

Гігантська виразка шлунка — шляхи вирішення проблеми

В.І. Мамчич, О.В. Грузинський, В.А. Шуляренко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Резюме. Збільшення в структурі захворювання виразок великих і гігантських розмірів представляє серйозну проблему у виборі методу лікування захворювання. Метою дослідження стало вивчення змін, які виникають в слизовій оболонці шлунка в залежності від способу оперативного лікування при гігантській виразці шлунка. Обстежено 135 хворих із ГВШ. Усім хворим проводили оперативне лікування. Структура оперативних втручань розподілилась таким чином: резекція шлунка за Більрот II — 25,9%, резекція шлунка за Більрот I — 54,8%, надпілорична резекція шлунка за Макі — Шалімовим — 12,6%, резекція шлунка за Ру — 6,7%. Вивчили вираженість диспластичних змін в слизовій оболонці кукси шлунка через рік після хірургічного лікування. Оскільки у 119 із 135 прооперованих були присутні морфоструктурні диспластичні зміни у стінці шлунка, встановлено, що ГВШ потребує активної хірургічної тактики.

Ключові слова: гігантська виразка, резекція шлунка, дисплазія слизової оболонки.

Вступ

До недавнього часу гігантську виразку вважали рідкісною патологією. Були описані поодинокі спостереження за даною хворобою. Але починаючи з другої половини 70-х років ХХ сторіччя як вітчизняні, так і зарубіжні лікарі почали більше звертати увагу на дану патологію (Бачев І.І., 1982; Morgow С.Е. et al., 1982; Пономарев А.А., 1987; Sadowski D.C., Rabepesck L., 1997; Николаенко А.С. и соавт., 2002). За даними різних авторів гігантська виразка шлунка (ГВШ) зустрічається у 17,1% хворих (Графов А.К., Курочка І.Е., 1998; Грубник В.В. и соавт., 1992; Николаенко А.С. и соавт., 2002). Збільшення в структурі захворювання виразок великих і гігантських розмірів представляє серйозну проблему у виборі методу лікування захворювання.

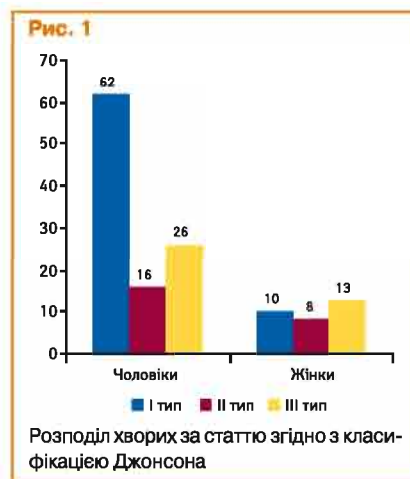
Метою дослідження стало вивчення змін, які виникають в слизовій оболонці шлунка, залежно від способу оперативного лікування при ГВШ.

Об'єкт і методи дослідження

Обстежено 135 хворих із ГВШ, серед яких переважали чоловіки — 104 хворих (77,0%). Найчастіше зустрічався I тип хронічних шлункових виразок — у 53,3%; II тип зустрічався у 17,8% і III тип — у 28,9% (рис. 1).

Усі виразки шлунка, які описані в дослідженні, мали розмір більш як 3 см та розглядалися як гігантські. Розміри ГВШ у нашому дослідженні широко коливалися. Частіше зустрічалися ГВШ розмірами 3–4 см (36,5%), 4, 1–5 см (39,8%), 5, 1–6 см (16,1%).

Усім хворим проводили дослідження фіброендоскопом «Olympus» (Японія). При ендоскопічному дослідженні виконували ретельний огляд слизової оболонки стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки. При цьому виявляли наявність гастриту, його поширення і характер. Особливу увагу звертали на наявність жовчі,



ступінь вираженості дуодено-гастрального рефлюксу, а також стан сфінктера: зняття, набряк, прохідність. Основним при проведенні гастрофіброскопічного дослідження було уточнення діагнозу — характеру і локалізації виразкового дефекту.

