

общегосударственных (от 0,3 до 3,0%). Как правило, осложнения носили инфекционный характер.

С целью решения диагностических вопросов на клинических базах используются современные методы диагностики. Вместе с тем оснащенность лечебных учреждений оставляет желать лучшего. Общий износ основных фондов составляет 47,1%. И хотя коэффициент их обновления превысил коэффициент выбытия, фондовооруженность труда медицинских работников остается низкой. Потребность клинических баз в новой медицинской технике удовлетворяется только на 30–40%.

В клиниках ВГМУ идет постоянная совместная работа профессорско-преподавательского состава и практических врачей. На всех базах сформировались коллективы, реализующие единые цели, решающие одни и те же задачи. Это способствует постоянному профессиональному росту кадров клиник. Утренние врачебные конференции, регулярные консультации больных доцентами и опытными ассистентами, обходы профессоров, показательные операции создают условия для работы на современном уровне и стремление к совершенствованию знаний и умений.

Для улучшения качества лечебной работы на клинических базах необходимо продолжить разработку и внедрение стандартов медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях. В соответствии с задачами национального проекта «Здоровье» следует активизировать работу по реструктуризации здравоохранения, усиливая амбулаторно-поликлиническое звено и профилактическую направленность работы. На клинических базах необходимо активно внедрять высокотехнологичные методы диагностики и лечения.

Поступила в редакцию 22.12.05.

DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS ON HOSPITAL BASES OF THE VLADIVOSTOK STATE MEDICAL UNIVERSITY

A.F. Popov, G.P. Gorshunova

*Vladivostok State Medical University, Health Department of the
Administration of Primorsky Region*

Summary — Materials to the report of the Deputy of Rector on Medical work of the Vladivostok State Medical University devoted to the hospital bases of high school. The data on introduction of new methods of diagnostics and treatment are shown, the structure of complications and death rates is analyzed, prospective of development of public health services of region are outlined.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 5–8.

УДК 616-006:615.478(571.6)

С.В. Юдин, М.В. Жерновой

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФОНДОВ В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДАЛЬНОГО ВОСТОКА

Приморский краевой онкологический диспансер
(г. Владивосток),
Дальневосточный государственный университет
(г. Владивосток)

*Ключевые слова: основные производственные фонды,
фондовооруженность, ресурсы.*

Системный анализ ситуации по охране здоровья населения Дальнего Востока указывает на снижение реального финансирования учреждений здравоохранения, сохранение структурных диспропорций, свертывание профилактики заболеваний, снижение качества, уровня и доступности медицинской помощи [1, 2].

Основные производственные фонды — это та часть производственных систем, которая участвует в процессе производства медицинских услуг длительное время, сохраняя при этом свою натуральную форму. К основным производственным фондам относятся материально-вещественные ценности, срок эксплуатации которых превышает 12 месяцев, со стоимостью на дату приобретения единицы свыше 50-кратного минимального размера оплаты труда. Структуру основных производственных фон-

дов составляют здания, сооружения, передаточные устройства, машины и оборудование, транспортные средства, инструмент, производственный и хозяйственный инвентарь. Активная часть — приборы, оборудование, медицинская техника, рабочие машины, все, что участвует в процессе производства медицинских товаров и услуг. Пассивная часть основных производственных фондов — здания, сооружения, определяющие условия производства и функционирование оборудования.

Нами рассмотрен Приморский краевой онкологический диспансер как структурный компонент системы оказания онкологической помощи населению Приморского края в составе Дальневосточного федерального округа (ДФО) и как характерный типовой пример оказания специализированной помощи на других территориях округа.

В онкологической сети Приморского края в 2005 г. были развернуты 347 коек круглосуточного пребывания для лечения больных злокачественными новообразованиями. Большая часть коек — 290 — развернута в краевом онкологическом диспансере, из них — 20 коек дневного и 270 — круглосуточного пребывания (из последних 100 коек — рентгенрадиологические). На 10 000 населения в Приморском крае в 2002 г. приходилось в среднем 1,9 онкологической койки, при среднероссийском показателе — 2,1 в 2002 г. (Амурская область — 1,8; Хабаровский край — 1,9; Камчатская область — 3,0; Сахалинская область — 3,1).

