МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



Медицина в Кузбассе

Рецензируемый научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:
НП «Издательский Дом Медицина и Просвещение»
Адрес:
г.Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:
А.А. Коваленко
Научный редактор:
Н.С. Черных
Директор:
С.Г. Петров
Макетирование:
И.А. Коваленко
А.А. Черных

Издание зарегистрировано в Сибирском окружном межрегиональном территориальном управлении Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:
ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово, ул. Сарыгина, 29

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. - зам. главного редактора, Луцик А.А. - зам. главного редактора, Михайлуц А.П., Разумов А.С. - ответственный секретарь, Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово) Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И, (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк).

Спецвыпуск № 4 - 2004

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА КЕМЕРОВО. Тезисы докладов Второй городской научно-практической конференции врачей (6-7 апреля 2004 г.). - Кемерово: Издат. Дом <Медицина и Просвещение>, 2004. - 264 с.

Спецвыпуск содержит материалы научно-практической конференции по актуальным вопросам современной медицины и организации здравоохранения в лечебно-профилактических учреждениях города Кемерово.

Редакционная коллегия:

Шпилянский Э.М., Янец И.С., Михайлуц А.П., Зайцев В.И., Лысова Е.Ф., Мухаметгалеева Е.А., Краснова С.В., Головатова Л.В., Титаренко Л.М., Фролов Е.Б., Строкольская Т.А., Голубева И.М., Кокорина Н.П., Макаров С.А., Черных М.В., Бутина Л.Л., Айзенштадт С.Я., Рудаев В.И., Дубенский Ю.Ф., Елисеев А.В., Демидова Т.В., Поликутина А.Т., Бакулин В.С., Горланова Л.Л., Багрова Л.О.

© «Медицина в Кузбассе», 2004 г.
Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ, ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М.
Муниципальное учреждение Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО

Организация работы здравоохранения г. Кемерово в 2003 году осуществлялась на основе ресурсосберегающих технологий в амбулаторном и стационарном звене.

Приоритетными направлениями деятельности муниципальных лечебно-профилактических учреждений являлись: совершенствование оказания медицинской помощи пожилым людям, укрепление здоровья матери и ребенка, стабилизация санитарно-эпидемиологической ситуации по социально-значимым заболеваниям, обеспечение медицинской, медико-социальной и лекарственной помощью граждан города, улучшение условий для оказания качественной медицинской помощи в медицинских учреждениях.

В течение 2003 года система здравоохранения включала в себя 32 самостоятельных медицинских учреждения, в том числе:

- 15 стационаров на 3195 койки, в том числе 3 специализированных диспансера (ккд, гквд, гкнд) на 357 коек,
- 20 поликлиник для взрослых на 6854 посещений в смену,
- 9 поликлиник для детей на 1674 посещений в смену,
- 6 стоматологических поликлиник на 1965 посещений в смену,
- 7 женских консультаций на 738 посещений в смену,
- 4 санатория для детей на 655 коек,
- дом ребенка на 100 коек,
- клиническая станция скорой медицинской помощи,
- клинический медицинский диагностический центр.

В муниципальной аптечной сети 7 муниципальных аптек – 5 юридических лиц, мелкорозничная сеть муниципальных аптек состоит из 7 аптечных пунктов и 2-х аптечных киосков. Все муниципальные аптеки являются унитарными предприятиями и ведут самостоятельную аптечную деятельность.

Аптек частной формы собственности – 99 юридических лиц (2001 г. – 87), в том числе 76 аптек, 96 аптечных пунктов, 34 аптечных киоска.

В муниципальном здравоохранении работают 10808 чел. (2002 г. – 10782 чел.), из них врачей – 2488 (2002 г. – 2499 чел.), средних медицинских работников – 3768 чел. (2002 г. – 3756 чел.), провизоров – 80 чел. (2002 г. – 81 чел.), фармацевтов – 37 чел. (2002 г. – 45 чел.), прочих работников – 4435 чел. (2002 г. – 4401 чел.).

Укомплектованность врачами составляет 71,0 % (2002 г. – 71,0 %), средним медицинским персоналом – 64,9 % (2002 г. – 64,7 %), младшим медперсоналом – 53,4 % (2002 г. – 55,4 %).

Увеличилось число врачей, имеющих сертификат специалиста – на 106 чел. (2002 г. – 2248 чел.).

Проводилась работа по последипломной подготовке медицинских специалистов, обучение на выездных сертификационных тематических циклах прошли 607 врачей и 664 средних медицинских работника.

Медико-демографическая ситуация в городе остается сложной. Начиная с конца 80-х годов, отмечается ежегодное сокращение численности населения, в среднем на 2-3 тысячи в год.

Основными причинами снижения численности населения явились естественная и механическая убыль населения. Однако с 1992 года значительное место занимает естественная убыль, то есть превышение числа умерших над числом родившихся. В последние 5 лет число умерших превышает число родившихся, в среднем, в 1,5 раза (табл. 1).

Таблица 1
Демографические показатели (на 1000 населения)

Наименование показателя	1999	2000	2001	2002	2003
Число родившихся	4254	4589	4920	5217	5527
Коэффициент рождаемости	8,0	8,6	9,3	9,9	10,6
Число умерших	7399	7837	7568	8339	8203
Коэффициент смертности	13,8	14,7	14,3	15,8	15,7
Естественный прирост	-5,8	-6,1	-5,0	-6,0	-5,1

На начало 2003 г. численность населения составляла 523,1 тыс. человек, на начало 2004 г. – 519,2 тыс. человек. Несмотря на увеличение числа новорожденных в последние 4 года, падение рождаемости в предыдущее десятилетие привело к резкому изменению возрастной структуры населения – уменьшению численности детского населения и росту населения старше трудоспособного возраста. Число лиц старше 65 лет достигает 11,6 % от всего населения города. Согласно международным критериям, население считается старым, если удельный вес лиц старше 65 лет превышает 7 %. Растущее число пожилых людей негативно влияет на показатели здоровья и смертности.

Общий коэффициент смертности в 2002-2003 гг. остался на прежнем уровне. Подавляющее большинство смертей обусловлено заболеваниями системы кровообращения (49 %); несчастными случаями и отравлениями (18,5 %), злокачественными новообразованиями (12,1 %).

У лиц трудоспособного возраста структура смертельных исходов иная: первое место (40 %) занимают травмы и отравления, второе (25 %) – болезни системы кровообращения, третье (10 %) – злокачественные новообразования.

По результатам анализа состояния здоровья населения г. Кемерово, в 2003 году отмечается тенденция к повышению уровня общей заболеваемости по обращаемости во всех возрастных группах и первичной заболеваемости у детей, в сравнении с 2002 г. Показатель общей заболеваемости – 1512,6 на 1000 населения (2002 г. – 1482,9). Заболеваемость взрослых – 1368,7 на 1000 населения (2002 г. – 1333,6). Заболеваемость детей – 2166,6 на 1000 населения (2002 г. – 2136,9).

В 2003 г. ранговые значения классов ведущих причин заболеваемости населения не изменились. В структуре общей заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания – 344,6 на 1000 населения (2002 г. – 361,5), второе место – болезни системы кровообращения – 199,8 на 1000 населения (2002 г. – 185,5), третье место – травмы и отравления – 148,0 на 1000 населения (2002 г. – 150,8).

Отмечается повышение уровня общей заболеваемости у взрослого населения, прежде всего, за счет роста заболеваний в течение беременности, родов и послеродовом периоде (+15,0 %), болезней костно-мышечной системы (+8,3 %), системы кровообращения (+7,7 %) и болезней глаза (+7,3 %).

Продолжается рост общей заболеваемости у детей. Показатель общей заболеваемости в 2003 г. составил 2166 на 1000 населения, что больше, чем в 2002 г., на 12,3 %.

Основными причинами первичной заболеваемости у детей являются болезни органов дыхания – 945,0 на 1000 населения (52,6 %), травмы и отравления – 141,6, инфекционные и паразитарные заболевания – 126,1 на 1000 населения.

Общая тенденция роста заболеваемости в различных возрастных группах характерна для городов Кемеровской области и Российской Федерации. Уровень общей заболеваемости в городе во всех возрастных группах выше, чем в РФ: общая заболеваемость у взрослых составляет 1512,6 на 1000 населения (РФ – 1227,1); у детей – 2166,0 на 1000 населения (РФ – 1579,3). В то же время ниже показателей заболеваемости у взрослых и детей в г. Томске – 19994,0 и 2315,0, соответственно. В г. Кемерово общая заболеваемость детей (2166,0) ниже, чем в г. Новосибирске (2463,5) или г. Красноярске (2312,4).

В городе снизилась заболеваемость туберкулезом – 121,0 на 100 тыс. населения (2002 г. – 124,4), сифилисом – 151 на 100 тыс. населения (2002 г. – 231,0), злокачественными новообразованиями – 272,4 на 100 тыс. населения (2002 г. – 298,0), ВИЧ-инфекцией – 3,5 на 100 тыс. населения (2002 г. – 4,7), что значительно ниже показателей в г. Новокузнецке и г. Томске. Темпы снижения уровня показателей социально-значимых заболеваний в городе более выражены, чем в других городах Сибири (гг. Томск, Красноярск, Новосибирск).

На здравоохранение города из всех источников финансирования поступило 1053,7 млн. руб. (2002 г. – 954,2 млн. руб.). Доля поступлений по ОМС составляет 548,7 млн. руб. или 52,0 % (2002 год – 521,6 млн. руб. или 54,7 %) от всех поступлений. Доля бюджета составляет 280,6 млн. руб. или 26,6 % (2002 г. – 270,9 млн. руб. или 28,4 %). За счет оказания медицинской помощи на платной основе, сверх Территориальной программы государственных гарантий (платные услуги, добровольное медицинское страхование) было привлечено 174,3 млн. руб. или 16,5 % (2002 г. – 138,5 млн. руб. или 14,5 %). Кроме того, в 2003 году городскими ЛПУ дополнительно привлечено в здравоохранение города 40,9 млн. руб. (2002 г. – 14,3 млн. руб.) финансовых средств из других источников, в том числе, 6,8 млн. руб. средств спонсорской и благотворительной помощи.

В структуре финансирования значительных изменений не произошло. В целом поступления из бюджета и ОМС в 2002 г. составляли 83,0 % от всех доходов, в 2003 г. – 78,7 %.

Финансирование Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи составило в 2003 г. 829,3 млн. руб. (бюджет, ОМС) или 98,4 % от утвержденной стоимости. При реализации программы на 1-го жителя израсходовано 1577 руб. в год (2002 г. – 1501 руб.), что выше расходов на жителя по гг. Томску (1256 руб.), Новосибирску (1360 руб.), но ниже расходов по г. Новокузнецку (2100 руб.).

Доля внебюджетных поступлений в общем доходе составила 16,5 %, по сравнению с 2002 годом повысилась на 2,0 %.

Кассовые расходы за 2003 г. повысились, по сравнению с 2002 г., на 13 %. Рост расходов объясняется повышением заработной платы в 1,33 раза, увеличением тарифов на коммунальные услуги, ростом цен на медикаменты и продукты питания, стирку белья.

Стоимость одного больного, пролеченного в стационаре, и посещения поликлиники возросли, в среднем, в 1,1 раза (табл. 2).

При сравнении показателей средней стоимости с другими городами, отмечается, что затраты на лечение по г. Кемерово выше расходов других городов. Так, средняя стоимость лечения в г. Томске составляет 4875 руб., в г. Новосибирске – 4500 руб., в г. Новокузнецке – 5160 руб.

Затраты на 1 вызов Кемеровской станции скорой медицинской помощи выше, чем в г. Новосибирске (220 руб.) и г. Новокузнецке (366 руб.), но ниже, чем в г. Томске (488 руб.).

Среднемесячная заработная плата в здравоохранении города, в расчете на одну должность, составила 2325,0 руб., при прожиточном минимуме 2335,0 руб., на физическое лицо – 3700,0 руб. В течение года происходили задержки до одного месяца по выплате заработной платы работникам ЛПУ, работающим в системе ОМС. По ЛПУ, финансируемым из бюджета, заработная плата выплачивалась

Таблица 2
Средняя стоимость медицинских услуг в 2001-2003 гг. (в рублях)

Показатели	2001 год	2002 год	2003 год
Стоимость одного больного, пролеченного в стационаре	3524,0	5186,7	5886,4
в том числе койко-дня	251,0	371,5	432,8
по питанию	17,5	17,8	21,3
по медикаментам	46,0	51,1	69,3
Стоимость одного посещения поликлиники	35,3	61,0	64,2
вызова станции скорой помощи	200,8	339,6	382,2

своевременно и регулярно. В сравниваемых городах задержек по выплате заработной платы не было, за исключением г. Новокузнецка.

За 2003 г. задолженность по статье 2 лечебно-профилактических учреждений в системе ОМС составила 18,8 млн. руб.

Медицинская помощь сверх программы госгарантий осуществлялась по платным услугам и программам ДМС. Доходы по платным услугам в течение 5 лет выросли в 2,7 раза, и составили 109,4 млн. руб. Доходы по программам ДМС выросли почти в 4 раза, и в 2003 г. составили 64,9 млн. руб.

Медицинские учреждения предоставляют платные услуги населению в рамках прейскуранта, утвержденного Постановлением Главы города № 2 от 13.01.2000 г., с внесенными в него изменениями и дополнениями. По состоянию на 01.01.2004 г. прейскурант платных услуг насчитывал более 1000 позиций и практически весь объем медицинской помощи на сегодняшний день имеет свою цену. В 2003 г. в стационарах города на платной основе пролечено 1865 чел. (каждый 5-й пролеченный в стационаре). Из общего числа, 22 % – по платным услугам, 78 % – по программе ДМС. На платной основе оказано 941 тыс. диагностических услуг, в том числе, 72 % – по платным.

Наиболее востребованными объемами платных услуг, в процентах от поступлений финансовых средств, являются стационарные услуги – 34 %, зуболечение – 10,8 %, дорогостоящие кардиохирургические и сосудистые операции – 8,1 %, лабораторные услуги – 7,2 %, сервисные услуги – 6,7 %, зубопротезирование – 5,7 % и т.д.