Основна роль у діагностиці характеру виразкового дефекту належить ретельному гістологічному дослідженню, оскільки вірогідних ендоскопічних ознак малігнізованої виразки немає. Було виконано 270 обстежень у 135 хворих. Досліджено 540 патогістологічних мікропрепаратів. На 9–11 дні після операції обов'язково виконували контрольну фіброгастродуоденоскопію, яку за можливості повторювали щорічно. Важливим є і питання щодо характеру гастриту, який супроводжує виразку. Осередок малігнізації може локалізуватися в зоні гастриту, на відстані від виразкового дефекту. Тому при біопсії ми брали 7–8 біоптатів. Обстеження хворих проводилося під час першого огляду. Взяття біопсії проводили: по 2 біоптати з тіла й антрального відділу шлунка та 1 біоптат із ділянки кута шлунка з урахуванням вимог модифікованої Сіднейської системи. Також

обов'язково брали біопсійний матеріал із дна шлунка як в доопераційний, так і в післяопераційний період, що давало змогу провести аналіз динаміки диспластичних процесів у слизовій кукси шлунка та провести адекватність оцінки вибору об'єму оперативного втручання.

Хворих з ГВШ в залежності від наявності в слизовій оболонці признаков дисплазії розділили на дві групи: 1-ша група (16 хворих) — з ГВШ без ознак дисплазії в слизовій оболонці; 2-га група (119 хворих) — з ГВШ з наявністю диспластичних процесів в слизовій оболонці різного ступеню вираженості.

Усім хворим проводили оперативне лікування залежно від локалізації виразкового дефекту в шлунку відповідно до класифікації Джонсона. Структура оперативних втручань розподілилась таким чином: резекція шлунка за Більрот II — 25,9%, резекція шлунка за Більрот I — 54,8%, надпілорична резекція шлунка за Макі — Шалімовим — 12,6%, резекція шлунка за Ру — 6,7%. При виборі способу оперативного втручання підходили із урахуванням місця розташування виразкового дефекту в стінці шлунка, враховували загальний стан пацієнта, вираженість та розповсюдженість патологічного процесу, а вже ретроспективно оцінювали та характеризували вираженість диспластичних змін в слизовій шлунка

Результати та їх обговорення

Характерною рисою гігантських виразок є те що дана патологія майже в усіх випадках зустрічається як ускладнена, часто відзначають поєднання двох і більше ускладнень (Грубник В.В. и соавт., 1992; Курбанов К.М., 1999; Жерлов Г.К. и соавт., 1999). Найчастіше із них зустрічається пенетрація — понад 80,0%, у більшості випадків в підшлункову залозу — до 64,0% (Грубник В.В. и соавт., 1992). Стеноз виходу із шлунка відзначається від 38,8%

(Грубник В.В. и соавт., 1992) до 40,1% випадків (Курбанов К.М., 1999).

У зв'язку з неможливістю у більшості хворих в передопераційному періоді встановити ступінь диспластичних змін в слизовій тіла та дна шлунка, виконували оперативне лікування по показанням та залежно від локалізації виразкового дефекту, а вже потім проводили аналіз морфологічних змін в слизовій оболонці. Вивчено характер диспластичних змін в слизовій оболонці при ретроспективному аналізі у хворих з різними типами оперативних втручань, які були виконані при ГВШ.

В тілі шлунка при ГВШ зустрічається помірно виражена (44,4%) та тяжка (28,1%) дисплазія. Відсутня дисплазія в слизовій оболонці шлунка лише в 11,9%, а легка відмічена у 15,6%. Частіше виконували резекцію шлунка за Більрот I — у 74 хворого (54,8%), резекцію шлунка за Більрот II виконано у 35 хворих (25,9%), резекцію шлунка за Ру — у 9 (6,7%) хворих, також виконували над пілоричну резекцію за Макі — Шалімовим — у 17 хворих (12,6%). Отримані результати наведені в таблиці 1.

Ретроспективно встановлено що при виконаній резекції шлунка за Більрот II переважала помірно виражена дисплазія в слизовій оболонці тіла шлунка (12,6%). При резекції шлунка за Більрот I — помірно виражена дисплазія відмічалася в 23,0% та тяжка — в 21,5%.

