуальной схеме (H, Rb, Z, Cs, Cap, Fq в различных комбинациях) и введение глутоксима в течение 21 дня. Периодически отмечалось небольшое повышение АЛТ и АСТ. В схему послеоперационной терапии включен глутоксим. Лечение продолжено в условиях терапевтического стационара. Через год, несмотря на продолжавшуюся химиотерапию, у больной со-

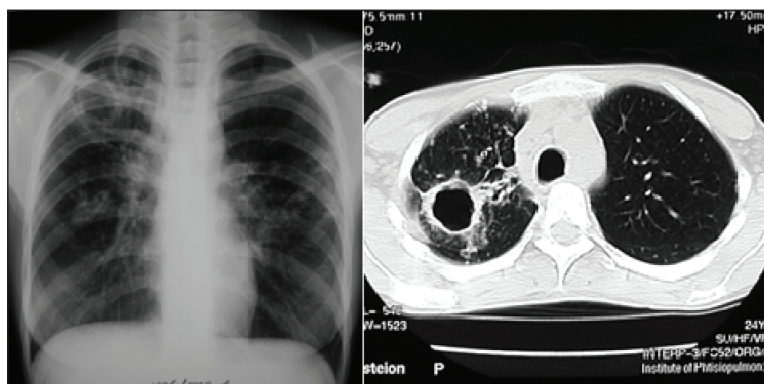


Рис. 9. Больная О., 26 лет. Прямая рентгенограмма легких и КТ легких. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого

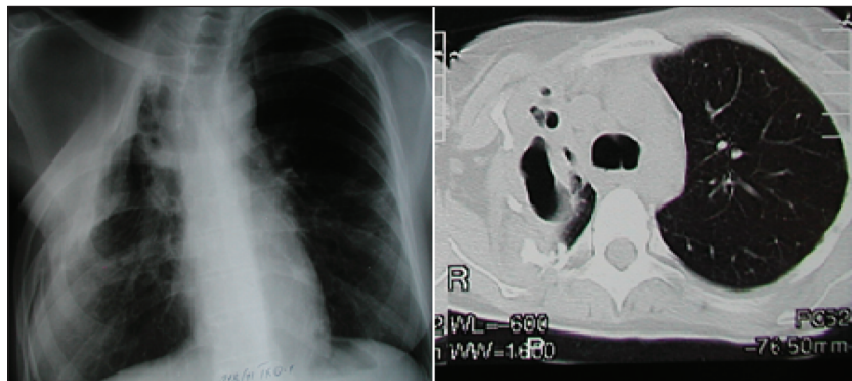


Рис. 10. Та же больная.
Прямая рентгенограмма легких и КТ легких после первого этапа торакопластики

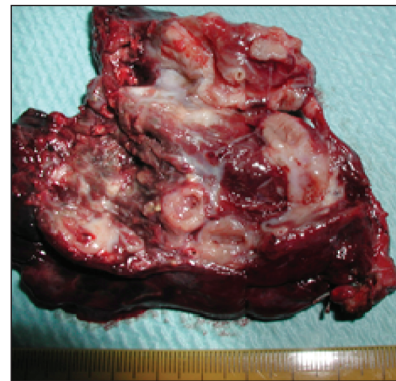
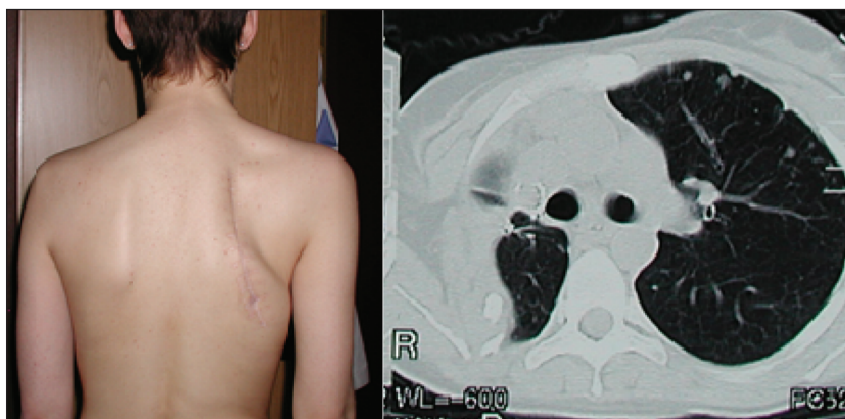


Рис. 11. Та же больная.
Фото резецированной верхней доли
правого легкого

Рис. 12.
Та же больная. Вид со стороны спины
и КТ легких через 3 года после
хирургического лечения



хранились бактериовыделение и толстостенная каверна в верхней доле. При ФБС признаки туберкулезного поражения бронхов не определялись. При КТ в левом, нижней и средней долях правого легкого отмечалось рассасывание и уплотнение туберкулезных очагов (рис. 10). Состояние больной значительно улучшилось, прибавила в весе. Второй этап хирургического лечения выполнен 20.10.04 г.: из-под торакопластики произведена верхняя плевроромбэктомия справа. При гистологическом исследовании удаленной доли выявлена картина фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе регрессии (рис. 11). Ближайший послеоперационный период без осложнений. Выписана 08.02.05. В течение последующих 12 месяцев продолжена химиотерапия по индивидуальному режиму препаратами 1 и 2 ряда в различных комбинациях в зависимости от переносимости и чувствительности МБТ. В результате длительного лечения удалось добиться ликвидации полостей, стойкой абацеллярности и в конечном итоге полного клинического эффекта (рис. 12). Работает по специальности.

Альтернативой торакопластике может быть экстраплевральный пневмолиз с созданием временно-го или постоянного коллапса пораженных участков легкого пломбировкой остаточной полости. В качестве пломбы пригодны современные синтетические материалы или временные эндопротезы для дозированного коллапса легкого. Эти операции безопаснее и менее травматичны по сравнению с торакопластикой, дают хороший лечебный и кос-

метический эффект. Мы имеем опыт 47 подобных вмешательств с использованием силиконового аллопротеза для постоянной пломбировки остаточной полости. Летальных исходов не было. Ранние осложнения в виде смещения пломбы имели место у 3 больных, отсутствие эффекта с необходимостью повторных резекционных или торакопластических операций в отдаленном периоде было у 4 больных. В целом положительный клинический эффект среди 45 прослеженных в отдаленном периоде больных достигнут у 68,8% рецидив возник у 10,2% и умерли от прогрессирования заболевания — 6,0% оперированных больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Риск послеоперационных осложнений у больных легочным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью МБТ обусловлен не самим фактом лекарственной устойчивости, а многими другими причинами. Главными из них являются длительность течения болезни, распространенность и осложнения туберкулезного процесса, ослабление иммунитета, сопутствующие заболевания, большой объем операции, плохая переносимость лекарств. В комплексном лечении таких больных значительно

возрастает роль питания, коррекции иммунитета и индивидуализированной лекарственной терапии. Хирургическое лечение при необходимости должно быть своевременным. Результаты операций вполне удовлетворительные, и они непосредственно не связаны с наличием или отсутствием лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза.

Список литературы

1. *Аветисян А.О.* Профилактика специфических послеоперационных осложнений у больных лекарственно-резистентным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с применением препарата глутоксим // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003.
2. *Гарифуллин З.Р.* Оптимизация хирургического лечения больных туберкулезом органов дыхания с лекарственной устойчивостью возбудителя // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 6. — С. 9–12.
3. *Гиллер Д.Б., Шайхаев А.Я., Васильева И.А. Зюзя Ю.Р.* и др. Эффективность частичных резекций легких у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2008. (принята к печати).
4. Диагностика, химиотерапия, хирургия лекарственно-устойчивого туберкулеза органов дыхания. Практическое руководство / Под ред. Стрелиса А.К., Стрелиса А.А. — Томск: Изд-во «Красное знамя», 2007. — 265 с.
5. *Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А.* Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 12. — С. 18–23.
6. *Репин Ю.М.* Лекарственно-устойчивый туберкулез легких. Хирургическое лечение. — СПб.: Изд-во «Гиппократ», 2007. — 168 с.
7. *Синицын М.В., Богадельникова И.В.* Глутоксим в хирургическом лечении больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 5. — С. 17–20.
8. *Стрельцов В.П., Соколова Г.Б., Перельман М.И.* Хирургическое лечение больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью *M. tuberculosis* // Туберкулез сегодня. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. — М., 2003. — С. 285.
9. *Цыбикова Э.Б., Отс О.Н.* Хирургическое лечение деструктивного туберкулеза легких у впервые выявленных больных // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 6. — С. 57–63.
10. *Goble M., Iseman M.D., Madsen L.* Treatment of 171 patients with pulmonary tuberculosis resistant to isoniazid and rifampin // New Engl. J. Med. — 1993. — Vol. 328. — № 8. — P. 527–532.
11. *Iseman M.D.* Treatment of multi-drug resistant tuberculosis // New Engl. J. Med. — 1993. — Vol. 329. — № 9. — P. 784–791.
12. *Pomerantz B.J., Cleveland J.C.Jr., Olson H.K.* et al. Pulmonary resection for multi-drug resistant tuberculosis // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2001. — Vol. 121. — № 3. — P. 448–453.

В.В. Короев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

И.И. Мартель,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

А.А. Глотов,
к.м.н., заведующий эндоскопическим отделением
Университетской фтизиопульмонологической
клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

И.И. Ениленис,
к.м.н., врач первой категории, заведующий
операционным блоком Университетской
фтизиопульмонологической клинической больницы
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.Б. Бижанов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

Я.Г. Имагозhev,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

И.Б. Мургустов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

О.Ш. Кесаев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

Д.Б. Гиллер,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии
и торакальной хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

V.V. Koroev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

I.I. Martel,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

A.A. Glotov,
PhD, head of the endoscopic department of Phthisiopul-
monological hospital of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

I.I. Enilenis,
PhD, first category doctor, head of the operating unit
of Phthisiopulmonological hospital of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

A.B. Bizhanov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

Ya.G. Imagozhev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

I.B. Murgustov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

O.Sh. Kesaev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

D.B. Giller,
MD, prof., head of the chair of phthisiatry and thoracic
surgery of the First MSMU named after I.M. Sechenov

ОБШИРНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

LARGE COMBINED RESECTIONS IN THE TREATMENT OF COMMON DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Алексей Александрович Глотов, заведующий эндоскопическим отделением Университетской фтизиопульмонологической больницы

Адрес: 127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4

Телефон: 8 (495) 61-45-35

E-mail: ftizio_mma@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. Данная статья посвящена анализу применения обширных комбинированных резекций в лечении распространенного деструктивного туберкулеза легких.

Annotation. This article deals with the analysis of the extensive combined resection in treatment of advanced destructive pulmonary tuberculosis.

Ключевые слова. Туберкулез легких, резекционные операции, методика послеоперационного ведения.

Key words. Pulmonary tuberculosis, resection surgery, postoperative management techniques.

Комбинированные резекции легких, под которыми в хирургии туберкулеза подразумевается резекция в пределах разных долей легкого, по данным литературы, сопровождаются наибольшей частотой осложнений и летальности среди всех резекционных операций. Особенно большие проблемы возникают при резекциях объемом более половины легкого, которые мы и рассматриваем в нашей работе.

Целью нашего исследования было повышение эффективности хирургического лечения больных распространенным туберкулезом органов дыхания за счет совершенствования показаний, методики обширных комбинированных резекций и создание алгоритма послеоперационного ведения этой категории больных.

Материал и методы исследования: мы проанализировали результаты хирургического лечения 102 больных в возрасте от 5 до 68 лет, которым в период 2004 по 2011 гг. выполнены обширные комбинированные резекции объемом более половины легкого.

Большая часть операций произведена по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких — 57 больных (68%), кавернозного туберкулеза у 9 (10,7%), туберкуломы с распадом у 12 (14,3%), казеозной пневмонии и эмпиемы плевральной полости 6 (7,1%) Больным, оперированным с 2010 г., для оценки микроциркуляции легких в разные периоды после обширных резекции выполнялась сцинтиграфия легких.

Бациллярны на момент операции были 82% больных, из них у 59,5% выявлена множественная или обширная лекарственная устойчивость МБТ.

Раздельная обработка элементов корня удаляемой части легкого выполнялась во всех случаях обширных комбинированных резекций легких. Большинство резекций выполнялось из минидоступов (71,4%). Для уменьшения объема гемиторакса после резекции применялись оригинальные малоинвазивные методики отсроченной видеоассистированной торакопластики и перемещения диафрагмы. Коррекция объема плевральной полости после обширных резекций по поводу деструктивного туберкулеза выполнялась у 53 больных, из них резекции с одномоментной торакопластикой у 6 больных (11,3%), отсроченная торакопластика у 32 (60,3%), корригирующее перемещение диафрагмы у 15 (28,3%). В остальных случаях для корригирующих целей применялся пневмоперитонеум.

Средний объем кровопотери составил 234,4 мл (+/- 20 мл).

В послеоперационном периоде использовали длительное дренажное ведение плевральной полости по разработанной в клинике методике. Использование минидоступов позволило существенно уменьшить травматичность вмешательства и кровопотерю. Особенно рационально применение малоинвазивной техники было при наличии двусторонних поражений. Примером такой ситуации может быть следующее наблюдение.

Клинический пример: больная Х, 51 лет поступила в х/о. 23.11.09 г. При поступлении предъявляла жалобы на утомляемость, слабость.

Из анамнеза: туберкулез легких впервые выявлен в декабре 2007 г. при плановом осмотре по поводу сахарного диабета. Находилась на стационарном лечении в РПТД г. Грозный с 24.01.08 г. по 29.10.08 г. с диагнозом: инфильтративный туберкулез н/доли правого легкого в фазе распада. МБТ(—). Затем была переведена на амбулаторное лечение. Получала терапию по следующей схеме (Н, R, E, K, Of).

Сахарным диабетом болеет около 6 лет. Для оперативного лечения госпитализирована в х/о.

В мокроте при поступлении люминесцентным методом КУМ не обнаружены. Методом ПЦР ДНК МБТ так же не обнаружены.

При функциональном исследовании легких ЖЕЛ — 96,8 %, ОФВ1 — 105,3%. Вентиляционная способность легких в норме. Показатели Насыщения крови кислородом так же в норме (рО₂ — 71 мм, рСО₂ — 39,7 мм.рт.ст).

При радиоизотопном исследовании легких (99м Тс — МАА), справа в проекции верхушки легкого и частично в базальных сегментах наблюдалось выраженное снижение регионарного кровотока и составляет 49% от общего объема; слева в базальных сегментах кровотоков несколько обеднено и составлял 51%.

На обзорной рентгенограмме при поступлении (рис. 1) слева — слева на границе С2-С3 округлая туберкулома до 1,6 см в диаметре без признаков распада, имеет кальцинированные включения. Мелкие полости распада и сформированные каверны в нижних отделах С6, а так же С9, С10 правого легкого с наличием перикавитарных очагово-инфильтративных изменений. Единичные очаги в С2, С8 и средней доле правого легкого. Ателектаз части средней доли.



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма: больной Х. при поступлении.

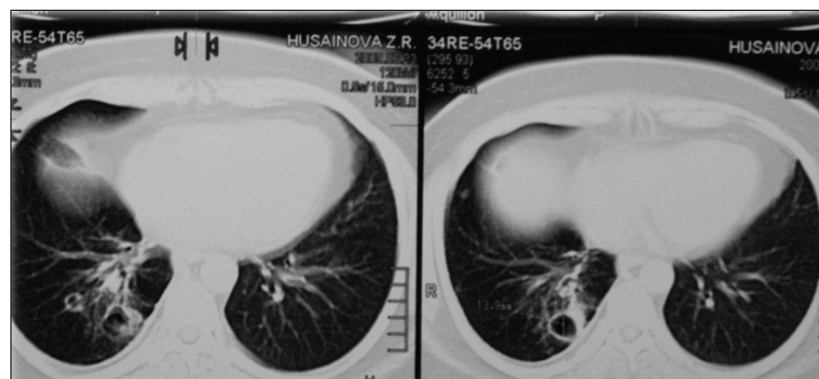


Рис. 2. Компьютерная томография больной Х. при поступлении

На ней определяются мелкие полости распада и сформированные каверны в нижних отделах С6, а так же С9, С10 правого легкого с наличием перикавитарных очагово-инфильтративных



По данным компьютерной томографии при поступлении (рис. 2), в левом легком система полостей распада с толстыми фиброзными стенками, множественные крупные очаги, местами сливающиеся в конгломераты. В в/доле правого легкого конгломерат очагов.

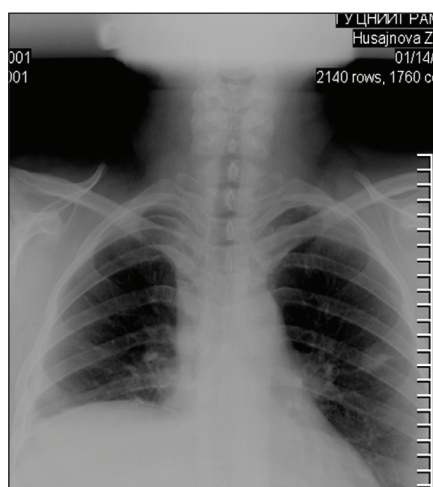


Рис. 3. Обзорная рентгенограмма больной Х. после хирургического лечения

После полного обследования был выставлен клинический диагноз: фиброзно-кавернозного туберкулеза правого легкого. Туберкулома верхней доли левого легкого. МБТ(—). Соп: сахарный диабет 2 т.

Лечение проводилось по индивидуальному режиму: таваник — 0,5, амикацин — 1,0 в/м, пиразинамид — 0,5×3 р.д., циклосерин — 0,25×3р/д., симптоматическая, гепатотропная и витаминотерапия.

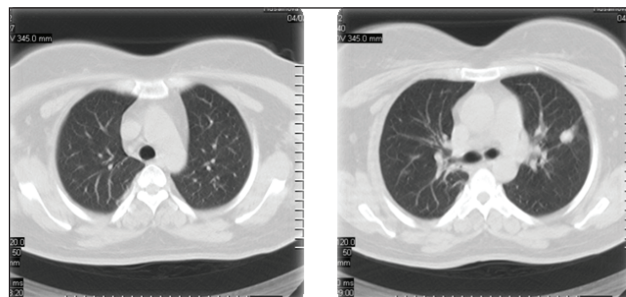
19.11.09 г. была выполнена операция: видео-ассистентторакопическая нижняя билобэктомия справа. (Хирург: Гиллер Д.Б.)

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистологическое заключение (03.12.09 г.): фиброзно-кавернозный туберкулез легкого в фазе прогрессирования с формированием нескольких мелких туберкулом. Туберкулез мелких бронхов.

На обзорной рентгенограмме перед выпиской (через 1,5 месяца после операции) (рис. 3) оперированное легкое расправлено, полностью занимает весь объем плевральной полости. В легких дополнительных очаговых теней не определяется. Синусы свободны.

В левом легком без дополнительных очагово-инфильтративных изменений



По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, после операции (рис. 4) справа очаговых изменений не определяется. Слева на границе С2 и С3 плотная туберкулома. Органы средостения не смещены. Синусы свободны.

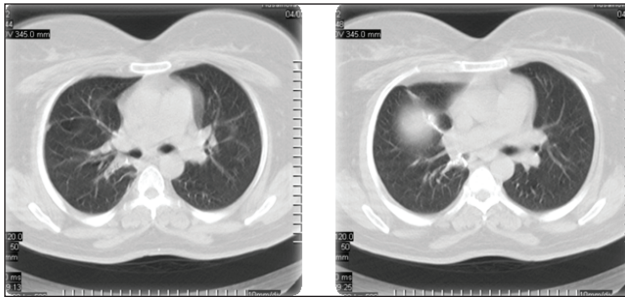


Рис. 4. Компьютерная томограмма больной Х. после хирургического лечения

В левом легком на границе С2, С3 определяется туберкулома без признаков распада

Больная выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения по месту жительства.

Учитывая тяжелый сахарный диабет, больной была рекомендована операция на левом легком по поводу туберкуломы. По просьбе пациентки операция была отсрочена на неопределенный срок.