Темпы развития платных услуг в здравоохранении г. Кемерово выше, чем в других городах Сибири. Процент платных услуг и ДМС в общих доходах здравоохранения г. Кемерово составляет 16,5 %, в г. Томске – 8 %, в г. Новосибирске – 15,5 %, в г. Новокузнецке – 13,6 %.

Уровень медицинской помощи населению и объемы бесплатной медицинской помощи обеспечивались в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий муниципальными медицинскими учреждениями. Сеть ЛПУ и кадровый потенциал в течение последних 5 лет остается стабильным. Обеспеченность койками (61,1 на 10,0 тыс. населения) остается низкой в сравнении с городами Сибири: г. Томск – 121,2, г. Новосибирск – 97,4, г. Новокузнецк – 114,7. При сокращении коечного фонда с 1998 г. на 629 коек (в 2003 г. сокращено 96 коек) по различным профилям, выросло количество пролеченных, с 82427 чел. в 1998 г. до 88778 чел. в 2003 г.; за счет интенсификации работы койки, занятость койки выросла с 315,5 дней в году до 332 дней, сокращены средние сроки пребывания на койке, с 13,9 в 1998 г. до 11,8 в 2003 г.

Обеспеченность кадрами врачей и средним мед. персоналом в течение 5 лет сохраняется на уровне 47,6 и 72,0 на 10 тыс. населения, соответственно (1999 г. – 47,0 и 40,4), что соответствует уровню обеспеченности кадрами в г. Красноярске – 43,5 и 68,9 и г. Томске – 42,9 и 69,2.

Амбулаторно-поликлинические объемы помощи составили 11,25 посещений на 1000 населения (2002 г. – 11,3). Продолжала развиваться сеть коек дневных стационаров. За последние 5 лет открыто 135 коек (в 2003 г. – 24 койки в поликлиниках города), где пролечено 26718 пациентов (1998 г. – 17754 чел.). В течение нескольких лет успешно функционируют 2 центра амбулаторной хирургии, где ежегодно получают медицинскую помощь более 2,5 тыс. человек.

Профилактические осмотры декретированных контингентов населения проведены на 98 %, что позволило снизить количество запущенных случаев заболеваний, профзаболеваний.

Объемы оказания стационарной помощи составили 2,5 койко-дня на 1000 населения.

В течение 2003 г. развивались межотраслевые формы работы по обслуживанию населения (контингенты особого внимания), в тесном сотрудничестве со специалистами системы социальной защиты, образования, физкультуры и спорта. Отработаны схемы работы взаимодействия больничных учреждений, поликлиник, КЦСОН по лицам, постоянно и временно не имеющим постоянного места жительства, медицинское обслуживание детей по системе единого педиатра. Проводилась лечебно-оздоровительная работа с детьми по плану, разработанному на основе данных диспансеризации детей 2002 г.

Совершенствовалась работа по медико-социальной помощи лицам старшего поколения. На базе поликлиник продолжили работу 7 геронтологических кабинетов, открыт прием геронтолога-гинеколога.

Реализовывались мероприятия по программе "Золотая осень", функционировали климакс-цен-

тры в МУЗ ГКБ № 1, МУЗ МКДЦ, открыт консультативный центр для мужчин в МУЗ ГКВД.

Пожилые люди оздоравливались на стационарных базах лечебно-профилактических учреждений – в областном госпитале ветеранов войн получили лечение 1055 чел., в лечебно-оздоровительном центре "Милосердие" – 886 чел., в отделении ветеранов войн МУЗ ГКБ № 3 – 918 чел., в дневных стационарах поликлиник – 4567 чел.

Профилактическая работа проводилась на современном информационном уровне: совместно с управлением социальной защиты выпускаются современные периодические сборники, разработан VEB-сайт в Интернете, виртуальный госпиталь совместно с ГТС, электронное отслеживание и передача информации по движению потоков пациентов на этапах "Скорая помощь – поликлиника – стационар – страховая медицинская организация".

В 2003 г. осуществлен ряд организационных и практических мероприятий, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения города. В городе работало 14 территориальных программ, направленных на обеспечение санэпидблагополучия населения. На их реализацию было затрачено более 124 млн. руб. Так, только на профилактику гриппа, клещевого энцефалита, вирусного гепатита "В", туберкулеза и вензаболеваниями израсходовано 9,5 млн. рублей из городского бюджета. Согласно программе "Питание", на организацию питания детей в ДДУ и школах выделено около 27,5 млн. рублей.

В результате проведенных мероприятий, удалось стабилизировать санэпидобстановку в городе и сдержать наиболее негативные тенденции ее развития.

Уровень инфекционной заболеваемости, по сравнению с 2002 г., снизился на 3,8 %. Из 100 инфекционных заболеваний, подлежащих учету, снижение произошло на 25 %, в т.ч.: по вирусным гепатитам – на 22 %, по сифилису – на 35 %, по ВИЧ-инфекции – на 29 %, по клещевому энцефалиту – в 2,7 раза, по гриппу – в 3,5 раза. Вместе с тем, отмечен рост заболеваемости дизентерией (на 57 %), коклюшем (на 63 %), описторхозом (на 22 %).

В 2003 г. было зарегистрировано 8 вспышек кишечных инфекций, с 52 пострадавшими. Причины вспышек были установлены, противоэпидемиологические мероприятия проведены в полном объеме и своевременно.

Реализация целевых программ из средств местного бюджета на сумму 42,1 млн. руб. позволила улучшить доступность медицинской помощи незащищенным слоям населения. Финансирование за прошлый год на целевые программы составило 41261,4 тыс. руб. Коэффициент роста – 1,02.

Донорство. За 2003 год профинансировано содержание станций переливания крови и оплата донорам ежемесячно в среднем 99 чел. на сумму 3085,1 тыс. руб. (за 2002 г. – ежемесячно в среднем 220 чел. на сумму 3238,7 тыс. руб.) Коэффициент недофинансирования – 0,95.

Бесплатное зубопротезирование. За 2003 г. проведено зубопротезирование 2316 чел. на сумму 3857,3 тыс. руб., в том числе по Закону РФ "О Ветеранах" ветеранам ВОВ – 292 чел., труженикам тыла – 551 чел., по закону РФ "О социальной защите инвалидов" – 764 чел. (за 2002 г. проведено зубопротезирование 2078 чел. на сумму 3573,6 тыс. руб., в том числе по Закону РФ "О Ветеранах" ветеранам ВОВ – 188 чел., труженикам тыла – 319 чел., по закону РФ "О социальной защите инвалидов" – 1134 чел.). Коэффициент роста – 1,08.

Льготное лекарственное обеспечение. С начала года льготные медикаменты выданы на сумму 10114,0 тыс. руб., профинансировано из средств городского бюджета – 9551,5 тыс. руб., из них инсулиновых препаратов выдано на сумму 4728,7 тыс. руб., профинансировано из средств городского бюджета – 4164,9 тыс. руб. (за 2002 год – на сумму 8382,6 тыс. руб., из них приобретение инсулина – 4109,1 тыс. руб.). Коэффициент роста – 1,14.

Детское питание. За 2003 г. бесплатное детское питание получили 2024 ребенка первых двух лет жизни из малообеспеченных семей. В течение года обеспечивались ежемесячно, в среднем, 1145 детей, в т.ч. 633 – сухими и адаптированными молочными смесями, 512 – продукцией цеха детского питания КМК на сумму 1892,9 тыс. руб. (за 2002 г. обеспечивались ежемесячно сухими адаптированными молочными смесями и продукцией КМК, в среднем, 1229 детей, на сумму 2949,4 тыс. руб.). Коэффициент недофинансирования – 0,64.

Жизненно-важные препараты. За 2003 г. на приобретение жизненно-важных препаратов выделено 2403,8 тыс. руб. (за 2002 г. – 2874,2 тыс. руб.). Коэффициент недофинансирования – 0,84.

Школьные стоматологические кабинеты. За 2003 г. в 34-х школьных стоматологических кабинетах санировано 17883 чел., на сумму 910,4 тыс. руб. (за 2002 г. – 15106 чел., на сумму 1117,3 тыс. руб.).

Коэффициент недофинансирования составил 0,81.

Летний оздоровительный отдых. За 2003 г. на оздоровление детей и подростков в летний период, из средств социальной защиты, выделено 325,7 тыс. руб. на оздоровление 807 детей на базе дневных стационаров ЛПУ и в центрах дневного пребывания учреждений образования и культуры (за 2002 г. – профинансировано 133,2 тыс. руб. на оздоровление 707 детей).

Кроме того, 1936 детей оздоровлено в детских городских санаториях (в 2002 г. – 1640 детей). Коэффициент роста – 2,45.

Адресная помощь на дорогостоящие виды медицинских услуг. За 2003 г. адресную материальную помощь по дорогостоящим видам медицинской помощи получили 233 чел., на сумму 4166,0 тыс. руб. (за 2002 г. – 176 чел. на сумму 2573,5 тыс. руб.). Коэффициент роста – 1,62.

Адресная помощь оказана 9 инвалидам-участникам ВОВ на сумму 51480,0 руб., 6 участникам боевых действий (Чечня, Афганистан) – 70198,0 руб.,

16 ветеранам труда – 203474,0 руб., 27 работникам бюджетной сферы – 830384,0 руб., 64 инвалидам 1-3 группы – 953657,0 руб. и т.д.

Финансирование осуществлялось адресно для конкретных пациентов в муниципальные ЛПУ по профилям: травматология – 75 чел. на сумму 1015362,0 руб., хирургия – 20 чел. на сумму 100207,0 руб., кардиология – 21 чел. на сумму 546643,0 руб. Проведено 13 операций эндопротезирования тазобедренного сустава на сумму 463909,0 руб.

Выполнение строительно-монтажных работ за 12 месяцев 2003 года составило 67804,57 тыс. руб. (средства УГР – 31051,9 тыс. руб.; МУ "УЗ" – 6830,7 тыс. руб.; областного бюджета – 3300,0 тыс. руб.; средства ЛПУ – 26621,9 тыс.руб.), в том числе:

- капитальное строительство – 171,0 тыс. руб.
- реконструкция – 6732,4 тыс. руб.
- капитальный ремонт – 30639,4 тыс. руб.
- текущий ремонт – 26571,9 тыс. руб.
- подготовка к зиме – 3689,87 тыс. руб.

В эксплуатацию сданы следующие объекты:

1. МУЗ МДКБ – психоневрологическое отделение № 2 на 45 коек.

2. МУЗ Поликлиника № 20 – терапевтическое отделение № 2 на 106 посещений в смену.

3. МУЗ Поликлиника № 20 – отделение профилактики мощностью 20 тыс. исследований в год.

4. МУЗ ГКБ № 2 – прачечная на 500 кг белья в смену.

5. МУЗ ГКВД – лечебный корпус стационара на 141 койку.

6. МУЗ ГБ № 1 им. М.Н. Горбуновой – студенческая поликлиника на 240 посещений в смену (2-я очередь).

Приобретено медицинское оборудование на сумму 54627,5 тыс. руб., (2002 г. – 41085,9 тыс. руб.), табл.3.

Из приобретенного медицинского оборудования, 99 единиц – диагностическое, 36 единиц – лечебное, 21 единица – вспомогательное, 8 единиц – лечебно-диагностическое. В 2003 году приобретено 25 автомобилей, 1 снегоуборочная машина, 90 единиц бытовой техники, более 100 единиц мебели и инвентаря, более 20 единиц технологического оборудования.

Основные направления развития здравоохранения города вошли в план социально-экономического развития г. Кемерово на 2004 г.

Основной задачей является обеспечение бесплатной медицинской и лекарственной помощи жителям города в рамках госгарантий за счет выделяемых финансовых средств городского бюджета и обязательного медицинского страхования.

Основными направлениями развития являются:

1. Реализация комплекса мероприятий по стабилизации медико-демографических показателей на территории города (общая смертность, материнская смертность, младенческая смертность, заболеваемость взрослого и детского населения).
2. Повышение доступности медицинской помощи населению путем совершенствования работы муниципальной системы здравоохранения:

2.1. Организация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторном секторе на основе общих врачебных практик, стационар-замещающих технологий, развития информационных технологий по преемственности в работе медицинских учреждений и учреждений социальной сферы;

2.2. Совершенствование больничной помощи населению путем внедрения современных технологий по основным группам заболеваний, приводящих к инвалидизации и смертности;

2.3. Развитие системы добровольного коллективного медицинского страхования;

2.4. Реализация программ и проектов: "Обеспечение населения медико-социальной помощью", "Здоровый ребенок", "Улучшение здоровья женщин", "Профилактика социально-значимых и инфекционных заболеваний", "Комплексные меры противодействия наркотикам", "Создание условий для оказания качественной медицинской помощи", "Золотая осень".

На развитие здравоохранения в городском бюджете запланированы финансовые средства в сумме 36,4 млн. руб.

Таблица 3

Приобретенное мед. оборудование по источникам финансирования (тыс. руб.)

	2001 год	2002 год	2003 год
Областной бюджет	4966,2	5225,8	4566,3
Местный бюджет	13365,1 (81,7 %)	16911,1 (45,1 %)	19752,3 (36,1 %)
Другие источники	17534,0	21763,3	30309,4
Количество единиц	259	191	154

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., ЯНЕЦ И.С., КРАСНОВА С.В., ГОЛОВАТОВА Л.В., ОБРАЗЦОВА Е.А.
Муниципальное учреждение Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. КЕМЕРОВО

Старение население – глобальная проблема современности. В г. Кемерово 24 % населения составляют люди пожилого возраста, что выше среднего показателя по России (20,1 %). Причем, около 20 % пенсионеров города имеют группу инвалидности.

Основные проблемы пожилых людей – низкий уровень здоровья, малообеспеченность и одиночество. Результаты медицинских исследований свидетельствуют о том, что в старших возрастных группах населения почти у каждого пациента имеются 5-7 заболеваний. Причем, социальная адаптация граждан пожилого возраста к реальным условиям жизни в значительной мере зависит от состояния их здоровья.

Пожилые и инвалиды – это наиболее тяжелая в медицинском плане и наиболее незащищенная в социальном отношении группа пациентов, требующая к себе повышенного внимания, значительных физических и психоэмоциональных затрат, большого расхода лекарств и материально-технических средств. Успешному уходу за такими больными способствует командный подход к работе. Для решения комплекса проблем необходим комплексный подход к их решению, участие всех структур городского общества.