Крім виявлення диспластичних змін в слизовій тіла шлунка проводили аналіз стану у слизовій оболонці дна шлунка, що дозволило контролювати диспластичні процеси в частині органу, яка залишається після проведеного оперативного лікування. Отримані результати наведені в таблиці 2

В дні слизової оболонки шлунка гістологічна картина дещо відрізнялась від такої в тілі шлунка. В слизовій оболонці дна в 2 випадках спостерігали дисплазію важкого ступеня — 1,5%, помірно виражена дисплазія відмічалась у 34,1% хворих. В дні

шлунка переважала легка дисплазія (37,8%). Відсутність диспластичних процесів спостерігали в 26,7% випадків.

Отже в слизовій оболонці шлунка при гігантських виразках в тілі переважає помірно виражена та тяжка дисплазія. А в дні шлунка — помірно виражена та легка дисплазія.

Через один рік після хірургічного лікування у прооперованих хворих проводили контрольні обстеження з обов'язковим аналізом ступеню вираженості диспластичних змін в області анастомозу та в області дна шлунка, що дало змогу проаналізувати залежність диспластичних процесів від вибору способу оперативного лікування (табл. 3)

При аналізі отриманих результатів через рік після хірургічного лікування відмічено наступні зміни в слизовій оболонці дна кулки шлунка: відсутні диспластичні зміни у 29,6% хворих, легка дисплазія відмічена в 47,4%, помірно виражена — у 20,0%, тяжка — у 3,0%. При порівнянні результатів вираженості диспластичних змін в слизовій оболонці дна шлунка при резекції шлунка по Більрот II нами відмічено поглиблення альтеративних процесів через рік після операції. В доопераційному періоді переважала легка (11,8%) та помірно виражена (7,5%) дисплазія, а через рік після оперативного лікування у 2,2% пацієнтів з'явилася тяжка та у 12,6% помірно виражена дисплазія, тоді як відсутня дисплазія була лише у 1,5% в порівнянні з доопераційним періодом в 5,4%.

При виконанні резекції шлунка за Більрот I диспластичні процеси в дні шлунка розподілились майже рівномірно: відсутня та легка дисплазія склали 16,1%, помірно виражена — 21,5%. Тяжка дисплазія (0,7%), не зважаючи на призначене лікування, через рік залишилась та потребувала в подальшому ендоскопічного спостереження. Отримані результати свідчать про незворотність тяжких диспластичних змін, які виникають в слизовій шлунка.

Через рік після операції нами отримано неочікувані результати: вираженість диспластичних змін в дні шлунка носила регресивний характер (відсутня дисплазія відмічена у 20,7%, помірно виражена — у 7,4%).

При надпілоричній резекції шлунка за Макі — Шалімовим частіше виявили легку дисплазію в дні шлунка (7,4%), відсутню — у 3,0%, а помірно виражену — у 2,2%. Через один рік після операції в дні шлунка спостерігали відсутність дисплазії у 5,9% та легку дисплазію в 6,7%.

При виконаній операції за Ру диспластичні зміни в області дна шлунка розподілились таким чином: помірно виражена дисплазія — у 3,0%, легка — у 2,2%. Тоді як через рік після операції переважала легка дисплазія (5,2%), помірно виражена та тяжка були відсутні.

При проведенні узагальнюючого аналізу нами відмічено поглиблення диспластичних процесів в дні шлунка у хворих, яким була виконана резекція за Більрот II, та відмічено регрес вказаних змін при резекції за Більрот I, Макі — Шалімовим та Ру.

Проаналізовано також вираженість диспластичних процесів в області анастомозу через один рік після операції (табл. 4).

Проведено порівняльний аналіз вираженості диспластичних змін до операції в тілі шлунка та через рік після операції в області анастомозу. При резекції шлунка за Більрот II в тілі шлунка переважала помірно виражена дисплазія (12,6%), у 5,2% відмічалась тяжка дисплазія, а в 3,0% дисплазія була відсутня. Тоді як через рік після операції легка дисплазія в області анастомозу складала 5,2%, помірно виражена — 14,8%, тяжка — у 5,9%. Отримані результати при виборі цього способу оперативного лікування вказують на помірно виражене, поступове поглиблення диспластичних процесів в області анастомозу. При виконанні резекції шлунка за Більрот I переважали тяжка (21,5%) та помірно виражена (23,0%) дисплазія, легку дисплазію

Таблиця 1

Ступінь вираженості дисплазії у слизовій оболонці тіла шлунка залежно від типу операції