При функциональном исследовании легких на момент выписки ЖЕЛ — 60%, ОФВ1 — 60,6%. Значительное снижение вентиляционной способности легких рестриктивного типа. Умеренная гипоксемия, насыщение О2 и КЩС в норме (pCO_2 — 40,8 мм; pO_2 — 72 мм). В анализе мокроты методом ЛЮМ многократно КУМ не обнаружены.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения по месту жительства.

Повторно госпитализирована на заключительный этап хирургического лечения через 10 мес.

При функциональном исследовании легких на момент повторной госпитализации ЖЕЛ — 83 %, ОФВ1 — 82%. Вентиляционная способность легких в норме. В анализе мокроты методом ЛЮМ КУМ не обнаружены.

22.11.10. г. была выполнена операция: Видеоассистенторакоскопическая краевая резекция верхней доли слева. (Хирург: Гиллер Д.Б.)

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистология (02.12.10 г.): туберкулома легкого в фазе стабилизации.

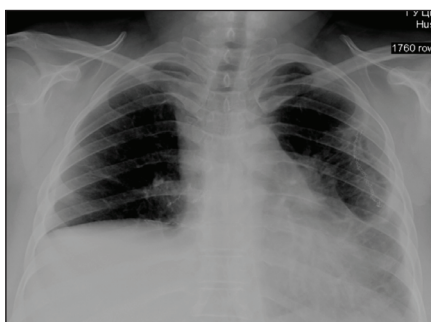


Рис. 5. Обзорная рентгенограмма больной Х. после 2 операции (21 сутки)

На обзорной рентгенограмме после 2 операции (21 сутки после операции) (рис. 5). Левое легкое расправлено, полностью занимает весь объем плевральной полости. В легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется. Синусы свободны.

Левое легкое расправлено, полностью занимает весь объем плевральной полости. В легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется

При функциональном исследовании легких на момент выписки ЖЕЛ — 61%, ОФВ1 — 57,7%. Значительное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Умеренная гипоксемия, насыщение О2 и КЩС снижено (pCO_2 — 44,5 мм; pO_2 — 58 мм). В анализе мокроты методом ЛЮМ многократно КУМ не обнаружены.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения по месту жительства.

Через 11 месяцев после выписки проведено контрольное обследование.

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки (рис. 6), в легких очаговых и инфильтративных изменений не определялось. Синусы свободны.

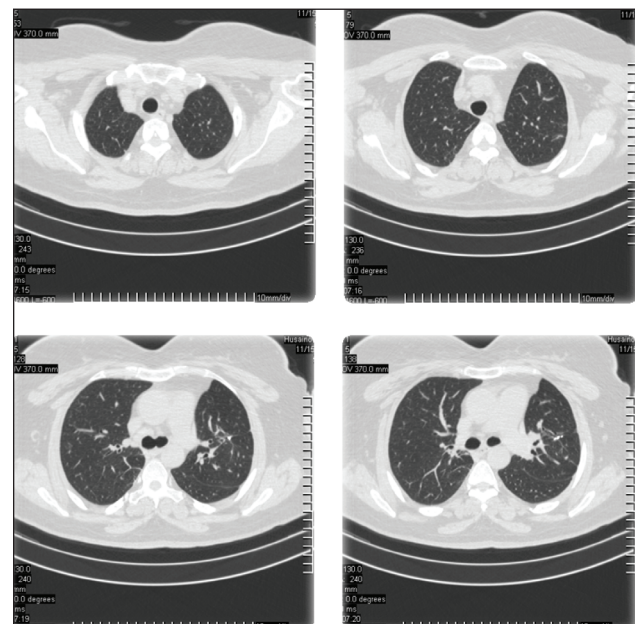


Рис. 6. Компьютерная томограмма больной Х. через 11 месяцев после выписки.

В легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется

При радиоизотопном исследовании легких (^{99m}Tc — МАА), объем правого легкого уменьшен за счет хирургического лечения, микроциркуляция в сохранившемся участке легкого достаточная, распределение капиллярного кровотока равномерное, контуры четкие. Объем кровотока справа составля-

ет 48; слева отмечается усиление микроцеркуляции в базальных сегментах и составлял 52%.

По данным функционального исследования, ЖЕЛ — 71 %, ОФВ1 — 70,%. Незначительное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу; газы крови (рСО₂ — 45 мм; рО₂ — 59 мм). В анализе мокроты методом ЛЮМ КУМ не обнаружены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения возникли в 9 случаях (8,8%): остаточная плевральная полость у 1; замедленное расправление легкого у 5; прогресси-

рование специфического процесса у 2, кровотечение у 1. Все послеоперационные осложнения были успешно ликвидированы. Госпитальной летальности не было. Все оперированные больные к моменту выписки из стационара были абациллированы и без полостей распада (CV-, BK-).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, за счет совершенствования техники обширных комбинированных резекций и методики послеоперационного ведения результаты лечения распространенного деструктивного туберкулеза могут быть существенно улучшены.

Я.Г. Имагожев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Д.Б. Гиллер,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии
и торакальной хирургии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

И.И. Мартель,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

А.А. Глотов,
к.м.н., заведующий эндоскопическим отделением
Университетской фтизиопульмонологической
клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

И.И. Ениленис,
к.м.н., врач первой категории, заведующий
операционным блоком Университетской
фтизиопульмонологической клинической больницы
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.Б. Бижанов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

И.Б. Мургустов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

В.В. Короев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

О.Ш. Кесаев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Ya.G. Imagozhev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

D.B. Giller,
MD, prof., head of the chair of phthisiatry
and thoracic surgery of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

I.I. Martel,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

A.A. Glotov,
PhD, head of the endoscopic department of Phthisiopul-
monological hospital of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

I.I. Enilenis,
PhD, first category doctor, head of the operating unit
of Phthisiopulmonological hospital of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

A.B. Bizhanov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

I.B. Murgustov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

V.V. Koroev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

O.Sh. Kesaeu,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЕДИНСТВЕННОГО ЛЕГКОГО

THE SURGICAL TREATMENT OF THE DESTRUCTIVE TUBERCULOSIS OF A SINGLE LUNG

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Алексей Александрович Глютов, заведующий эндоскопическим отделением Университетской фтизиопульмонологической больницы

Адрес: 127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4

Телефон: 8 (495) 61-45-35

E-mail: ftizio_mma@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. В данной статье рассматриваются проблемы хирургического лечения деструктивного туберкулеза единственного легкого.

Annotation. This article deals with the problems of the surgical treatment of the destructive tuberculosis of a single lung.

Ключевые слова. Туберкулез, хирургия, резекции.

Key words. Tuberculosis, surgery, resections.

В период с 2005 по 2011 г. проводилось хирургическое лечение деструктивного туберкулеза единственного легкого у 48 пациентов в возрасте от 14 до 54 лет. У всех больных до начала хирургического лечения отмечалось тотальное поражение одного легкого фиброзно-кавернозным туберкулезом (38 случаев), кавернозным (5 случая); казеозной пневмонией (6 случаев). В противоположном легком до пневмонэктомии существовал у 25 и после пневмонэктомии развился у 23 пациентов деструктивный процесс, потребовавший хирургического лечения. В 18 случаях в единственном легком выявлялись фиброзные каверны, в 18 кавернозный туберкулез, в 9 туберкуломы с распадом и в 3 инфильтративный туберкулез с распадом.

До начала хирургического лечения был бациллярен 41 (85,4%) пациент, при этом множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ была у 14 (34,1%) пациентов; обширная лекарственная устойчивость (XDR) у 26 (63,4%). 23 пациента имели признаки легочно-сердечной недостаточности. Снижение ЖЕЛ и ОФВ1 до пределов от 18% до 50% к полному отмечалось у 40 (83,3%) пациентов.

По тактике хирургического лечения всех больных можно подразделить на 3 группы. В первую группу вошли 12 пациентов, которым после предшествующей пневмонэктомии выполнили резекционные операции на единственном легком. Во вторую группу — 10 больных, которым хирургическое лечение начали с выполнения резекции легкого на стороне меньшего поражения с последующим выполнением пневмонэктомии на стороне большего поражения. В третью группу вошли 26 пациентов, которым пневмонэктомию сочетали с коллапсохирургическими вмешательствами, направленными на лечение деструктивного туберкулеза единственного легкого.

Всего у 48 пациентов было выполнено 132 операции и 2 клапанные бронхоблокации. Пневмонэктомии у 42 больных были выполнены нами и шестеро пациентов поступили после пневмонэктомий выполненных в других учреждениях, в том числе 1 пациентка с бронхоплевральным свищом. В числе операций, произведенных для лечения деструктивного туберкулеза единственного легкого, были 6 лобэктомий, 3 комбинированные резекции и 13 сегментарных резекций. У 5 больных перед пневмонэктомией выполнены предварительные транс-стернальные трансмедиастинальные окклюзии

главного бронха и легочной артерии, у 1 пациентки резекция бифуркации трахеи из трансстернального доступа по поводу бронхильного свища, у 1 — видеоассистированная резекция бифуркации трахеи с одномоментной резекцией единственного легкого по поводу бронхильного свища из контрлатерального доступа и у одного пациента одномоментная окклюзия левого главного бронха и верхняя лобэктомия правого легкого.

У 48 больных выполнены 61 коллапсохирургическая операция, в том числе 37 торакопластик на стороне пневмонэктомии, 10 экстраплевральных торакопластик на стороне единственного легкого, 10 операций экстраплеврального пневмолиза с использованием надувных силиконовых баллонов, 4 экстраплеврального пневмолиза с одномоментной миопластикой широчайшей мышцей спины на со- судистой ножке.

Максимальный объем двусторонних вмешательств резекционного плана составил 15 сегментов (у 3 больных).

Многоступенчатое лечение в 3 случаях сопровождалось послеоперационными осложнениями (ОДН у 2 пациентов, потребовавшая наложения трахеостомы, и у 1 пациентки спонтанный пневмоторакс единственного оперированного легкого). Все осложнения ликвидированы на стационарном этапе. Послеоперационной летальности не отмечалось. Во всех случаях при операциях на единственном легком использовались миниинвазивные доступы под контролем видеоторакокопии. Примером использования этой техники может служить следующее наблюдение.

• *Больной К. 43 лет, поступил с диагнозом: фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Хроническая пострезекционная эмпиема правой плевральной полости с бронхоплевроторакальным свищем после резекции S6 справа и 2-х этапной 8-ми реберной торакопластики (2005 г., г. Астрахань). МБТ(+). МЛУ (S, H, R, Fg). Хр. бронхит. Хроническое легочное сердце. Кахексия. ДН-III ст.*

• *На момент поступления предъявлял жалобы на кашель с гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке.*

• *Специфический процесс в легких был обнаружен в мае 2002 г., исходная форма — фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого. Неоднократно лечился с незначительным эффектом.: В ПТД*

г. Астрахани 02.08.09 г. была выполнена резекция S6 правого легкого. Послеоперационный период осложнился развитием эмпиемы с бронхоплевроторакальным свищем. Для ликвидации осложнений была выполнена двухэтапная восьмیرهберная торакопластика справа. Но эмпиема и бронхоплевроторакальный свищ сохранялись, бактериовыделение продолжалось. Длительно лечился по месту жительства, проводились санации плевральной полости через плевростому, без эффекта. Направлен в наше х/о для оперативного лечения.

Объективно при поступлении: Состояние больного средней степени тяжести. Больной истощен. Выраженные симптомы туб. интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Рс 76 в мин. АД 110/80, тоны сердца ритмичные. Справа на грудной клетке в проекции торакотомной раны свищевой ход, из которого выделяется гнойное содержимое. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Аускультативно правое легкое не выслушивается, слева на фоне жесткого дыхания выслушиваются влажные хрипы.

Рентгенологически при поступлении: в верхних и средних отделах правого гемиторакса определяется гигантская полость, с толстыми стенками и перегородками. В стенках имеются множественные обызвествления. Также имеется небольшое количество жидкости с горизонтальным уровнем. Левое легкое викарно увеличено (рис. 1). В S6 левого легкого визуализируется полость деструкции до 2 см в диаметре, вокруг множественные разнокалиберные очаги (рис. 2).

Справа легкое коллабировано, в верхних отделах полости каверн, в нижних отделах широкий уровень жидкости в плевральной полости. Справа мно-

жественные очаги и инфильтративные изменения в среднем легочном поле

Определяются множественные каверны в коллабированном правом легком и двустороннее обсеменение

В общем анализе крови отмечалось повышение СОЭ до- 50мм/ч; Лейк.- 20,2 тыс.

ФВД: ЖЕЛ- 39,8, ОФВ 35,2%. Резкое снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Обструкция резко выражена.

Газы крови: рО₂—53 мм.рт.ст., рСО₂—46,9 мм.рт.ст.

ФБС: Дренажный бронхит В-6 слева. Деформация устьев бронхов в доли справа. Дефект культи В6 справа.

23.11.09 г. была выполнена операция: трансстерная, трансмедиастенальная окклюзия правого главного бронха, правой легочной артерии (хирург: Гиллер Д.Б.).

04.03.10 г. была выполнена операция: плевронеumonэктомия по типу доудаления справа (хирург: Гиллер Д.Б.).

Гистологическое заключение: фиброзно-кавернозный туберкулез легкого, хроническая туб. эмпиема.

П/о период протекал без осложнений. Функциональное состояние больного после двух первых операций не ухудшилось.

ФВД 25/05/10: ЖЕЛ-39,5%. ОФВ-31,4%. Индекс Тифно: 78,6%

— Резкое снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Обструкция резко выражена.

Газы крови: рО₂-67 мм.рт.ст., рСО₂-46,3 мм.рт.ст. Тест шестиминутной ходьбы: 480 м. На КТ сохранялась фиброзная каверна в шестом сегменте единственного легкого с очагами вокруг (рис. 3).

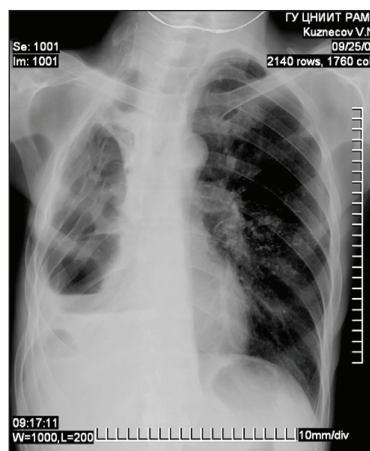


Рис. 1. Обзорная рентгенография грудной клетки больного К.



Рис. 2. Томограммы больного К.

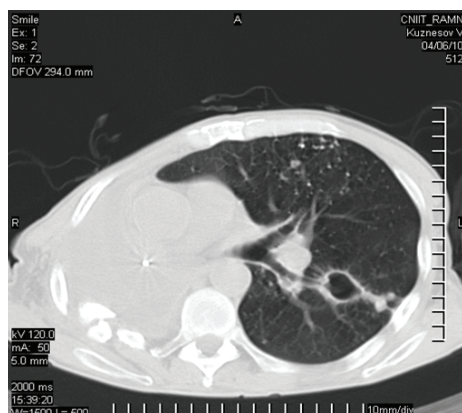


Рис. 3. Компьютерная томограмма больного К. после двухэтапной плеврорезектомии. Каверна в С6 до 2,5 см с обсеменением

21.06.10. была выполнена операция: VATS резекция С6 и части С10 единственного левого легкого (хирург Гиллер Д.Б.). Из минидоступа (7 см) под контролем видеоторакоскопии легкое выделено из сращений. Раздельно перевязаны и пересечены артерия, вена и бронх шестого сегмента. После прошивания легочной ткани шивающим аппаратом СОМИ-80 механический шов укреплен атравматическими швами (рис. 4).



Рис. 4. Этап резекции единственного легкого у больного К.

Гистологическое заключение: фиброзно-кавернозный туберкулез единственного легкого (рис. 5).



Рис. 5. Удаленная часть единственного легкого больного К. На разрезе видна каверна

П/о период протекал без осложнений, при исследовании мокроты после третьей операции МБТ не находили. На момент выписки из хирургического отделения функциональное состояние больного было малоудовлетворительным. На ЭКГ определялась синусовая тахикардия (ЧСС 94 уд. мин) и гипертрофия правых отделов сердца. При ФВД 15.09.10: резкое снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Обструкция резко выражена (ЖЕЛ-23,4, ОФВ-19,8% Индекс Тифно: 84,0%). Газы крови: $\downarrow$ pO₂-56 мм.рт.ст., pCO₂- 60 мм.рт.ст.

Однако ликвидация источника интоксикации и активного туберкулеза позволили достичь хорошего отдаленного результата. Через 2 года после выписки рентгенологически в единственном левом легком определяются лишь фиброзно-очаговые изменения в ф. уплотнения.

Функциональное состояние больного хорошее. Тест шестиминутной ходьбой составил 500 м. Больной трудоспособен. В течении последнего года работает шофером грузового автомобиля на междугородних перевозках.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе больных, которым была выполнена резекция единственного легкого, отдаленные результаты прослежены у 16, из них полный клинический эффект (CV-ВК-) был получен у 15 (93,8%) и один пациент умер. В группе больных с коллапсохирургическими методами лечения из 19 пациентов, выписанных более года назад, полный клинический эффект получен у 14 (73,6%) и 3 пациента умерли в отдаленном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на высокий хирургический риск, применение операций у больных с деструктивным туберкулезом единственного легкого оправдано ввиду бесперспективности консервативного лечения. Применение резекционных операций имеет лучшие отдаленные результаты.

О.Ш. Кесаев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

И.И. Мартель,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

А.А. Глотов,
к.м.н., заведующий эндоскопическим отделением
Университетской фтизиопульмонологической
клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

И.И. Ениленис,
к.м.н., врач первой категории, заведующий
операционным блоком Университетской
фтизиопульмонологической клинической больницы
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.Б. Бижанов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Я.Г. Имагозев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

И.Б. Мургустанов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

В.В. Короев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Д.Б. Гиллер,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии
и торакальной хирургии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

O.Sh. Kesaev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

I.I. Martel,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

A.A. Glotov,
PhD, head of the endoscopic department of Phthisiopul-
monological hospital of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

I.I. Enilenis,
PhD, first category doctor, head of the operating unit
of Phthisiopulmonological hospital of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

A.B. Bizhanov,
research fellow of the Research institute
of Phthisiopulmonology of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

Ya.G. Imagozhev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

I.B. Murgustov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

V.V. Koroev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

D.B. Giller,
MD, prof., head of the chair of phthisiatry and thoracic
surgery of the First MSMU named after I.M. Sechenov

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИЙ

THE SURGICAL TREATMENT OF BRONCHO-PLEURAL COMPLICATIONS AFTER PNEUMONECTOMIES

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Алексей Александрович Глютов, заведующий эндоскопическим отделением Университетской фтизиопульмонологической больницы

Адрес: 127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4

Телефон: 8 (495) 61–45–35

E-mail: ftizio_mma@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. Данная статья посвящена проблемам хирургического лечения бронхо-плевральных осложнений после пневмонэктомий.

Annotation. This article deals with the problems of surgical treatment of broncho-pleural complications after pneumonectomies.

Ключевые слова. Пневмонэктомии, хирургия, бронхо-плевральные осложнения.

Key words. Pneumonectomies, surgery, broncho-pleural complications.

В период с 2004 по 2011 г. в отделе легочной хирургии проводилось хирургическое лечение бронхо-плевральных осложнений после ранее выполненных пневмонэктомий у 60 пациентов. Все больные были разделены на 2 группы: первую группу составили пациенты с эмпиемой и бронхиальным свищем (38 случаев), вторую с эмпиемой без наличия бронхиального свища (22 случая).

51 пациент на момент развития бронхо-плевральных осложнений были бациллярны, при этом множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ была у 25 (41,6%) пациентов; обширная лекарственная устойчивость (XDR) у 23 (38,3%), моно- и полирезистентность у 3 (5%) пациентов. Поражение единственного легкого отмечалась у 56 (93,3%) больных в виде фиброзно-кавернозного туберкулеза — 4, кавернозного туберкулеза — 9, туберкулем в том числе с распадом — 4, инфильтративного с распадом — 4, очагового туберкулеза у 33 больных. Все больные имели признаки легочно-сердечной недостаточности.

