

1 группы, 420 аптечными пунктами 2 группы, 3 магазинами оптики, аптечным складом, где трудились 1393 специалиста, в т.ч. 344 провизора [4].

За годы XI-XII пятилетки аптечная служба Якутии неоднократно меняла организационно-правовые формы: входила в состав Министерства здравоохранения, была управлением Совета министров ЯАССР, ГПО «Фармация».

Заметно вырос профессиональный потенциал кадров, повысился уровень руководства аптечной службой, более тесными стали контакты аптечных учреждений с лечебно-профилактическими учреждениями. Быстрыми темпами развивалась аптечная сеть, ее материально-техническая база, много внимания уделялось аптечной сети сельской местности. Значительно увеличились ресурсы лекарственных средств, ассигнования лечебных учреждений на приобретение медикаментов.

В последующие перестроечные времена картина существенно изменилась, появилась тенденция к сокращению производственных мощностей аптек, численности персонала. Изменился в своем большинстве организационно-правовой статус аптек, они стали юридическими лицами. Возник финансовый дефицит, взаимные неплатежи, остро ощущался в аптеках недостаток оборотных средств.

Вместе с тем широко стала развиваться сеть негосударственных аптечных учреждений, появились предприниматели, получившие лицензию на занятие фармацевтической деятельностью, общества с ограниченной ответственностью, акционеры общества и др. Появилась необходимость к укреплению контрольно-разрешительной системы, регулирующей рынок и качество лекарств, организацию работы аптечных учреждений всех форм собственности.

Практическая реализация основных принципов развития современного здравоохранения республики началась Указом №1 Президента РС (Я) М.Е. Николаева «О первоочередных мерах по совершенствованию здравоохранения РС (Я)», на основе которого в последующем был принят ряд основополагающих правительственных документов по охране здоровья населения [3].

В историю развития аптечного дела республики внес свой достойный вклад Василий Тарасович Иванов, выпускник Томского мединститута, организатор-провизор, долгое время проработавший в этой системе, первый руководитель аптечного управления при Совете Министров ЯАССР, основатель и бессменный президент Ассоциации фармацевтов РС (Я) и фонда социальной защиты фармацевтов РС (Я) имени В.Т. Иванова [4,5].

В 1990-х гг. в стране коренным образом изменилась социально-экономическая ситуация, это привело к тому, что десятилетиями отлаженная работа многих служб оказалась на грани развала. Не стала исключением и аптечная служба. Только для Якутии это было особенно болезненным. На Крайнем Севере все проблемы жизнеобеспечения решать значительно сложнее. Для организации урегулирования лекарственного снабжения Республики Саха (Якутия) Указом Президента республики № 824 от 05.07.94 г. был создан государственный орган – Департамент по лекарственному, медико-техническому и материальному обеспечению Минздрава РС (Я), в настоящее время Управление фармации и медицинской техники МЗ РС (Я). В том же году принят Указ «О дополнительных мерах по развитию здравоохранения РС (Я)» в целях обеспечения прав граждан Республики Саха на медицинское и лекарственное обслуживание и оказание государственной поддержки в системе здравоохранения.

Департамент объединил различные государственные структуры: ГПП «Сахафармация», контрольно-аналитическую лабораторию, государственные аптеки и ГПП «Медтехника». Были четко определены функции государственного регулирования фармацевтической деятельности, и постепенно в республике начала складываться система снабжения медикаментами в условиях рынка.

Фармацевтическая отрасль Якутии продолжает развиваться. Примером тому служит открытие завода инфузионных растворов (2008 г.). На фоне бурного развития аптечной сети республики существенно увеличилась потребность в специалистах с фармацевтическим (высшим и средним специальным) образованием, дефицит которых в последнее время ощущается достаточно остро. Поэтому было принято решение Правительства РС (Я) об открытии новой специальности «Фармация» на базе Якутского госуниверситета: первый набор по специальности «Фармация» состоялся летом 2009 г.

Таким образом, подготовка провизорских кадров непосредственно в головном вузе республики позволит восполнить кадровый дефицит в специалистах с высшим фармацевтическим образованием, а также станет фундаментом для дальнейшего развития научной фармацевтической школы, что скажется в дальнейшем на аптечной службе Якутии в целом.

Список литературы

1. Иванов В.Т., Дмитриук С.Е. Очерки по истории и современному состоянию фармации Республики Саха (Якутия). – Томск: Изд-во НТЛ, 2003. – 124 с.
2. Капитонова А.С. Аптечная служба: вчера, сегодня и завтра (из истории развития аптеки № 25). – Якутск, 2001. – 23 с.
3. Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГУ «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр». Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2008 г.
4. Тарабукина С.М., Дмитриук С.Е. Из истории фармации Республики Саха (Якутия) // Бюл. Сиб. Медицины. – 2010. – №1. – С. 157-160.
5. Тропинка, ставшая дорогой: Василий Иванов – страницы жизни и трудовой деятельности / сост. Е.Е. Сибиряков; отв. ред. А.А. Борисова, Л.Е. Сибирякова. – Якутск: Бичик, 2002. – 216 с.

ГЕМОТРАНСФУЗИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

Попова Н.В., Федотова А.А., Дягилева Т.С.

*Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, Якутск,
e-mail: kaf-ox@mail.ru*

Введение

В настоящее время не вызывает сомнения высокая эффективность гемотерапии от целенаправленного использования клеточных и белковых компонентов крови у конкретного больного в зависимости от тактики лечения. Такая тактика дает возможность рационально использовать заготовленную консервированную кровь [1, 2]. Кроме того, по данным сотрудников Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, рациональный расход трансфузионных сред способствует повышению эффективности затрат на здравоохранение, медицинской эффективности работы клиник, сбережению национального ресурса донорской крови [3].

В соответствии с потребностями практической медицины организация компонентного донорства и фракционирования крови на компоненты, централизованный учет заказанных лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) компонентов крови – важнейшие задачи учреждений службы крови [4]. В свою очередь, ЛПУ ведут обязательный учет полу-

ченных использованных и неиспользованных компонентов крови. [3, 4],

Цель исследования. В данном сообщении мы приводим анализ гемотрансфузии в специализированном отделении многопрофильной клиники РБ№2 ЦЭМП в 2009-2013 гг.

Материал исследования

Колопроктологическое отделение (КПО) Республиканской больницы №2 – Центра экстренной медицинской помощи (РБ№2-ЦЭМП) является единственным специализированным отделением в Республике Саха (Якутия) (РС (Я)) для стационарного лечения больных с различными заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности. В данном отделении в настоящее время выполняются операции различной категории сложности (от I до VI категории). Опе-

рации высокой категории сложности (от IV до VI) сопровождаются переливанием компонентов донорской крови. В таблице 1 представлены наименование и объемы перелитых компонентов крови за анализируемый период.

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что основные используемые гемотрансфузионные среды в отделении – это эритроцитарная масса и ПСЗ. Рост объемов перелитой эритроцитарной массы обусловлен за счет увеличения объемов переливания эритроцитарной массы фильтрованной и отмытых эритроцитов. Отмечается снижение объема перелитой ПСЗ в 2 раза к концу анализируемого периода.

За указанное время динамика количества переливаемых гемотрансфузионных сред представлена в таблице 2.

Таблица 1

Объем компонентов крови, перелитых за анализируемый период, л

Наименование компонентов	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Эритроцитарная масса	47,568	50,729	36,370	23,777	19,518
Эритроцитарная масса, фильтрованная			1,986	16,689	20,964
Эритроциты отмытые	600	566	3,146	2,231	9,748
Итого	48,168	51,285	41,502	42697	50,230
Плазма свежемороженная (ПСЗ)	115,578	287,244	127,238	82,591	63,990
ПСЗ, вирусинактивированная			5,470	12,903	1,445
Итого	115,578	287,244	132,708	95,494	65,435
Тромбоцитарная взвесь				3828	750
Итого				3828	750

Таблица 2

Число гемотрансфузий за анализируемый период

Наименование компонентов	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Эритроцитарная масса	219	230	163	104	92
Эритроцитарная масса, фильтрованная		9	9	55	64
Эритроциты отмытые	2		16	10	31
Итого	221	239	188	169	187
Плазма свежемороженная (ПСЗ)	195	360	355	198	149
ПСЗ, вирусинактивированная			21	64	3
Итого	195	360	376	262	152
Тромбоцитарная взвесь				6	3
Итого				6	3
Всего	416	599	564	437	342

Таблица 3

Распределение реципиентов по полу и возрасту

Год	Пол	Возраст						Итого	Всего
		18-29	30-44	45-59	60-74	75-90	90 ↑		
2009	муж	5	16	38	20	8		87	161
	жен	6	9	17	30	11	1	74	
2010	муж	6	7	23	26	5		67	137
	жен	4	12	22	23	8	1	70	
2011	муж	8	9	38	25	9		89	155
	жен	5	5	19	21	16		66	
2012	муж	7	10	17	30	11		75	146
	жен	1	9	22	27	11	1	71	
2013	муж	6	23	26	22	11	1	89	172
	жен	3	22	22	26	10		83	
Всего		51	122	244	250	100	4	771	771