Тип резекції шлунка	Дисплазія відсутня, n (%)	Дисплазія легкого ступеня, n (%)	Помірно виражена дисплазія, n (%)	Тяжка дисплазія, n (%)	Усього, n (%)
Резекція шлунка за Більрот II	4 (3,0)	7 (5,2)	17 (12,6)	7 (5,2)	35 (25,9)
Резекція шлунка за Більрот I	6 (4,4)	8 (5,9)	31 (23,0)	29 (21,5)	74 (54,8)
Надпілорична резекція шлунка за Макі — Шалімовим	6 (4,4)	6 (4,4)	4 (3,0)	1 (0,7)	17 (12,6)
Резекція шлунка за Ру	—	—	8 (5,9)	1 (0,7)	9 (6,7)
Усього	16 (11,9)	21 (15,6)	60 (44,4)	38 (28,1)	135 (100)

Таблиця 2

Ступінь вираженості дисплазії у слизовій оболонці дна шлунка залежно від типу операції

Тип резекції шлунка	Дисплазія відсутня, n (%)	Дисплазія легкого ступеня, n (%)	Помірно виражена дисплазія, n (%)	Тяжка дисплазія, n (%)	Усього, n (%)
Резекція шлунка за Більрот II	8 (5,4)	16 (11,8)	10 (7,5)	1 (0,7)	35 (25,9)
Резекція шлунка за Більрот I	22 (16,1)	22 (16,1)	29 (21,5)	1 (0,7)	74 (54,8)
Надпілорична резекція шлунка за Макі — Шалімовим	4 (3,0)	10 (7,4)	3 (2,2)	—	17 (12,6)
Резекція шлунка за Ру	2 (1,5)	3 (2,2)	4 (3,0)	—	9 (6,7)
Усього	36 (26,7)	51 (37,8)	46 (34,1)	2 (1,5)	135 (100)

Таблиця 3

Морфологічні зміни слизової оболонки в ділянці дна шлунка після резекції шлунка у пацієнтів із ГВШ через 1 рік після операції

Тип резекції шлунка	Дисплазія відсутня, n (%)	Дисплазія легкого ступеня, n (%)	Помірно виражена дисплазія, n (%)	Тяжка дисплазія, n (%)	Усього, n (%)
Резекція шлунка за Більрот II	2 (1,5)	13 (9,6)	17 (12,6)	3 (2,2)	35 (25,9)
Резекція шлунка за Більрот I	28 (20,7)	35 (25,9)	10 (7,4)	1 (0,7)	74 (54,8)
Надпілорична резекція шлунка за Макі — Шалімовим	8 (5,9)	9 (6,7)	—	—	17 (12,6)
Резекція шлунка за Ру	2 (1,5)	7 (5,2)	—	—	9 (6,7)
Усього	40 (29,6)	64 (47,4)	27 (20,0)	4 (3,0)	135 (100)

Таблиця 4

Морфологічні зміни слизової оболонки в ділянці анастомозу після резекції шлунка у пацієнтів із ГВШ через 1 рік після операції

Тип резекції шлунка	Дисплазія відсутня, п (%)	Дисплазія легкого ступеня, п (%)	Помірно виражена дисплазія, п (%)	Тяжка дисплазія, п (%)	Усього, п (%)
Резекція шлунка за Більрот II	–	7 (5,2)	20 (14,8)	8 (5,9)	35 (25,9)
Резекція шлунка за Більрот I	14 (10,4)	34 (25,2)	26 (19,3)	–	74 (54,8)
Надпілорична резекція шлунка за Макі – Шалімовим	10 (7,4)	4 (3,0)	3 (2,2)	–	17 (12,6)
Резекція шлунка за Ру	–	5 (3,7)	4 (3,0)	–	9 (6,7)
Усього	24 (17,8)	50 (37)	53 (39,3)	8 (5,9)	135 (100)

Таблиця 5

Протокол вибору виду операції залежно від вираженості диспластичних процесів у слизовій оболонці шлунка при ГВШ

Тип резекції шлунка	Дисплазія відсутня	Легка дисплазія	Помірно виражена дисплазія	Тяжка дисплазія
Резекція шлунка за Більрот I	+	+	+	+/-
Резекція шлунка за Більрот II	+	+	-/+	–
Надпілорична резекція шлунка за Макі – Шалімовим	+	+	+	+
Резекція шлунка за Ру	–	+/-	+	+

відмічали у 5,9%, а відсутню — у 4,4%. Через рік після операції в області анастомозу спостерігали достовірне переміщення альтеративних змін в бік легкої дисплазії, яка склала 25,2%, тяжка дисплазія була відсутня, а помірно виражена склала 19,3%.