Всего у 60 пациентов была выполнена 131 операция. В числе операций, произведенных для лечения бронхо-плевральных осложнений, после пневмонэктомий были трансстернальные окклюзии элементов корня легкого — 16, трансплевральные контрлатеральные окклюзии элементов корня легкого — 3, трансплевральные клиновидные резекции бифуркации трахеи с одномоментной торакомиопластикой — 4, торакомиопластики — 47, реторакомиопластики — 9, торакостомии — 14, видеоторакоскопии с санацией и дренированием полости эмпиемы — 16, пластика торакального дефекта грудной стенки — 2. Примером многоэтапного хирургического лечения эмпиемы с бронхиальным свищем может служить следующее наблюдение.

Больной З., 34 лет, поступил в х.о. 03.06.10 г. При поступлении предъявлял жалобы на слабость, температуру до 38,0°; одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с гнойной мокротой, усиливающейся при наклоне туловища вперед. Из анамнеза: туберкулез легких выявлен в местах лишения свободы в 2001 г. На фоне проводимого лечения сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого. 26.01.2006 г. там же выполнена пневмонэктомия справа. В раннем послеоперационном периоде у больного возникла

несостоятельность культи правого главного бронха, осложненная развитием эмпиемы плевральной полости. 29.08.07 г. — с целью ликвидации бронхиального свища выполнена резекция культи правого главного бронха, однако свищ сохранился. В октябре 2007 г. освобожден из мест лишения свободы. На учет у фтизиатра по месту жительства не вставал. После ухудшения состояния 25.01.08 г. госпитализирован в хирургическое отделение ГУЗ ОПТД. Получал лечение по 2Б режиму, выполнялись санации плевральной полости справа. 19.09.08 г. выписан на амбулаторное лечение. Однако состояние больного прогрессивно ухудшалось. В связи с нарастанием гнойного экссудата в плевральной полости справа неоднократно находился на стационарном лечении в хирургическом отделении ГУЗ ОПТД. Направлен в наше х/о.

В мокроте люминесцентным методом обнаружены микобактерии туберкулеза +++, устойчивые к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, канамицину, этионамиду, капреомину, циклосерину, ПАСК, фторхинолонам.

При функциональном исследовании легких отмечалось значительное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу (ЖЕЛ — 47,4 %, ОФВ1 — 53,6%).

Сцинтиграфия легкого выявила ограниченное снижение регионарного кровотока в верхушке легкого, в остальных отделах легкого кровотоки несколько усилены.

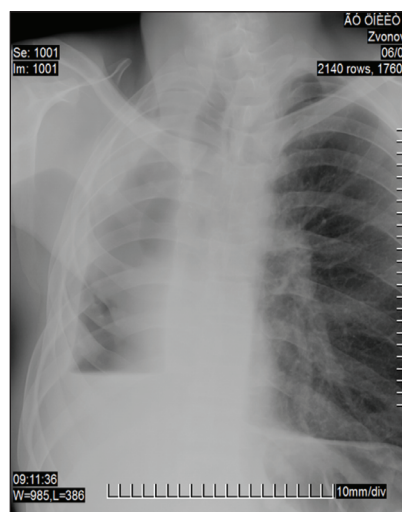


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма больного З. при поступлении

По данным бронхоскопии, культя ПГБ до 2,5 см. В области дна два дефекта. При осмотре медиального дефекта в глубине его определяется функционирующий микросвищ и фрагменты шовного материала на медиальной стенке. Латерально в области дна культи четко сформированный бронхиальный свищ диаметром до 5 мм, через который поступает незначительное количество слизисто-гнойного отделяемого.

На обзорной рентгенограмме при поступлении (рис. 1) справа — определяется остаточная полость с наличием газового пузыря и уровнем наддиафрагмального выпота. В единственном левом легком разнокалиберные очаги в верхней доле, синусы свободны.

По данным компьютерной томографии при поступлении (рис. 2), ОПП занимает весь объем гемиторакса с наличием жидкости. Органы средостения смещены вправо. В единственном легком разнокалиберные очаги.

После полного клинического обследования был поставлен клинический диагноз: хроническая пострезекционная эмпиема правой плевральной полости с бронхо-плевральным свищем. Состояние после пневмомонэктомии справа по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза и резекции культи ПГБ: МБТ(+). XDR (St, H, R, Z, E, Et, K, Tar, Cap, Pas, Cs).

05.06.2010 г. выполнена видео торакоскопия, дренирование ОПП справа (хирург: Гиллер Д.Б.).

Под местной анестезией 0,5% раствором новокаина установлен торакопорт в 7-м/р по задне-подмышечной линии, введена оптика. При осмотре из ОПП эвакуировано до 200 мл гнояного содержимого. При кашле в проекции культи ПГБ отмечалось поступление воздуха. Установлен дренаж, дренирование по Бюлау.

Больному развернута химиотерапия по индивидуальному режиму: ПАСК 4,0×3 р.д., левофлоксацин 0,75, протионамид 0,25×3 р.д., клацид 0,5×2 р.д., циклосерин 0,25×3 р.д., капреомицин 1,0 в/м, симптоматическая и дезинтоксикационная терапия. Проводились ежедневные санации полости эмпиемы. В результате проводимого лечения состояние больного улучшилось, симптомы интоксикации уменьшились.

24.06.10 г была выполнена операция: трансстернальная трансперикардальная окклюзия культи правого главного бронха, культи правой легочной артерии (хирург: Гиллер Д.Б.).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением.

На обзорной рентгенограмме после операции (рис. 2) отмечается уменьшение размеров ОПП, в единственном легком дополнительных очагово-инфильтративных изменений не выявлено.

11.08.2010 г. вторым этапом была выполнена операция: Открытая верхне-задняя 9-ти реберная торакомиопластика справа (хирург: Гиллер Д.Б.). Послеоперационный период протекал без осложнений.

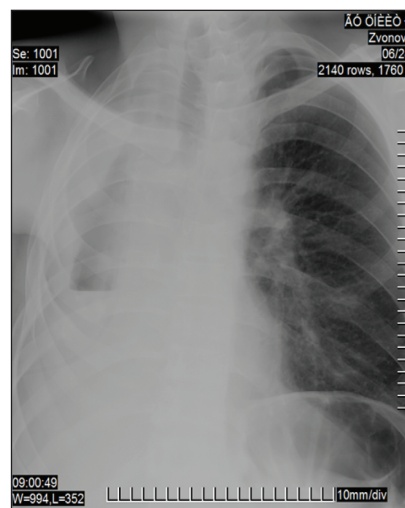


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма больного 3. | после окклюзии правого главного бронха

На обзорной рентгенограмме при выписке (рис. 3) справа гемиторакс гомогенно затемнен, в единственном легком частичное рассасывание и уплотнение очаговых изменений.

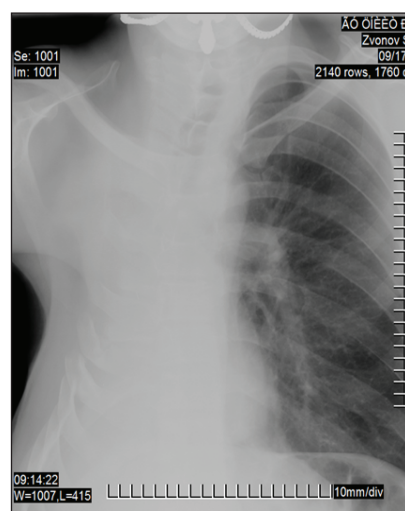


Рис. 3. Обзорная рентгенограмма больного 3. при выписке

По данным компьютерной томографии (рис. 4) при выписке, справа ОПП не определяется. В единственном легком мелкие плотные очаги.

Таблица 1

Динамика функциональных исследований

Показатели	До хирургического лечения	При выписке
ЖЕЛ	47,4	67,6
ОФВ1	53,6	52,7
pO ₂	88	82
pCO ₂	41,3	40,8
Шаговая проба	450 м	540 м

И.Б. Мургустов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

И.И. Мартель,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

А.А. Глотов,
к.м.н., заведующий эндоскопическим отделением
Университетской фтизиопульмонологической
клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

И.И. Ениленис,
к.м.н., врач первой категории, заведующий
операционным блоком Университетской
фтизиопульмонологической клинической больницы
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.Б. Бижанов,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Я.Г. Имагозhev,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

В.В. Короев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

О.Ш. Кесаев,
сотрудник НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Д.Б. Гиллер,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии
и торакальной хирургии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

I.B. Murgustov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopul-
monology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

I.I. Martel,
research fellow of the Research institute of Phthisiopul-
monology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

A.A. Glotov,
PhD, head of the endoscopic department of Phthisiopul-
monological hospital of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

I.I. Enilenis,
PhD, first category doctor, head of the operating unit
of Phthisiopulmonological hospital of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

A.B. Bizhanov,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

Ya.G. Imagozhev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

V.V. Koroev,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

O.Sh. Kesaeu,
research fellow of the Research institute of Phthisiopulmo-
nology of the First MSMU named after I.M. Sechenov

D.B. Giller,
MD, prof., head of the chair of phthisiatry and thoracic
surgery of the First MSMU named after I.M. Sechenov

ПОВТОРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА В РАНЕЕ РЕЗЕЦИРОВАННОМ ЛЕГКОМ

REPEATED LUNG RESECTIONS IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE RECURRENT TUBERCULOSIS OF THE PREVIOUSLY RESECTED LUNG

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Алексей Александрович Глотов, заведующий эндоскопическим отделением Университетской фтизиопульмонологической больницы

Адрес: 127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4

Телефон: 8 (495) 61-45-35

E-mail: ftizio_mma@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. В данной работе анализируются повторные резекции легкого в лечении послеоперационных рецидивов туберкулеза в ранее резецированном легком.

Annotation. Repeated lung resections in the treatment of postoperative recurrent tuberculosis of the previously resected lung are analyzed in this paper.

Ключевые слова. Резекции, легкое, туберкулез.

Key words. Resections, lung, tuberculosis.

В период с 2004 г. по 2010 г. повторные резекции ранее оперированного легкого были выполнены у 40 пациентов. По поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза оперированы 18 больных, кавернозно-го — 6, туберкулом с распадом — 12, эмпиема остаточной плевральной полости — 4. С двусторонним поражением легких были 19 больных, в том числе с деструктивным 3 пациента. Бацилловыделение на момент операции сохранялось у 27 (67,5%) больных. В 22 (81,5%) случаях отмечалась множественная лекарственная устойчивость МБТ, в 5 (18,5%) — обширная лекарственная устойчивость.

Осложнения легочного процесса имелись у 13 больных, в том числе эмпиема у 5, легочное кровотечение у 3, кахексия у 2. Сопутствующая патология была выявлена у 25 (62,5%) пациентов. Наиболее частые сопутствующие заболевания — хронический бронхит (9 случаев); хроническое легочное сердце (13 случаев); вирусные гепатиты (3 случая).

Предшествующими операциями, после которых были выполнены ререзекции: атипичные резекции легкого — 29, сегментарные и полисегментарные резекции с раздельной обработкой элементов корня — 3, лобэктомии — 4, комбинированные резекции — 4.

В качестве повторных операций произведены: атипичные резекции у 13 пациентов, сегментарные и полисегментарные резекции с раздельной обработкой элементов корня у 8, комбинированные резекции у 17, плеврэктомию с декортикацией и ререзекцией легкого у 2. У большинства больных ререзекции сочетались с отсроченной или одномоментной коррекцией объема гемиторакса (отсроченная ТП — 16, перемещение диафрагмы — 1, экстраплевральный пневмоллиз с коллагеном — 1, пневмоперитонеум — 31). Примером применения корригирующих объем гемиторакса операций у этой категории больных может служить следующее наблюдение.

- Больной А., 26 лет, поступил в х.о. 25.04.11 г.
- При поступлении предъявлял жалобы на плохой аппетит, слабость, температуру до 37,6°; одышку при нагрузке, кашель с серозно-гнойной мокротой.
- Из анамнеза: болеет с 2004 г. При обследовании выявлен инфильтративный туберкулез в/доли левого легкого. Лечился по 1 РХТ с 26.10.04 по 10.02.05 г.
- На фоне лечения сформировалась туберкулема и в 2006 г. выполнена операция резекция С1–2 левого легкого. В августе 2010 г. кровохарканье и при контрольном R-обследовании выявлены изменения в

• левом оперированном легком. Лечился в ПТД по м/жительства по 2А режиму ХТ. Получил 142 дозы. Клинически отмечалась положительная динамика, однако полость распада сохраняется. Направлен на хирургическое лечение.

• Анализ мокроты:

• 1. люм методом — МБТ отр;

• 2. методом ПЦР — ДНК МБТ не обнаружена;

• 3. Посев роста не дал.

• В общем анализе крови отмечалось ускорение СОЭ — 43 мм/ч по Westergren.

• При функциональном исследовании легких (ФВД): ЖЕЛ 80,0%, ОФВ1 90,3%, Вентиляционная способность легких незначительно снижена.

• Газы крови рО₂– 79 ммНг, рСО₂– 40,7 ммНг. отмечалась умеренная гипоксемия и гиперкапния.

• Шаговая проба: 650 м за 6 мин.

• На обзорной рентгенограмме при поступлении (рис. 1) состояние после резекции С1–2, С3 левого легкого. Левое легкое уменьшено в объеме. Верхняя доля ателектазирована, безвоздушна, содержит несколько полостей распада до 3,2 см в диаметре. В кортикальных отделах верхней половины правого легкого рассеянные мелкие очаги. Органы преимущественно верхнего средостения смещены влево. Синусы свободны. Сцинтиграфия легких: справа в проекции в/доли наблюдается выраженное снижение кровотока диффузного характера, в остальных отделах кровотоков сохранен. Слева по всему легочному полю отмечается выраженное снижение кровотока особенно в в/доле, в н/доле кровоток частично сохранен.

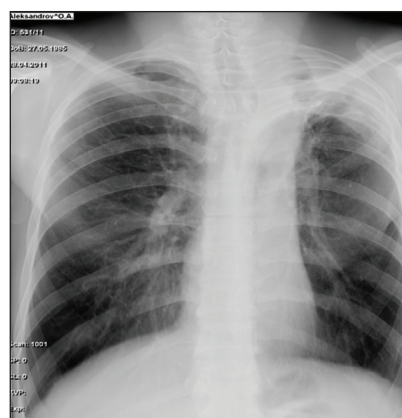


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма при поступлении больного А.

Верхняя доля ателектазирована, безвоздушна, содержит несколько полостей распада до 3,2 см в

диаметре. В кортикальных отделах верхней половины правого легкого рассеянные мелкие очаги

После полного клинического обследования был поставлен клинический диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез в/доли левого оперированного легкого осложненный эмпиемой плевры. Состояние после резекции части S1–2, S3 слева 22.05.05 в РПТД г. Чебоксары. Состояние после торакотомий слева и справа по поводу проникающих ножевых ранений в 2001 г. в ГБ г. Чебоксары. МБТ(–). ЛУ данных нет.

Больной получал химиотерапию: Микобутин 0,3, Изониазид 0,6, Пиразинамид 1,5 (отменен 10.08.11. — суставной синдром), Этамбутол 1,2, Амикацин 1,0 в/м, гепатотропную, неспецифическую антибактериальную терапию.

07.06.11 г. первым этапом была выполнена операция: резекция S1–2, S3 и части S6 левого легкого (хирург: Гиллер Д.Б.).

Гистологическое заключение: фиброзно-кавернозный туберкулез легкого в фазе вялотекущего прогрессирования. Туберкулезное воспаление бронха. Туберкулез ВГЛУ.

На обзорной рентгенограмме через 20 дней после первой операции (рис. 2):

ФВД: ЖЕЛ–45,5%, ОФВ1–56,0%.

Газы крови pO_2 –74 ммНг, pCO_2 –33,8 ммНг.

Шаговая проба: 460 м за 6 мин.

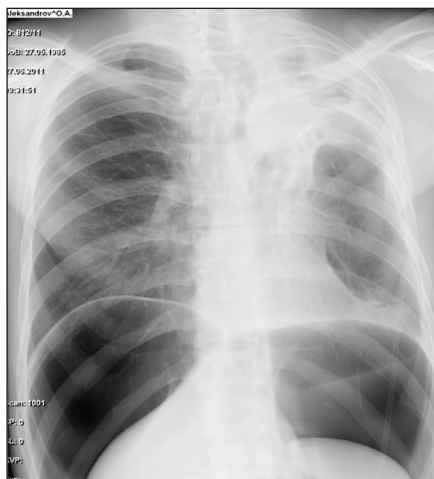


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма больного А после резекции S1–2, S3 и части S6 левого легкого

В послеоперационном периоде отмечалось замедленное расправление легкого, в связи с чем решено было выполнить вторым этапом отсроченную торакопластику.

06.07.11 г. выполнена операция: Отсроченная 6-ти реберная торакопластика слева.

(Хирург: Гиллер Д.Б.)

Послеоперационный период без осложнений. Заживление раны первичным натяжением.

Рентгенологически при выписке (рис. 3): Состояние после резекции и отсроченной 6-ти реберной торакопластики слева. Левый гемиторакс уменьшен в объеме, левое легкое расправлено. Воздуха и свободной жидкости в плевральной полости нет. В легких без дополнительных очаговых и инфильтративных изменений, дополнительное рассасывание очагов справа.

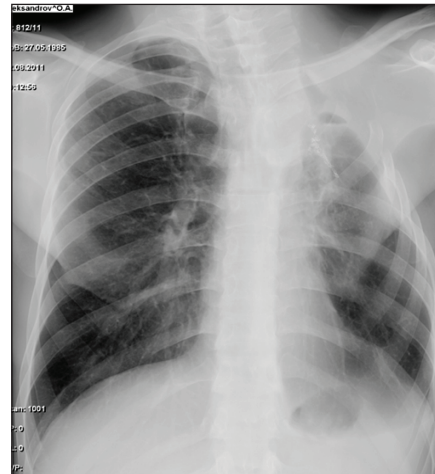


Рис. 3. Рентгенограмма больного А. через месяц после второго этапа хирургического лечения

Перед выпиской ФВД: ЖЕЛ 53,4%, ОФВ1 60,2%, умеренное снижение вентиляционной способности легких по рестриктивному типу.

Газы крови pO_2 –88 ммНг, pCO_2 –36,6 ммНг.

Индекс Тифно — 109,4

Шаговая проба: 480 м за 6 мин.

Анализ мокроты люм. методом (18, 19, 20.07.11.) — МБТ отр.

Анализ мокроты ВАСТЕС методом (18, 19, 20.07.11.) — рост не выявлен.

Больной 17.08.2011 г. в удовлетворительном состоянии выписан для дальнейшего лечения в ПТД по месту жительства.

При контрольном обследовании через 7 месяцев после хирургического лечения, по данным обзорной рентгенографии от 12.02.12 г. (рис. 4) и КТ ОГК от 05.03.12 г. (рис. 5): фиброзные изменения в области металлического шва слева. Очагово-инфильтративных изменений в легких не определяется. ФВД от 06.03.12 г.: ЖЕЛ–65%, ОФВ1–63%, умеренное снижение вентиляционной способности легких по рестриктивному типу. Газы крови: pO_2 –86 мм, pCO_2 –34,2 мм. Тест шестиминутной ходьбы — 520 м. В посевах мокроты люминесцентным методом на МБТ микобактерии не обнаружены. Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Временно не работает.