В марте 2001 г. администрация города, совместно с Российско-Европейским фондом, при участии представителей общественных организаций, разработала городскую целевую программу "Старшее поколение" и приступила к ее реализации.

Основная цель программы – консолидация усилий всех служб и объединение ресурсов городского сообщества в интересах пожилых людей, улучшение их социального самочувствия и качества жизни, поддержка в сложных жизненных ситуациях.

Объединяющим, координирующим и контролирующим ядром (органом) программы "Старшее поколение" является координационный совет (созданный в соответствии с распоряжением администрации города Кемерово), в состав которого вошли руководители и представители органов и учреждений социальной сферы (образования, здравоохранения, культуры и социальной защиты), а также представители общественных организаций.

Основным результатом работы в рамках программы стало создание системы межведомственного подхода в решении проблем старшего поколения и развитие социального партнерства учреждений города. В ходе реализации программы "Старшее поколение" создан единый регистр на пожилое население города (133,8 тыс. пенсионеров и 28,9 тыс. инвалидов). Банк данных постоянно обновляется и сверяется между ЛПУ и КЦСОН.

Изменен подход к постановке пожилых людей на медико-социальное обслуживание, разработана новая методика оценки нуждаемости потенциального клиента в социальных и медико-социальных услугах.

Ранее процесс принятия на социальное обслуживание был стандартным: устанавливались паспортные и адресные данные пожилого человека, приобщалась формальная врачебная справка. Новая модель предполагает уточнение критериев постановки на тот или иной вид обслуживания, детальное изучение индивидуальных особенностей и оценку потребностей пожилого человека, обратившегося с просьбой принять его на надомное обслуживание. Направление на социальное и медико-социальное обслуживание заполняется гериатром поликлиники (значительно детализировано, несет необходимую информацию о пациенте). Таким образом, врач принимает непосредственное участие в отборе и постановке пациента на медико-социальное и социальное обслуживание.

Разработана и внедрена в работу индивидуальная унифицированная карта медико-социальной реабилитации (наблюдения) пациентов при осуществлении наблюдения на дому. Врач записывает свои рекомендации по двигательному и санитарно-гигиеническому режиму, питанию, мероприятиям по уходу, контролю общего состояния, медикаментозной помощи, контролирует их выполнение социальным работником и оценивает их эффективность. Карта находится у пациента дома и доступна как для социального работника, так и для врача (в том числе, для врача "скорой помощи").

Безусловным достижением является создание в городе гериатрической службы. Гериатры – своеобразные координаторы при взаимодействии с социальной службой. Во время приема гериатров выделено фиксированное время для работы с социальными работниками. Гериатры 1-2 раза в неделю ведут приемы на базе КЦСОН, участвуют в работе консультативно-отборочных комиссий и обучении социальных работников.

Открыто 8 приемов гериатров в ЛПУ города, в том числе специализированный гинекологический прием для пожилых пациенток на базе женской поликлиники № 2 (поликлиника № 5), для удобства женщин совмещенный с выездным приемом терапевта-гериатра. В течение 2003 года врачами-геронтологами проконсультировано 19486 лиц пожилого возраста. В дневных стационарах поликлиник функционируют 14 геронтологических коек. Всего в дневных стационарах в 2003 году пролечено 2274 пациента пожилого возраста, в т.ч. на геронтологических койках – 420 чел.

Координацию работы медицинских и социальных учреждений возглавили межведомственные консультативно-отборочные комиссии, созданные с 2001 года при всех комплексных центрах социального обслуживания г. Кемерово. Любой пожилой человек может обратиться в такую комиссию по месту жительства и получить рекомендации по социальному или медицинскому обслуживанию.

В постоянно действующий состав Комиссии входят: заведующий социально-реабилитационным отделением (председатель), специалист по социальной работе (секретарь), врач-геронтолог, психолог, специалист по социальной работе (реабилитолог). В случае необходимости, в состав комиссии могут быть включены: участковый терапевт, врач ЛФК, физиотерапевт, психотерапевт, медицинский психолог, реабилитолог МСЭК.

Пациент при обращении в комиссию представляет личное заявление, амбулаторную карту (или выписку из нее), индивидуальную программу реабилитации, если таковая имеется. Консультативно-отборочная комиссия определяет объем комплекса реабилитационных мероприятий и наиболее оптимальный "маршрут" пациента, оценивает результативность проведения реабилитационных мероприятий, дает рекомендации клиенту, социальному работнику и родственникам, осуществляющим уход на дому.

Консультативно-отборочная комиссия, в зависимости от индивидуальных показаний пациента, может направить его в одно из учреждений, осуществляющих медико-социальную помощь. Это может быть одно из отделений КЦСОН или учреждение системы здравоохранения.

В 2003 году в круглосуточных стационарах города проведено лечение 2198 чел. пожилого возраста и инвалидов, в дневных стационарах – 2274 чел., в стационарах на дому – 2986 чел., в ОГВВ – 917 чел., в отделении ветеранов ГКБ № 3 – 972 чел., в областном отделении ветеранов ОКБ – 24 чел., в лечебно-оздоровительном центре "Милосердие" – 576 чел. Кроме того, 36375 пожилых людей, не имеющих по состоянию здоровья возможности посещать поликлиники, осмотрены на дому.

Прекрасным опытом сотрудничества социальных и медицинских работников можно назвать лечебно-оздоровительный центр "Милосердие", открывшийся на базе МУЗ Городская больница № 13 с 01.03.01 г. и финансируемый из трех источников: ОМС, бюджета управления социальной защиты населения и средств граждан (10 %). Центр пользуется заслуженной популярностью среди пожилых людей, и сейчас в течение года в нем оздоравливается более 500 человек. Социально-медицинская реабилитация, проводимая в ЛОЦ "Милосердие", включает социальную реабилитацию и медицинскую восстановительную терапию. На постоянной основе здесь работает социальный работник. Таким образом, социально-медицинская реабилитация граждан пожилого возраста носит комплексный характер. Одним из значимых направлений медико-социальной помощи является помощь онкологическим больным. В городе функционирует Хоспис на 45 коек на базе МУЗ Городская больница № 4, в котором оказывается стационарная помощь больным с терминальной стадией онкологических заболеваний и выездная помощь на дому силами выездных бригад. В среднем, количество наблюдаемых пациентов в год составляет 400-500 человек. Из общего числа не менее 30 % – пожилые и одинокие люди. В Хосписе на постоянной основе работают 2-3 сестры милосердия.

Большое внимание уделяется обучению социальных работников и родственников навыкам ухода и наблюдения за пациентами. При работе с пациентами пожилого возраста и инвалидами социальные работники осуществляют уход и зачастую вынуждены принимать самостоятельные решения. На базе лечебно-профилактических учреждений и медицинского колледжа организовано обучение социальных работников. За 2003 год обучены 200 социальных работников и 620 родственников, осуществляющих уход за людьми пожилого возраста. Распространенно более 2000 буклетов и памяток по уходу за пожилыми больными.

В 2002 году, в рамках проекта МУ Управление здравоохранения "Совершенствование ухода за пожилыми людьми и инвалидами через поддержку лиц, осуществляющих уход", был создан Web-сайт "Забота", на котором размещена информация для родственников, медицинских и социальных работников по вопросам оказания медико-социальной помощи и организации ухода за пожилыми людьми. В разделе "давайте обсудим ваши проблемы" специалисты МУ УЗ дают ответы на вопросы жителей города. За 2003 год сайт посетили более 6 тыс. пользователей.

В настоящее время в городе функционируют 50 тематических школ здоровья. Большинство из них активно посещаются людьми пожилого возраста (в 2003 году обучены 2807 лиц старшего возраста). Преемственность в работе лечебных учреждений и органов социальной защиты уже стала нормой. За счет реализации комплексного подхода повысилось качество, и расширился объем медико-социальной помощи пожилым людям, медико-социальная помощь стала адресной, индивидуальной и доступной, повысилась эффективность использования кадрового потенциала.

Уже в течение ряда лет работа с людьми пожилого возраста и инвалидами соединяет медицинский и социальный аспекты. Практика показала, что внимание к проблемам здоровья пожилого человека как раз и создает тот социальный микроклимат, в котором гораздо успешнее решаются все остальные проблемы. С точки зрения помощи пациенту, такая модель оптимальна, т.к. нацелена на удовлетворение его потребностей.

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., ЯНЕЦ И.С., ОБРАЗЦОВА Е.А., КРАСНОВА С.В.
Муниципальное учреждение Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

ОКАЗАНИЕ АДРЕСНОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ Г. КЕМЕРОВО НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОРОГОСТОЯЩИХ ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ

В г. Кемерово, где численность населения 523 тысячи человек, одну пятую часть составляют люди пожилого возраста, из них 37 тыс. – пенсионеры с доходом ниже прожиточного минимума. С целью повышения доступности дорогостоящих и альтернативных видов медицинской помощи для социально незащищенной категории жителей города, был разработан порядок оказания адресной помощи на дорогостоящие виды оперативного лечения.

На основании постановления администрации города № 15 от 14.02.01 г. "О порядке предоставления и оплаты дорогостоящих видов лечения, альтернативных медицинских технологий населению г. Кемерово", определены категории населения, которым может быть оказана адресная помощь, перечень медицинских технологий и перечень необходимых документов для оформления адресной помощи.

Для решения вопроса о предоставлении адресной помощи в Управлении здравоохранения 2 раза в неделю ведется прием граждан, во время которого специалисты отделов рассматривают обращения жителей, разъясняют обратившимся гражданам порядок оказания адресной помощи и возможность проведения медицинской услуги по дорогостоящей технологии. Решение о выделении адресной помощи принимается клинико-экспертной комиссией УЗ, при наличии заявления пациента, заключения клинико-экспертной комиссии ЛПУ, счета-фактуры из ЛПУ, акта определения совокупного дохода семьи из органов социальной защиты.

МУ Управление здравоохранения оказывает адресную помощь на проведение дорогостоящих видов оперативного лечения в муниципальных ЛПУ на сумму свыше 1500 рублей. В 2003 г. адресная помощь была оказана 233 жителям города на сумму 4166,0 тыс. руб. (2001 г. – 234 чел. на 2150,0 тыс. руб.; 2002 г. – 176 чел. на 2573,5 тыс. руб.). Необходимо отметить, что на фоне увеличения финансирования программы по оказанию адресной помощи в 1,9 раз, число пациентов, которым она оказана, осталось практически на прежнем уровне. Это объясняется увеличением стоимости, прежде всего, расходных материалов, применяемых в травматологии, ортопедии, нейрохирургии, кардиохирургии. В среднем, адресная помощь на лечение одного пациента в 2001 году оказана на 9,2 тыс. руб., в 2002 году – 14,6 тыс. руб., в 2003 году – 17,9 тыс. руб.

В настоящее время часть операций, на которые в 2001 г. выделялась адресная помощь, начали частично оплачиваться из средств обязательного медицинского страхования – операции с использованием имплантантов в нейрохирургии, остеосинтез костей в травматологии, лапароскопические операции в хирургии.

В структуре оперативных вмешательств, на проведение которых оказывается адресная помощь, свыше 30 % выполняются в травматологических отделениях. На втором месте – операции хирургического и нейрохирургического профиля. С 2000 года МУ Управление здравоохранения оказывает адресную помощь на оперативное лечение по эндопротезированию тазобедренного сустава. Частично операция оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования. В 2003 году 13 человек получили адресную помощь из городского бюджета в сумме 474900 рублей для проведения эндопротезирования тазобедренного сустава (2001 г. – 24 чел. на сумму 627100 руб., 2002 г. – 17 чел. на сумму 596500 руб.). В сравнении с предыдущими годами, количество операций сокращается, тогда как потребность в них сохраняется на одном уровне. Высокая стоимость эндопротезов не позволяет удовлетворить потребность населения в данном виде оперативных вмешательств.

Следует отметить, что г. Кемерово – единственный город в области, где успешно реализуется программа по оказанию адресной помощи на дорогостоящие виды лечения. Ее финансирование позволяет решать вопросы обеспечения социально незащищенных слоев населения дорогостоящей медицинской помощью.

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., ГАНИЧЕВА Т.В.
Муниципальное учреждение Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

УКРЕПЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ НА 2004-2007 ГГ.

В течение 2000-2003 годов большое внимание уделялось укреплению материально-технической базы лечебных учреждений. Выполнение строительно-монтажных работ по разделам за данный период составило 245,4 млн. руб., в том числе на реконструкцию и капитальный ремонт – 168,6 млн. руб., на подготовку к работе учреждений в зимних условиях – 13,0 млн. руб. Для этих

целей из средств городского бюджета было выделено 144,0 млн. руб., что составляет 56,6 % от общего финансирования, из федерального и областного бюджета – 35,9 млн. руб. (14,6 % от общего финансирования).

После реконструкции и капитального ремонта введены в эксплуатацию 17 объектов, в том числе:

в 2000 году:

- родильный дом № 5 на 140 коек МДКБ;
- корпус № 2 на 90 посещений в смену Поликлиники № 6;
- поликлиника № 1 на 147 посещений в смену Больницы № 15;
- баклаборатория на 52 тыс. исследований ГКБ № 2.

в 2001 году:

- лечебно-оздоровительный центр "Милосердие" ГБ № 13;
- гастроэнтерологическое отделение на 50 коек ДКБ № 2.

в 2002 году:

- поликлиника № 1 на 270 посещений в смену, травмотделение на 45 коек, хирургическое отделение на 60 коек ГКБ № 2;
- отделение раннего возраста на 40 коек, прачечная на 350 кг белья в смену ГИКБ № 8;
- детское отделение поликлиники на 52 посещения в смену ГБ № 13;
- дневной стационар для детей с неврологической патологией на 15 коек ДКБ № 7;
- венерологическое отделение на 42 койки ГКВД.

в 2003 году:

- психоневрологическое отделение № 2 на 45 коек МДКБ;
- терапевтическое отделение № 2 на 106 посещений в смену, отделение профилактики мощностью 20 тыс. исследований в год Поликлиники № 20;
- прачечная на 500 кг белья в смену ГКБ № 2;
- лечебный корпус стационара на 14 коек ГКВД;
- студенческая поликлиника на 240 посещений в смену ГКБ № 1.

За период 2000-2003 гг., по плану подготовки учреждений к работе в зимних условиях, отремонтировано 44 кровли, 40 систем отопления, 15 систем водоснабжения и канализации.