При виконаній резекції шлунка за Макі — Шалімовим тяжка дисплазія відмічалася у 0,7%, тоді як через рік після операції в області анастомозу була відсутня. Відсоток помірно виражених диспластичних змін майже не змінився. Через рік після операції збільшилась кількість хворих з відсутньою дисплазією в області анастомозу (7,4%), в основному за рахунок хворих з легкою дисплазією в доопераційному періоді (4,4%).

При резекції шлунка за Ру в доопераційному періоді в тілі шлунка переважала помірно виражена дисплазія (5,9%), тоді як через рік після операції в області анастомозу рівномірно розподілились помірно виражена (3,0%) та легка (3,7%) дисплазія.

При проведенні узагальнюючого аналізу відмічено поступове помірно виражене поглиблення диспластичних процесів в слизовій оболонці через рік після операції у хворих, прооперованих за Більрот II та регрес вираженості диспластичних процесів при виборі резекції шлунка за Більрот I та Ру. У хворих, прооперованих за Макі — Шалімовим, відмічено більш виражений регрес диспластичних процесів у групі з початковою легкою дисплазією.

Аналіз отриманих результатів дозволив розробити та запропонувати алгоритм лікування ГВШ (табл. 5) залежно від вираженості диспластичних процесів в слизовій оболонці при ГВШ різної локалізації.

Згідно запропонованого протоколу операцією вибору при будь-якому ступені вираженості диспластичних процесів в слизовій оболонці шлунка може бути надпілорична резекція за Макі — Шалімовим. Збереження ворота рота перешкоджає закиду вмісту дванадцятипалої кишки в кульку шлунка, що попереджує подальший розвиток та прогресування дисплазії. Резекція шлунка за Більрот I має практично подібні показання до виконання, але при дисплазії тяжкого ступеню не рекомендована як операція вибору. Збереження рефлюксу при цьому типі операції може поглибити вираженість диспластичних змін в слизовій. Резекцію шлунка за Більрот II рекомен-

дуємо виконувати при відсутній та легкій дисплазії, при помірно вираженій дисплазії по технічним причинам операцію можна закінчити цим способом з обов'язковим призначенням в післяопераційному періоді медикаментозних схем ерадикації *Helicobacter pylori*. При тяжкій дисплазії резекція шлунка за Більрот II протипоказана, оскільки призводить до поглиблення диспластичних процесів в слизовій оболонці кульки шлунка, що може призвести до виникнення малігнізації. Резекція шлунка за Ру нами рекомендована при помірно вираженій та тяжкій дисплазії, при легкій може бути виконана за технічними причинами. При відсутності дисплазії він, на наш погляд, є недоцільним в силу тих функціональних розладів, що виникають в сусідніх органах при цьому способі резекції шлунка.

Висновки

ГВШ потребує активної хірургічної тактики, оскільки у 119 із 135 прооперованих мали місце морфоструктурні диспластичні зміни у стінці шлунка.

Найбільш часто в тілі шлунка при ГВШ зустрічається помірно виражена (44,4%) та тяжка (28,1%) дисплазія, тоді як в дні шлунка переважає помірно виражена (34,1%), та легка (37,8%) дисплазія.

Запропоновано алгоритм вибору способу операції залежно від вираженості диспластичних змін в слизовій оболонці шлунка, що дає змогу в післяопераційному періоді попередити розвиток тяжких диспластичних змін в слизовій оболонці кульки шлунка та її малігнізації.

Вибір методу і об'єму оперативного втручання за різних типів і органічних ускладнень виразок шлунка має базуватися на детальному цілеспрямованому морфометричному дослідженні виразкового дефекту, виразкової інфільтрації та віддаленої зони з визначенням прогностично несприятливої чи сприятливої гістологічної картини в до- та інтраопераційному періодах;

При відсутності чітких даних про характер виразкоутворення при гострих ускладненнях під час експрес-досліджень вибір об'єму операції повинен базуватися на онкологічних принципах лікувальної тактики

Література

Бачев И.И. (1982) Гигантская язва желудка. Советская медицина, 6: 90–92.