Рис. 4. Рентгенография больного А. через 7 месяцев после двухэтапного хирургического лечения

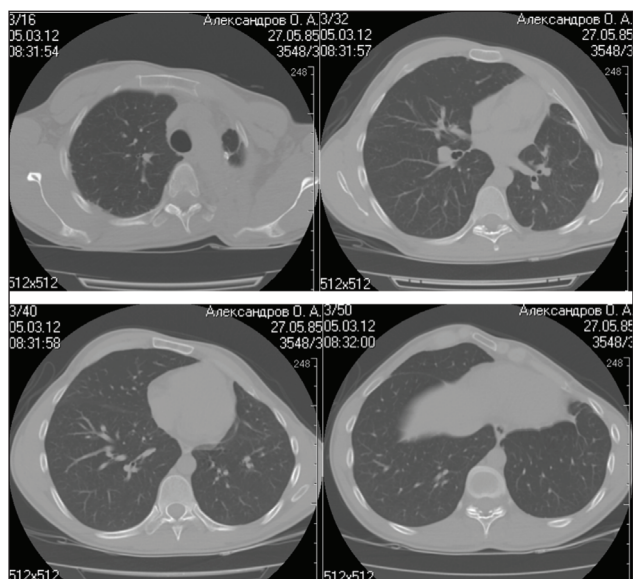


Рис. 5. Компьютерная томограмма больного А. через 7 месяцев после двухэтапного хирургического лечения

Средняя продолжительность ререзекций составила 217 ± 3 мин., интраоперационная кровопотеря 353 ± 7 мл. В одном случае последовательно с ререзекцией была выполнена резекция противоположного легкого. Таким образом, у 40 больных произведены 57 операций.

Осложнения возникли после 5 (8,8%) операций, в том числе остаточная плевральная полость — 1; замедленное расправление легкого — 2; внутриплевральные кровотечения — 2. Все осложнения были ликвидированы на стационарном этапе лечения. Летальности не отмечалось.

На момент выписки из хирургического стационара значительное улучшение (CV-, BK-) констатировано у 38 (95%) пациентов, улучшение (CV+, BK-) — у 2 (5%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повторные резекции легких — эффективный метод лечения послеоперационных рецидивов, имеющий гораздо более предпочтительные функциональные последствия чем пневмонэктомии, применяемые в подобной ситуации в большинстве клиник как метод выбора.

С.А. Ефименко,
д.соц.н., профессор, заместитель директора
по научной работе НИИ социологии медицины,
экономики здравоохранения и медицинского
страхования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Н.В. Зайцева,
младший научный сотрудник НИИ социологии
медицины, экономики здравоохранения и
медицинского страхования Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

S.A. Efimenko,
doctor of sociology, prof., deputy director for science of the
Research institute of sociology of medicine, economics
of health and medical insurance of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

N.V. Zaitseva,
minor research fellow of the Research institute of sociology
of medicine, economics of health and medical insurance
of the First MSMU named after I.M. Sechenov

УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРСОНАЛ-ТЕХНОЛОГИЙ

PERSONNEL MANAGEMENT IN MEDICAL ORGANIZATIONS: THE OPPORTUNITIES AND PROSPECTS FOR THE USE OF MODERN STAFF TECHNOLOGIES

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Светлана Алексеевна Ефименко, заместитель по научной работе директора НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования

Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо д. 11., стр. 2

Телефон: 8 (499) 246–12–03

E-mail: socmed-1mgmu@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. Данная статья посвящена анализу возможностей и перспектив применения современных персонал-технологий в медицинских учреждениях.

Annotation. This article deals with the analysis of the opportunities and prospects for the use of modern staff technologies in medical organizations.

Ключевые слова. Персонал-технологии, управление персоналом, социология медицины.

Key words. Staff technologies, personnel management, sociology of medicine.

В настоящий момент модернизационные процессы в российском обществе выходят на первый план государственной политики. Одним из актуальных направлений реформ выступает модернизация системы здравоохранения Российской Федерации, что нашло отражение в Концепции развития здравоохранения до 2020 г.

Стартовавшая в 2011 г. в России реформа здравоохранения затронула все медицинские организации страны и внесла изменения в работу медицинских

управленцев [1, 2]. Вместе с тем, наиболее значимый фактор, детерминирующий развитие системы здравоохранения — человеческий, а точнее — кадровый капитал. В соответствии с концепцией социального и человеческого капитала Г. Беккера и Дж. Коулмана, грамотно построенная система управления кадровыми резервами организации позволяет прогнозировать поведенческие риски в социальном контексте, а также организовать работу на принципах действия, максимизирующих полез-

ность труда для всего коллектива и организации [5].

Руководство организацией в ситуации перемен требует осмысления того факта, что изменение в любой части организации оказывает влияние на организацию в целом и затрагивает такие важные аспекты в управлении персоналом, как доверие персонала к организации и степень удовлетворенности персонала трудом [7, 8]. При этом невозможно переоценить значение компетентности руководителей медицинских организаций в данных вопросах, принципов и методов, на основе которых строится их работа с персоналом. Процесс управления системой здравоохранения и составляющими ее медицинскими и иными организациями требует знания и учета закономерностей формирования, функционирования и организационных систем в целом [3, 6].

Изучение отношения руководителей медицинских организаций к различным аспектам кадровой проблематики и выявление их потребности в информации о современных технологиях управления было организовано посредством анкетного опроса 57 специалистов руководящего звена медицинских организаций ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, осуществленного в октябре-декабре 2011 г. По результатам проведенного исследования были выявлены основные тенденции в применении методов управления персоналом, а также ориентации руководителей на применение современных персонал-технологий.

Так, основными задачами в управлении персоналом, по мнению руководителей, является эффективный подбор и удержание персонала в организации (36,8%), поддержание работоспособности персонала (35,1%), оптимизация кадрового потенциала (28,1%). Вместе с тем наблюдается парадоксальная ситуация: большинство руководителей осознавая необходимость планирования потребности организации в персонале, не хочет (31,6%) или не может (80,7%) в силу разного рода проблем (затруднения в количественной или качественной оценке потребности в персонале) осуществлять эту деятельность. При этом на практике подбор персонала осуществляется, преимущественно, случайным, несистемным, внеплановым образом — предпочтений в стратегии подбора не имеют 70,2% руководителей, еще 19,3% респондентов предпочитают опираться на внутренние источники кадров (отдает предпочтение закрытой кадровой политике), а 10,5% — сознательно предпочитают привлекать сотрудников «со стороны».

Респонденты указали, что в настоящий момент заполнение вакантных должностей в медицинских организациях предполагает:

- соответствие уровня образования и наличия подтверждающих документов соискателя должностным требованиям (94,7%);

- прохождение соискателем собеседования с сотрудником отдела кадров (100%);

- прохождение соискателем собеседования с будущим непосредственным руководителем (54,4%);

- наличие у соискателя рекомендаций с предыдущих мест работы (28,1%);

- дополнительное тестирование соискателя (психологическое, профессиональное) или проверку его профессиональных навыков (14%).

Однако, кроме информации о формальном соответствии соискателя должности, которую хотели бы получать 82,5% опрошенных руководителей, существенный интерес у менеджеров высшего звена вызывают результаты тестов на профпригодность (около половины респондентов), личностных и интеллектуальных тестов (43,9% и 21,1% респондентов), показателей трудовой мотивации соискателя (43,9% респондентов). Кроме того, 45,6% руководителей хотели бы знать мнение уважаемого ими сотрудника о профессиональных качествах соискателя. Помимо указанных показателей, менеджеры руководящего звена отмечают в качестве значимых критериев личное впечатление о соискателе, количество предыдущих исков к медицинскому специалисту от страховых компаний, неофициальное мнение предыдущего руководителя, наличие хороших отзывов с предыдущих мест работы, заключение результатов медицинского осмотра (можно отнести к формальному соответствию должности), а также — «наличие мозгов и совести».

Безусловно, эффективность работы персонала, помимо профессиональных и личностных качеств сотрудника, во многом обусловлена стажем его работы и показателями адаптации в коллективе. Большинство опрошенных руководителей (86%) не отрицают наличия проблем у новых сотрудников: более половины (56,1%) опрошенных видят их в недостаточном уровне подготовки новых сотрудников; по 10,5% опрошенных выделили проблемы с коллективом и личные (семейные) обстоятельства; 7,1% затруднились с ответом. Только 14% опрошенных выбрали вариант «у новых сотрудников практически никогда не бывает проблем, большинство приживается в коллективе».

При этом процесс адаптации вновь принятого специалиста в коллективе воспринимается третьей частью респондентов как процесс, который не требует внедрения дополнительных мер и процедур адаптации со стороны управленцев и ответственность за который несет сам новый сотрудник. Большинство же опрошенных указали, что в их организации существуют формальные либо неформальные (стихийно сложившиеся) меры (процедуры), направленные на интеграцию и адаптацию новых работников в коллектив (рис. 1).

По данным исследования, после зачисления соискателя в штат организации основными мероприятиями, направленными на выявление его соответствия занимаемой должности являются контроль

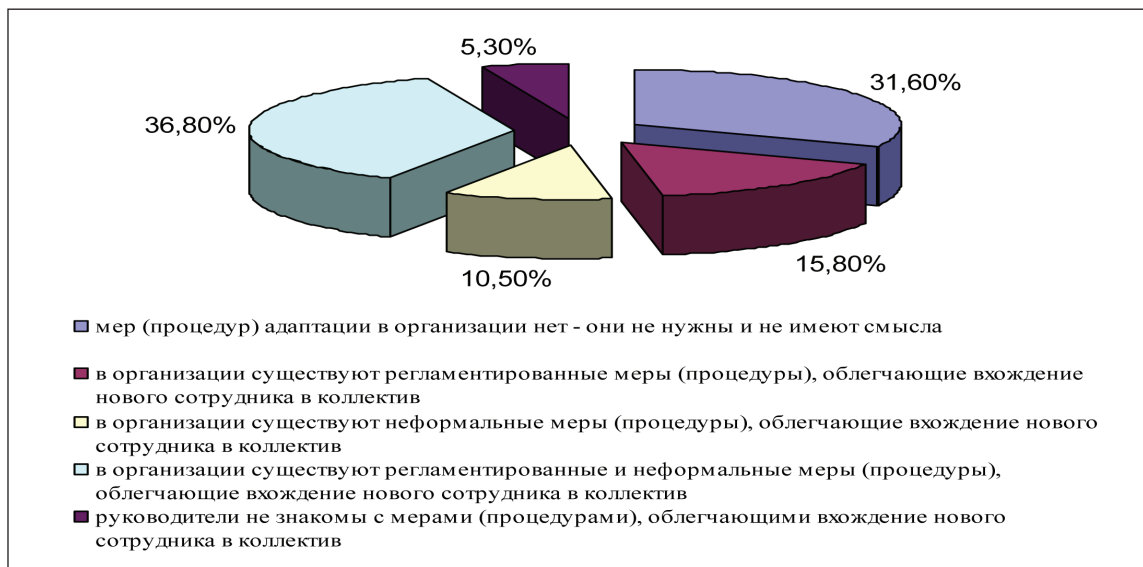


Рис. 1.

со стороны непосредственного руководства и аттестационные мероприятия. Такой важный элемент в системе управления персоналом медицинской организации, как анализ деятельности сотрудников, по мнению абсолютного большинства руководителей, очень важен, однако около трети респондентов (29,8%) признались, что на практике в их организации не применяется. При этом анализ деятельности представляется менеджерам руководящего звена как действенный инструмент в вопросах:

- внутренней мобильности кадров (36,8%);
- оптимизации технологических процессов, расходов на персонал (31,6%);
- создания программ оценки деятельности и обучения персонала (24,6%);
- совершенствования должностных инструкций (19,3%).

При этом оценка эффективности работы сотрудников традиционно представлена организацией в аттестации персонала, и отношение к этому мероприятию со стороны самих руководителей весьма неоднозначно: практически половина (45,6%) опрошенных указали, что оценка труда сотрудников в организации не проводится, либо носит формальный характер, при этом создает напряженность в коллективе и мешает нормальной работе; немногим более трети (36,8%) респондентов считают, что аттестация сотрудников в их организации «дает основания для справедливого поощрения или порицания сотрудников», еще меньше (35,1%) — что «поддерживает у сотрудников чувство справедливости и повышает трудовую мотивацию»; только 26,3% опрошенных отметили, что в их организациях оценка труда «помогает выявить проблемы и

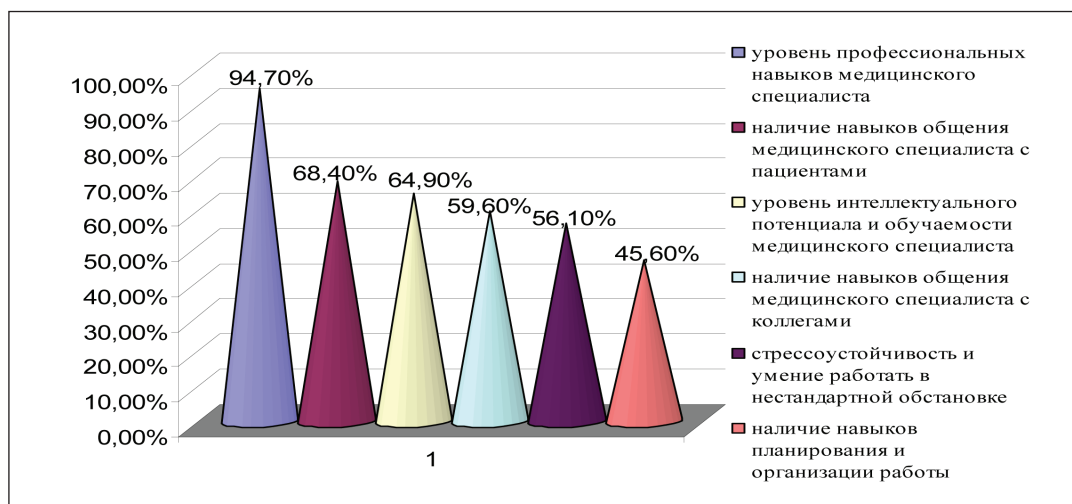


Рис. 2.

создать эффективные программы обучения и развития», 22,8% — что «помогает оценить потенциал будущего продвижения сотрудника».

Вместе с тем, руководители указывают широкий спектр характеристик специалистов, важных для оценки эффективности работы сотрудников и внутренней политики управления кадрами организации в целом (рис. 2.).

Таким образом, можно заключить, что довольно негативное отношение респондентов к аттестации персонала вызвано отнюдь не отсутствием у них интереса к данному мероприятию как таковому, а, преимущественно, реалиями ее проведения. Заметим, что практически половина (49,1%) респондентов считают, что аттестация (оценка соответствия занимаемой должности) сотрудников в организации должна проводиться специально созданной комиссией и еще 8,8% — только руководителем, однако 12,3% хотели бы, чтобы в их организации оценка проводилась руководителем и коллегами, 10,5% — руководителем, коллегами, пациентами и самим сотрудником, по 8,8% голосов опрошенных получили варианты ответа «руководителем, коллегами и пациентами» и «руководителем, коллегами и самим сотрудником». Соответственно, ответы 40,4% современных руководителей свидетельствуют об их готовности проводить в своей организации оценку по принципу «360 градусов» (подразумевающей оценку деятельности сотрудника начальством, подчиненными, коллегами, пациентами и самооценку), либо близкую к ней, о стремлении к комплексности, полноте и прозрачности, а главное к эффективности такой оценки.

Традиционное денежное вознаграждение (премирование) персонала, применяющееся в большинстве

учреждений считают самым эффективным стимулом 61,4% опрошенных, но для значительной части руководителей (38,6%) денежные выплаты не являются однозначно положительным и эффективным методом стимулирования труда, а практически четверть (24,6%) считает более действенными методы наказания (порицания) для сотрудников. Кроме того, респонденты выделили в качестве эффективных стимулов для работников предоставление служебного жилья и автомобиля (12,3%), патернализм и организационные формы стимулирования (по 7% ответов), возможность участия в управлении и прибыли организации (5,3%). Заметим, что ни один респондент не отметил как наиболее эффективные формы стимулирования награждение сотрудников грамотами, подарками, размещение фотографий на доске почета.

Вместе с тем, профессиональные стратегии развития сотрудников медицинской организации предполагают постоянное самосовершенствование и повышение квалификации [9]. В настоящее время повышение квалификации и обучение персонала в медицинских организациях контролируется и проводится в строгом соответствии с требованиями к медицинским специальностям, хотя уже наблюдается применение в качестве дополнительных образовательных практик инновационных форм повышения квалификации медицинских специалистов (рис. 3).

Заметим, что многие руководители и организаторы здравоохранения высказывают сомнение в целесообразности проводящегося один раз в 5 лет сертификационного обучения персонала как для организации (остающейся без сотрудника в течение длительного времени), так и для самого обучаемого. В качестве альтернативы ими, в частности, предлагается использовать обучающие кратковременные

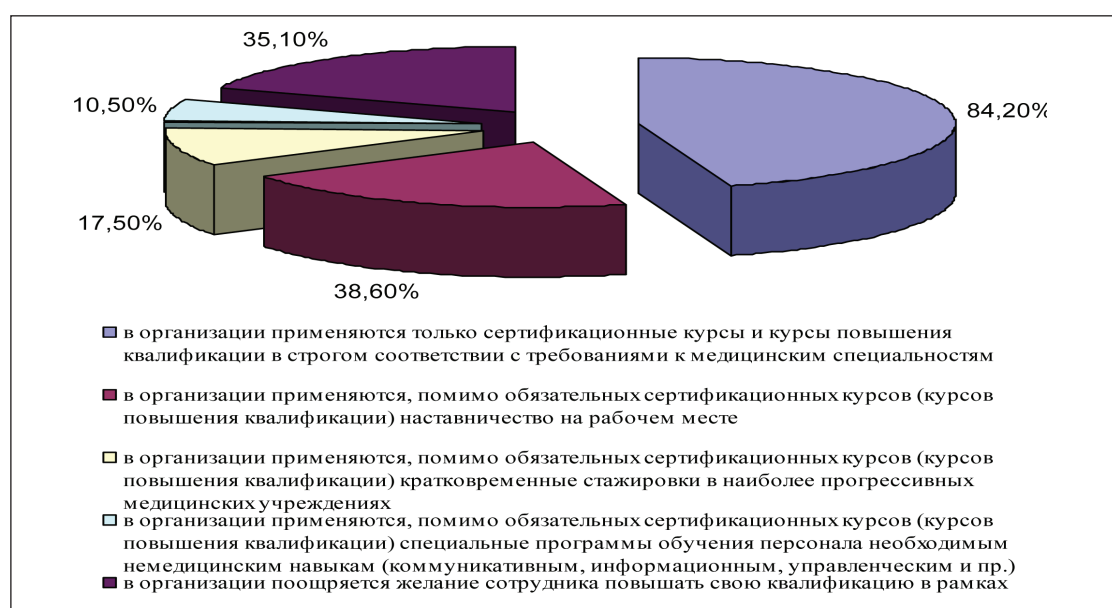


Рис. 3.

стажировки у коллег, работающих с передовыми технологиями или на новейшем оборудовании, за которые обучившемуся будут присваиваться баллы. Этот вопрос не относится к компетенции руководителя медицинской организации, однако руководители выражают готовность разрабатывать и применять (при наличии достаточных ресурсов, прежде всего интеллектуальных и финансовых), специальные программы, направленные на развитие необходимых для организации компетенций (например, тренинги клиентоориентированности, тренинги эффективного поведения в конфликте, командной работы), поощрять лучших сотрудников возможностью выбора образовательных программ и курсов, использовать наставничество опытных коллег как элемент обучения.

Так, по мнению руководителей, перед которыми стоит задача формирования кадрового состава организации, актуальным будет привлечение в рамках сертификационных курсов организационных психологов и социологов, которые могут предоставить им подробную информацию об особенностях коллективов, существующих методах привлечения, подбора и удержания персонала. К примеру, процедуры адаптации, несложные в организации и применении, несут в себе ряд несомненных преимуществ: для нового сотрудника — способствуют снятию большого количества проблем, возникающих в начале работы; для персонала — существенно активизируют творческий потенциал уже работающих сотрудников, усиливают их включенность в корпоративную культуру организации; для руководителя — дают информацию о степени развития коллектива, уровне его сплоченности и внутренней интеграции; для организации в целом — уменьшают текучесть кадров и повышают производительность за счет полного включения новых сотрудников в трудовой процесс за существенно более короткий промежуток времени. Кроме того, для руководителей, заинтересованных в оптимизации кадрового потенциала организации востребованной будет информация, раскрывающая комплексное значение анализа деятельности сотрудников в стратегическом планировании работы с персоналом организации, о возможностях корпоративного обучения и развития, необходимости сочетания различных форм стимулирования труда, преимуществах создания эффективной процедуры оценки персонала и т.д.