Укрепление материально-технической базы и содержание зданий в надлежащем состоянии является одним из основных аспектов деятельности лечебных учреждений.

За период с 2000 г. по 2003 г. было выполнено строительно-монтажных работ, за счет собственных средств, на сумму 65,5 млн. руб. Отмечается положительная тенденция по увеличению средств ЛПУ на проведение текущих ремонтов: 2000 год – 3,4 млн. руб., 2003 год – 26,6 млн. руб.

Для внедрения новых медицинских технологий приобретено современное медицинское оборудование на сумму 130,4 млн. руб.

Реализация мероприятий по улучшению материально-технической базы позволила значительно повысить условия и качество предоставления медицинской помощи муниципальными медицинскими учреждениями.

Приоритетными направлениями дальнейшего развития материально-технической базы муниципального здравоохранения на период 2004-2007 гг. являются:

1. Реконструкция и капитальный ремонт объектов здравоохранения на общую сумму 140,0 млн. руб., в том числе:
   - реконструкция и капитальный ремонт ГКБ № 2 – 127,5 млн. руб.;
   - капитальный ремонт поликлиники № 2 ДКБ № 1 – 2,5 млн. руб.;
   - капитальный ремонт лабораторного корпуса ГКВД – 3,5 млн. руб.;
   - капитальный ремонт детского отделения ГИКБ № 8 – 5,0 млн. руб.;
   - строительство пристройки гаражного бокса на 12 машин ГКССМП – 1,5 млн. руб.
2. Приобретение медицинского оборудования на общую сумму 130,0 млн. руб. для объектов, вводимых в эксплуатацию после капитального ремонта и реконструкции, реанимационно-анестезиологического оборудования для детских больничных учреждений,
   - проведение плановой замены технологического оборудования.

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., ЯНЕЦ И.С., ГОЛОВАТОВА Л.В., КРАСНОВА С.В.
Муниципальное учреждение Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

ОПЫТ РАЗВИТИЯ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В Г. КЕМЕРОВО

Поэтапное реформирование отечественного здравоохранения, в соответствии с приказом МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г. "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики", призвано обеспечить выполнение основного объема профилактической и лечебной работы в системе первичной медико-санитарной помощи врачом общей практики. Город Кемерово был в авангарде этого реформирования. Первая врачебная практика

была организована в 1994 г., в течение 1995-1996 гг. организовано еще три ОВП. В это же время началась реализация международного проекта "Тасис", и организованные врачебные практики явились пилотными объектами проектов.

Подготовлено более 30 специалистов ОВП, включая средний медперсонал. Два врача из пилотных практик имели долгосрочную, в течение 3-х месяцев, подготовку в Лондоне по вопросам менеджмента в общей врачебной практике.

Опыт работы зарубежных практик был адаптирован к условиям г. Кемерово и применен в экспериментальных пилотных практиках.

С 1994 г. в г. Кемерово функционируют 8 общих врачебных практик, оказывающих медицинскую помощь 58 тыс. населения. Все практики являются структурными подразделениями поликлиник. Деятельность ОВП организована по принципу единой команды, что позволило более эффективно использовать время и потенциальные возможности персонала, освободить врача от выполнения ряда превентивных мероприятий, которые может исполнить медицинская сестра, и позволило реализовать модель коллективного семейного врача.

Объем первичной медицинской помощи включает терапевтическую помощь, частично по неврологии, ЛОР-патологии, офтальмологии, педиатрии. Показатели деятельности врачей ОВП превышают показатели деятельности участковых врачей (таблица).

В практиках отработана система преемственности со смежными службами, взаимозаменяемости медицинских работников, активно внедряются стационар-замещающие технологии лечения (стационар на дому, дневной стационар). На площадях ОВП расположено 20 коек дневного стационара, где ежемесячно получают лечение до 70 пациентов. Данный метод лечения позволяет экономить средства ОВП на госпитализацию и является ресурсосберегающей технологией.

В ОВП отработана преемственность в лечении пациентов со стационарами города. Ежедневно в ОВП передается информация о пациентах, получивших лечение в стационаре, с определением дальнейшего маршрута пациента (выписан на долечивание в дневной стационар, стационар на дому или амбулаторное лечение).

Проблема старения населения заставляет врача решать не только проблемы медицинские, но и социальные. Медицинские работники ОВП проводят совместную работу с органами социальной защиты населения. Созданы отделения медико-социальной помощи, позволяющие оказывать помощь медицинским работникам ОВП в осуществлении ухода за пациентами, проведении медицинских манипуляций.

Таблица
Показатели деятельности врачей ОВП и поликлиники

Показатели	ОВП	Поликлиника
Функция врачебной должности	5168	4675
Активность на дому	63 %	58 %
Охват профилактическими осмотрами декретированного контингента	98,6 %	95,6 %
Охват диспансерным наблюдением от подлежащих	97 %	89 %
Соотношение посещений к врачам ОВП и узким специалистам	3,8 : 1	2,7 : 1,5
Обращаемость на скорую помощь (на 1000 населения)	120	330

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., СУШКЕВИЧ Т.В.
Муниципальное учреждение Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

ФОРМЫ РАБОТЫ С СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Реформа сестринского дела в России началась более 10 лет назад и город Кемерово активно включился в реформирование сестринского дела. Главная цель – обеспечить качественную медицинскую помощь. Управление здравоохранения г. Кемерово определило основные направления по развитию сестринского дела:

- совершенствование системы подготовки и использования кадров (последипломное образование, циклы усовершенствования, повышенный уровень образования, высшее сестринское образование, аттестация на квалификационную категорию);
- формирование системы управления сестринской деятельности;
- обеспечение качества сестринской помощи и создание безопасной больничной среды для пациента;
- внедрение новых сестринских технологий: стандартизация деятельности медицинской сестры, сестринский уход.

Сделано немало. Прежде всего, идет планомерная работа по подготовке организаторов сестринского дела. Именно от них зависит эффективная организация работы сестринских служб.

В лечебно-профилактических учреждениях работают 3603 медицинские сестер. Укомплектованность составляет 64,49 %.

Организаторов сестринского дела: главных медсестер – 30 чел., старших медсестер – 263 чел.

Всего обучено:

- имеют сертификат специалиста – 2852 чел. (79,1 %);
- квалификационную категорию – 2331 чел. (64,6 %), из них: высшую – 1325 чел., первую – 712 чел., вторую – 294 чел.

В 2003 г. аттестованы и повысили квалификационную категорию 668 чел., обучены на курсах усовершенствования 664 чел.

В течение 5 лет повышенный уровень образования получили 237 чел.

В системе здравоохранения города сформирована единая система управления сестринской деятельностью, единый подход к профессиональной подготовке, который включает многоуровневую систему, проведение научно-практических конференций, семинаров, профессиональных конкурсов. Организован и работает научно-методический центр на базе МСЧ № 17 "Строитель" для фельдшеров здравпунктов и цеховых медицинских сестер.

Основные направления:

- проведение тематических семинаров;
- анализ работы сестринского и фельдшерского персонала промышленных предприятий;
- внедрение единых форм отчетности, новых технологий;
- контроль за регулярностью обучения среднего медицинского персонала.

Ежемесячно проводятся Дни специалиста для медицинских сестер физиотерапевтических кабинетов и отделений, стоматологических поликлиник и кабинетов, хирургических отделений и кабинетов, акушерок, лаборантов клинико-диагностических лабораторий, рентгенлаборантов и др.

Работает постоянно действующий семинар для организаторов сестринского дела (главных, старших сестер и резерва). Проводятся круглые столы с медицинскими сестрами по улучшению организации работы, повышению качества оказания медицинской помощи населению.

В феврале текущего года при МУ Управление здравоохранения создан Координационный Совет средних медицинских работников.

Задачи Совета:

- определение приоритетных направлений развития сестринского дела;
- поиск, экспертиза и внедрение инновационных сестринских технологий;
- установление творческих связей между лечебными учреждениями города и области для обмена опытом, совершенствование системы обучения сестринского персонала;
- организация информационного обеспечения по всем направлениям сестринской деятельности.

Совет будет оказывать помощь в повышении качества сестринской помощи через проведение независимого аудита, а также заниматься подготовкой к аттестации, проводить экспертизу работы медицинских сестер.

В лечебных учреждениях внедряются новые сестринские технологии. В детской больнице № 7 разработаны и внедрены алгоритмы действий медицинской сестры, которые представляют собой точную схему последовательных действий работника. Это повысило эффективность работы – в течение года на 26 % увеличилось количество пролеченных.

В городских больницах МУЗ ГБ № 1 им. М.Н. Горбуновой, МУЗ ГКБ № 2, МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, МУЗ Городская больница № 11 внедрены элементы сестринского процесса. Это грамотно спланированный индивидуальный уход за пациентом. Результат проведенной работы прослеживается в улучшении качества ухода за пациентами, изменении отношения медицинских сестер к самой системе выхаживания. Медсестра воспринимает пациента как индивидуальность, целостную личность с конкретными проблемами, в соответствии с которыми планируется и осуществляется уход.

С 2004 г. в городской больнице № 3 внедрен стандарт ухода за пациентами с риском возникновения пролежней, выполнение которого позволило резко сократить число пациентов с пролежнями в нейрохирургическом и реанимационном отделениях.

В рамках совместной работы с социальной защитой проведен "круглый стол" главных, старших участковых медицинских сестер и социальных работников по оказанию помощи одиноким пенсионерам.

Участковая медицинская сестра работает в тесном контакте с социальными медицинскими сестрами и социальными работниками в плане оказания помощи в организации ухода за больными и инвалидами на дому.

Обучение социальных работников проводится по специально разработанной в поликлиниках программе.

В 2000 г. МУ Управление здравоохранения направило на целевое обучение в Кемеровскую медицинскую академию на факультет высшего сестринского образования 23 медицинских сестры. Оплату за обучение взяли на себя управление здравоохранения (50 % в сумме 605,9 тыс. руб.) и лечебные учреждения (остальное).

В лечебных учреждениях молодых специалистов ежегодно торжественно посвящают в профессию. В течение 2-х лет молодым специалистам лечебные учреждения выплачивают подъемные в сумме 1000 руб. В 2002 г. выплачено 50,0 тыс. руб., в 2003 г. – 73,0 тыс. руб., а проработавшие 1 год получили от администрации города материальную помощь в сумме 50,0 тыс. руб. (2002 г.) и 82,0 тыс. руб. (2003 г.).

Участковым медицинским сестрам ежемесячно оплачиваются проездные билеты на сумму 73680 руб.

Повышение квалификации медицинских сестер оплачивается из расчета 50 % за счет средств лечебных учреждений.Ежегодно проводится городской конкурс "Лучший по профессии" в 10 номинациях. По итогам городского конкурса, 10 медицинских сестер получили премию администрации города на сумму 50,0 тыс. руб.

По результатам городского конкурса, в ЛПУ открыто 7 школ профессионального мастерства, задачей которых является распространение передового опыта, внедрение новых организационных методов работы, практическое обучение на рабочем месте. С 14.02.2004 г., совместно с Кемеровской Епархией, начато обучение младших медицинских сестер по уходу за больными, из числа работающих санитарок в городской клинической больнице № 2, Хосписе, детской клинической больнице № 5, детской больнице № 2 в количестве 74 человек. Обучение в течение 2-х месяцев проводят бесплатно главные и старшие медицинские сестры.

Подводя итоги проделанной работы, можно отметить, что медицинская сестра стала самостоятельным звеном в здравоохранении.

Сегодня это – грамотный специалист, полноправный участник лечебно-восстановительного процесса, талантливый руководитель.

АЛЕКСЕЕВА З.М., СМОЛЯР О.М., МАЛИН М.В., КОНЕВ В.Н.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

Население РФ переживает устойчивый период демографического старения, что выражается в росте абсолютной численности лиц старше трудоспособного возраста и доли граждан старшего поколения в структуре населения страны. Социально-экономические и морально психологические изменения, происходящие в нашей стране в последние годы, негативно отразились на жизни пожилых людей.

Уровень пенсии не соответствует величине прожиточного минимума, дороговизна лекарств способствует снижению качества жизни, кроме того, пожилые не могут самостоятельно решать свои проблемы и трудности, происходит разрыв семейных связей, отсутствует качественный уход, и пожилой человек остается дезадаптированным, один на один со своими проблемами.

Федеральным Законом РФ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" предусмотрен государственный уровень обслуживания этой категории граждан, который основан на принципах гуманизма, равных возможностях, доступности, адресности и других ценностях, декларированных ст. 7 Конституции РФ.

В целях выполнения данного закона, с 2001 года начата совместная работа медико-социальной службы центров обслуживания населения Ленинского и Центрального районов г. Кемерово и МУЗ Клиническая поликлиника № 5".

Поликлиника обслуживает 98 тысяч населения Заискитимской части Центрального и Ленинского районов города, из них 63 % относятся к категории социально-незащищенных, 42 % – население пенсионного возраста, инвалидов – 4896, 1-й группы – 595, 2-й гр. – 3664, 3-й гр. – 637. На диспансерном учете состоят 3055 человек.

На базе поликлиники создана гериатрическая служба, прошли специализацию и работают 3 врача-гериатра на приеме в ОВП и в поликлинике. В первую очередь, были составлены списки пожилого контингента, сверены данные с районными службами центров социальной защиты и переданы на территориальные участки для динамического наблюдения.

Для индивидуальной работы с этим контингентом была предложена медико-реабилитационная карта. На каждого пожилого жителя, который берется на учет в центре социальной защиты, составляется индивидуальная карта медицинской реабилитации, выдается заключение КЭК на социальное, социально-медицинское обслуживание на дому.

Поликлиникой обслуживаются 1988 лиц в возрасте 80 лет и старше, на них составлены индивидуальные карты медицинской реабилитации. Женщин в возрасте 80-90 лет – 1419 человек, мужчин – 293, 90-100 лет – женщин 211, старше 100 – 10, мужчин 90-100 лет – 49, старше 100 лет – 6 человек. Ежегодно проводятся комплексные осмотры с целью диспансеризации УВОВ и ИОВ в поликлинике и на дому (немобильных). В 2003 году проведены комплексные осмотры всего контингента особого внимания – ИОВ – 159 человек, УВОВ – 304, тружеников тыла – 2404, вдов погибших – 253, всего осмотрено на дому – 3384 пожилых людей.