Таблица 4

Соотношение объемов переливаемых ПСЗ и эритроцитов

Наименование компонентов	Годы									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	Ок	Чг	Ок	Чг	Ок	Чг	Ок	Чг	Ок	Чг
Эритроцитарная масса	47,568	219	50,729	230	36,370	163	23,777	104	19,518	92
Эритроцитарная масса, фильтрованная	-	-	-	9	1,986	9	16,689	55	20,964	64
Эритроциты отмывые	600	2	566		3,146	16	2,231	10	9,748	31
Итого	48,168	221	51,285	239	41,502	188	42,697	169	50,230	187
Объем эритроцитсодержащей среды на одно переливание	217,95		214,58		220,75		252,64		268,60	
Плазма свежемороженная (ПСЗ)	115,578	195	287,244	360	127,238	355	82,591	198	63,990	149
ПСЗ, вирусинактивированная	-	-	-	-	5,470	21	12,903	64	1,445	3
Итого	115,578	195	287,244	360	132,708	376	95,494	262	65,435	152
Объем ПСЗ на одно переливание	597,70		797,90		352,94		364,48		430,49	
ПСЗ: Эритроцитсодержащая среда	2,7:1		3,7:1		1,6:1		1,4:1		1,6:1	

Примечание: Ок – Объем компонентов крови, перелитых за анализируемый период в отделении, л; Чг – Число гемотрансфузий за анализируемый период.

Анализ таблицы 2 показывает снижение числа переливания ПСЗ за исследуемый период в 2 раза, в то же время число переливаний эритроцитарной массы также имеет тенденцию к снижению.

Основные результаты

Как видно из представленных данных, за анализируемый период времени основными гемотрансфузионными средами являются эритроцитарная масса и плазма свежемороженная.

Увеличение объема переливаемой эритроцитсодержащей среды обусловлено тем, что, несмотря на снижение объема эритроцитарной массы в 2 раза постепенно увеличивается переливание эритроцитарной массы фильтрованной и эритроцитов отмывтых.

За указанный период времени переливание ПСЗ сократилось по объему и по числу почти на 2 раза. Кроме того к 2013 году внедряется переливание ПСЗ вирусинактивированной.

Наибольшее число реципиентов за анализируемые годы приходится на пожилую (60-74 года) – 250 и средний возраст (45-59 лет) – 244 соответственно.

Соотношение объемов переливаемых ПСЗ и эритроцитов (таблица 4) за 3 последних анализируемых года остается ниже 2:1.

Показаниями для назначения трансфузионной терапии явились:

1) обширные хирургические операции при опухолях и повреждениях толстой кишки (IV – VI категории сложности);

2) реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке (IV – VI категории сложности);

3) кишечное кровотечение при ВЗК, дивертикулярной болезни, полипах толстой кишки;

4) у 37 (4,8%) больных из общего числа 771 за анализируемый период, трансфузия эритроцитов назначена перед хирургическим лечением при хронической анемии (снижение уровня гемоглобина ниже 60-70 г/л), обусловленной хроническим геморроем, геморроидальным кровотечением.

Заключение

Таким образом, анализ проведенной гемотрансфузии в колопроктологическом отделении многопрофильной больницы показывает стабильную потребность в следующих компонентах крови: эритроцитсодержащие среды и ПСЗ.

Из общего числа реципиентов 250 (32,43%) приходится на людей пожилого возраста (60-74) и 244 (31,64%) – среднего возраста (45-59).

У 37 больных (4,8%) гемотрансфузия назначена при установлении снижения уровня гемоглобина ниже 60-70 г/л, обусловленного хроническим геморроем, геморроидальным кровотечением.

Соотношение объемов переливаемых ПСЗ и эритроцитов за 3 последних анализируемых года остается ниже 2:1.

Тенденциями развития являются переливание карантинизированной ПСЗ, эритроцитсодержащей среды, подвергавшейся лейкофильтрации.

Список литературы

1. Воробьев А.И., Городецкий В.М., Шулушко Е.М., Васильев С.А. Острая массивная кровопотеря. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
2. Жибурт Е.Б. Трансфузиологический словарь. – М.: РАЕН, 2012. – 319 с.
3. Селиванов Е.А., Данилова Т.Н., Дегтярева И.Н., Григорьян М.Ш. Служба крови России: современное состояние и перспективы развития // Трансфузиология. – 2010. – №4. – С. 4-31.
4. Филина Н.Г., Жибурт Е.Б., Ключева Е.А., Караваев А.В. Беч-маркинг списания в клинике эритроцитов с истекшим сроком хранения // Трансфузиология. – 2010. – №3. – С. 28-36.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Саввина Л.Э., Матвеев А.С., Гаврильев С.Н.

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, Якутск, e-mail: 89142714810@mail.ru

В последние годы число больных с печеночной недостаточностью (ПечН) неуклонно увеличивается. Печеночная недостаточность возникает в результате токсического, вирусного или ишемического повреждения ранее здоровой печени, приводящего к массивному некрозу гепатоцитов, либо при прогрессировании хронического заболевания печени [2, 3, 4]. В результате уменьшается синтетическая активность печени, страдает функция детоксикации и нарушается регуляция метаболических процессов.

Нарушение баланса между физиологическими потребностями и функциональными возможностями поврежденной печени ведет к осложнениям ПечН: печеночной энцефалопатии и коме, печеночной недо-