Заметим, что 26,3% респондентов считают внедрение современных технологий управления персоналом в медицинских организациях руководителей подразделений, 21,2% опрошенных отдадут приоритет в этом вопросе отделу кадров, еще столько же хотели бы, чтобы этим занимался менеджер по персоналу, который должен быть в штате. Всего

8,8% руководителей возложили бы эту функцию на приглашенных кадровых консультантов. И наиболее, на наш взгляд, перспективным и обнадеживающим является результат, полученный более чем от половины (63,2%) респондентов, которые считают внедрение современных персонал-технологий обязанностью руководителей всех уровней, тем самым выражая готовность к командной работе и понимание ее необходимости.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что современные руководители заинтересованы в информации о возможностях современных персонал-технологий, учитывающей полный комплекс кадровых мероприятий и их стратегическую направленность. Однако для повышения компетентности руководителей в данных вопросах требуется предоставление им дополнительной информации и возможностей самостоятельного выбора при разработке и реализации эффективной кадровой стратегии в учреждениях здравоохранения.

Список литературы

1. Аксенова Е.А. Стратегический ассесмент: Как сформировать человеческий ресурс организационных изменений: Учеб. пособие для студентов вузов. — М.: Аспект Пресс, 2008.
2. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года. — Россия, 2009. — С. 7–9.
3. Решетников А.В. Социология медицины. Учебник. — М.: Изд-во «ГЕОТАР-Медиа», 2006.
4. Управление персоналом: Учебник для вузов / Под ред. Базарова Т.Ю., Еремина Б.Л. — 2-е изд. — М.: ЮНИТИ, 2003.
5. Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий // Общественные науки и современность. — 2001. — № 3. — С. 122–139.
6. Ефименко С.А., Зарубина Т.В. Медико-социологический мониторинг как инструмент современных технологий в управлении здоровьем // Врач и информационные технологии. — 2007. — № 2. — С. 59–65.
7. Шурупова Р.В. Особенности профессиональной мотивации врачей-клиницистов и основные способы стимуляции их интереса и самосовершенствования в работе // Социология медицины: наука и практика: сб. статей / Под ред. Решетникова А.В. — М.: Изд-во Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, 2012.
8. Богачанская Н.Н. Образ жизни медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений // Социология медицины. — 2008. — № 2. — С. 42–46.
9. Присяжная Н.В. Медицина и социология: общее поле деятельности // Медицинское образование 2012: сборник тезисов, М., БИНОМ, Лаборатория знаний, 2012. — С. 226–228.

Р.В. Шурупова,
к.п.н., доцент, академик РАЕН, заведующая отделом
социологии управления здравоохранением НИИ
социологии медицины, экономики здравоохранения и
медицинского страхования Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

R.V. Shurupova,
PhD, lecturer, academician of RANS, head of the
Department of sociology of health management of the
Research institute of sociology of medicine, economics
of health and medical insurance of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ВРАЧА: ВЫБОР СТРАТЕГИЙ И СПЕЦИФИКА ПРОЦЕССА ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ

(Опыт социологического исследования)

THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF PHYSICIAN: THE CHOICE OF STRATEGIES AND THE SPECIFIC PROCESS OF PROFESSIONALIZATION

(An experience in sociological research)

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Раиса Викторовна Шурупова, заведующая отделом социологии управления здравоохранением НИИ социологии
медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования

Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2

Телефон: 8 (499) 246–12–03

E-mail: socmed-1mgmu@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. Данная работа посвящена вопросам профессионального становления врача, особое внимание уделяется процессу самосовершенствования врачей-педагогов.

Annotation. The article under review is about the professional development of physician, special attention is paid to the process of self-perfection of physician-teachers.

Ключевые слова. Социология медицины, профессионализация, профессиональная деятельность врача.

Key words. Sociology of medicine, professionalization, professional occupation of a doctor.

Мир профессий необъятен и весьма разнообразен, и соответственно, ответ на вопрос «Все ли обстоятельства учтены своими профессиональными желаниями?» также имеет весьма широкий диапазон смыслового наполнения. Вспомним В.В. Маяковского: «Книгу перевернувши, намотай себе на ус — все работы хороши, выбирай на вкус!».

Выбирать на вкус — это значит в соответствии со своим желанием, со своей склонностью. Молодые люди не всегда могут комплексно и взвешенно осмыслить вектор направленности и движущую силу их желания овладеть профессией, что впоследствии отражается на их вовлеченности и заинтересованности своей профессией, мотивации професси-

онального становления и развития, и зачастую приводит к обесцениванию собственного профессионального выбора и отказ от работы по специальности.

Можно согласиться с мнением В.Я. Данилевского, считавшего абсурдным принцип поточной (массовой) подготовки специалистов в области медицины. Как указывает В.Я. Данилевский, эта профессия требует, помимо призвания, еще и наличие природных данных: духовного и физического здоровья, пластики мышления, сострадания, готовности к самопожертвованию, инициативы. Он указывал, что отсутствие указанных качеств не может быть восполнено ни знаниями, ни умением, ни на-

выками, тогда как при заинтересованности в профессии — клиническое мышление вырабатывается в ходе упражнений без каких-либо усилий со стороны студента-медика [1].

Мы обобщили ряд исследований с целью выяснения причин (мотивов) профессионального выбора абитуриентов, студентов. По данным ряда российских исследований, на первом месте стоит такой мотив выбора профессии, как её престижность, на втором — высокая заработная плата, затем — интересное содержание труда и хорошие условия труда. Однако, как пишет С.А. Ефименко, «основная масса респондентов считает, что имеющиеся условия труда не соответствуют целям и задачам их профессиональной деятельности» [2]. Также студенты указывают на такие критерии выбора профессии, как доступность обучения, лёгкость получения образования, советы родителей, пример друзей и др.

Автор публикации провела социологическое исследование по проблеме объективного отношения к роли династий в выборе профессии, к профессионализму и профессиональной культуре врачей-педагогов. Исследование осуществлялось среди студентов старших курсов лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (МГМУ) с ноября 2007 г. по июнь 2008 г. В опросе приняли участие 107 обучающихся. Студентам предлагалось заполнить анкету, содержащую ряд вопросов о врачах-педагогах. Предполагалось, что основой заполнения анкет послужит опыт работы с врачами-педагогами МГМУ при прохождении обучения. Анкетные данные были сгруппированы для возможности расчета процентного соотношения наиболее часто встречающихся вариантов ответов.

Исследование предусматривало возможность анонимного участия в опросе (по выбору), но большинство студентов (80,3%) не воспользовалось правом оставить графу ФИО незаполненной. Абсолютное большинство студентов проявило готовность открыто вступить в диалог и отстаивать свое мнение с целью проведения конструктивной работы по дальнейшему развитию образовательного процесса в МГМУ.

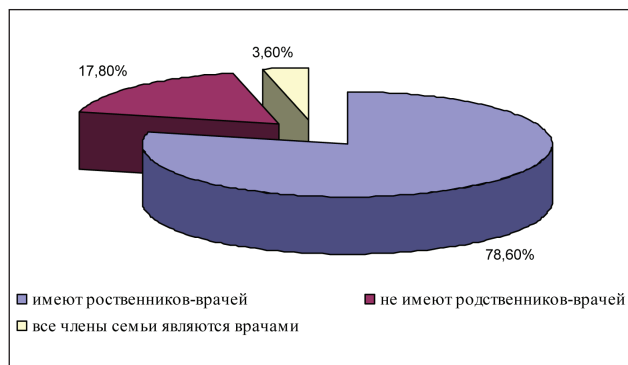


Рис. 1.

Из года в год увеличивается число желающих поступить в медицинские вузы. Помимо традиционной мотивации (желания служить ближнему) немалую роль в выборе вуза играют научно-технический прогресс и развитие коммерческой медицины. В статье В. Перглера «Искусство лечить людей: от отца к сыну» содержатся интересные замечания на этот счёт [3].

Известно, что большое количество семей имеют давние сложившиеся традиции, в том числе и в отношении профессиональной деятельности. Так, нередко, подрастающие поколения ряда династий врачей также выбирают медицину и пополняют ряды медицинских специалистов. Анализ жизненной ситуации династий подтверждает, что у 78,6% студентов-медиков имеются врачи среди родственников, а у 3,6% — все члены семьи являются врачами (рис. 1).

Весьма вероятно, что выбору профессии студентов способствуют не только формальная принадлежность к профессии родственников, но пример врача среди близких — того, кто оказывает реальную помощь каждый день, образа жизни, несущего свет надежды всем окружающим. Династии — довольно распространенный феномен во всех профессиональных группах. Его особенности удачно отражены в книге Ф. Гальтона «Наследственность таланта», в работах других отечественных и зарубежных авторов [4].

В ответе на вопрос анкеты о важнейших, с точки зрения обучающихся, педагогических качествах врача, студенты руководствовались, прежде всего, опытом работы с преподавателями, в большинстве случаев врачами кафедр и клиник МГМУ, то есть учитывали медицинскую специфику образовательного процесса. Среди множества вариантов ответов наиболее часто встречаются следующие (здесь и далее в порядке убывания): юмор, терпение, краткость, справедливость, интеллект, знание и другие.

Отметим, что душевное здоровье человека в значительной степени определяется способностью с юмором или с иронией относиться к очень серьезным проблемам. Сквозь призму юмора подчас ярко высвечиваются слабости и недостатки современной медицины. Можно предположить, что студенты уделяют большое значение необходимости снижения психологического давления при изучении медицины. Особенно стоит отметить тот факт, что качество «юмор» встречалось в той или иной форме в 92,3% анкет (рис. 2).

Основываясь на мнениях и оценках респондентов, можно сказать, что педагогическое мастерство и педагогическая технология занимает позиции в конце ранжированных параметров, что может говорить о высоком уровне подготовки врачей, ведущих педагогическую деятельность в МГМУ, с педагогической точки зрения. Кроме того, следует подчеркнуть, что в последнее время в МГМУ началась активная работа по повышению квалификации врачей.

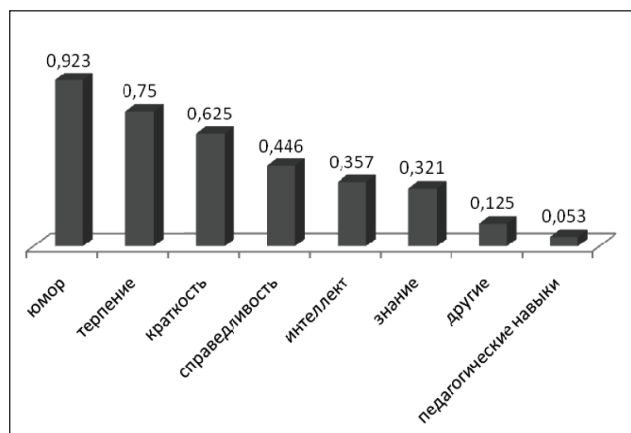


Рис. 2.

Общеизвестно, что в процессе обучения большое значение придаётся личности педагога. Практически во всех анкетах перечислялись конкретные врачи, с которыми студентам приходилось работать на протяжении шести лет обучения на лечебном факультете. Большое количество респондентов также указывало кафедры, причем многие из перечисленных преподавателей работали на одной кафедре. Например, были перечислены такие кафедры, как кафедра патологической физиологии и фармакологии. В целом, все кафедры МГМУ, которые работают со студентами, были перечислены хотя бы один раз. Упомянутые выше кафедры или преподаватели, работающие на них, встречались практически во всех анкетах (98,2%). Это достаточно высокий уровень оценки работы преподавателей.

Как показали оценки студентов, больше всего запомнились самые неординарные преподаватели. Безусловно, среди них есть те, кто прекрасно воплощает последние инновационные методы ведения образовательного процесса, внедряя идеи активного, проблемного, развивающего обучения, принципы сотрудничества. В то же время, некоторые педагоги запомнились и в свете точного следования авторитарной модели. В любом случае, именно нестандартность стиля отложилась в памяти студентов, а вместе с тем, возможно, и знания, навыки, умения, личностные качества и ценностные ориентации, полученные по соответствующей дисциплине.

Участники социологического опроса отмечают, что даже после непростых лет недавней истории современной России многие профессионалы предпочли не просто сохранять, но развивать уникальные традиции отечественной медицинской школы. Очевиден тот факт, что уникальность отечественной медицинской школы во многом обязана выдающимся деятелям медицины. Масштаб и авторитет этих исторических фигур обуславливает выбор будущей профессии многих студентов. Заметим, что многие

светила медицинской науки также занимались общественной и педагогической деятельностью.

Чаще всего в анкетах упоминались такие известные личности как: И.М. Сеченов, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин и Н.Ф. Филатов, что может быть связано, с одной стороны, с вполне прозаическими причинами — обучаясь в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова, проходя по Большой или Малой Пироговской улице в учебные корпуса или клиники, постоянно слыша о «Филатовке», студент-медик может ассоциировать данные фамилии исключительно в техническом плане. Впрочем, в пользу оптимистического варианта говорит тот простой факт, что в МГМУ на ранних курсах организованы учебные циклы по истории медицины, работает музей медицины, регулярно проходят мероприятия, посвященные тому или другому известному отечественному медицинскому деятелю.

Материалы исследования показали, что к концу обучения (к 6-му курсу) в МГМУ происходит рост профессиональной целеустремленности студентов, а вместе с этим становление их как целостной личности и профессионалов. Вместе с тем, как показывают социологические исследования автора, желание студентов-выпускников вернуться в медицинскую академию в качестве педагога и продолжить развивать отечественную медицинскую науку не только как врач-специалист, но и как наставник будущих поколений, представлены в ответах «нет», «может быть», «да» в отношении 2:1:1 (рис. 3).

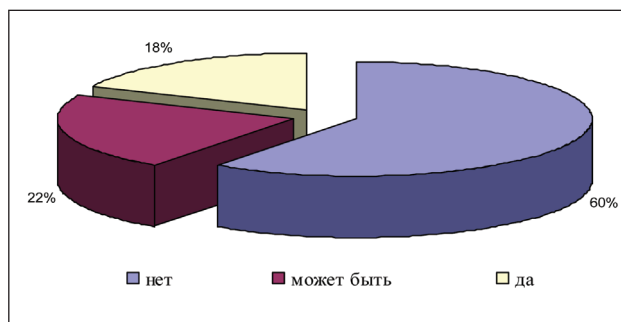


Рис. 3.

При этом негативные бескомпромиссные ответы в форме «конечно, нет», к сожалению, не предполагали конструктивной критики и совместной работы по выявлению негативных аспектов, а также выработки подходов к стратегии их разрешения. Вместе с тем, ряд студентов планируют продолжить славную традицию отечественной медицины, «своими руками» направлять новую достойную смену. В исследовании респондентам, прошедшим обучение, также предлагалось высказать пожелания врачам, преподававшим в МГМУ. Среди большого разнообразия пожеланий выделялись, прежде всего, поже-

лания терпения (89%), сохранения крепких нервов (57%) и удачи в работе (21%).

Ещё одно важное направление, которое интересовало автора — это список предпочтительных форм работы в процессе обучения. Заполняя графу «Формы проведения занятий», студенты руководствовались опытом работы с различными преподавателями и мнением о том, какие формы с их точки зрения наиболее оптимальны для постижения медицины, каких форм им более всего не хватало. Был представлен широкий спектр форм соответствующих современной концепции методов обучения, включая такие необычные формы для отечественных медицинских высших учебных заведений как «деловые игры». Упоминались и более привычные формы — такие, как лекции или семинары.

Анализируя состояние внедрения новых технологий обучения аспирантов и преподавателей можно сделать вывод о том, что больше всего студенты ценят, помимо развивающих активных игровых форм (например, «деловая игра»), давно известную форму проведения занятия — «у постели больного» (рис. 4).

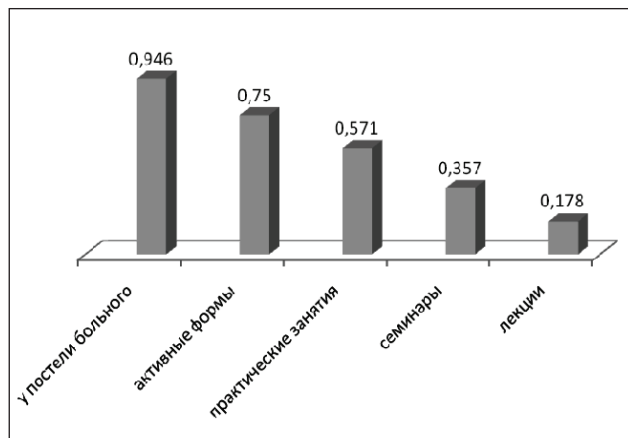


Рис. 4.

Другими словами, студентов интересует не столько углубленное изучение теоретической базы на лекциях и самостоятельная подготовка к семинарским занятиям, сколько реальные практические занятия, где можно почерпнуть знания, навыки и умения, которые действительно могут пригодиться не только в профессиональной деятельности, но и в современной непростой «обычной жизни». Вместе с тем, нельзя не согласиться с мнением И.И. Косарева и В.А. Попкова, что «...как бы хорошо ни было построено обучение, какими бы совершенными ни казались учебники, учебные и методические пособия, они не в состоянии заменить самообразование и самовоспитание личности» [6].

Так как основой любой профессии является профессиональный опыт, т.е. знания, умения, навыки, чувственный опыт [10], исследователь выясняла,

какие формы занятий, мероприятия будут обеспечивать реализацию профессиональных способностей врача. Предполагалось, что использование активных методов обучения позволяет существенно повысить качество образования в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова.

Внедряемая автором с 2003 г. технология игромоделирования занимает одно из центральных мест в системе инновационных технологий обучения на кафедре теории и технологии обучения в высшей школе ФУЭЗ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Её сущность состоит в переводе обозначаемых целей обучения и воспитания в реальные результаты. В процессе обучения взрослых игра позволяет как усвоить новый, так и привлечь имеющийся социальный и профессиональный опыт, в результате чего знания актуализируются и трансформируются в умения и навыки, происходит накопление опыта личности и её развитие. Внедрение инновационного подхода в образовательный процесс с учётом современных требований и мировых тенденций выступает одним из стратегических направлений развития Первого МГМУ им. И.М. Сеченова [7].

В большой степени успех активных методов обучения зависит от управленческих умений преподавателя, обстановки в аудитории, которая позволяет студентам не бояться рисковать и обеспечивает удовлетворение запросов студентов. Если вид деятельности является новым для большинства студентов, то такая деятельность должна быть тщательно структурирована и объяснена столько раз, сколько необходимо для того, чтобы студенты ее приняли [5, 8].

Представления автора-исследователя о применении нестандартных форм обучающей деятельности в рамках медицинского вуза были существенным образом дополнены данными экспериментального исследования организации работы преподавателей МГМУ, проведённого в соавторстве с М.А. Кузнецовой (N=67, 2008 г., г. Москва). В рамках исследования были заданы параметры организационно-деятельностной игры — моделирования совокупности факторов, обеспечивающих успешную адаптацию специалиста-медика.

Интенсивная интеллектуальная деятельность участников организационно-деятельностной игры была направлена на получение инновационного интеллектуального продукта. При этом каждый участник игры должен был провести ранжирование двадцати предложенных факторов по степени значимости на четыре группы. Наиболее значимыми факторами, определяющими успех, по мнению преподавателей, являлись (в порядке убывания):

1. Профессионализм.
2. Потребность в саморазвитии, достижении акме.
3. Адекватная самооценка.

4. Личная зрелость.

5. Профессиональное (клиническое мышление).

В качестве менее значимых были выделены такие показатели, как: характер взаимосвязей между профессионально важными свойствами личности, профессиональная пригодность, профессиональная способность, профессиональное самосознание, профессиональный склад ума.

Кроме того, респонденты-преподаватели выделили группу факторов, влияние которых ограничено, к числу которых отнесли внешний вид, культуру врача, наличие критического и интуитивного мышления, влияние трудового коллектива, индивидуальный стиль профессиональной деятельности. Как незначимые факторы были указаны толерантность, креативность, проактивность (активность для будущего), самоидентификация, образное мышление.