Учитывая высокую заболеваемость сердечно-сосудистой патологией, открыты дневные стационары и стационары на дому неврологического и терапевтического профилей. Пролечено в стационаре на дому в 2001 г. – 391 человек, в 2002 г. – 564, в 2003 г. – 636, из них КОВ – 458; в дневном стационаре в 2001 г. – 438 человек, в 2002 г. – 603, в 2003 г. – 647, из них КОВ – 176. С февраля 2001 г. в ДС открыта дополнительная палата на 5 коек для ветеранов. Так как среди лиц пожилого и старческого возраста имеется высокий травматизм, в поликлинике открыт травматологический и хирургический стационары и на дому, где наблюдаются пациенты амбулаторного этапа с переломом шейки бедра и

другими видами травм, хирургической патологией, в 2003 г. пролечено 85 чел. В помощь участковому врачу, специалистами совместно с гериатрами, разработаны программы комплексной реабилитации пожилых с ИБС, артериальной гипертонией, ХЦВН, ОНМК, дисциркуляторной энцефалопатией, ХОБЛ. В программу реабилитации включены традиционные и нетрадиционные методы лечения и профилактики, которые согласованы с ЦСОН Ленинского и Центрального районов.

В поликлинике решаются вопросы плановой госпитализации и реабилитации пожилого населения и ветеранов. В стационары города в 2001 г. госпитализированы 187 чел., в 2002 г. – 208, в 2003 г. – 212; в госпитали в 2002 г. – 90 чел., в 2003 г. – 213; в отделения дневного пребывания и ЛОЦ " Милосердие" в 2001 г. – 80 чел., в 2002 г. – 63, в 2003 г. – 94 че. Реабилитированы в санаториях в 2002 г. – 71, в 2003 г. – 67, в хосписе в 2003 г. – 49.

Для улучшения совместной работы по социально-медицинскому обслуживанию населения, в поликлинике создается стенд по вопросам социальной службы, ведут прием психотерапевт, психиатр. В женских консультациях ведется совместный прием гериатра-терапевта и гериатра-гинеколога, создан кабинет анальгезии и специализированный прием невролога по вопросам профилактики паркинсонизма и острого нарушения мозгового кровообращения. С диагностическим центром организованы совместные консультации гериатра-гинеколога и гериатра-маммолога. Данное сочетание узкоспециализированных приемов является новым, высокоинформативным методом ранней диагностики гормоноактивных форм опухолей молочных желез у лиц пожилого возраста.

Направлено на МСЭС для определения группы инвалидности в 2001 г. 369 чел., в 2002 г. – 621, в 2003 г. – 450 человек. Выдано заключений КЭК для адресной помощи (на оперативное лечение, получение велоколясок, автомашин "Ока", доплату к пенсии, оплату медикаментов) при амбулаторном лечении в 2001 г. – 212, в 2002 г. – 305, в 2003 г. – 317, заключений КЭК для льготного лекарственного обеспечения – в 2001 г. – 1142, в 2002 г. – 996, в 2003г . – 678, заключений КЭК для социального, социально-медицинского обслуживания на дому в 2001 г. – 529, в 2002 г. – 564, в 2003 г. – 674.Гериатры, терапевты и врачи других специальностей проводят в поликлинике и в ЦСОН районов школы по вопросам ухода, реабилитации, базисного лечения, самоконтроля с целью профилактики обострения заболеваний сахарным диабетом, гипертонической болезнью, паркинсонизму. В 2003 г. обучены 394 человека, из них по уходу – 14 чел. и 8 родственников, созданы памятки.

Два раза в месяц каждый гериатр работает в ЦСОН районов, проводит отбор лиц пожилого контингента для социального, социально-медицинского обслуживания на дому, в отделение дневного пребывания, читает лекции, проводит занятия для пожилых и сотрудников по вопросам ухода, профилактики обострений, реабилитации, в 2003 г. обучены 64 человека. Гериатр также работает с документацией, обменивается информацией с корректировкой банка данных лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи по районам.

Продолжается экспериментальная наработка новых форм для оказания качественной медико-социальной помощи пожилому населению Ленинского и Центрального районов города. Планируется проведение "круглых столов" по актуальным проблемам пожилых, обучающих семинаров для специалистов по социальной работе, медицинских сестер в школах на различные темы. Планируется организовать работу консультативно-отборочной комиссии граждан, нуждающихся в социальной реабилитации, для определения маршрута социально-медицинской реабилитации.

Предполагается организовать консультации узких специалистов, психолога в отделениях дневного пребывания; создать банк данных об одиноких немобильных, получивших инвалидность впервые, трудоспособных инвалидах 3-й группы; разработать взаимную рекламную информацию о деятельности Центров и поликлиники по вопросам социальной, медико-социальной реабилитации через издания наглядной информации: буклеты, альбомы, плакаты, памятки; провести дни "Открытых дверей" на базе КЦСОН "О работе отделений Центров"; организовать в поликлинике и сформировать разветвление сети территориальных гериатрических постов.

ТЕМЕРХАНОВА Л.И., СМОЛЯР О.М.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ

Дневные стационары организованы в клинической поликлинике № 5 с 1987 года. Коечный фонд на сегодняшний день составляет 31. Работают койки терапевтического, неврологического, акушеро-гинекологического, хирургического профиля.

В 2000 году на базе центра амбулаторной хирургии развернуты дополнительные койки круглосуточного пребывания. Разработана и внедрена программа "Дневные стационары". При ее подготовке принимались во внимание показатели уровня заболеваемости населения и его обеспеченность различными видами стационарной помощи.

Было установлено, что 23,5 % больных могут пройти весь курс лечения в дневном стационаре поликлиники. Из общего числа больных, долечи-

вание в условиях дневного стационара показано 10,2 % пациентов.

В среднем, по каждому терапевтическому или цеховому участку, в профилактическом лечении в условиях дневного стационара нуждаются 26 % больных, состоящих на диспансерном учете, включая часто и длительно болеющих (на каждые 100 диспансерных больных – 19).

Дневной стационар работает в двухсменном режиме.

Штаты определяются приказом главного врача за счет общей численности персонала.Руководит работой дневного стационара заведующая отделением, выполняющая при этом объем нагрузки на 0,5 штатной должности врача.

В среднем, нагрузка на врача составляет 22-26 больных.

Оснащение дневного стационара медицинским оборудованием, твердым и мягким инвентарем, обеспечение медикаментами и перевязочными средствами определяется его профилем, с учетом возможности оказания в этих отделениях плановой и экстренной медицинской помощи.

При открытии дневного стационара нами ставились следующие задачи:

- сокращение сроков временной нетрудоспособности лиц трудоспособного возраста по поводу различных заболеваний;
- активное плановое оздоровление диспансерных больных, в том числе часто и длительно болеющих;
- повышение доступности плановой стационарной помощи населению;
- осуществление в условиях поликлиники ряда сложных диагностических исследований;
- современное проведение в поликлинических условиях лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на ускорение выздоровления и улучшение состояния здоровья пациентов;
- проведение комплекса активного лечения в объеме, оказываемом в стационарах больным, которые по ряду социальных причин не могут быть госпитализированы в больницы;
- расширение объема хирургических вмешательств, проводимых в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений больным с хирургической, ортопедической и гинекологической патологией;
- рациональное использование коечного фонда стационарных отделений больниц для лечения тяжелобольных;
- госпитализация для оказания экстренной помощи пациентам, у которых во время посещения лечебного учреждения возникли неотложные состояния;
- решение отдельных вопросов врачебно-трудовой экспертизы.

Показания и противопоказания для госпитализации больных в дневной стационар подразделяются на медицинские и социальные. Медицинские показания обусловлены нозологической формой заболевания, стадией патологического процесса, отсутствием у пациента тяжелых сопутствующих заболеваний и осложнений основной болезни.

Среди больных, госпитализированных в дневной стационар терапевтического профиля, 46 % составляли пациенты с болезнями органов дыхания, 22,2 % – с заболеваниями органов пищеварения, 21 % – больные неврологического профиля, 11 % – пациенты с болезнями сердечно-сосудистой системы.

Средняя продолжительность пребывания больных в дневном стационаре зависит от степени тяжести заболевания и наличия сопутствующей патологии, в 2003 году она составила, в среднем, 9,6 дней.

Из числа лечившихся в дневном стационаре, 78,9 % приходилось на работающих. Женщины составили 51,4 %, мужчины – 48,6 %, пожилые и престарелые люди – 12,1 %.

Обсуждаемая форма оказания медицинской помощи имеет большое социальное, медицинское и экономическое значение.

Активные методы терапии в комплексе с реабилитационными мероприятиями способствовали сокращению сроков лечения и сроков временной нетрудоспособности. С улучшением выписаны 96,2 % пациентов, с состоянием без изменений – 3,4 %, переведены в стационарные отделения больниц – 0,4 %.

Экономический эффект, полученный от сокращения сроков лечения одного работающего, в среднем составляет 204 рубля на человека. В то же время экономическая эффективность стационар-замещающей технологии равна соотношению 1 : 6.

За 2000 год в дневных стационарах пролечено 2441 человек. Заработано средств сверх подушевого норматива 771500 рублей.

Экономия средств за счет снижения уровня госпитализации составила 686000 рублей. Уровень госпитализации по городу составил 157,8; по поликлиническому объединению – 139,7. Показатель отклонения – 18,1 на 1000 населения.

Таким образом, наша деятельность согласуется с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, одобренной постановлением правительства РФ от 5.11.1997 г., в которой одним из основных направлений совершенствования определено введение малозатратных технологий и развитие стационар-замещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению.

Итогом нашей работы является ликвидация имеющихся диспропорций, перераспределение объемов оказания медицинской помощи с дорогостоящей и ресурсоемкой стационарной на стационар-замещающие, догоспитальные формы.

СКРЕБНЕВА Н.Б.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5 г. Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. КЕМЕРОВО

Проблема профилактики, диагностики и лечения тугоухости является чрезвычайно актуальной, так как имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Сурдологическая помощь взрослому населению г. Кемерово осуществляется в городском сурдологическом центре, расположенном на базе Клинической поликлиники № 5 с 1977 года.

На консультативно-диагностический прием направляются больные с нарушением функции слуха, выявленные на оториноларингологическом приеме в поликлиниках города. Сурдолог после осмотра выставляет предварительный диагноз и назначает план обследования, направляет больного в аудиометрический кабинет для проведения тональной пороговой, надпороговой, речевой аудиометрии. После аудиометрическго исследования выставляется диагноз или, при наличии показаний, назначаются дополнительные рентгенологические, клинические, бактериологические исследования, консультации специалистов – окулиста, невропатолога, отоневролога и других.

После установления окончательного диагноза больной ориентируется по трем направлениям: хирургическое лечение в специализированном стационаре, консервативное в условиях поликлиники или сурдоцентра, индивидуальный подбор слухового аппарата с последующим проведением занятий по адаптации.

Проведен анализ медицинской документации сурдологического центра за период 2000-2003 гг. За три года в центре зафиксировано 12515 посещений, в том числе 47 % первичных. У 4648 человек выявлено стойкое снижение слуха различной степени выраженности, двустороннего характера – у 75 % больных, одностороннего – у 25 %. По степени социальной значимости чаще обращаются с социально-неадекватным слухом, т.е. нуждающиеся в слухопротезировании – 55 %; с социально-полезным слухом (с нарушениями легкой и умеренной степени) – 39 %; глухота и резко выраженная тугоухость, делающая невозможным речевое общение, выявляется у 6 % обследованных.

Возраст пациента и частота обращения к сурдологу находятся в прямой пропорциональной зависимости: больные старше 50 лет составляют 83 % от числа обратившихся.

В структуре расстройств слуха 60 % составляет нейросенсорные нарушения, у 27 % выявляются негнойные заболевания уха – адгезивные отиты и отосклероз, у 13 % – гнойные заболевания уха.

При такой структуре заболеваемости органа слуха 95 % человек (4416) получили рекомендации по динамическому наблюдению, 32 % (1496) направлены на слухопротезирование, 15 % (695) были направлены в стационар для проведения консервативного или хирургического лечения (санирующие, слухосохраняющие, слухоулучшающие операции), 90 % получили лечение амбулаторно.

Анализ проведенной работы позволяет охарактеризовать городской сурдологический центр как основную структурную единицу, позволяющую составить представление о количественном и качественном составе больных с пониженным слухом, распределить их по группам нуждаемости в медицинском обслуживании, слухопротезировании.

Для дальнейшего улучшения сурдологической помощи населению города необходимо постоянно повышать квалификацию врачей-отоларингологов в области сурдологии, на медицинских осмотрах больше уделять внимания раннему выявлению нарушений слуха.

Для дальнейшего совершенствования работы сурдологического центра необходимо его оснащение современной диагностической аппаратурой, укрепление связей с отделением “Медтехники” для повышения доступности и качества слухопротезирования.

ТЕМЕРХАНОВА Л.И., СМОЛЯР О.М.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5 г. Кемерово

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

Клиническая поликлиника № 5 г. Кемерово является пилотным объектом в отработке многоуровневой системы оказания медицинской помощи и взаимодействия стационара ГБ № 11 с поликлиническим звеном.

Экспериментальная апробация многоуровневой модели оказания медицинских услуг с использованием пилотных объектов позволила рекомендовать выделение следующих уровней (этапов) организации медицинской помощи:

- первичное звено оказания медицинской помощи (поликлиника);
- стационары (отделения, этапы) краткосрочного пребывания (коррекция неотложных состояний);
- отделения (этапы) интенсивного лечения;
- отделения круглосуточного пребывания;

- передача (выписка) больного на амбулаторный этап, информация о больном передается через модем в поликлинику в информационно-аналитический центр;
- ежедневная передача от оператора центра информации начальнику медицинской службы поликлиники для контроля;
- ежедневная передача информации о больном заведующему отделением и участковому врачу;
- активное посещение больного врачом на дому;
- при необходимости, долечивание больного в стационаре на дому, дневном стационаре, амбулаторно;
- диспансерное наблюдение, контроль за больным.

