

русских, – 469 случаев (57%). Кумулятивные показатели заболеваемости у татар и башкир – 152,22 (95% ДИ: 136,54-169,12), что достоверно выше, чем у славян – 114,33 (95% ДИ: 104,50-124,73) в расчете на 1000 обследованных.

Катаракта была диагностирована в 574 случаях (при этом случаи врожденной катаракты исключены), что составляет 22,6%. Патология конъюнктивы глаз выявлена у 182 пациентов или в 7,2% случаев. Было диагностировано 10 случаев новообразований глаза, в том числе 2 злокачественных новообразования – рак кожи века и злокачественное новообразование неутонченной части глаза.

Показатель заболеваемости глазными болезнями у облученных лиц, обследованных в стационаре УНПЦ РМ, за 49-летний период наблюдения составил 412,52 на 1000 (95% доверительный интервал (ДИ): 396,02; 429,02). Уровень заболеваемости глазными болезнями у женщин был достоверно выше и составил 524,94 (95% ДИ: 501,84; 548,56), у мужчин – 269,05 (95% ДИ: 249,41; 289,77). Коэффициент заболеваемости глазными болезнями у татар и башкир был равен 505,76 на 1000 (95% ДИ: 474,91; 538,13) и достоверно не отличался от показателя у русских, равного 361,79 (95% ДИ: 343,70; 380,60). Отмечается статистически достоверное увеличение заболеваемости офтальмопатологией с увеличением достигнутого возраста ($p < 0,001$).

Зависимость частоты офтальмопатологии от дозы облучения мягких тканей представлена в таблице. Уровень заболеваемости среди пациентов с офтальмопатологией с дозами облучения мягких тканей, не превышающими 25 мГр, статистически достоверно ниже, чем среди лиц с дозой 25 мГр и выше.

Таблица 2. Зависимость кумулятивной заболеваемости от дозы на мягкие ткани среди лиц, обследованных в УНПЦ РМ

Доза на мягкие ткани, мГр	Случаи заболеваний глаз	Число обследованных в стационаре	Коэффициент кумулятивной заболеваемости на 10^3
0 – 24,9	1025	3123	382,21 (368,45; 395,97)*
25,0 – 49,9	534	962	555,09 (521,23; 590,62)
50,0 – 99,9	466	913	510,40 (477,73; 545,11)
$\geq 100,0$	512	1152	444,44 (419,55; 470,22)
Всего	2537	6150	412,52 (396,02; 429,02)

* – 95% доверительный интервал указан в скобках.

Расчет величины относительного риска развития офтальмопатологии у лиц изучаемой группы был выполнен с учетом возможного влияния пола, национальности и достигнутого возраста. Показатель относительного риска составил 2,42 в расчете на 1 Гр поглощенной дозы на мягкие ткани (95% ДИ: 1,94; 3,03).

В результате проведенного нами изучения глазной заболеваемости (сбор и обработка информации продолжают в настоящее время) среди пациентов клиники УНПЦ РМ установлено, что с увеличением возраста и полученной дозы облучения увеличивается кумулятивный показатель заболеваемости; заболеваемость офтальмопатологией у женщин выше, чем у мужчин; в структуре патологии преобладают заболевания сосудистой и сетчатой оболочек глаза, катаракта.

**Мулдашев Э.Р., Салихов А.Ю.,
Султанов Р.З., Салихов Э.А.**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ «АЛЛОПЛАНТ» В ОФТАЛЬМООНКОЛОГИЮ

Представлены аспекты клинико-экономической эффективности хирургического лечения с применением биоматериалов «Аллоплант». Установлена их социальная и экономическая целесообразность.