Вместе с тем, было выявлено, что многие преподаватели лишь в общей форме представляют сущность профессионального самосовершенствования, совершенно не знают его механизмы, испытывают большие затруднения в обосновании методики своей работы над развитием профессионально-значимых качеств, знаний, умений, навыков. Так, 78% преподавателей в принципе затруднялись с пониманием вопроса «Какие методы, формы и средства Вы используете в целях своего самосовершенствования?», указывая в качестве ответа «чтение газет, журналов». К основным трудностям процесса самосовершенствования значительная часть врачей-педагогов (44%) отнесли недостаток необходимой литературы, более четверти из общего числа опрошенных (26%) указали в качестве проблемы собственную неорганизованность, 22% — неумение планировать время, и оставшиеся 8% респондентов указали «отсутствие системы контроля».

Итак, складывается картина, что направлением дальнейшей работы по совершенствованию образовательного процесса в ММА являются не педагогические аспекты или профессионализм, но, скорее, некоторые личностно-психологические особенности. Эти данные вполне согласуются с данными о тех качествах, которыми должен, по мнению студентов, обладать врач-педагог МГМУ.

Таким образом, анализ данных комплексного исследования позволил автору сделать важные шаги в концептуальном, теоретическом и системном рассмотрении процесса становления врача-профессионала, выделив четыре главных требования:

— во-первых, профессия должна быть интересной для человека;

— во-вторых, необходимым условием выступает наличие потребности рынка труда в выбранной человеком профессии;

— в-третьих, способности и возможности человека должны соответствовать профессиональным требованиям выбранной профессии;

— в четвертых, профессиональное становление требует постоянного профессионального совершенствования, саморазвития и самообразования.

Соблюдение указанных требований выступает базой формирования профессионализма медицинского специалиста, тогда как стратегия его карьерного роста зависит, преимущественно, от стремления к саморазвитию и самореализации в профессиональной деятельности, расширении смыслового поля и профессиональных интересов врача. Таким образом, остается актуальным высказывание И. Канта, что «... именно всестороннее развитие личности имеет то преимущество, что оно неотчуждаемо и как таковое может быть использовано в различных изменяющихся обстоятельствах без ущерба престижу личности в обществе. Наоборот, неразвитость индивида, односторонняя профессиональная специализация может оказаться невостребованной на поворотных этапах общественного развития» [9].

Список литературы

1. Данилевский В.Я. Врач, его призвание и образование. — Харьков: Госиздат Украины, 1921. — Вып. 1–2.
2. Ефименко С.А. Социальный портрет участкового врача-терапевта. — М., 2005. — С. 60.
3. Перглер В. Искусство лечить людей: от отца к сыну // Лица года. — 2006. — № 3. — С. 32–33.
4. Косарев И.И. Династии как феномен // Философские и психолого-педагогические проблемы развития образовательной среды в современных условиях: материалы международной научно-практической конференции. — Воронеж, 2008. — Ч. 1. — С. 160–164.
5. Шурупова Р.В. Личность педагога: знаковые моменты, мотивы к достижению определённой позиции в биографическом повествовании индивида // Акмеология. — 2007. — № 3. — Т. 4. — С. 133–137.
6. Косарев И.И., Попков В.А. Педагогические аспекты высшего медицинского образования. М. 2003.
7. Глыбочко П.В. Стратегия развития Первого МГМУ им. И.М. Сеченова до 2015 года. Доклад Ректора Первого МГМУ имени И.М. Сеченова на Учёном совете // Сеченовские вести, 2012. (1 сентября)
8. Шурупова Р.В., Пронин А.В., Разживин Р.В. Оптимизация управленческих механизмов при использовании методов активного обучения на занятиях по педагогике на ФДПОП // Итоги реализации программы формирования инновационного образовательного пространства ММА им. И.М. Сеченова. Материалы научно-методической конференции сотрудников Академии, посвященной 250-летию ММА им. И.М. Сеченова. — М.: МДВ, 2007. — С. 228.
9. Кант И. Антропология с прагматической точки зрения. — Кн. II. — Соч. Т. 6. — С. 475, 489.
10. Решетников А.В. Социальное управление в здравоохранении с позиции социологии медицины (Часть II) // Социология медицины. — 2007. — № 2. — С. 3–10.

Н.Г. Шамшурина,
д.э.н., профессор, заведующая отделом экономики
здравоохранения НИИ социологии медицины,
экономики здравоохранения и медицинского
страхования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

N.G. Shamshurina,
doctor of economics, head of the department of health eco-
nomics of the Research institute of sociology of medicine,
economics of health and medical insurance of the First
MSMU named after I.M. Sechenov

ИНДИКАТОРЫ ОБЩЕСТВЕННОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

THE INDICATORS OF SOCIAL EFFECTIVENESS OF MANAGEMENT DECISIONS IN HEALTHCARE

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Нина Григорьевна Шамшурина, заведующая отделом экономики здравоохранения НИИ социологии медицины,
экономики здравоохранения и медицинского страхования

Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2

Телефон: 8 (499) 246–12–03

E-mail: socmed-1mgmu@mail.ru

Статья принята к печати: 20.10.2012

Аннотация. В данной статье рассматривается соотношение рыночного и общественного факторов в организации здравоохранения, выявляются индикаторы общественной результативности управленческих решений.

Annotation. This article deals with the problem of the correlation between market and social factors in health service organization, the indicators of social effectiveness of management decisions are identified.

Ключевые слова. Социология медицины, организация здравоохранения, индикаторы общественной результативности.

Key words. Sociology of medicine, health service organization, the indicators of social effectiveness.

Критерием эффективности управленческих решений в здравоохранении является общественная результативность. Однако измерение качества управления количественными показателями не является простым. Важно, чтобы количественные показатели действительно отражали достигнутые социальные эффекты.

Прежде всего, общественная результативность управления здравоохранением измеряется степенью защищенности населения в области охраны здоровья, степенью реализации прав пациентов, а также такими показателями, как увеличение продолжительности жизни, увеличение рождаемости, снижение заболеваемости населения.

Другими показателями общественной результативности в деятельности организаций управления здравоохранением по распределению бюджетных средств и подготовке государственного и муниципального заказа на государственные (муниципальные) медицинские услуги являются:

1. Целевое использование областной и муниципальной собственности для осуществления гарантий бесплатной медицинской помощи населению.
2. Соответствие объемов бюджетного финансирования потребностям, объему и структуре медицинской помощи.
3. Количество заключенных договоров на выполнение государственного (муниципального) заказа и программ медицинской помощи населению.
4. Наличие механизма гарантий обеспечения прав как пациента, так и врача.
5. Уровень культуры медицинского обслуживания.
6. Наличие системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи.
7. Наличие механизма сглаживания негативных рыночных последствий в негосударственном секторе здравоохранения.
8. Степень участия социально ответственного

бизнеса в формировании бюджета здравоохранения путем дополнительных финансовых отчислений предприятий на развитие здравоохранения, региона в целом.

9. Величина поступлений в бюджет органа управления здравоохранением финансовых отчислений (затрат) предприятий на улучшение экологической обстановки; на создание условий труда и снижение травматизма работников предприятий; на проведение оздоровительных мероприятий.

10. Степень охвата населения диспансеризацией, профилактическими мероприятиями.

Социальный эффект выражается в степени удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, и в качестве *критериев* здесь могут выступать такие, как *сокращение* количества жалоб по поводу отказа в госпитализации и жалоб на качество лечения, количества больных, ожидающих очереди на плановую госпитализацию, числа госпитализированных на 1000 населения вследствие улучшения здоровья населения.

Таким образом, к количественным и качественным социальным показателям результативности относятся межотраслевые показатели деятельности всех (исполнительных органов власти, предприятий, организаций, фирм и др.) субъектов экономических отношений здравоохранения, направленной на улучшение здоровья населения, например: величина дополнительных финансовых отчислений предприятий на развитие здравоохранения города, региона; величина финансовых затрат на проведение оздоровительных и профилактических мероприятий; степень улучшения гигиеничности материалов, используемых в лечебно-диагностическом процессе и производствах других отраслей экономики, прямо или косвенно связанных со здравоохранением, и т.д.

Величиной финансовых затрат, по нашему мнению, должен быть *норматив*, устанавливаемый законодательными органами власти субъекта РФ в качестве отчислений от налога на прибыль предприятий и фирм, имеющих накопления денежных средств и сверхприбыль от основной деятельности, на нужды здравоохранения. Наличие подобного механизма отчислений финансовых средств субъектов корпоративных отношений здравоохранения на деятельность по охране здоровья населения позволит изыскать дополнительные финансовые источники для увеличения бюджета здравоохранения. Поэтому рекомендуется создать такой механизм аккумулирования финансовых ресурсов, предусмотреть развитие так называемых «программ ответственного бизнеса» и программ, созданных некоммерческими организациями.

К показателям общественной результативности также следует отнести:

— *удовлетворенность получателей государственных (муниципальных) медицинских услуг оказанной помощью*, которая рассчитывается по формуле:

$$(Q \text{ удовл.} / Q) \times 100,0\%,$$

где:

Q удовл. — количество респондентов, удовлетворенных полученной медицинской помощью в учреждениях здравоохранения (человек, за период);

Q — общее количество респондентов, получивших помощь в медицинских учреждениях здравоохранения города, области (человек, за период).

Доля респондентов, выразивших удовлетворение оказанной медицинской помощью в учреждениях здравоохранения, в динамике должна расти, что будет свидетельствовать о повышении социальной эффективности расходования бюджетных средств.

— *Наличие «горячих» телефонных линий для связи с общественностью по проблемам здравоохранения и медицинского обслуживания населения (да / нет)*. Наличие таких линий свидетельствует о росте социальной эффективности расходования финансовых средств Департаментом здравоохранения.

— *Наличие официальных Интернет-порталов органов управления и организаций здравоохранения (да / нет)*. Наличие официального Интернет-портала показывает рост социальной эффективности деятельности системы здравоохранения.

— *Проведение опросов населения и пациентов учреждений здравоохранения (да / нет)*. Проведение опросов свидетельствует о росте социальной эффективности расходования финансовых ресурсов здравоохранения, поскольку позволяет осуществлять обратную связь на основе самооценки населением своего здоровья и наблюдать результаты деятельности подведомственных медицинских учреждений.

Сегодня приоритет в управлении ресурсами здравоохранения отдается экономическим методам, таким как: *финансовые* методы, *кредитно-денежные* методы, применение *стимулирующих* систем оплаты труда, развитие других методов *мотиваций* медицинских работников в новых условиях хозяйствования, отражение экономических интересов учреждений здравоохранения при формировании *цен на медицинские услуги*, использование *программирования и прогнозирования*, создание условий для *самофинансирования* и использования *внебюджетных* источников финансовых ресурсов (в т.ч. системы добровольного медицинского страхования), развитие *договорных* отношений. *Экономический механизм управления* организацией здравоохранения сегодня есть взаимодействие между всеми участниками лечебно-хозяйственного процесса на основе *интеграции структур управления, эффективного использования собственности, поддержания со-*

ответствия объема реализации медицинских услуг объему финансовых ресурсов, правового, методического, информационного, технического обеспечения, непрерывного повышения образовательного уровня персонала.

В связи с этим, цели и задачи управления ресурсами здравоохранения должны быть адаптированы к постоянно меняющимся организационно-экономическим условиям, а также учитывать динамику основных показателей здравоохранения.

В медицине наиболее ярко проявляется то, что в социологии называется «качеством жизни». Никакая другая общественная сфера так наглядно не подтверждает социальные отношения. «Качество жизни», как уже было сказано, проявляется в таких показателях, как высокий уровень рождаемости при низком уровне смертности, высокий уровень общественного здоровья при низком уровне заболеваемости, и в связанных с ними показателях демографических и миграционных процессов. Именно здравоохранение проявляет соотношение рыночного и общественного факторов в социальной политике государства. Медицина явственно показывает: недостаток финансирования социальной сферы сегодня на более поздних этапах приводит к более затратным методам борьбы с последствиями социальных катаклизмов.

Список литературы

1. Богачанская Н.Н. Образ жизни медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений // Социология медицины. — 2008. — № 2. — С. 42–46.
2. Ефименко С.А., Зарубина Т.В. Медико-социологический мониторинг как инструмент современных технологий в управлении здоровьем // Врач и информационные технологии. — 2007. — № 2. — С. 59–65.
3. Кобяцкая Е.Е. Экономические последствия изменения правового статуса бюджетных учреждений // Здравоохранение. — 2011. — № 4.
4. Решетников А.В. Процессное управление в здравоохранении // Социология медицины. — 2008. — № 1. — С. 3–14.
5. Решетников А.В., Алексеева В.А., Ефименко С.А. и др. Экономика здравоохранения (Учеб. пособие). — 2-е изд. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. — 272 с.
6. Решетников А.В. Социология медицины. Учебник. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006.
7. Шурупова Р.В. Особенности профессиональной мотивации врачей-клиницистов и основные способы стимуляции их интереса и самосовершенствования в работе // Социология медицины: наука и практика: сб. статей / Под ред. Решетникова А.В. — М.: Изд-во Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, 2012.

Е.В. Дубограй,
к.соц.н., заведующий отделом историко-
социологического анализа развития медицины
НИИ социологии медицины, экономики
здравоохранения и медицинского страхования
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

E.V. Dubograj,
PhD, head of the department of historical
and sociological analysis of development of medicine
of the Research institute of sociology of medicine,
economics of health and medical insurance
of the First MSMU named after I.M. Sechenov

О СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ РЕЛИГИОЗНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В КОНКРЕТНОМ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

ON THE SOCIOLOGICAL PERSPECTIVE OF HUMAN RELIGIOUSNESS IN A CONCRETE MEDICAL-SOCIOLOGICAL CASE STUDY

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Евгений Викентьевич Дубограй, заведующий отделом историко-социологического анализа развития медицины
НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования
Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2
Телефон: 8 (499) 246–12–03
E-mail: socmed-1mgmu@mail.ru
Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. В статье исследуется социологическое измерение сферы религиозности человека в медико-социальном аспекте.

Annotation. The sociological perspective of human religiousness in the medical and social aspects is investigated in this article.

Ключевые слова. Социологическое исследование, религиозность, историко-социологический анализ.

Key words. Sociological research, religiousness, historical and sociological analysis.

Сегодня социология активно обращается к изучению природы социальных проблем, и именно социологическое восприятие социальных процессов и институтов, позволяет выявить причинно-следственные связи как на уровне субъектных отношений, так и на уровне социальных структур, всесторонне исследовать особенности функционирования социальной системы, оценить эффективность процессов и конгруэнтность взаимодействия ее составных элементов, выявить причины формирования наиболее актуальных социальных проблем, дать социологическую оценку положения отдельных категорий населения в зависимости от их социального статуса [11, 9].

Проблема с определением критериев религиозности в социологической науке решается сегодня

неоднозначно. Часто социологи-исследователи, приводя данные собственных измерений, используют разные основания для определения этой сложной, качественной характеристики личности.

Процесс выработки соответствующих ключевых признаков, позволяющих достаточно обоснованно относить человека или группу к «религиозным» или же «нерелигиозным», идет в российской социологии религии в последние годы весьма активно, и, несмотря на то, что он еще не завершен (или, напротив, именно поэтому), на этом пути уже сделаны существенные наработки [5]. В данной статье мы предпринимаем попытку их концептуального обобщения.

Понятие «религиозность» является категориальным для отечественной социологии религии. Со-

гласно классику отечественного религиоведения Д.М. Угриновичу, его анализ и эмпирическая интерпретация составляет важную методологическую предпосылку составления научной программы любого конкретно-социологического исследования религиозной сферы [14]. Как таковое, данное понятие характеризует соотносительность религии с определенным социальным субъектом, представляя религию как комплексную качественную характеристику этого последнего. Если понятие «религия», по определению Д.М. Угриновича, «подразумевает выделение особой сферы (формы) общественного сознания, особого типа социальных связей и институтов в рамках целостной социальной системы, то под термином «религиозность» понимается воздействие религии на сознание и поведение как отдельных индивидов, так и социальных и демографических групп» [14]. Содержательно религиозность может быть понята как «определенное состояние отдельных людей, их групп и общностей, верующих в сверхъестественное и поклоняющихся ему» [14].

Согласно трактовке И.Н. Яблокова, «религиозность — качество индивида и группы, выражающееся в совокупности религиозных свойств сознания, поведения, отношений» [18]. По определению Р.А. Лопаткина, «под *религиозностью* понимается определенное состояние индивидов и человеческих общностей различного масштаба, отличительной чертой которого является вера в Бога (и сверхъестественное) и поклонение ему, их приверженность к религии и принятие ее вероучения и предписаний» [2]. Это соотносится с определением П.Л. Бергера, согласно которому «то, что обычно называется религией, включает в себя набор установок, верований и действий, связанных с двумя типами опыта — опытом сверхъестественного и опытом священного» [1].

Социальный факт религиозности субъекта устанавливается в соответствии с некоторым *критерием* религиозности, считающимся необходимым и достаточным для признания ее как существенного качественного состояния личности или группы. Специалисты признают, что «вопрос о критерии религиозности разными социологами решается по-разному, он нуждается в дальнейшем обсуждении и согласовании» [2].

Суммируя различные подходы и точки зрения на то, что является необходимым и достаточным критерием религиозности, можно выделить следующие группы признаков этого явления.

1. Самоидентификация респондента.

Это наиболее распространенный и популярный среди исследователей критерий определения отношения к религии. Данный критерий является сложносоставным. Здесь выделяется:

а) определение отношения человека к религии вообще — религиозная самоидентификация, обыч-

но определяемая по инвариантной шкале типа «верующий — индифферентный — неверующий» или «верующий — колеблющийся — неверующий — атеист»;

б) определение отношения человека к конкретному религиозному вероисповеданию — конфессиональная самоидентификация.

Первая компонента считается базисной, вторая — «важным конкретизирующим признаком религиозности..., получающим выражение и в религиозном сознании, и в религиозном поведении».

2. *Определенный круг мировоззренческих представлений*, характерных для данного вероисповедания или группы вероисповеданий.

В качестве соответствующего критерия чаще всего употребляется следующий набор признаков: вера в Бога (представление или допущение существования Бога как сверхъестественного субъекта, влияющего на существование мира и человеческую жизнь); вера в прочие сверхъестественные реалии, (ангелов, бесов, Рай, Ад, реинкарнацию, возможность магического воздействия на предметы и явления мира); признание основных вероучительных положений (догматов) того или иного религиозного вероучения (применительно к православию и другим классическим версиям христианской доктрины — троичность Бога, богосыновство Христа, реальность его исторической жизни и совершенных чудес, воскресение из мертвых, сотворение мира и др.).

3. *Совокупность определенных практик* (повторяемых социальных действий, элементов поведения и образа жизни), свойственных данной религиозно-культурной традиции или группе традиций.

Так, применительно к православно-христианской традиции, к данному критерию чаще всего относятся: факт и частота молитвы; посещение храма (молитвенного дома); чтение вероучительной литературы (Библии, молитвослова, поучений Св. Отцов, агиографий — житий святых и т. д.); исполнение основных церковных таинств — прежде всего, крещения, периодической исповеди и причащения; факт и регулярность соблюдения религиозных постов; практика обращения за советом к священнику (в более «продвинутом» варианте — наличие духовного отца, «духовника»); практика посещения святых мест (паломничество); участие в особых церковных культовых действиях — таких, как крестные ходы; наличие дома предметов культа — икон, лампад и др.

Таким образом, признаков религиозности, применяемых социологами в качестве ее критерия, набирается достаточно много. В этой связи резонным представляется замечание Р.А. Лопаткина о том, что «использование всего набора признаков для установления религиозности индивида излишне», и что в качестве критерия религиозности достаточно

выделить «либо один определяющий признак, либо минимальный набор таковых» [2]. Соответственно, проблема определения религиозности/нерелигиозности социального субъекта сводится к тому, какой признак (совокупность признаков) следует считать тем «Рубиконом», переход которого означает качественный скачок субъекта из состояния «вне религии» в религию.

Следует отметить, что по данному вопросу среди специалистов сегодня существуют серьезные разногласия, вплоть до конфликта мнений. С нашей точки зрения, в работах ведущих отечественных социологов религии на настоящий момент четко обозначены две принципиально различающиеся методологические позиции.