Графов А.К., Курочка И.Е. (1998) Хирургическое лечение гигантской язвы двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия, 8: 8–10.

Грубник В.В., Зайчук А.И., Грубник Ю.В., Кошель Ю.Н. (1992) Хирургическое лечение больших с гигантской язвой желудка. Клиническая хирургия, 8: 6–9.

Жерлов Г.К., Баранов А.И., Борщ Д.Г. (1999) Хирургическое лечение «трудных» язв желудка. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 158(3): 46–49.

Курбанов К.М. (1999) Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы. Хирургия, 2: 8–10.

Николаенко А.С., Грушка В.А., Прокопенко И.Е. и др. (2002) Дифференциальный подход к выбору метода лечения язвенной болезни. Материали 20-го з'їзду хірургів України. Т. 1. Укрмедкнига, Тернопіль, с. 21–22.

Пономарев А.А. (1987) Гигантские язвы двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия, 8: 70–72.

Morrow C.E., Mulholland M.W., Dunn D.H. (1982) Giant duodenal ulcer. Am. J. Surg., 144(3): 330–331.

Sadowski D.C., Rabeneck L. (1997) Gastric ulcers at endoscopy: brush, biopsy, or both? Am. J. Gastroenterol., 92(4): 608–613.

Гигантская язва желудка — пути решения проблемы

В.И. Мамчик, А.В. Грузинский

Резюме. Увеличение в структуре заболевания язв больших и гигантских размеров представляет собой серьезную проблему в выборе метода лечения заболевания. Целью исследования стало изучение изменений, возникающих в слизистой оболочке желудка в зависимости от способа оперативного лечения при гигантской язве желудка (ГВЖ). Обследовано 135 пациентов с ГВЖ. Всем больным проводили оперативное лечение. Структура оперативных вмешательств распределилась таким образом: резекция желудка по Бильрот II — 25,9%, резекция желудка по Бильрот I — 54,8%, надпилорическая резекция желудка по Маки — Шалимову — 12,6%, резекция желудка по Ру — 6,7%. Изучена выраженность диспластических изменений в слизистой оболочке культи желудка через 1 год после оперативного вмешательства. Поскольку у 119 из 135 прооперированных больных присутствовали морфоструктурные диспластические изменения в стенке желудка, установлено, что ГВЖ требует активной хирургической тактики.

Ключевые слова: гигантская язва, резекция желудка, дисплазия слизистой оболочки.

Gastric giant ulcer — paths of problem solution

V.I. Mamchich, A.V. Gruzinskiy

Summary. The increase of big and huge ulcers in morbidity structure represents a serious problem concerning the choice of treatment method. The aim of the study was to analyze

alterations in a gastric mucosa which depend on method of surgery treatment of giant gastric ulcer. 135 patients with a giant gastric ulcer are surveyed. All patients underwent operative treatment. The structure of operative interventions was distributed in such way: gastric resection according to Biiroth II — 25.9%, gastric resection according to Biiroth I — 54.8%, suprapyloric gastric resection according to Maki — Shalimov — 12.6%, gastric resection according to Roux — 6.7%. Evidence of dysplastic changes in gastric stump mucosa in 1 year after operative intervention is studied.

As 119 of 135 operated patients had morphologic and structural changes in the gastric wall it is ascertained that the giant gastric ulcer demands the active surgical tactics.

Key words: giant ulcer, gastric resection, mucosal dysplasia.

Адреса для листування:

Грузинський Олександр Вікторович
09100, Київська обл., Біла Церква,
вул. Славіна 34, кв. 172

Реферативна інформація

Затверджено новий порядок державної акредитації закладів охорони здоров'я

Тривалий час чинним законодавством не було визначено функції, права, організації роботи Головної акредитаційної комісії Міністерства охорони здоров'я України (далі — ГАК), кваліфікаційні вимоги експертів ГАК, порядок формування експертних груп з проведення експертизи щодо відповідності стандартам державної акредитації закладів охорони здоров'я, порядок організації роботи експерта ГАК, права, обов'язки і відповідальність експертів ГАК, визначення критеріїв державної акредитації, порядок віднесення закладу до відповідної акредитаційної категорії та індексу безпеки закладу. З метою реалізації постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» та проведення гармонізації законодавства України до Європейських стандартів Міністерством охорони здоров'я України розроблено проект наказу «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я», який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 6 червня 2011 р. за № 678/19416.