Средняя продолжительность пребывания больного на койке в краевом онкологическом диспансере составила в 2004 г. — 17,4 дня, в 2005 г. — 17,2 дня (Магаданская область — 18,1; Камчатская область — 19,2;

Таблица 1

Некоторые данные производственных фондов онкологических диспансеров ДВФО

Регион ДВФО	Экономический показатель					
	БС ¹ всего оборудования, руб.	износ, %	БС ¹ оборудования для лучевой терапии, руб.	износ, %	БС ¹ диагностического оборудования, руб.	износ, %
Приморский край	75 476 225	75	15 943 973	80	20 310 910	70
Камчатская обл.	36 533 388	80	7 627 958	100	11 100 823	80
Амурская обл.	71 865 313	73	16 458 742	51	6 670 043	85
Магаданская обл.	15 811 958	90	3 887 437	98	5 028 988	73
Якутия	24 226 853	34	1 359 232	60	9 874 417	16
Сахалинская обл.	293 250 000	33	143 096 300	50	36 501 700	30
Хабаровский край	277 300 000	19	—	—	—	—

¹ БС — балансовая стоимость.

Амурская область — 21,8; Сахалинская область — 22,2; по РФ — 17,9 в 2000 г., 16,6 дня — в 2002 г.). Интенсивность использования коечного фонда радиологического отделения онкодиспансера была значительно выше: средняя продолжительность пребывания больного на радиологической койке в Приморском крае в 2004 г. составила 28,3 дня (Камчатская область — 26,6; Сахалинская область — 28,3; Амурская область — 36,5; Магаданская область — 37,8; Хабаровский край — 64,7; среднероссийский показатель — 27,7 дня, данные за 2002 г.).

Одним из основных методов лечения злокачественных опухолей является лучевая терапия, которая по опыту развитых стран необходима 70% онкологических больных, но в России лучевое лечение получают не более трети подобных пациентов. По данным отечественных авторов, в Российской Федерации более 40% существующего парка лучевых аппаратов эксплуатируются не менее 10 лет, и 60–80% аппаратуры физически изношено и морально устарело [3].

В современных социально-экономических условиях решение проблемы укрепления материально-технической базы службы лучевой терапии представляет существенные финансовые трудности. В краевом онкологическом диспансере 90% рентгенодиагностической и лучевой аппаратуры эксплуатируются более 10 лет и 82% аппаратов устарели.

Нами впервые проведен анализ структурного компонента онкологических диспансеров Дальневосточного федерального округа посредством сравнительной оценки основных производственных фондов, их материально-технических, кадровых и финансовых ресурсов. Проанализированы данные 7 крупных онкологических диспансеров Дальневосточного федерального округа о балансовой стоимости всего оборудования и оборудования диагностического и для лучевой терапии, а также их износа (табл. 1).

Отмечается значительный разрыв в уровнях стоимости оборудования, стоящего на балансе основных средств диспансеров округа: от 15,8 млн руб. балан-

совая стоимость всего оборудования в Магаданском онкологическом диспансере и до 293,25 млн руб. в онкодиспансере Сахалинской области. Вместе с тем общим признаком является высокий показатель износа диагностического и лучевого оборудования — от 51 до 100%. Относительно невысок этот показатель в республиканском диспансере Якутии (износ диагностического оборудования составил только 16%, и уровень износа всего оборудования — 34%) и в Хабаровском центре онкологии, где износ всего оборудования составил в среднем 19%. Известно, что экономическая эффективность медицинского учреждения определяется соотношением затрат и полученного результата деятельности. Поэтому для более объективной оценки материально-технических и финансовых ресурсов онкологических служб Дальневосточного федерального округа нами определен показатель фондовооруженности персонала диспансеров округа (табл. 2).

Этот показатель отражает затраты финансовых средств в стоимости всего оборудования, стоящего на балансе диспансеров в расчете на одного работающего и рассчитывается как отношение балансовой стоимости оборудования к фактической численности работающих. Показатель наименьшей фондовооруженности персонала отмечен в диспансере Магаданской области и самый высокий — в

Таблица 2

Показатели фондовооруженности персонала некоторых онкологических диспансеров в ДВФО

Регион ДВФО	Фондовооруженность, руб.
Приморский край	224 259
Камчатская область	165 584
Амурская область	217 773
Магаданская область	104 714
Якутия	117 606
Сахалинская область	1 025 349
Хабаровский край	1 001 100

Таблица 3

Расходы субъектов ДВФО на здравоохранение из государственных источников финансирования, 2002 г.