Первая позиция (объективный, структурно-функциональный подход) представлена группой исследователей в лице Д.Е. Фурмана, С.Б. Филатова, Р.Н. Лункина, Л.М. Воронцовой, Н.А. Митрохина и других социологов. Анализируя их аргументы, можно выделить два принципиальных момента для определения религиозности.

Первым таким моментом выступает практическое подтверждение религиозной позиции субъекта, выражающееся в регулярных культовых действиях — «когда вера приводит к регулярному посещению церкви, причащению, соблюдению постов и т. д., то есть, когда человек ради нее готов чем-то поступиться, если его поведение как-то меняется» [16]. Напротив, «культурная религиозность, или религиозная самоидентификация», по мнению исследователей данной группы, «является мировоззренческой, идеологической позицией, но не религиозностью в прямом смысле этого слова. Самоидентификация не предполагает, что данный человек разделяет соответствующие религиозные верования и следует религиозным практикам» [15].

Вторым моментом может быть тенденция к комплексности критериев, порой носящая, на наш взгляд, достаточно формальный характер. Так, например, Н.А. Митрохин не склонен считать разделяющими православную веру даже значительную часть (от трети до четверти) людей, регулярно посещающих богослужения, по причине того, что они воспринимают православные святыни, требы и таинства чисто магически и не проявляют никакого интереса к их аутентичному содержанию [6]. Критерием религиозности (в данном случае — православной), таким образом, исследователи данной группы склонны считать строгое соблюдение канонической чистоты и полноты православного образа действий (религиозного поведения) и образа мысли (религиозного сознания).

Выразителями второй позиции (субъективный подход) в отечественной социологии являются такие исследователи, как В.Ф. Чеснокова, Ю.Ю. Синелина, З.И. Пейкова и некоторые другие авторы.

Данная группа социологов склонна считать, что ключевым признаком, который должен лечь в основание критерия религиозности, является именно самоидентификация, осознание человеком себя как принадлежащего к данной конкретной религии.

В этой связи, по словам Ю.Ю. Синелиной, даже «вопиющая религиозная безграмотность... не может служить основанием, чтобы отказывать людям в праве именовать себя православными, если они так себя определяют, поскольку эти люди на пути к целям, установленным Церковью (целям, которые они сами для себя обозначили, назвав себя православными), находятся в *процессе* духовного самосовершенствования» [12].

В.Ф. Чеснокова объясняет это тем, что главным измерением религиозности является ее *направленность*. Что же касается таких признаков религиозности, как поведение, знание догматов, благочестие, которые другие исследователи обычно квалифицируют как показатели уровня и степени религиозности, то они относятся «к глубине и формам верования, а не к его направленности» [17]. Глубина верования, согласно концепции В.Ф. Чесноковой, описывается применительно к православному христианству другим понятием — воцерковленностью — и выявляется целым рядом признаков (в идеале их может быть великое множество). Направленность же содержит только одно измерение: православный — неправославный [17]. В соответствии с этим, критерий религиозности заключается в самоидентификации: так, «Православные» — это те, кто: а) признал, что верует в Бога; и б) сам отнес себя к православным» [17].

И объективный, и субъективный подходы, на наш взгляд, имеют как существенные недостатки, так и существенные достоинства. Так, к безусловным достоинствам первой позиции относится требование комплексного характера критерия религиозности и требование подтверждения самоопределения респондента на словах аргументами объективного характера. Слабым же местом этой позиции, на наш взгляд, является сам предлагаемый ее сторонниками способ такого подтверждения — увеличение числа фильтров в виде формальных канонических требований к верующему. Подобный метод, во-первых, на практике зачастую ведет к произвольности выбора таких критериев, и, во-вторых, не имеет принципиальных ограничений на их количество. В пределе, логика данного подхода закономерно приводит к выводу о том, что «настоящих» верующих или ничтожно мало, или просто не существует. В случае православия это наиболее наглядно: поскольку исполнять *все* церковные требования под силу только святым, то, соответственно, все остальные члены Церкви вполне могут быть исключены из числа верующих. А если учесть, что все без исключения христианские святыне искренне

считали себя величайшими грешниками, то понятие «православный верующий» (так же как «верующий-католик» или «верующий — член Армянской апостольской Церкви»), следуя этой логике, вообще должно быть объявлено социальной фикцией.

Соответственно, к недостаткам второй позиции следует отнести известную односторонность, одномерность предлагаемого ее сторонниками критерия религиозности. Здесь, на наш взгляд, имеет место смешение категорий необходимого и достаточного оснований. Самоидентификация, действительно, выступает необходимым условием отнесения человека (группы) к верующим и в этом качестве — к субъектам данной конфессиональной религиозной культуры, но для достаточности такого основания требуется дополнить ее другими весомыми аргументами. Достоинство же этой позиции заключается, на наш взгляд, во внимании к особенностям конкретной, например, православно-христианской или исламской религии, к поиску адекватных «инструментов» ее изучения, которого сегодня, по мнению И.В. Налетовой, «очевидно недостает российской социологии» [7]. Результатом такой исследовательской установки становится успешное, на наш взгляд, сочетание научного и собственно религиозного (интроспективного) подходов к определению критерия религиозности.

Таким образом, при попытке определить собственную позицию в отношении к критерию религиозности исследователь должен либо принять за основу одну из сложившихся на сей день методологических позиций, либо попытаться их синтезировать. Для того чтобы осуществить такой синтез на должном методологическом уровне, необходимо найти некий генеральный принцип, объединяющий оба подхода. Это предполагает возврат на уровень теоретической интерпретации основного понятия с привлечением дополнительного концептуального ресурса из области смежных наук.

Религиозность — это духовное, культурное и социальное состояние человека, вытекающее из принятия им той или иной разновидности доминанты религиозного сознания и поведения. При этом все три измерения религиозности (духовное, культурное и социальное) составляют неразрывное единство, органически вытекая одно из другого. Тем не менее, следует признать, что в силу конкретных исторических обстоятельств данные аспекты могут быть развиты и явлены в различной степени.

Так, в современной ситуации, рассматриваемой с социологической точки зрения, основным индикатором религиозности становится ее *культурный* аспект. Собственно духовные критерии религиозности трудноуловимы для социологических методов. Что же касается социальных критериев, то после десятилетий фактической деинституционализации религии в российском обществе, соответствующие

им параметры (как-то: межличностные связи и отношения в религиозных общинах, участие верующих во внекультовой религиозной деятельности и др.) в большинстве случаев, не успевают достичь должной степени развития и распространения.

В соответствии с «культурным» подходом к религиозности, логика дальнейших рассуждений выстраивается следующим образом. Проблема религиозности современного человека может быть адекватно осмыслена только в свете секуляризации, которая выступила одним из определяющих факторов, сформировавших сам феномен «современности» (modernity).

С.Д. Лебедев рассматривая религиозность в культурном аспекте, попытался объединить упомянутые выше основные отечественные подходы к пониманию критериев религиозности. Он заключил, что социологически релевантным критерием религиозности человека является религиозная культура, укоренившаяся в его сознании и имеющая существенное реальное либо потенциальное влияние на его образ мыслей и образ жизни [5]. В своем развитом виде эта культура проявляется в форме, которая в традиционном христианстве обозначается термином «воцерковленность».

В субминимальном виде она выражается в терминальном характере ценности религиозной веры, сочетающемся с положительной религиозной и конфессиональной самоидентификацией. В случае такого сочетания высока вероятность того, что в сознании человека (группы) сложилось системное ядро религиозной культуры, тяготеющее к созданию в нем религиозной доминанты, способной трансформировать исходный светский культурный паттерн под своим определяющим влиянием.

Вслед за С.Д. Лебедевым нами также предпринята попытка в исследовании религиозности объединить оба основных подхода в отечественной социологии. Только основой такого *интегративного подхода* [8] выступает не культура, а технический прием — использование «логического квадрата», специального социологического метода, используемого для изучения сложных качественных характеристик.

МОДЕЛЬ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ РЕЛИГИОЗНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Стремясь соединить наиболее распространенные подходы социологов к изучению религиозности, автором предложена собственная модель её измерения. Суть этой модели заключается во взвешенном учете:

- религиозной самоидентификации респондента;
- религиозности его сознания;
- религиозности его поведения.

Для этого используется известный в социологии метод «логического квадрата» [13] (см. табл.).

Таблица

Применение логического квадрата для измерения качественной характеристики религиозности человека

Самоидентификация религиозности		Религиозность поведения								
		+			+/-			—		
		Религиозность сознания								
		+	+/-	—	+	+/-	—	+	+/-	—
	1	1	2	6	2	2	6	6	6	6
	2	2	2	3	2	3	3	6	3	6
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	4	6	3	6	3	4	4	6	4	4
	5	2	3	6	3	3	3	6	3	5

Этот метод обычно используется для измерения сложносоставных качественных характеристик. Религиозность является сложной качественной характеристикой личности человека (врача, пациента). В качестве основного признака выступает степень религиозной самоидентификации респондента, в качестве двух косвенных признаков учитываются религиозность сознания и религиозность поведения.

Цифра в таблице соответствует типу религиозной идентификации личности согласно следующей типологии:

- 1 — убеждённый верующий;
- 2 — верующий;
- 3 — колеблющийся;
- 4 — неверующий;
- 5 — убеждённый неверующий, атеист;
- 6 — противоречивый (выбраковывается из базы данных).

Шкала основного признака — **самоидентификация религиозности** — наиболее точно сформулирована в вопросе анкеты:

Считаете ли Вы себя верующим (религиозным) человеком?

- 1 — да, я твердо верю в Бога и стараюсь соблюдать все предписания своей веры;
- 2 — я — скорее верующий человек, чем наоборот;
- 3 — я еще не определился с верой, скорее я — колеблющийся;
- 4 — я — скорее неверующий, чем верующий человек;
- 5 — я — атеист, убежден, что никакого Бога нет, и свое поведение с религией не согласую.

Шкалы косвенных признаков **религиозного сознания** и **религиозного поведения** отражают:

- +
 -
 - +/-
- наличие признака;
— отсутствие признака;
— затруднение респондента с полярной самооценкой признака.

При определении индикаторов религиозности и сознания, и поведения важно, чтобы эти признаки были **общими** для всех традиционных религий, ко-

торые могут встретиться на территории Российской Федерации.

В качестве таких универсальных для всех религиозных конфессий признаков религиозного сознания могут быть:

- уверенность в объективном существовании Бога;
- наличие мотива религиозной веры;
- степень информированности об основных нормах своей религии;
- степень информированности об основных положениях своей религии;
- степень информированности об основных ценностях своей религии.

Общими признаками религиозного поведения являются:

- исполнение (чтение) молитв;
- следование религиозным нормам поведения в повседневной жизни;
- совершение культовых действий в условиях военной службы;
- празднование религиозных праздников;
- соблюдение постов;
- ношение религиозных символов или обладание ими.

В рамках конкретного медико-социологического исследования перечень таких признаков может быть расширен. Кроме того, их можно измерять по 5-балльной порядковой шкале для решения конкретных задач медико-социологического исследования. В дальнейшем их значения преобразовываются в более общие показатели и представляются в «логическом квадрате».

В практике социологических исследований религиозности широкое распространение получил метод **анкетного опроса**. Он позволяет оперативно выявить мнения, суждения, оценки большого количества респондентов. При соблюдении условий анонимности, анкетный опрос дает возможность получить откровенные ответы по проблемам, имеющим личную значимость для опрашиваемых:

моральным, этическим, религиозным вопросам (которые могут быть не высказаны в ходе личной беседы).

В то же время использование метода анкетирования имеет свои недостатки и трудности, требует специальных знаний и умений по составлению анкеты, организации и проведению анкетирования, обработке и анализу полученных данных.

Для сбора первичной информации по предлагаемой модели также рекомендуется применять метод анкетного опроса. Важным аспектом является мотивация респондента на сотрудничество. И тогда результаты социологического измерения религиозности могут быть в достаточной степени обоснованными и достоверными.

Таким образом, социологическая категория «религиозность» достаточно неоднозначно понимается учеными-социологами. Основным вопросом споров вокруг нее является определение критериев религиозности, которые могли бы стать основанием для классификации социальных объектов по степени выраженности у них такой характеристики, как религиозность.

Предлагаемая автором модель социологического измерения религиозности человека с использованием анкетного опроса при тщательном продумывании и методически правильно организованном проведении может дать богатый материал исследователю.

Список литературы

1. Бергер П.Л. Религиозный опыт и традиция // Религия и общество: Хрестоматия по социологии религии / Сост. Гараджа В.И., Руткевич Е.Д. — М.: «Аспект Пресс», 1996. — С. 346.
2. Государственно-церковные отношения в России (опыт прошлого и современное состояние) / Отв. ред. Овсиенко Ф.Г., Одинцов М.И., Трофимчук Н.А. — М.: Изд-во РАГС, 1996.
3. Грановская Р.М. Психология веры. — 2-изд. (Серия «Мастера психологии»). — СПб.: «Питер», 2010.
4. Зенько Ю.М. Психология религии. — 2-е изд. — СПб.: «Речь», 2009.
5. Лебедев С.Д. Религиозность: в поисках Рубикона // Социологический журнал. — 2005. — № 3. — С. 153–169.
6. Митрохин Н. Русская Православная Церковь. Современное состояние и актуальные проблемы. — М.: Новое литературное обозрение, 2004. — С. 43.
7. Налетова И.Н. «Новые православные» в России: тип или стереотип религиозности // Социологические исследования. — 1999. — № 5. — С. 135.
8. Половнев А.В. Военно-профессиональная ориентация молодых офицеров ВС РФ и ее формирование в современных условиях. Дис. ... канд. соц. наук. — М., 2005. — С. 44.
9. Присяжная Н.В. Социальный анамнез и место здоровья в системе жизненных ценностей воспитанников сиротских учреждений // Социология медицины: наука и практика: сборник статей / Под ред. Решетникова А.В. — М., Изд-во Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, 2012. — С. 303–308.
10. Решетников А.В. Социология медицины: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
11. Решетников А.В., Ефименко С.А. Социология пациента. — М., 2008.
12. Синелина Ю.Ю. О критериях определения религиозности населения // Социологические исследования. — 2001. — № 7. — С. 95.
13. Скок А.С. Технологические основы военно-социологического исследования. М.: Изд-во «Ассортимент», 1996. — С. 89.
14. Угринович Д.М. Введение в религиоведение. — 2-е изд. — М.: «Мысль», 1985. — С. 127.
15. Филатов С.Б., Лункин Р.Н. Статистика российской религиозности: магия цифр и неоднозначная реальность // Социологические исследования. — 2005. — № 4. — С. 43.
16. Фурман Д.Е., Каарийнен К. Религиозная стабилизация. Отношение к религии в современной России // Свободная мысль — XXI. Теоретический и политический журнал. — 2003. — № 7. — 27.
17. Чеснокова В.Ф. Число православных в России увеличивается // Электрон. изд. — Режим доступа к изд.: <http://club.fom.ru/article.php?id=10>.
18. Яблоков И.Н. Религиоведение: учебное пособие и словарь-минимум по религиоведению. — М.: «Гардарики», 1998. — С. 460.

Б.А. Вассерман,
*к.м.н., заведующий отделом управления, экономики
и социологии медицинского страхования НИИ
социологии медицины, экономики здравоохранения и
медицинского страхования Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова*

B.A. Vasserman,
*PhD, head of the department of management,
economics and sociology of health insurance of the Re-
search institute of sociology of medicine, economics
of health and medical insurance of the First MSMU
named after I.M. Sechenov*

ДМС: ОЦЕНКА ТЕКУЩЕЙ КОНЪЮНКТУРЫ И ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

VHI: THE ASSESSMENT OF CURRENT SITUATION AND THE DEVELOPMENT PROSPECTS OF PAID MEDICAL SERVICES

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Борис Александрович Вассерман, заведующий отделом управления, экономики и социологии медицинского страхования НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования

Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 2

Телефон: 8 (499) 246–12–03

E-mail: socmed-1mgmu@mail.ru

Статья принята к печати: 19.10.2012

Аннотация. Данная статья посвящена проблемам добровольного медицинского страхования и оценке текущей конъюнктуры и перспектив развития рынка платных медицинских услуг.

Annotation. The problems of voluntary health insurance and assessment of current situation and the development prospects of paid medical services are raised in this article.

Ключевые слова. Добровольное медицинское страхование, платные медицинские услуги, система здравоохранения.

Key words. Voluntary health insurance, paid medical services, health care system.

Исторически сложившаяся в советское время в нашей стране ситуация, когда вопросы страхования и охраны здоровья населения, являясь ведущими направлениями государственной системы социальной защиты граждан, сформировали у значительной части населения установки на снижение контроля за собственное благополучие в плане здоровья. Вместе с тем, несмотря на достаточно длительный срок постперестроечных реформ и модернизации основных социальных систем государства, и, соответственно, трансформации уклада жизни населения, в менталитете россиян одновременно появляются амбивалентные установки: с одной стороны — высокий уровень недоверия к системам здравоохранения и страхования, и, с другой стороны — все еще

сохраняется ожидание предоставления страховых услуг от государства и/или предприятия (работодателя) [9, 11, 12]. Заметим, что обращение к системе добровольного страхования граждан в индивидуальном порядке представляет на сегодня скорее казус, чем правило жизни.

Страхование в России — это развивающаяся отрасль, опирающаяся на огромный, практически неосвоенный рынок, имеющий большое будущее. Составной частью сложившейся инфраструктуры страхования, являющегося, в свою очередь, частью макроэкономической системы государства, является медицинское страхование. Вместе с тем в настоящее время высокий уровень неопределенности в потребительских характеристиках предлагаемых

медицинских и страховых услуг вызывает у пациентов (клиентов) серьезные сомнения в обоснованности цены, а главное — в адекватности соотношения цены и качества медицинских услуг [3, 15, 18].

Принимая во внимание, что в мировой практике именно сфера страхования выступает в роли экономического инструмента для государства при формировании (определении) стратегических направлений социальной политики, поскольку взаимосвязь и солидарность страховых систем с социальными процессами в обществе позволяет представить основные «болевы́е точки» в организации жизни населения [9, 10, 13].

К сожалению, в России в настоящее время наблюдается тенденция, согласно которой государство не оказывает должного внимания развитию такому сектору экономики, как добровольное медицинское страхование (ДМС), что, по нашему мнению, в дальнейшем может негативно отразиться на развитии системы здравоохранения в целом. Указанная тенденция проявляется, в первую очередь, в законодательных актах.

В новой редакции Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» [17] регламентируется порядок оказания услуг в сфере обязательного медицинского страхования, однако нет конкретного определения места ДМС в системе финансирования здравоохранения. Принимая во внимание, что после вступления в силу данного закона оперативное управление финансовыми ресурсами перестало соответствовать требованиям, предъявляемым к участникам системы обязательного медицинского страхования, и требует модернизации, изменения неизбежно коснутся и системы ДМС [4, 11].

Заметим, что в Концепции развития здравоохранения до 2020 г. оговаривается, что именно ДМС наряду с платными медицинскими услугами в перспективе будет выступать дополнительным каналом поступления средств в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), и существенной составляющей оплаты труда сотрудников медицинских учреждений. Вместе с тем, при увеличении объемов ДМС, безусловно, сохраняется риск снижения уровня обращаемости населения за медицинской помощью по программе государственных гарантий [5].

Несмотря на то, что ДМС обеспечивает не более 4% финансирования российской системы здравоохранения, концентрация рынка ДМС с каждым годом возрастает: если по итогам 2010 г. на 20 крупнейших страховщиков в сегменте ДМС приходилось 76% взносов, то по итогам 2011 г. этот показатель увеличился до 79,2% [1, 2, 14]. Так, одновременно с расширением налоговых льгот в 2009 г., был зафиксирован рост спроса со стороны малого и

среднего бизнеса. Кроме того, именно в сфере корпоративного страхования был предпринят один из немногих шагов по стимулированию рынка ДМС — увеличение нормы отнесения премий по ДМС на себестоимость с 3% до 6% от фонда оплаты труда. Интересно, что в наибольшей степени эта мера востребована именно компаниями малого и среднего бизнеса [6, 7].

