

Трибуна Главного специалиста

В.А. Аргунов

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

В современных сложных социально-экономических условиях в России идет реформирование и оптимизация системы охраны здоровья при сохранении лучших традиций отечественного здравоохранения. Введение страховой медицины, широкого спектра платных услуг обуславливает повышение роли патологоанатомической службы, которая направлена на обеспечение качества диагностики и улучшение лечебно-диагностической работы.

Деятельность экспериментальных республиканских и областных патологоанатомических бюро, организованных в соответствии с приказом Минздрава СССР № 375 от 04.04.1983 г. «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране», показала их несомненную медицинскую целесообразность.

Самостоятельность патологоанатомических бюро позволила им более эффективно выполнять контролируемую функцию патологоанатомической службы, укрепить материальную базу, создать благоприятные условия для профессионального роста врачей и лаборантов. В результате значительно улучшилась работа по выявлению и разбору ошибок клинической диагностики, повысился уровень лечебно-диагностической работы в ЛПУ, увеличились объемы секционной и биопсийной работы, сократились сроки и повысилось качество проводимых патологоанатомических исследований.

Учитывая итоги проведенного эксперимента, в целях дальнейшего со-

вершенствования патологоанатомической службы и повышения ее роли в осуществлении контроля за качеством диагностики и лечения больных министром здравоохранения СССР Е.И. Чазовым 11 марта 1988 г. был подписан приказ № 203 «Об организации патологоанатомических бюро», в котором предписывалось министрам здравоохранения республик, руководителям краевых и областных управлений здравоохранения организовать, начиная с 1988 г., патологоанатомические бюро на базе крупных централизованных патологоанатомических отделений. Однако в нашей республике этот приказ до настоящего времени не выполнен.

В Республике Саха (Якутия) патологоанатомическая служба представлена патологоанатомическим отделом РБ №1-НЦМ и патологоанатомическими отделениями в городах Нерюнгри, Мирный, Алдан с гистологическими лабораториями, в которых работают 20 сертифицированных врачей патологоанатомов. В 2005 г. ими произведено 789 вскрытий, исследовано более 100 тысяч биопсий и операционный материал от 23000 больных. Следует отметить, что основной объем аутопсийной и гистологической работы выполнен сотрудниками патологоанатомического отдела РБ №1-НЦМ, исследующими биопсийный и операционный материал из улусных больниц, не имеющих гистологических лабораторий.

В 11 центральных улусных больницах (Абыйский, Аллаиховский, Амгинский, Анабарский, Верхнеколымский, Горный, Жиганский, Момский, Намский, Оленекский, Эвено-Бытантайский) в штатных расписаниях нет врачей патологоанатомов и вскрытия не производятся, за исключением единичных случаев. В остальных центральных улусных больницах нет патологоанатомических отделений, а имеющиеся 0,25 - 1,0 ставок врачей патологоанатомов занимают врачи разных специальностей (всего 10 ставок), включая врачей хирургических специальностей, которые по положению не имеют права совмещать должность врача патологоанатома. Анализ работы совместителей должности патоло-

гоанатома показывает неэффективность их использования в связи с очень малым количеством проведенных аутопсий. Так, на 0,5 ставки патологоанатома в Таттинской и Чурапчинской ЦУБ произведено за год всего по 2 вскрытия, в Томпонской, Среднеколымской, У-Майской, Верхневильской ЦУБ – по 3-4 вскрытия, в остальных ЦУБах – от 6 до 20 вскрытий, когда по нормативам на 1 ставку врача патологоанатома полагается 200 вскрытий умерших взрослых или 160 детей (Приказ Минздрава СССР от 23.10.81 г. № 095). Всего по улусам на 10 ставок врачей патологоанатомов, занимаемых совместителями, в 2005 г. выполнено 246 вскрытий, т.е. наработано на 1,25 врачебные патологоанатомические ставки.

Если учесть, что на сегодня установлены расценки на одно вскрытие с гистологическим исследованием секционного материала в сумме 7000 руб. за исследование взрослого и 8000 руб. за детское, то аутопсия без гистологического исследования будет стоить существенно меньше – примерно 2-3 тыс. руб. В связи с этим главным врачам ЦУБ целесообразно оплачивать секционную работу по фактически выполненному количеству вскрытий путем заключения трудовых договоров, а не по штатному расписанию. Это поможет увеличить процент вскрытий умерших и реально сэкономить денежные средства. Если принять фонд оплаты труда 0,5 ставки врача патологоанатома за 4-5 тыс. руб. в месяц, то, например, за 5 вскрытий надо будет заплатить 20-25 тыс.руб., а не 50-60 – по штатному расписанию.

Процент вскрытий умерших по ЛПУ улусов республики крайне низкий, за исключением городов, где имеются патологоанатомические отделения. Проверка качества заполнения медицинской документации (протоколы патологоанатомических вскрытий) некоторых улусных больниц показала низкое качество заполнения протоколов аутопсий, неправильную трактовку патологоанатомических диагнозов, что не способствует повышению качества оказания медицинской помощи. Естественно, практически не отмечаются ятрогении и случаи расхождений

АРГУНОВ Валерий Архипович – д.м.н., проф., гл. внештатный патологоанатом МЗ РС (Я), член президиума Российского общества патологоанатомов.

клинического и патологоанатомического диагнозов. Зачастую многие совместители не могут разграничить судебно-медицинское исследование от патологоанатомического.