Модемная связь и передача информации из ГБ № 11 в поликлинику № 5 осуществляется с 17.07.02 г. За 1,5 года функционирования программы в поликлинику передана информация о 140 пролеченных больных, из них 217 человек поступили на стационарный этап по экстренной помощи и 223 пациента – по плану, т.е. были направлены по кодовым талонам.

В день выписки из стационара информация передается в поликлинику, и на следующий день больной посещается активно на дому участковым терапевтом. В районе обслуживания поликлиники более 30 тысяч пожилых людей и инвалидов, хронических больных, нуждающихся в диспансерном диагностическом наблюдении.

Экстренная госпитализация в ГБ № 11 осуществлялась в пульмонологическое отделение (39 случаев), гастроэнтерологическое (27), кардиологическое (48), неврологическое (20), травматологическое (40), хирургическое (24), гинекологическое отделение (19 случаев).

За этот же период плановая госпитализация в ГБ № 11 составила 23 случая.

Из них, в гастроэнтерологическое отделение – 44 человека, кардиологическое – 38, неврологическое – 24, пульмонологическое – 42, хирургическое – 52, травматологическое – 28 случаев. На всех этих больных после выписки из стационара по электронной почте передана информация по разработанной форме.

Главным требованием многоуровневой системы оказания медицинской помощи является соблюдение условий предоставления медицинских услуг, в том числе показаний для пребывания на этапе технологий оказания медицинской помощи, достижение критериев завершенности этапа и определения дальнейшего маршрута пациента.

На наш взгляд, оперативная система электронной передачи информации позволяет без потерь отслеживать потоки больных после выписки из стационара, сохранять принцип преемственности в оказании медицинской помощи на различных этапах, повышать медицинскую и социальную реабилитацию хронических больных.

ТЕМЕРХАНОВА Л.И., СМОЛЯР О.М.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В МУЗ КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5

Муниципальное учреждение Клиническая поликлиника № 5 обслуживает 96 тысяч населения, в т.ч. 22,7 % лица пенсионного возраста.

Система комплексного оказания медико-социальной помощи населению отрабатывается с 2002 года совместно со службами социальной защиты. Создан электронный банк данных на пожилые контингенты.

Определена кратность наблюдения за пожилыми людьми. На базе терапевтических отделений функционируют 5 отделений медико-санитарной помощи. На базе ГИДУВа подготовлены три врача-гериатра, открыты специализированные геронтологические приемы, в том числе на базе женских консультаций ведет прием гериатр-гинеколог.

В дневных стационарах различного профиля открыты геронтологические койки. Для пожилых людей функционируют стационары на дому, в том числе узкоспециализированного профиля (неврологический, терапевтический, хирургический, эндокринологический, травматологический).

Для совместного наблюдения и преемственности медсестринского ухода разработана единая медицинская, индивидуальная реабилитационная карта и лист ежедневной оценки состояния и наблюдения за пациентом. Два раза в месяц проводятся выездные школы по медико-социальным проблемам.

В 2003 году в стационары различного профиля госпитализировано 680 пенсионеров и ветеранов из числа престарелых, в т.ч. в городской и областной госпитали ветеранов войн – 129 человек, в лечебно-оздоровительный центр "Милосердие" – 114 человек, в хоспис направлено 24 человека, в дома-интернаты для инвалидов и престарелых определены 19 человек.

В центры социальной помощи выдано 569 заключений на социальное и социально-медицинское обследование на дому, адресную помощь и т.д., в управление социальной защиты выдано 242 заключения для получения велоколясок, оформления денежных ссуд на лечение, компенсацию санаторно-курортного лечения, для перерасчета пенсий. Заполнено 487 планов реабилитации на инвали-

дов пожилого возраста и 380 индивидуальных реабилитационных карт в ЦСОН. Лица пенсионного возраста, имеющие признаки стойкой утраты трудоспособности, направлены на МСЭК и получили группу инвалидности – 942 человека. Распространено буклетов и памяток среди пожилых пациентов и их родственников – 850 экземпляров по различной тематике.

Вся работа по улучшению качества жизни пожилых условно разделена на три этапа. Первый – подготовительный, уже пройден. Второй рассчитан на два года и основной его задачей является совершенствование системы гериатрической реабилитации и активизации пожилых людей в решении собственных проблем.

Предлагаемый проект второго этапа реализации программы предполагает комплекс мер многоуровневой амбулаторной медико-социальной реабилитации, позволяющий персонифицированно проводить мониторинг физического и психологического здоровья.

Итогом работы, с учетом реализованных этапов, будет:
- окончательно сформированный электронный банк данных на все пожилое население, проживающее в зоне географических границ проекта;
- открытие специализированного гериатрического информационно-методического центра (городского);
- завершение формирования разветвленной сети территориальных гериатрических постов на территории;
- формирование штата инструкторов гериатрических постов из числа активных пенсионеров, решение вопроса трудоустройства, с фондом оплаты труда (26 человек);
- отработка системы активного сбора и передачи информации с гериатрических постов в ЛПУ и обратной связи;
- организация патронажа активистами постов одиноких престарелых и одиноких семейных пар;
- организация просветительных школ.

АЛЕКСЕЕВА А.П., ЛАРЬКИНА С.Н., КОНДРАТЬЕВА М.П., ПЕЧЕРИНА Е.К.
МУЗ Детская клиническая больница № 1

АНАЛИЗ ПЯТИЛЕТНЕГО ОПЫТА РАБОТЫ ДЕТСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. КЕМЕРОВО

Болезни органов дыхания – наиболее частая патология детского возраста – нередко является причиной инвалидности и летальных исходов. Для предупреждения неблагоприятных результатов важна разработка единых подходов к диагностике и лечению острой и хронической бронхолегочной патологии, организация эффективной системы преемственности наблюдения за больными, этапности их реабилитации.

В современных условиях актуальна разработка рациональной системы диагностического обследования и диспансеризации пульмонологических больных с целью раннего выявления рецидивирующей и хронической патологии, своевременного начала рациональной терапии и оздоровительных мероприятий.

Проведен анализ пятилетней деятельности детского городского пульмонологического центра (ДГПЦ). Центр в своем стационарном звене объединил отделения раннего и старшего возрастов, реанимационное отделение ДКБ № 1, амбулаторное звено центра прдставлено консультативными приемами пульмонологов в ДКБ № 1 и аллергологов в пяти районных поликлиниках города.

Реабилитационно-восстановительное звено центра представлено дневным пульмонологическим стационаром (ДПС) и санаторием "Чайка". Сложился тесный контакт с детской противотуберкулезной и хирургической службами. Опыт последних лет показал необходимость кооперации с отоларингологами. Центр оснащен лечебно-диагностическими устройствами: вентилометр, спирограф, пикфлоуметры, электрокардиографы, аппарат УЗИ, небулайзеры, аппараты для лазеро- и магнитотерапии.

Центр осуществляет организационно-методическое руководство деятельностью ЛПУ города по оказанию медицинской помощи больным с респираторной патологией. На учете в ДГПЦ состоят больные с хронической патологией органов дыхания: бронхиальная астма (БА), муковисцидоз (МВ), хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ).

Периодичность наблюдения определяется в зависимости от заболевания и тяжести течения. Все больные, перенесшие тяжелые или осложненные формы пневмоний, респираторную патологию в периоде новорожденности, находятся на диспансерном учете в ЛПУ и под наблюдением пульмонолога ДГПЦ. С внедрением Национальной программы "Стратегия лечения и профилактики БА у детей", проведением своевременной и адекватной терапии БА у детей, удалось уменьшить число тяжелых форм заболевания с 7 % до 1 %.

В течение 3-х лет в стационаре не было больных с астматическим статусом и летальных случаев. Внедрение небулайзерной терапии не только в отделении реанимации, но и в соматических отделениях, ДПС и скорой медицинской помощи способствовало успешному купированию обострений БА. Сред-

нее пребывание в стационаре сократилось с 23,5 до 8,7 койко-дней. Внедрение спейсеров позволило использовать аэрозольные средства у детей с раннего возраста.

Существенное значение имело внедрение с 1996 года образовательной программы – астма-школы (АШ) для родителей детей-астматиков, которая включает информацию о сущности БА, причинах ее возникновения, методах современного лечения, самоконтроля и самопомощи. Обучение направлено на достижение взаимопонимания между врачом и пациентом, а также его родителями в достижении контроля БА. За прошедший период обучено 493 человека. Среди обученных снизилась частота госпитализаций с 82 % до 4,5 %, вызовы СМП (в 3 раза), пропуски школьных занятий (со 120 до 20 дней в году). В ДГПЦ создан регистр больных БА, МВ и ХНЗЛ. Больные с БА включены в льготную категорию на получение бесплатных лекарственных средств. Льготное обеспечение астматиков возросло с 7 % до 30 %.

За время работы центра, в результате улучшения диагностики, в 2,5 раза возросло число больных с хроническими респираторными заболеваниями (с 722 до 1804), в 3 раза снизилось количество инвалидов (с 9 % до 2,8 %). В структуре ХНЗЛ лидирует БА (96,3 %), с ежегодным приростом 10,5 % при сокращении интервала от первых симптомов болезни до постановки диагноза с 7 до 1,5 лет, за счет активного раннего выявления больных. Отражением эффективности проводимой базисной терапии БА, согласно Национальной программе, является:
- изменение структуры тяжести БА, сократилась частота тяжелых (с 7 % до 1 %) и средне-тяжелых форм (с 73 % до 44 %), возросли легкие формы (с 20 % до 53 %);
- в 6 раз снизилось число инвалидов-астматиков (с 6,6 % до 1,2 %).

Распространенность МВ также возросла с 0,1 до 0,2 на 1000 детского населения. В лечении используются современные методы: микросферические ферменты для заместительной терапии, пролонгированные схемы антибактериальной терапии, бронхолитики, новые методы физиолечения (лазер, небулайзер, кинезитерапия).

В группе ХНЗЛ выделена новая нозологическая форма – бронхолегочная дисплазия. Раннее назначение системных и ингаляционных глюкокортикостероидов, бронхолитиков позволило улучшить прогноз при этом тяжелом и малоперспективном заболевании.

Организация секции детских пульмонологов и аллергологов позволила:
- выработать единый подход к диагностике, лечению, диспансерному наблюдению и профилактике хронических заболеваний органов дыхания;
- анализировать результаты наблюдений;
- разбирать сложные в диагностическом и лечебном плане случаи;
- проводить постоянное повышение квалификации аллергологов и пульмонологов по актуальным темам пульмонологии, аллергологии и смежных областях.

Таким образом, создание ДГПЦ позволило:
- повысить с минимальными затратами эффективность диагностического процесса;
- внедрить современные методы лечения и реабилитации;
- сократить летальность и инвалидизацию больных;
- обеспечить более высокое качество жизни детей с хроническими заболеваниями органов дыхания.

БАСМАНОВА Е.Д., ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К., КОБА В.И., БЛАГОВИДОВА Н.П., ВОЕВОДИНА Г.В.
МУЗ Детская клиническая больница № 1,
Кемеровская государственная медицинская академия

ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 2

В соответствии с приказом МЗ № 1278 от 16.12.1987 г., при поликлиниках МУЗ ДКБ № 1 были созданы стационары на дому. Основная цель – улучшение оказания медицинской помощи детскому населению, высвобождение и рациональное использование госпитальной койки.

В поликлинике № 2 стационар на дому, как новая форма работы, функционирует с 1997 года. Удельный вес детей, прошедших через дневной стационар, увеличился за шесть лет более чем в 4 раза и остается стабильным в последние 3 года (430-440 чел.).

В среднем, 4-5 % детей, состоящих на учете в детской поликлинике, получают квалифицированную медицинскую помощь в стационаре на дому. Это, прежде всего, дети с острыми и обострениями хронических заболеваний, не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении врача, а также пациенты после снятия остроты и тяжести заболевания в условиях стационара.

Стационар на дому организован в составе поликлиники по централизованному типу. Детей наблюдают специально выделенные врач и медицинская сестра, имеющие первую или высшую квалификационную категорию, прошедшие подготовку по пульмонологии и инфекционным заболеваниям, владеющие методами оказания неотложной помощи, возглавляет работу зав. педиатрическим отде-

лением. Отбор пациентов осуществляется участковыми педиатрами под контролем заведующей педиатрическим отделением. На лечение направляются, прежде всего, дети с не осложненной формой течения заболевания, требующие по тяжести состояния ежедневного осмотра врача и интенсивного лечения, а также дети-инвалиды с интеркуррентными заболеваниями и дети из социально-неблагополучных семей.

Объем медицинской помощи и лабораторно-диагностическое обследование в стационаре на дому осуществляются согласно разработанным медико-экономическим стандартам.

В структуре заболеваемости пациентов ведущее место принадлежит респираторным заболеваниям (80-86 %), на долю бронхитов приходится 5-6 %, пневмоний – 1-3 %, острые кишечные и воздушно-капельные инфекции не превышают 3-5 %. Подавляющее большинство детей (90-97 %), пролеченных в стационаре на дому, были первых трех лет жизни, из них дети до года составляли 27-35 %. Среднетяжелое течение заболевания имели 99-99,5 % пациентов, среднее пребывание на койке составило 6,5-7 дней. Данная форма работы оказалась эффективной и перспективной. От 75 до 88 % прошедших через дневной стационар детей выписались с выздоровлением, 16-23 % – с улучшением, и далее наблюдались участковым педиатром. В единичных случаях лечение было неэффективным и дети госпитализировались в стационары города. Это, как правило, младенцы первого года жизни с отягощенным фоном. Причиной их госпитализации в детскую клинику послужило нарастание синдрома интоксикации (острая пневмония, псевдотуберкулез) и/или обструктивного синдрома. Стационар на дому пользуется заслуженной популярностью у родителей, так как позволяет избежать вынужденной госпитализации ребенка, предотвращает развитие связанных с этим психотравмирующих ситуаций, бережет семейный бюджет. Ежедневное наблюдение врача, проведение лечебных процедур опытным медицинским персоналом позволяет эффективно наблюдать на участке детей из группы социального риска и детей-инвалидов.

Таким образом, стационар на дому значительно расширяет возможности детской поликлиники и позволяет более эффективно и качественно оказывать помощь детскому населению.