Однако при этом количество страховщиков, занимающихся ДМС в Российской Федерации, за последние три года существенно сократилось (практически на 10%) — в 2009 г. страхованием ДМС занималось 390 страховых компаний, тогда как по итогам 2010 г. их численность составила 354 компании. Заметим, что сокращение числа компаний вызвано не отказом от страхования ДМС универсальных страховщиков, а с отзывом лицензий у небольших компаний, имеющих слабую репутацию и небольшой уставной капитал, что вызвало перераспределение взносов в пользу более крупных и надежных компаний [2, 6, 8].

Сегодня на рынке ДМС можно выделить некую когорту лидеров, доля которых в совокупных взносах существенно выше чем доля остальных страховщиков. Крупнейшим игроком на данном рынке является Группа компаний ОАО «СОГАЗ», далее со значительным отрывом от лидера следуют компании ОАО «РОСНО», ОАО «ЖАСО», ОСАО «Ингосстрах», «РЕСО-Гарантия» [1, 2, 7].

Практика реализации ДМС в России показывает, что существует ряд проблем, препятствующих дальнейшему эффективному развитию этой сферы. Увеличение отчислений с фонда оплаты труда на ОМС с 3,1 до 5,1%, по прогнозам экспертов, также приведет к некоторому сокращению взносов на ДМС [6]. В свою очередь, увеличение отчислений компаний на ОМС неизбежно повлечет необходимость оптимизации затрат, и особенно ощутимо эта мера повлияет на еще неустойчивый спрос на ДМС со стороны малого и среднего бизнеса.

Немаловажно, что на рынок корпоративного ДМС приходится около 93% взносов, собранных по программам ДМС в целом. Важно подчеркнуть, что ДМС востребовано, в основном, в этом сегменте рынка. Это можно объяснить, с одной стороны, ростом социальной ответственности бизнеса, когда страхование сотрудников становится неотъемлемой частью компенсационного пакета, а с другой — желанием страховых компаний работать с корпоративными клиентами, так как при страховании коллективов риски равномерно распределяются среди всех сотрудников.

Одновременно рынок индивидуального, розничного ДМС характеризуется низким спросом, что обусловлено низкими показателями доходов населения и относительно высокой стоимостью полиса ДМС. Объем рынка розничного ДМС в 2010 г. со-

ставил всего 7% [1, 2]. Кроме того, рентабельность розничного ДМС находится на низком уровне, что приводит к увеличению стоимости полисов ДМС для частных клиентов (по сравнению корпоративными) и снижению количества программных предложений страховщиков для клиентов.

Важно отметить, что для физических лиц существуют налоговые льготы — это налоговые вычеты на медицинское обслуживание и взносы по ДМС в размере до 120 тыс. рублей, предоставление которых производится после покупки полиса ДМС на основании письменного заявления налогоплательщика при подаче налоговой декларации в налоговый орган по окончании налогового периода [16]. Однако, к сожалению, население мало информировано об указанной возможности.

В настоящий момент наиболее вероятными представляются следующие варианты развития рынка ДМС в связи с вступлением в силу Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» [17]. Так, например, нововведения, касающиеся возможности застрахованных по ОМС самостоятельно выбирать лечебное учреждение, врача, а также страховую медицинскую организацию, по нашему мнению, могут стать в какой-то степени угрозой развитию ДМС, поскольку в случае выбора по программе ОМС клиники с высоким уровнем сервиса и качества предоставляемых услуг, отпадает необходимость покупки полиса ДМС.

Заметим, что в настоящее время этого эффекта ждать все-таки не приходится, однако в будущем система ОМС может оказать серьезную конкуренцию ДМС. Учитывая, что сейчас муниципальные клиники проигрывают в сервисе и качестве обслуживания в частной медицине, то с приходом в систему ОМС частных клиник эта ситуация кардинально изменится, что безусловно, будет способствовать повышению качества предоставления услуг медицинскими учреждениями всех форм собственности.

Кроме того, возможен рост рынка ДМС за счет индивидуального страхования. В соответствии с этим сценарием развития рынка, клиники высокого уровня, возможно, не будут торопиться войти в систему ОМС, и весьма вероятно, что на первом этапе приоритет в этом вопросе будет у медицинских клиник более низкой ценовой категории. В таком случае спрос на услуги в области ДМС будет увеличиваться.

Заметим, что зачастую развитию ДМС препятствуют сами лечебные учреждения, предпочитая работать с потребителем медицинских услуг без участия страховой компании и самостоятельно предоставляя платные медицинские услуги населению. Еще одним фактором, который ограничивает масштабы сотрудничества страховых компаний и ле-

чебных учреждений, является конфликт интересов, связанный со стремлением лечебно-профилактических учреждений завышать стоимость и количество оказанных услуг.

В настоящий момент в экспертном сообществе страховщиков ДМС сложилось мнение, что медицинские учреждения иногда повышают цены несколько раз в течение года, из-за чего страховые компании вынуждены брать на себя дополнительные расходы, так как договоры со страхователями заключаются на год без учета повышения цен. При этом, по свидетельству многих страховщиков, качество и сервисное обслуживание клиентов в поликлиниках не улучшается [6]. Именно поэтому ведущие страховые медицинские компании, стремясь повысить рентабельность своей деятельности, создают собственные медицинские центры. В результате снижаются затраты и упрощается медико-экономическая экспертиза. Несмотря на то, что создание собственных медицинских центров чрезвычайно серьезный, сложный и дорогой проект, строительство собственных клиник для многих страховщиков является приоритетным направлением в развитии медицинского страхования.

Возможным решением и инструментом стимулирования развития рынка ДМС в России, на наш взгляд, могут выступить такие меры как, например, увеличение размера вычета из налогооблагаемой базы при расчете налога на прибыль на сумму страховых взносов, уплаченных по договорам ДМС, а также освобождение от налогообложения средств, направляемых страховыми организациями на формирование резерва предупредительных мероприятий по ДМС.

Таким образом, оценка текущей конъюнктуры и перспектив развития рынка ДМС показывает, что данная сфера страхования требует изменений, прежде всего, на законодательном уровне. Необходимо законодательное закрепление места ДМС в системе финансирования здравоохранения. Безусловно, решение многих проблем, сдерживающих развитие ДМС, — это вопрос длительного времени, и приведение налогового законодательства в сфере медицинского страхования в соответствие с современными потребностями экономики позволило бы дать значительный импульс развитию ДМС в отложенной перспективе.

Принимая во внимание, что в настоящее время системы ОМС и ДМС существуют независимо и параллельно, сближение их путей развития может привести к синергетическому эффекту и будет способствовать значительному улучшению качества медицинского обслуживания населения, построение эффективного рынка ДМС окажет положительное влияние на систему здравоохранения и общество в целом.

Список литературы

1. Анализ рынка добровольного медицинского страхования в России в 2006–2010 году, прогноз на 2011–2015 годы / Доклад «BussinesStat», 2011.
2. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2007–2011 гг, прогноз на 2012–2016 гг. / Доклад «BussinesStat», 2012.
3. Богачанская Н.Н. Образ жизни медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений // Социология медицины. — 2008. — № 2. — С. 42–46.
4. Кобяцкая Е.Е. Экономические последствия изменения правового статуса бюджетных учреждений / Здоровоохранение, 2011. — № 4.
5. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года. — Россия, 2009. — С. 7–9.
6. Материалы круглого стола «Медицинское страхование: на пути к синергии». — М., 2012.
7. Медицинское страхование: синергия ДМС и ОМС / Доклад Рейтингового Агентства «Эксперт», 2012.
8. Обзор рынка добровольного медицинского страхования // Независимый центр стратегических исследований рынка страхования FinAssist, 2011.
9. Присяжная Н.В. Медицина и социология: общее поле деятельности // Медицинское образование 2012: сб. тезисов. — М., «БИНOM», «Лаборатория знаний», 2012. — С. 226–228.
10. Решетников А.В. Процессное управление в здравоохранении // Социология медицины. — 2008. — № 1. — С. 3–14.
11. Решетников А.В., Алексеева В.А., Ефименко С.А. и др. Экономика здравоохранения. — М., «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
12. Решетников А.В., Шамишурина Н.Г. Здравоохранение как корпоративная система в составе социальной сферы // Здоровоохранение, 2002. — № 4. — С. 11–14.
13. Родионов А.С. Актуальные вопросы долгосрочного добровольного медицинского страхования // Экономические науки. — 2010. — № 9. — С. 220–226.
14. Рынок платных медицинских услуг / Доклад «Амико», 2011.
15. Тихомиров А.В. Аналитические обзоры рынка медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. — 2009. — № 3. — С. 50–55.
16. Федеральный закон от 27.07.2006 № 144-ФЗ «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации в части создания благоприятных условий налогообложения для налогоплательщиков, осуществляющих деятельность в области информационных технологий, а также внесения других изменений, направленных на повышение эффективности налоговой системы».
17. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
18. Шурупова Р.В. Профессиональные кадры — ценность организации // Социология власти. — 2009. — № 1.

В.А. Капцов,
*д.м.н., профессор, чл.-корр. РАМН, заведующий
кафедрой железнодорожной гигиены Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова*

В.Б. Панкова,
*д.м.н., профессор кафедры железнодорожной гигиены
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова*

V.A. Kaptsov,
*MD, prof., corresp. member of RAMS, head of the chair
of railway hygienics of the First MSMU named after I.M.
Sechenov*

V.B. Pankova,
*MD, prof. of the chair of railway hygienics of the First
MSMU named after I.M. Sechenov*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

AN IMPROVEMENT OF THE RISK MANAGEMENT SYSTEM FOR THE PREVENTION OF OCCUPATIONAL DISEASES

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Валерий Александрович Капцов, заведующий кафедрой железнодорожной гигиены

Адрес: 125438, г. Москва, Пакгаузное шоссе, д. 1, корп. 1

Телефон: 8 (495) 153–42–10

E-mail: kapcovva@rambler.ru

Статья принята к печати: 16.11.2012

Аннотация. Настоящая работа посвящена проблеме совершенствования системы управления рисками для профилактики профессиональных заболеваний.

Annotation. This entry deals with the problem of improvement of the risk management system for prevention of occupational diseases.

Ключевые слова. Профессиональные заболевания, медицина труда, производственные риски.

Key words. Occupational diseases, occupational medicine, occupational risks.

Развитие рыночных отношений в нашей стране вынуждает пересмотреть сложившиеся к настоящему времени подходы к решению этой важной научной проблемы медицины труда.

В области профилактической медицины кроме общепринятой системы гигиенической оценки условий труда при действии физических, химических или биологических факторов в условиях производства, а также оценки трудовой нагрузки, основанной на сравнении их реального уровня с утвержденными санитарно-гигиеническими нормами, актуальной становится разработка альтернативной системы оценки производственно-профессионального риска.

Среди отечественных и зарубежных ученых наиболее перспективной в настоящее время считается система оценки профессионального риска с целью его исключения, ограничения или контроля, т.е. в

конечном итоге управления риском (risk assessment and risk management).

Взаимосвязь природы производственного риска и возникающих последствий для жизни и здоровья работника представлены на схеме 1.1 (Гриценко Ю., 1999).

Каждый вид производственно-экономической деятельности можно охарактеризовать определенной тяжестью и напряженностью трудового процесса, набором вредных и опасных производственно-технологических факторов, уровнями и продолжительностью их действий на организм работающих. Они являются источниками потенциальной опасности повреждения здоровья или преждевременной смерти в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания и определяют природу производственного риска для работников конкретного вида деятельности.

Сегодня, когда современные производства вынуждены работать в условиях значительной неопределенности тенденций развития внешней среды, возникает необходимость создания механизмов адаптации к изменяющимся факторам влияния и учета значительно большего количества факторов, чем показано на схеме.

Современные компании независимо от форм собственности испытывают на себе влияние внешних факторов, которые в той или иной мере могут создавать угрозу эффективному развитию. В то же время, внутри самой компании непрерывно происходит множество производственных, технологических, экономических, финансовых, кадровых и других процессов, которые в совокупности могут как способствовать прогрессу, так и при определенных условиях создавать для него препятствия.

Разработанная совместно с НИИ медицины труда РАМН программа «Труд и здоровье работающих», составной частью которой является раздел посвященный труду работников транспорта, определяет долгосрочные стратегические цели и приоритеты. Однако уже сейчас становится ясно, что достижение поставленных целей возможно лишь при наличии эффективного управления и применения методов долгосрочного прогнозирования и моделирования ситуации в стране, отрасли, отдельно взятом предприятии или на конкретном рабочем месте.

Следовательно, появилась необходимость создания стандартизованных подходов к выявлению и ликвидации угроз на различных иерархических уровнях, т.е. создание системы оценки и управления рисками.

Основными целями построения системы должны быть:

- достижение целевых ориентиров, предусмотренных Программой;
- оптимизация процесса стратегического управления;
- повышение эффективности профилактических мероприятий;
- обеспечение системного подхода при принятии стратегических управляющих решений.

В современном понимании риск представляет собой количественное выражение неопределенности, включающее возможность наступления неблагоприятного события и его последствий.

При этом необходимо помнить, что полностью избежать риска невозможно, однако выявление сфер его потенциального проявления, количественной оценки, осуществлении регулярного контроля позволит в определенной степени предупредить, либо управлять рисками, что позволит в ряде случаев минимизировать их негативные последствия.

Система оценки и управления риском, которая будет рассматриваться нами применительно к профессиональной патологии, в принципе, может использоваться для оценки функционирования предприятия или компании, управления финансово-экономическими или производственно-техническими параметрами, оценки эффективности управляющих решений.

Поэтому, чтобы не перечислять конкретные показатели деятельности, которые могут различаться в зависимости от решаемых задач, мы будем употреблять слово «процесс».



СХЕМА 1.1.

Итак, каждая система оценки и управления риском должна включать следующие взаимозависимые блоки, функционирующие на принципе обратной связи:

- аналитический блок, состоящий из:
 - идентификации, т.е. качественной оценки внешних и внутренних рисков, установления зависимости формы и тяжести заболевания от выявленных рисков и установления зависимости взаимовлияния между рисками;
 - оценки, т.е. количественного анализа определения вероятности наступления каждого риска на заданном временном интервале, степени влияния рисков на возникновение и течение заболевания, и определение допустимого уровня риска;
 - управленческий блок, состоящий из:
 - выбора методов наиболее эффективного воздействия на риски;
 - собственно управления, в том числе:
 - активное управление рисками — реализация управленческих решений для нейтрализации угроз и проведение мероприятий по снижению ущерба от возникновения профессиональной патологии без воздействия на вероятность её возникновения;
 - пассивное управление рисками — сохранение риска, без принятия противодействующих управленческих решений;
 - оценки эффективности принятых решений по воздействию на внешние и внутренние риски.

Наиболее важным в создании системы является выявление максимально возможного числа внешних и внутренних рисков способных оказать отрицательное влияние на изучаемый процесс (в данном случае на профзаболеваемость). Сложность заключается в привлечении большого количества экспертов высокой квалификации и большом количестве переменных величин для получения объективной картины.

Предварительный анализ установил, что к внешним рискам, способным влиять на профессиональную патологию, можно отнести:

- политические риски, обусловленные изменением политической ситуации в стране и мире, изменением отечественного и международного законодательства;
- научно-технические и технологические риски, обусловленные развитием научно-технического прогресса, внедрением в производство новых материалов и технологий;
- техногенные и природно-климатические риски, обусловленные стихийными бедствиями, техногенными катастрофами, террористическими актами;
- отраслевые и макроэкономические риски, обусловленные деятельностью производства как субъекта национального и мирового рынка, испытывающего влияние со стороны всех отраслей страны;

- кадровые риски, обусловленные ухудшением демографической ситуации в стране, дефицитом качественных трудовых ресурсов и усилением диспропорций в структуре трудоспособного населения.

К внутренним рискам можно отнести:

- сохранение высокого износа основных фондов;
- дефицит ремонтных мощностей;
- потеря финансовой устойчивости и риск банкротства;
- увеличение работников пенсионного возраста;
- отток высококвалифицированных кадров;
- несоответствие профессионального уровня работников потребностям производства;
- снижение трудовой дисциплины, нарушения техники безопасности.

На основе проведенной идентификации рисков осуществляется их ранжирование по вероятности наступления события и степени его влияния на изучаемый процесс. Степень влияния может характеризоваться как относительной величиной — вероятностью наступления, так и абсолютными — отклонениями показателей реальной профессиональной заболеваемости от зарегистрированной ранее.

Возможность репрезентативной оценки определенного вида риска зависит от его типичности. Типичные события хорошо прогнозируются стандартными статистическими методами.

Прогнозирование политических рисков, вероятности террористического акта, рисков связанных с технологическими инновациями, модернизацией производства, изменениями в отечественном и зарубежном законодательстве требуют индивидуального рассмотрения и детального анализа больших объемов информации.

Комплексная процедура оценки строится на основе моделирования взаимосвязей между основными показателями профессиональной заболеваемости (в стране, отрасли, предприятии, цехе, рабочем месте) и рискам различного уровня.

При этом, если на нижних и средних уровнях управления количественные показатели риска могут определяться как отклонения от средних значений основных показателей (частота заболевания, число дней нетрудоспособности), то на верхнем уровне они должны оцениваться как стоимостные величины.

Следовательно, кроме оценки влияния выявленных рисков на показатели профессиональной заболеваемости, параллельно оценивается и экономический ущерб от каждого выявленного риска. По результатам этого анализа определяются наиболее существенные угрозы, на нейтрализацию которых и должны быть направлены основные усилия.

Сегодня назрела необходимость создания структуры, которая взяла бы на себя как создание нор-

мативной базы, так и организационное построение системы оценки и управления рисками профессиональных заболеваний в стране.

На начальном этапе должен быть изучен и составлен перечень рисков, условий их возникновения, оценена степень их влияния на профессиональную заболеваемость, определены основные направления профилактики.

В последующем должны разрабатываться конкретные республиканские, отраслевые, заводские, цеховые программы предотвращения или минимизации ущерба.

Примерная программа должна включать в себя:

- Название риска.
- Причины и условия его возникновения.
- Категорию риска.
- Описание риска.
- Степень влияния на профессиональную заболеваемость.
- Вероятность и возможное время его возникновения.
- Период воздействия риска.
- Взаимосвязь с другими рисками.
- План мониторинга.
- План предотвращения.
- План реагирования.

Последние 3 пункта должны быть обеспечены адекватным финансированием, а исполнители свободой в принятии решений и корректировке планов.

Эффективность методов снижения рисков профессиональной заболеваемости может быть оценена по следующему алгоритму:

- Выбирается риск, имеющий прямую патогенетическую связь.
- Устанавливается потенциальный ущерб с учетом вероятности возникновения заболевания.
- Определяется перечень возможных мероприятий по минимизации ущерба.
- Определяются затраты на реализацию предложенных мероприятий.
- Сравниваются эти затраты со стоимостью возможного ущерба от развития профессионального заболевания.
- Принимается решение об осуществлении или отказе от противорисковых заболеваний.
- Процесс повторяется для следующего по значимости риска.

Несомненно, что разработка и реализация такой программы может решить поставленные задачи только при позитивной политической воле руководителя на любом иерархическом уровне.

ИЗДАТЕЛЬСТВО ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА имени И.М. СЕЧЕНОВА

ПРЕДЛАГАЕТ
Вашему вниманию

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ

для слушателей подготовительных курсов
по химии, биологии, русскому языку

Эти издания адресованы:

- выпускникам средней школы и абитуриентам для подготовки к единым государственным экзаменам по химии, биологии и русскому языку. Тренировочные задания по каждому предмету сгруппированы по экзаменационным темам в соответствии с требованиями ЕГЭ;
- преподавателям подготовительных курсов медицинских вузов и учителям русского языка, химии и биологии школ для эффективной организации учебного процесса в рамках подготовки выпускников школ и абитуриентов к ЕГЭ.

*Рекомендуются как учебно-методические
пособия для подготовительных курсов*



Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова

ПО ВОПРОСАМ ПРИОБРЕТЕНИЯ ПОСОБИЙ
ОБРАЩАЙТЕСЬ ПО АДРЕСУ:

Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2,
(здание НИЦ, 12-й этаж, левое крыло)
+ 7 (495) 609 14 00 (доб. 3018)
E-mail: izdatelstvo@mma.ru