Акредитація є офіційним визнанням статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям та гарантії високої якості професійної діяльності, одним із складових видів позавідомчого контролю. Прийнятий акт сприятиме створенню єдиної системи управління та контролю якості медичної допомоги, а також забезпеченню прав пацієнтів на одержання медичної допомоги у необхідному обсязі й належної якості шляхом оптимального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів охорони здоров'я, застосування досконалих медичних технологій. ГАК, відповідно до покладених на неї завдань, проводить акредитацію закладів державної, комунальної (в тому числі закладів, що належать до сфери управління обласних державних адміністрацій) і приватної форм власності, крім фармацевтичних (аптечних) закладів. Затверджує рішення акредитаційних комісій, створених при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях (головних управліннях) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (далі — акредитаційні комісії) щодо акредитації закладів комунальної форми власності (за винятком тих, що належать до сфери управління обласних державних адміністрацій) та повідомляє заклад у 10-денний термін. У разі прийняття рішення про віднесення закладу до відповідної категорії ГАК видає йому акредитаційний сертифікат. В акредитаційному сертифікаті визначається термін його дії, який не повинен перевищувати трьох років.

Рішення щодо віднесення закладу до відповідної категорії (друга, перша, вища) або про відмову в цьому приймає акредитаційна комісія згідно з набраним відсотковим критерієм. Критерії державної акредитації закладів охорони здоров'я встановлюють показники досягнення закладом охорони здоров'я (далі — заклад) стандартів державної акредитації при проведенні експертизи відповідності закладу зазначеним стандартам з метою подальшого визначення акредитаційної категорії або

відмови в державній акредитації закладу. Критерій — це показник, який обраховується у відсотках як співвідношення набраної закладом суми до максимально можливої суми балів при оцінюванні досягнення стандартів.

Визначення акредитаційних категорій:

- вищу категорію отримують заклади, якщо критерій становить від 90 до 100% максимально можливого;
- першу категорію отримують заклади, якщо критерій становить від 80 до 89% включно від максимально можливого;
- другу категорію отримують заклади, якщо критерій становить від 70 до 79% включно від максимально можливого.

Підставою для відмови в державній акредитації закладу є недосягнення ним рівня індексу безпеки (мінімальний рівень критерію державної акредитації, який визначає можливість подальшого провадження діяльності закладом), який становить 69% критерію включно.

Індекс безпеки закладу — мінімальний рівень критерію державної акредитації, який визначає можливість подальшого провадження діяльності закладом.

Стандарти державної акредитації закладу — перелік вимог до процесу, умов та результатів медико-санітарної допомоги у закладі, регламентованих чинним законодавством, який визначається Міністерством охорони здоров'я України. Оцінювання відбувається за бальним принципом.

Проведення державної акредитації закладу триватиме не більше трьох місяців від дати подання заяви та відповідного пакету документів. Кількість суб'єктів діяльності, яких стосується цей наказ, близько 23 тисяч.

Анна Городецька

Государство выделит деньги для больных гемофилией

На сегодняшний день в Украине насчитывается 2672 больных гемофилией, а наша страна занимает предпоследнее место в Европе по уровню обеспечения их препаратами факторов свертывания крови. Поэтому Кабинет Министров Украины пообещал выделить до 30 млн грн. на производство высокоочищенных белков для больных гемофилией.

Об этом сообщил Премьер-министр Украины Николай Азаров во время посещения научной выставки в Киеве. При осмотре стенда института-разработчика белков ученые отметили, что для налаживания производства отечественных препаратов для лечения больных гемофилией необходима финансовая поддержка государства. На что Премьер-министр пообещал выделить около 30 млн грн., чтобы прекратить импорт препаратов для лечения гемофилии. Сергей Комиссаренко, один из разработчиков этого препарата, академик Национальной академии наук Украины, в интервью журналистам заявил: «Премьер пообещал выделить деньги на технологию получения высокоочищенных белков системы свертывания крови для больных гемофилией А и В. Это восьмой и девятый фактор». Ученый подчеркнул, что сейчас в Украине выпускаются такие белки, но они низкоочищенные, и потому малоэффективны.

По материалам www.health.unian.net