ВИНГЕРТ С.А., КУРЗАНЦЕВА О.М., КОШЕЛЕВА О.Г., ШКЛЯЕВА Т.П., КАМЫШНИКОВА О.А.
МУЗ Городская поликлиника № 20

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛИКЛИНИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ "СТАРШЕЕ ПОКОЛЕНИЕ"

С 2001 года МУЗ Городская поликлиника № 20 работает в рамках программы "Старшее поколение". Результатами этой работы явились:

1. Организация гериатрического приема на 1 ставку.
2. Создание базы данных на пожилое население района и инвалидов.
3. Развитие и укрепление взаимосвязи поликлиники с центром социального обслуживания населения Заводского района.
4. Оказание помощи работникам социальной службы района в обучении навыкам ухода за нетранспортабельными пациентами.
5. Проведение практических занятий для социальных работников по оказанию и технике проведения неотложной помощи.
6. Организация совместного приема геронтолога и психолога на базе поликлиники.
7. Широкое использование стационара на дому для лечения нетранспортабельных пациентов и больных старческого возраста.

Одной из важнейших звеньев во взаимодействии поликлиники и комплексного центра социального обслуживания населения Заводского района является работа школ здоровья. На сегодня в поликлинике работают 7 школ: по сахарному диабету, артериальной гипертонии, рассеянному склерозу, паркинсонизму, бронхиальной астме, для пациентов после инсульта, для родственников по уходу за больными.

Только в 2003 году на базе поликлиники было обучено 453 родственника пациентов, 182 работника Центра социального обслуживания населения Заводского района.

Опрос прошедших обучение в школах показал, что использование наглядной информации в виде слайдов позволяет в более доступной форме донести информацию до человека, обладающего знанием медицины на бытовом уровне. В течение 2003 года были подготовлены 15 памяток и буклетов по проблемам здоровья пожилых людей на самые актуальные темы. Распространено более 1200 штук памяток и буклетов.

Активно ведется совместная работа с центром в отделении дневного пребывания центра. Консультативные приемы врачей поликлиник в отделении, проведение бесед с пациентами, находящимися на лечении в отделении дневного пребывания.

В отделении социальной реабилитации центра организована работа отборочно-консультативных комиссий, в состав которых входят: гериатр поликлиники, заведующая отделением социального об-

служивания, заведующая отделением дневного пребывания, психолог.

Благодаря работе этого отделения, на сегодняшний день взято на медицинское и социально-медицинское обслуживание 514 пожилых людей. Оздоровлено 38 человек в ЛОЦ "Милосердие", 80 человек получили оздоровление в Городском отделении Ветеранов войн, 93 пациента пролечились в отделении дневного пребывания центра. Совместно с центром составлено 65 индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

Таким образом, анализ совместной работы показал, что сформировалась единая система взаимоотношений Центра социального обслуживания населения и поликлиники.

Уже сегодня можно сказать, что данная совместная работа является важной и плодотворной в решении проблем пожилых людей.

ПИРОГОВА И.Н., КАЗАКОВА-КАЗАКОВСКАЯ Г.П.
Городская стоматологическая поликлиника № 1

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАСТЫ "CALASEPT" В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Проблема консервативного лечения деструктивных форм периодонтитов остается чрезвычайно актуальной в настоящее время. Это связано с высокой распространенностью осложнений кариеса, сложностью и трудоемкостью врачебных манипуляций, значительным количеством осложнений, приводящим к потере зубов, а также возможностью возникновения одонтогенных воспалительных процессов.

Поскольку корневой канал и его система анастомозов при периодонтитах представляет собой достаточно инфицированное анатомическое образование, успех при лечении периапикальной патологии во многом зависит от тщательной обработки всей "системы корневых каналов", включая механическую и медикаментозную обработку. В то же время невозможно достичь полной стерилизации корневых каналов одной механической обработкой и ирригацией. В последнее время в стоматологии применяются пасты временно обтурирующие корневые каналы, которые обладают бактерицидным эффектом на микрофлору корневых каналов.

Цель исследования: Изучить наряду с общепринятыми методами обработки корневых каналов отдаленные результаты лечения с применением временной обтурации корневых каналов препаратом "Calasept".

Материал и методы: Проведено обследование и лечение 29 пациентов в возрасте 17-63 лет. В качестве объекта исследования была взята группа пациентов с деструктивными формами периодонтитов, в том числе с гранулирующим периодонтитом – 23 пациента, с гранулематозным периодонтитом – 12 пациентов. В 8 случаях отмечалось обострение верхушечного периодонтита, у 4-х пациентов регистрировалось наличие свищевого хода. Среди обследованных выявлены 18 пациентов, которым ранее проводилась некачественная эндодонтическая терапия хронического периодонтита, нуждающихся в повторном лечения.

Диагноз выставлялся на основании клинического и рентгенологического обследования. Через 6, 12, 18, 24 месяцев проводилось повторное обследование, включающее в обязательном порядке рентгенологическое исследование.

Консервативное лечение верхушечных периодонтитов включало:

- диагностическое клинико-рентгенологическое исследование;
- изоляция зуба, с целью соблюдения правил асептики и антисептики;
- измерение рабочей длины корневого канала по результатам апекслокации и рентгенологического исследования;
- механическая обработка корневых каналов проводилась с помощью методики "Crown Down" с целью недопущения проталкивания распада пульпы к апикальной зоне;
- для обеспечения хорошей проходимости и любрикации инструментов в каналах использовали вещества на основе ЭДТА и пероксида мочевины "Canal+" и Арси-преп;
- медикаментозная обработка корневых каналов осуществлялась путем ирригации в "систему корневых каналов" 3 % перекиси водорода, 3 % раствора гипохлорита натрия, дистиллированной водой;
- после тщательного высушивания корневого канала проводили временную обтурацию препаратом "Calasept" сроком на один месяц;
- зуб герметично закрывали временной пломбой из стеклоиономера "Vitremer", либо "Chemfil Superior";
- через месяц окончательно пломбировали корневые каналы с помощью гуттаперчивых штифтов методом латеральной конденсации, в качестве силлера использовали пасту "АН plus", либо использовали эндодонтическую систему "Термафил".

Результаты исследования: Оценка ближайших результатов показала, что после временной обтурации корневых каналов пастой "Calasept" у подавляющего большинства пролеченных пациентов отсутствовали какие-либо субъективные ощущения. Только в 16,6 % случаев была отмечена боль после лечения в течение 2-3 суток, которая купировались

самостоятельно. В случае наличия свищевого хода его закрытие происходило на 5-7 день. Рентгенологическое обследование показало, что уже после временной обтурации в 85,7 % случаев отмечается увеличение минеральной насыщенности в очаге деструкции. В отдаленные сроки (6-24 мес.) у всех пациентов отмечалось клиническое выздоровление. Рентгенологическое обследование выявило, что во временном интервале равном 6-12 месяцам в 63,3 % случаев отмечалось уменьшение размеров очага деструкции, а у 21,7 % имелось полное восстановление структуры костной ткани. Спустя 18-24 месяцев у 36,3 % уменьшался очаг деструкции, а у 78,2 % пациентов полностью восстанавливалась костная ткань.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что паста "Calasept", применяемая в качестве временной обтурации корневых каналов, является эффективным средством для лечения деструктивных форм периодонтитов.

ТРАУТЕР А.И.
СМО Городская больничная касса "Кемерово"

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГБК "КЕМЕРОВО" В 2003 ГОДУ

Одним из основных направлений в работе субъектов обязательного медицинского страхования г. Кемерово в 2003 году, было достижение баланса финансовых ресурсов здравоохранения и объёмов представляемой медицинской помощи. Сделан акцент на оптимизацию структуры объёмов и технологий предоставляемой медицинской помощи с применением рыночных механизмов работы с медицинскими учреждениями.

Как и в предыдущие годы, в работе применялись механизмы и стимулы для усиления конкуренции среди медицинских учреждений по эффективному использованию финансовых средств, выполнению согласованных планов-заданий, повышению качества оказания медицинской помощи.

В этом направлении городской больничной кассой "Кемерово", совместно с управлением здравоохранения и руководителями ЛПУ, проводится большая работа:

- определены подходы к управлению ресурсами, позволяющие увеличить доступность плановых видов медицинской помощи;
- продолжается совершенствование многоуровневой системы оказания медицинской помощи с учётом стационарных, стационарозамещающих и амбулаторных этапов;
- разработан порядок сопровождения пациента на всех этапах оказания ему медицинской помощи.

Отработана преемственность: СМО – поликлиника – стационар – поликлиника. Ежедневно из всех стационаров города в ГБК передаются сведения о 50-70 пациентах, выписанных из стационаров круглосуточного пребывания. Данная информация обрабатывается в СМО и передается в амбулаторно-поликлиническое звено по прикреплению.

Увеличилось число применяемых при лечении застрахованных новых технологий и дорогостоящих видов медицинской помощи, что привело к увеличению расходов средств ОМС на оплату этих видов медицинских услуг. В 2003 году расходы ГБК на оплату дорогостоящих видов помощи составили 9264,9 тыс. руб., тогда как в 2002 году эти расходы составляли 2820,8 тыс. руб.

Осуществляется перемещение части медицинских услуг на амбулаторный этап, путем активного развития стационар-заменяющих технологий (развитие дневных стационаров при поликлиниках, на дому, отделений амбулаторной хирургии, открытие специализированных дневных стационаров – офтальмологии, пульмонологии, реабилитации). С 2001 по 2003 гг. организовано 15 дневных стационаров на 460 коек, в 2 раза увеличилось количество центров амбулаторной хирургии, где пролечено пациентов на 20 % больше, чем в 2002 году. Оплата за эти виды медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС.

Проводится постоянный мониторинг выполнения медицинскими учреждениями согласованных планов-заданий на оказание бесплатной медицинской помощи. Разработаны и реализованы целевые программы по повышению качества медицинского обслуживания отдельных групп населения нуждающихся в особом внимании (контингенты особого внимания). В 2002 году были разработаны и реализованы две целевые программы, в 2003 году – три, расходы по ним составили в 2003 году порядка 1600,0 тыс. рублей.

Осуществлялось систематическое проведение вневедомственной экспертизы качества как штатными работниками СМО, так и внештатными экспертами. Проводился анализ жалоб и обращений застрахованных граждан в отдел защиты прав застрахованных, работающий при ГБК "Кемерово", что так же является хорошим барометром в оценке качества работы ЛПУ.

Совместная работа, проводимая ГБК "Кемерово" с управлением здравоохранения, руководителями ЛПУ и СМО, ведет к приведению в соответствие финансовых ресурсов и потребностей здравоохранения, дает положительные результаты:

- Улучшилась доступность плановых видов медицинских услуг, что позволило более рационально

использовать коечный фонд. Количество коек, работающих в системе ОМС, снизилось с 3340 коек в 2001 г. до 3318 коек в 2003 г.

- Снизилась длительность пребывания больных на койке с 11,1 дней в 2001 г. до 9,7 дней в 2003 г.
- Повысилось число пролеченных в дневных стационарах при поликлиниках с 32,1 тыс. чел. в 2001 г. до 33,4 тыс. чел. в 2003 г.

Развитие стационар-замещающих видов медицинской помощи, внедрение преемственности в оказании медицинской помощи, позволили поликлиникам дополнительно зарабатывать сверх подушевого норматива: в 2002 г. – 20780,1 тыс. руб., в 2003 г. – 31301,9 тыс. руб. и дополнительно получить ассигнования за выполнение показателей модели оценки эффективности работы за счёт стимулирующего механизма поликлиник в 2002 г. – 338,5 тыс. руб., в 2003 г. – 563,5 тыс. руб.

Но проводимая работа это только полумера по оздоровлению финансового положения в медицинских учреждениях, так как во всей системе здравоохранения города продолжает присутствовать экстенсивный принцип дальнейшего развития. Свидетельством того является отсутствие снижения количества пролеченных больных в стационарах за счет развития стационар-заменяющих видов медицинской помощи. Не отмечается снижение стоимости медицинских услуг за счет внедрения новых технологий, за счет открытия ОВП.

Сегодня еще не достаточна тенденция перераспределения денежных средств из дорогостоящих коечных стационаров в поликлинику. Развитие ОВП не приводит к сокращению штатной численности в основных поликлиниках.

Продолжается финансирование не по произведенным объемам работы, а по сметной стоимости ЛПУ. Отсюда – перекосы в их финансировании (перефинансированы одни – недофинансированы другие). В СМО постоянно присутствуют долги перед ведомственными, областными и специализированными ЛПУ города и области.

Учитывая изложенное, необходимо:

- Вернуться к вопросу формирования сметы расходов в ЛПУ с учетом ассигнований, поступающих от всех СМО, работающих на территории города, с выделением четкой структуры расходов, как по заработной плате, так и по другим статьям.
- Определить ответственность за оплату труда всеми СМО, в зависимости от оказываемых объемов медицинских услуг.
- Рассмотреть вопрос передачи фондодержания поликлиникам с определением всех взаиморасчетов за услуги их прикрепленному населению, в том числе станции скорой медицинской помощи. В данном случае это единственная возможность привести в соответствие финансовые и объемные показатели.
- Решить вопрос оплаты труда врачам ОВП. Сделать их фондодержателями, с определением дифференцированного подушевого норматива и дать им полную финансовую самостоятельность.

ГАРАФУТДИНОВ Д.М., САВИЦКАЯ Г.В., КОРЧАГА О.Н., НОСЫРЕВ В.В., КУЛЕШОВА Т.П., ТОКАРЕВ К.Н.
МУЗ Клиническая стоматологическая поликлиника № 4

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА В МУНИЦИПАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Зачастую, работники стоматологической поликлиники, особенно те, кто работают на опасных участках, считают, что уровень вредных производственных факторов на рабочих местах превышает допустимые нормы, что вызывает определенное беспокойство в коллективе за свое здоровье. Однако, субъективные ощущения не могут достоверно отразить реальное положение дел. Ответ на этот вопрос может дать только проведение аттестации рабочих мест по условиям труда с использованием лабораторного контроля. К этому призывают основные нормативные документы, касающиеся вопросов охраны труда.

В Трудовом кодексе Российской Федерации определены направления государственной политики в области охраны труда (ст. 210 ТК РФ), и первыми являются “обеспечение приоритета сохранения жизни и здоровья работников”. В ст. 219 ТК РФ закреплено право работника на труд, отвечающий требованиям безопасности.