Регион ДВФО	Подушевые расходы, руб.
Округ в целом	3 166,3
Чукотский АО	14 232,3
Корякский АО	8 388,8
Якутия	5 500,4
Магаданская область	5 284,6
Сахалинская область	3 558,1
Камчатская область	3 303,1
Хабаровский край	2 724,6
Еврейская АО	2 392,9
Амурская область	2 356,6
Приморский край	2 027,0

онкологическом диспансере Сахалинской области. Равноценно высокий показатель фондовооруженности персонала в Хабаровском краевом клиническом центре онкологии. Представленные данные свидетельствуют о неравномерном уровне фондовооруженности медицинского персонала в государственных онкологических учреждениях Дальнего Востока. Динамичный рост инвестиций в материально-техническую базу системы здравоохранения отмечался в Хабаровском крае.

Более наглядным, хотя и косвенным свидетельством состояния ресурсного обеспечения специализированных служб округа являются различия уровней финансирования системы здравоохранения в расчете на душу населения (табл. 3).

По данным Министерства здравоохранения и социального развития, совокупные подушевые расходы на здравоохранение в 2002 г. из государственных источников составили 2118,6 руб. [4]. Таким образом, очевидно, что уровень финансирования системы здравоохранения в расчете на душу населения в 2002 г. наиболее высоким был в Чукотском и Корякском автономных округах, наименьшим в Приморском крае и Амурской области, причем в Приморье этот показатель оказался ниже среднероссийского.

Такая разница в размерах подушевого финансирования определяется уровнем издержек на сам процесс организации оказания медицинской помощи, стоимостью лекарственных препаратов, расходных материалов, размерами заработной платы персонала, стоимостью коммунальных услуг, затратами на поддержание основных фондов лечебно-профилактических учреждений. В северных регионах Дальневосточного федерального округа (Чукотский, Корякский автономный округ, Камчатская область) они значительно выше, чем в южных территориях (Приморский, Хабаровский край, Амурская область, Еврейская автономная область).

Несмотря на социально-экономические трудности в отрасли, оттока врачебных кадров в онкологическом диспансере Приморского края и диспансерах ДВФО не наблюдается. Так, штатным расписанием Приморского краевого онкологического диспансера предусмотрено 97,75 врачебных должностей, из которых занято 96 (98,2%). На занятых должностях работает 91 врач, 93,1% физических лиц.

Таким образом, укомплектованность врачами краевого онкологического диспансера составляла 93,1%. Относительно благополучной ситуация выглядит и в других онкологических диспансерах Дальневосточного федерального округа: укомплектованность учреждений врачебными кадрами колеблется в различных субъектах федерации округа от 89,2% (в Камчатской области) до 99,2% (в Сахалинской области) и в среднем по федеральному округу составляет 94,2%.

Одновременно сложная ситуация складывается с обеспечением средними медицинскими кадрами онкологических учреждений Дальнего Востока. Так, в Приморском крае показатель укомплектованности краевого онкологического диспансера средними медицинскими работниками с учетом совместительства составил 95,3%, а без учета совместительства — 64,5%, в Хабаровском крае — 94,3 и 65,5%, в Магаданской области — 96,7 и 61,0%, в Республике Саха (Якутия) — 97,8 и 68,9% соответственно.

В Приморском крае нормативная численность врачей и среднего медицинского персонала в диспансере должна составлять соответственно 97 и 175 сотрудников, при этом численное соотношение «врач — медсестра» должно соответствовать 1:1,8. Фактическое соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1:1,2. Следует отметить, что во всех субъектах Дальневосточного федерального округа заметно ухудшение показателя укомплектованности средним медицинским персоналом, особенно физическими лицами. Это явление напрямую связано с оттоком медицинских кадров в более благополучные регионы России и с уходом молодых специалистов в немедицинские отрасли. Значительную роль в оттоке медицинских кадров, особенно среднего персонала, из отрасли здравоохранения играет низкая заработная плата. Вместе с тем следует признать, что достаточная обеспеченность врачебными кадрами краевого онкологического диспансера сочеталась с резким оттоком врачебных кадров из учреждений первичной медико-санитарной помощи, центральных районных и участковых больниц, что незамедлительно сказалось на обеспеченности врачами-онкологами районных поликлиник и межрайонных онкологических кабинетов. Так, при необходимых 44 онкологах в лечебно-профилактических учреждениях Приморского края работают 20 специалистов (без учета Владивостока), а в 12 районах края должности районных онкологов совмещают врачи других специальностей.