По анализу исследований гистологического материала видна неудовлетворительная работа по ранней диагностике злокачественных опухолей, о чем свидетельствует крайне малое число гистологических исследований из улусных больниц. Так, за 2005 г. в патологоанатомическом отделе РБ №1-НЦМ гистологическое исследование биопсийного и операционного материала было проведено: из Жиганского и Оленекского улусов – для 1 больного, из Анабарского – для 5, Абыйского – 6, Момского – 9, Нижнеколымского – 10, Верхневильского –

14, Таттинского и У-Алданского – по 15, Нюрбинского – для 19 больных. Такая ситуация складывается несмотря на достаточное оснащение улусных больниц эндоскопической аппаратурой. И если даже проводится эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта, врачи не практикуют взятие материала на гистологическое исследование. И как можно говорить о ранней диагностике рака пищевода, желудка, бронхов, если опухоли на ранней стадии развития не визуализируются. А если уж врач увидел в эндоскоп опухоль, то это уже поздняя диагностика.

Все вышеизложенное красноречиво ставит под сомнение существование патологоанатомической службы как таковой ввиду отсутствия головной

структуры, коей могло быть республиканское патологоанатомическое бюро, выполняющее организационно-методическую и консультативную деятельность.

Учитывая опыт работы патологоанатомической службы многих субъектов России, Министерству здравоохранения Республики Саха (Якутия) в рамках программы оптимизации здравоохранения необходимо организовать патологоанатомическое бюро МЗ РС(Я) на базе патологоанатомического отдела РБ № 1-НЦМ, структура которого отличается от структуры патологоанатомических бюро только отсутствием административно-хозяйственной части, а практическая работа соответствует функциональной деятельности бюро.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, РЕЦЕНЗИИ

А.А. Федорова, Т.Ю. Томская, Н.В. Махарова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Болезни системы кровообращения занимают ведущее место в структуре заболеваемости населения России и в значительной степени определяют уровень его временной и стойкой утраты трудоспособности, смертности. По данным Л.А. Бокерия (1999), каждый третий кардиологический больной страдает нарушениями ритма сердца, общее число которых составило к 1998 г. 16,7 млн. чел. Ежегодно в нашей стране регистрируется 500 тыс. больных с фибрилляцией предсердий.

В последние годы в России достигнуты большие успехи в лечении нарушений ритма сердца в связи с развитием интервенционной хирургической аритмологии, появлением электрокардиостимуляторов (ЭКС) и кардиовертеров дефибрилляторов (КВДФ) 5-го поколения.

В Республике Саха (Якутия) имплантация ЭКС проводится с 1992 г. (с 1992 по 2000 г. – на базе торакального отделения ЯКДЦ, с 2000 по 2005 г. – на базе кардиохирургического отделения РБ №1-НЦМ). За последние 5 лет им-

плантировано всего 233 ЭКС, в различных режимах стимуляции. Количество имплантаций, как и количество больных, нуждающихся в имплантации ЭКС, неуклонно возрастает из года в год. Так, в 2000 г. выполнено 8 имплантаций, в 2001 – 23, в 2002 – 43, в 2003 – 67, в 2004 – 64, в 2005 г. – 68 имплантаций. В РБ №1-НЦМ выполняются имплантации в режиме VVI, VVIR, AAI, DDD, DDDR. Преимущественно производится имплантация отечественных ЭКС-511, 532, 300 в режиме VVI, AAI (до 95% всех имплантаций). ЭКС приобретаются РБ №1-НЦМ в счет бюджетного финансирования и имплантируются больным бесплатно. Всем больным с имплантированным ЭКС заполняется паспорт больного, карта пациента с имплантированным (реимплантированным) антиаритмическим устройством и ежегодно в конце года они направляются в Координационный совет по имплантируемым антиаритмическим устройствам и электрофизиологии в НЦССХ им.А.Н. Бакулева.

Ведется работа по созданию регистра больных с ЭКС в РС (Я). В отделении кардиологии РБ №1-НЦМ проводится работа по перепрограммированию параметров ЭКС по показаниям через 1, 3 и 6 месяцев после имплантации ЭКС.

В связи с развитием сердечно-сосудистой хирургии во вновь открытом отделении кардиологии РБ №1-НЦМ в

2000г, где предусмотрено 5 аритмологических коек, функционирует кабинет чреспищеводных электрофизиологических исследований (ЭФИ), оснащенный лечебно-диагностическим комплексом «Элкарт» (г.Томск), на котором проводится диагностика сложных наджелудочковых тахикардий, синдрома слабости синусового узла, ИБС (при невозможности проведения нагрузочных проб), диагностика дополнительных проводящих путей и лечение (купирование пароксизмов наджелудочковых тахикардий, в том числе трепетания предсердий 1 типа), тестирование антиаритмических препаратов. Всего за 5 лет проведено 284 исследования.

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из наиболее часто встречаемых в клинической практике тахикардий, распространенность в общей популяции колеблется от 0,5 до 1% случаев. Впервые описана в 1890г. Выявляемость ФП увеличивается с возрастом. Так, среди людей до 60 лет она составляет приблизительно 1%, а старше 80 – более 6%. У женщин ФП чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и редко регистрируется у детей и подростков.

Трепетание предсердий (ТП) – существенно менее распространенная аритмия по сравнению с ФП. В большинстве стран ФП и ТП рассматриваются как разные нарушения ритма и

ФЕДОРОВА Алла Анатольевна – врач-кардиолог высшей квалиф. категории РБ №1-НЦМ; **ТОМСКАЯ Татьяна Юрьевна** – к.м.н., зав. отделением РБ №1-НЦМ, гл. внештатный кардиолог МЗ РС(Я); **МАХАРОВА Наталья Владимировна** – к.м.н., врач-функционалист высшей квалиф. категории РБ №1-НЦМ, зав. лаб. ЯНЦ РАМН и Правительству РС(Я).