Экономическая целесообразность широкого внедрения биоматериалов Аллоплант в офтальмоонкологическую практику в значительной степени складывается из их клинической и медико-социальной эффективности. Поэтому, рассматривая экономическую составляющую новой технологии, неизбежно приходится обращаться к проблемам чисто клинического порядка. На наш взгляд, экономическая эффективность представляемых методов лечения и реабилитации складывается из следующих позиций:

– применение биоматериалов Аллоплант при выполнении хирургического вмешательства позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре;

– при некоторых видах хирургических вмешательств представляемая технология позволяет перевести операции из сферы стационарных

в амбулаторные. Также значительно расширяется возможность реализации современных стационарзамещающих форм лечения и реабилитации пациентов;

– при сравнительном анализе собственно клинического материала и литературных данных, мы обратили внимание на возможность радикального удаления опухоли с одномоментной пластикой биоматериалами Аллоплант даже при поражении разнообразных анатомических структур. Это позволяет избегать многоэтапных операций, которые, как правило, выполняются при использовании аутоотрансплантатов;

– в послеоперационный период биоматериалы Аллоплант позволяют избежать дорогостоящей фармакотерапии (иммунодепрессантов, антикоагулянтов и т.д.), так как обладают низкими антигенными свойствами (Мулдашев Э.Р., 1994) и не требуют наложения микрососудистых анастомозов, специфичных для аутоотрансплантации;

– трансплантационная технология Аллоплант является исключительно российской научной разработкой, а серийное производство биоматериалов на основе зарегистрированных технических условий (ТУ 42-2-537-2002–«Аллоплантаты для офтальмохирургии», ТУ 9431-001-27701282-2002.–«Нити аллосухожильные для пластической офтальмохирургии стерильные») освоено на базе специализированной лаборатории Всероссийского центра глазной и пластической хирургии. Ближайшим аналогом Аллопланта для пластики век является появившаяся значительно позже на медицинском рынке после представления Аллопланта в США ацеллюлярная дерма (производство Corp.Woodlands, TX). При этом стоимость Аллопланта для тотальной пластики век на одну операцию составляет 990 рублей (\$33), американского аналога – \$200;

– не менее важным фактором в экономическом обосновании технологии Аллоплант является сокращение времени выполнения операции. Объясняется это не только тем, что исключается этап забора аутологичных тканей, но и высоким хирургическим сервисом биоматериалов Аллоплант. Вполне понятно, что невозможно абсолютно стандартизировать операцию у онкологического больного. Но, тем не менее, можно максимально адаптировать биоматериалы по форме, размерам, биомеханическим свойствам, пластичности, моделируемости

и прочности шовной фиксации к задачам планируемого хирургического вмешательства. Именно эту цель преследует система лазерного моделирования и физико-химической обработки биоматериалов Аллоплант (Шангина О.Р., Хасанов Р.А., 2000);

– и, наконец, при рассмотрении экономических аспектов технологии Аллоплант нельзя не учитывать и возрастной контингент оперированных нами больных. Из 462 пациентов 45,24% составили больные трудоспособного возраста. Медико-социальная реабилитация данного контингента больных, несомненно, может быть оценена специалистами и в экономической плоскости.

Изложенный экономический профиль трансплантационной хирургии Аллоплант требует некоторых пояснений. Так, сроки пребывания больного в стационаре при хирургическом лечении рака век в клинике нашего Центра до 1996 года составили $15,46 \pm 0,49$. В этот период новые принципы хирургических операций в офтальмоонкологии еще не были окончательно сформированы. После отработки и внедрения всего комплекса трансплантационных технологий Аллоплант при хирургическом лечении злокачественных опухолей век, среднее пребывание больного на койке сократилось почти вдвое и составило $8,39 \pm 1,07$. Даже при таких обширных хирургических вмешательствах, которые производятся при нейрофиброматозе Реклингаузена, среднее пребывание больного в стационаре составило 10,79.

Анализируя собственные клинические наблюдения, мы пришли к выводу о возможности перевода ряда хирургических операций из сферы стационарных в амбулаторные. Например, опухоли век, отнесенные к категориям T1 и T2, были оперированы нами с использованием описываемых биоматериалов, как правило, в рамках стационара одного дня или дневного стационара. Экономическая целесообразность подобной стационарзамещающей технологии очевидна, если учесть, что контингент пациентов с опухолями T1 и T2 составили по нашей статистике около 55% всех больных с новообразованиями век. Подобный подход полностью вписывается в современные концепции развития интенсивных технологий в здравоохранении (Салихова Э.Ш., 2001).

Следует отдельно остановиться на возможности одноэтапного выполнения большинства офтальмоонкологических операций на основе