В результате населению сельских районов края и отдаленных северных территорий стала недоступна специализированная онкологическая помощь. В этих условиях резко снизилась эффективность и своевременность диагностики опухолевых заболеваний, что в целом отразилось на результатах лечения онкологических больных. Перед органами управления здравоохранением стоит важнейшая задача по разработке программ воспроизводства материально-технической базы, и в первую очередь активной части основных производственных средств. Отсутствие системной политики в онкологии в последнее десятилетие привело к стихийному формированию региональных моделей организации и управления здравоохранением со своим пониманием целей и задач реформы, приоритетов в развитии онкологической помощи, что еще более усилило территориальные диспропорции.

Литература

1. Онищенко Г.Г., Козут Б.М., Пригорнев В.Б. и др. *Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения Дальневосточного федерального округа в 2001 г.* — Хабаровск, 2002.

2. Пригорнев В.Б., Щепин В.О., Дяченко В.Г., Капитоненко Н.А. *Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы.* — Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2003.
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Мерабишвили В.М. // *Казанский мед. журнал.* — 2000. — № 4. — С. 241–253.
4. Флек В.О., Шиляев Д.Р., Яновский А.С., Селезнев И.Ю. // *Здравоохранение.* — 2004. — № 7. — С. 25–37.

Поступила в редакцию 22.09.05.

THE ANALYSIS OF USE OF THE BASES IN ONCOLOGICAL INSTITUTIONS OF THE FAR EAST

S.V. Yudin, M.V. Zhernovoy

Primorsky Regional Oncological Clinic, Far Eastern National University (Vladivostok)

Summary — The structure of the oncological facilities of Far Eastern region is characterized by significant deterioration (from 51 up to 100%) of the diagnostic and radiological equipment, differentiation of levels of balance cost of the equipment (from 15.8 up to 293.25 million rubles). The funds parameter changes from 104714 rubles in Oncological clinic of Magadan up to 1001100 rubles in a clinic of Khabarovsk. The general sign is the high parameter of deterioration of the diagnostic and radiological equipment — from 51% in the clinic in Amur area up to 100% in the clinic of the Kamchatka area.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 8–11.

УДК 616.853-091-092.18

Ю.В. Дудина

КЛЕТОЧНЫЕ И НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КОРКОВОГО ЭПИЛЕПТОГЕНЕЗА

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: эпилепсия, морфология, патогенез.

Эпилепсия возникает только у 1% населения, однако по удельному весу занимает третье место среди неврологических заболеваний и проявляет в последние годы четкую тенденцию к росту [3]. Это обстоятельство определяет повышенный интерес нейроморфологов и клиницистов к дальнейшему изучению глубинных морфологических, нейрохимических и медиаторных, нейрофизиологических и нейрофармакологических проблем «эпилептического мозга» и разработке более эффективных методов борьбы с заболеванием [2, 20, 21].

Основу эпилептического поражения составляют врожденные нарушения развития (дисгенезии) и приобретенные — посттравматические и воспалительные поражения мозга [1, 4, 8, 27]. Эти нарушения характеризуются органическими изменениями в системе микроциркуляторного и глиального микроокружения с развитием фокальной ишемии, а на функциональном и нейрохимическом уровнях выражаются в превалировании возбуждения и дефиците тормозящих синаптических процессов.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПСИИ

Первые подробные описания морфологических изменений, возникающих в мозге человека при эпилептическом припадке, принадлежит Теодору Мейнерту (Meinert, 1867), Sommerу (Sommer, 1880) и Альберту Энленбургу (Enlenburg, 1898). Энленбург установил, что в случаях смерти от эпилепсии имел место полнокровие мозга и его оболочек, а также точечные кровоизлияния в ткани мозга, особенно в стволовых отделах [3]. Если же смерть наступала от других причин, в мозге выявлялось расширение сосудов с утолщениями их стенок, которое особенно выражено в основании IV в области треугольника ядер X и XII пар черепно-мозговых нервов.

В первой половине XX столетия представления об эпилепсии значительно дополнились благодаря фундаментальным работам Пенфильда. Он придавал решающее значение в развитии этого заболевания нарушениям гемодинамики, справедливо полагая, что за счет прогрессирующей ишемии происходит разрушение небольших участков ткани мозга, расположенных около сосудов. Периваскулярное разрежение мозговой ткани, которое формируется в результате ишемии и дает начало эпилептическому очагу, Пенфильд рассматривал в качестве основного морфологического признака эпилепсии.

В конце XX века сложилось целостное представление, что структурной основой эпилептизации является поражение коры больших полушарий, где наблюдаются очаговые выпадения нейронов, нейроналофия, разрежение нейроналопия и глиоз. Большое значение в генезе эпилепсии придавалось дефектам