Федеральный закон “Об основах охраны труда в Российской Федерации” от 17.07.1999 г. № 181 – ФЗ ст. 14 “Обязанности работодателя по обеспечению безопасных условий труда” гласит: Работодатель обязан обеспечить проведение аттестации рабочих мест по условиям труда с последующей сертификацией работ по охране труда в организации.

Проведение аттестации рабочих мест по условиям труда требует значительных финансовых затрат и связано с привлечением специалистов для проведения лабораторно-инструментального контроля. Несмотря на все это, нами в 2002 г. была проведена аттестация рабочих мест по условиям труда в Муниципальном учреждении здравоохранения Клиническая стоматологическая поликлиника № 4 г. Кемерово. Организационная структура МУЗ КСП

№ 4 представлена четырьмя структурными подразделениями, в состав которых входят стоматологические кабинеты, расположенные на значительном расстоянии друг от друга. Имеются также опасные участки: рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет, автоклавная, зуботехническая лаборатория.

Аттестация рабочих мест проводилась на основании Положения о порядке проведения аттестации рабочих мест по условиям труда № 12 от 14.03.1997 г.

Общая численность работающих в МУЗ Клинической стоматологической поликлинике № 4 составляла 108 человек на момент проведения аттестации, из них женщин – 90.

Аттестация рабочих мест по условиям труда проведена на 78 рабочих местах (что составило 100 %), в период с 27.03.2002 г. по 05.09.2002 г. Лабораторно-инструментальные исследования факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса проведены испытательной лабораторией экспертизы условий труда ВОСТНИИ.

Гигиеническая оценка условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса выполнена в соответствии с руководством Р.2.2.755-99.

Оценка травмобезопасности рабочих мест выполнена в соответствии с методическими указаниями "Оценка травмобезопасности рабочих мест для целей их аттестации по условиям труда", утвержденных Минтрудом РФ № МУ ОТРМ 02-99 от 30.07.1999 г. Обеспеченность спецодеждой и другими средствами индивидуальной защиты составила 100 % согласно норм бесплатной выдачи специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты.

Качество проведения аттестации рабочих мест по условиям труда было оценено и проконтролировано органом Государственной экспертизы условий труда РФ в соответствии с Постановлением Совета министров РСФСР от 03.12.1990 г., № 557.

В целом, по вредным производственным факторам, тяжести и напряженности трудового процесса, уровень проведения аттестации рабочих мест по условиям труда составил 100 % (q 1 = 1), в том числе аттестовано 30 рабочих мест (38,5 %), условно аттестовано 48 рабочих мест (61,5 %).

В числе аттестованных оказались опасные участки: рабочие места рентген-лаборанта, медицинской сестры физиотерапевтического кабинета, автоклавная, рабочие места зубных техников. Все работники с результатами аттестации ознакомлены под роспись. Это позволило каждому получить достоверную информацию о соответствии его рабочего требованиям охраны труда.

Количество рабочих мест по условиям труда:

1. Класс 3.1 – 34 рабочих места;
2. Класс 3.2 – 12 рабочих мест;
3. Класс 3.3 – 2 рабочих места.

Неаттестованных рабочих мест нет. Была признана травмобезопасность рабочих мест.

Следующим этапом было проведение сертификации работ по охране труда. Получен сертификат соответствия работ по охране труда, регистрационный номер 129 от 15.12.2002 г.

Таким образом, проведение аттестации рабочих мест по условиям труда позволило получить достоверную картину соответствия рабочих мест требованиям охраны труда. Разработан план мероприятий по улучшению и оздоровлению условий труда в поликлинике.

Только неукоснительное выполнение требований охраны труда и создание безопасных условий труда для работников способствует успешной деятельности учреждений, позволяет исключить случаи производственного травматизма и предупредить развитие профессиональных заболеваний.

КОЛПИНСКИЙ Г.И., ПАЧГИН И.В.
МУЗ Клинический диагностический центр

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Компьютерная томография заняла прочное место в диагностическом процессе. Зачастую, постановка правильного диагноза, оценка стадии заболевания, определение распространенности патологического процесса невозможна без выполнения компьютерно-томографического исследования.

Количество компьютерных томографов в России остается недостаточным. Особенно это касается последнего поколения КТ – спирального типа, число которых измеряется единицами. Наличие 350 компьютерных томографов для России – капля в море. Высокая стоимость оборудования и расходных материалов, выросшая еще в несколько раз, создает значительные проблемы для плановой работы. Во многих крупных диагностических центрах и больницах компьютерные томографы простаивают по 6-12 месяцев из-за отсутствия средств на плановую замену рентгеновской трубки.

Подготовка специалистов до сих пор осуществляется в лучшем случае за 2-3 месяца на кафедрах ЦОЛИУВа на базе рентгенологического образования. Таким образом, опыт работы накапливается путем проб и ошибок, что недопустимо при работе со сложными пациентами. У сотрудников кафедр лучевой диагностики опыт работы с КТ-снимками

часто минимален, и получить квалифицированную консультацию у них невозможно. Литература по компьютерной томографии выходит редко, в руководствах по лучевой диагностике количество КТ-изображений и их описание оставляет желать лучшего.

Редкие специалисты по компьютерной томографии владеют другими методами лучевой диагностики, что, несомненно, ограничивает их профессиональный уровень. Разделение лучевой диагностики на все более узкие "специальности" углубляется. Появление профессии "компьютерный и (или) магнитно-резонансный томографист" предполагает отсутствие знаний по другим разделам лучевой диагностики.

В отделении компьютерной томографии городского медицинского диагностического центра, имеющем 2 томографа ТОМОСКАН, выполняется около 9000-10000 исследований в год при двухсменной работе томографов. При этом, несмотря на муниципальный статус, к нам направляются пациенты из лечебных учреждений области.

Возникшие сложности с определением показаний мы практически решили путем издания методических рекомендаций "Показания к выполнению компьютерной и магнитно-резонансной томографии", изданной совместно с кафедрой лучевой диагностики КГМА. Наличие достаточного опыта работы у врачей позволяет избегать диагностических ошибок, несмотря на снижение количества исследований с контрастным усилением с 50 % в 1993 году до 15 % в 2003 году. Использование неионных контрастных материалов – со 100 % в 1996 до 20 % в 2003 году. Среднее количество вводимого контраста также уменьшилось до 20 мл при внутривенном введении, что снижает качество исследования.

Отделение компьютерной томографии входит в состав отдела лучевой диагностики. Между врачами отдела налажено широкое диагностическое взаимодействие, позволяя в сложных диагностических случаях использовать весь потенциал Центра, вплоть до пункционной биопсии.

На базе отделения подготовлено к защите и успешно защищено 17 кандидатских и 3 докторские диссертации, готовятся к защите еще 4 кандидатских и одна докторская. Опубликовано 68 научных работ в центральной и местной печати.

Таким образом, компьютерная томография – важная часть лучевой диагностики, и специалист по компьютерной томографии должен быть профессионалом, по возможности, владеющим всеми методами лучевой диагностики.

КОЛПИНСКИЙ Г.И., ВАЙМАН Е.Ф.

Клинический диагностический центр,Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра лучевой диагностики

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Ультразвук в медицине в странах Запада стал широко применяться с начала 70-х годов. Тогда же произошло внедрение метода в комплекс лучевых методов исследования, разработка алгоритмов применения, развернулись широкие научные исследования.

Появление новых поколений ультразвуковых сканеров, с энергетическим допплером, цветным картированием кровотока, трехмерным изображением, применение новых контрастных веществ дают возможность увеличения роли ультразвуковых исследований и интересной научной работы.

Расширяются анатомические области применения ультразвукового исследования, наряду с традиционными - брюшной полостью и забрюшинным пространством, малым тазом и сердечно-сосудистой системой - это головной и спинной мозг у детей, орбиты, суставы, желудок и кишечник, мягкие ткани, мышцы, лимфатические узлы, слюнные железы и т.д.

Совершенно новые возможности гистологической верификации диагноза и выполнения малоинвазивных хирургических вмешательств дает пункция под контролем ультразвука. Ни один метод лучевого исследования не имеет возможности в режиме "реального времени" проводить манипуляции, обладающие столь же высокой эффективностью, сколько и малой инвазивностью.

В Кемеровской области начало широкого распространения ультразвуковой диагностики пришлось на середину 80-х годов. Почти двадцатилетнее отставание от Запада, ограниченное количество литературы, наличие в большинстве малоэкранной переносной техники с ограниченным количеством датчиков и приставок - вот "болезнь пионеров" ультразвука.

Однако, количество и качество оборудования увеличивалось, набирался бесценный опыт работы, пошли интересные научные изыскания. В крупных клинических центрах появились ультразвуковые аппараты стационарного типа с цветным допплером и полным набором датчиков.

Превалирование скрининг-осмотров и установка оборудования преимущественно в поликлиниках — следующий этап становления ультразвуковой диагностики. В середине 90-х годов появляется насущная необходимость в расширении видов исследований и внедрении малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвука. В стационарах города начинается выполнение лечебно-диагности-

ческих пункций при разнообразных видах патологии органов и тканей, количество предлагаемых видов ультразвукового исследования доходит до 50.

Однако проблем у периферийной ультразвуковой диагностики хватает. Созданные кабинеты и отделения ультразвуковой диагностики входят в состав рентгеновских отделений, отделений функциональной диагностики или существуют сами по себе. Ультразвуковой диагностикой занимаются рентгенологи и функционалисты, терапевты и хирурги, гинекологи и маммологи. Появились псевдоузкие специализации: врач УЗИ щитовидной железы, врач УЗИ предстательной железы, врач УЗИ головного мозга у детей и т.д.

Проблемы специализации, сертификации и обучения врачей составляют серьезную проблему. Отсутствие у больниц средств на обучение породило "специализацию на рабочем месте", что существенно снижает уровень подготовки. Компьютерные программы в лицензионно-аккредитационных комиссиях по ультразвуковой диагностике отсутствуют. Учеба кадров не проводится или проводится номинально, с частым отсутствием желания учиться. Публикуется информация по затовариванию столицы ультразвуковым оборудованием. Значительно устаревший парк ультразвуковой техники и отсутствие средств не позволяет перейти к следующему этапу – широкому применению цветного картирования и использованию контрастных средств.

Настоятельно необходимо регламентировать подготовку, обучение и сертификацию врачей ультразвуковой диагностики, централизованно оснастить крупные лечебные и диагностические центры современным ультразвуковым оборудованием. Особенно важным является оснащение крупных центров техникой экспертного класса, предназначенной для обследования сердечно-сосудистой системы, беременных, сосудов с оценкой кровотока.

Требуется ввести лекции по ультразвуковой диагностике на сертификационных курсах по всем специальностям. Оснастить подразделения ЛАК компьютерными программами по ультразвуковой диагностике, более активно сотрудничать с кафедрами лучевой диагностики. Так быстро, как развивается в мире ультразвуковая диагностика, не развивается ни одна специальность. Наше отставание в качестве техники в скором времени приведет к необратимым последствиям.

ШИБАИНКОВА А.Б., ЛАСТОВСКАЯ Т.Г., ОСТАПЦЕВА Л.М.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

РОЛЬ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Отделение медицинских осмотров в МУЗ Городская больница № 1 им. М.Н. Горбуновой" поликлинике № 3 функционирует с 1986 года. На его базе организуются и проводятся первичные и целевые медицинские профилактические осмотры.

Основными задачами отделения являются:

1. Ранняя диагностика профессиональных заболеваний.
2. Ранняя диагностика хронических заболеваний.
3. Санитарно-просветительная работа по профилактике профессиональных и хронических заболеваний.

В городе Кемерово в течение ряда лет сохраняется высокий уровень общей заболеваемости взрослого населения, в том числе хронических заболеваний.

Данная тенденция наблюдается и в поликлинике № 3 МУЗ ГКБ № 1. Общая заболеваемость взрослого населения, прикрепленного к поликлинике № 3 МУЗ ГКБ № 1, в 2003 г. составила 816 на 1000 населения (по городу – 1368,7), в 2002 г. – 801 (по городу – 1333,6), в 2001 г. – 723 (по городу – 1275,4). По материалам работы отделения число лиц с впервые выявленной патологией в результате медицинских осмотров выглядит следующим образом (табл.)

Анализируя выполнение результатов проведения периодических медицинских осмотров, в 2003 г. отмечается снижение выявленной патологии, по сравнению с 2002 годом. Это достигнуто в результате новой формы работы отделения с выдачей заключения по результатам периодического осмотра и выявленной соматической патологии, кроме общепринятого заключения.

Число лиц с впервые выявленной патологией

	2001	2002	2003
Осмотрено всего	2828	2705	3171
в т.ч. женщин	1364	1384	1311
число впервые выявленных заболеваний	1362	1208	1216
% от числа осмотренных	49	45	39

СУББОТИН А.В., ДРЕМИНА Л.А., КОЛОСОВА А.С.
Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ Клинический диагностический центр

К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Необходимость поиска новых организационных подходов к лечению пациентов с остеохондрозом позвоночника на амбулаторном этапе обусловлена недостаточной эффективностью действующих медико-экономических стандартов – высокой частотой непереносимости лекарственных препаратов, возникновением побочных эффектов при их применении, отсутствием алгоритмов в схеме обследования и лечения.

Целью нашей работы явилась разработка алгоритма ведения больных с остеохондрозом позвоночника на амбулаторном этапе.

Материалами исследования были статистические данные деятельности поликлиники за 2001-2003 гг. При подведении итогов работы использовались статистические методы обработки материала.

При анализе болезненности, заболеваемости, средних сроков и дней временной утраты трудоспособности выявлены стабильно высокие рейтинги различных нозологических форм остеохондроза позвоночника. Согласно нашим данным, заболеваемость остеохондрозом представлена показателями 0,66 – 0,97 – 0,29 соответственно 2001 – 2002 – 2003 годам. Болезненность остеохондрозом составила в те же годы 112,6 – 126,2 – 124,9. Средние сроки временной утраты трудоспособности в днях составили 15,9 – 15,3 – 15,9 при количестве дней нетрудоспособности 18830 – 17455 – 19434 за те же годы.

В связи с этим, в 2004 году на базе поликлиники Клинического диагностического центра был создан комплекс восстановительного лечения для больных с остеохондрозом позвоночника. Согласно разработанного стандарта, все больные с болями в позвоночнике направляются на первичный прием к терапевту или к врачу общей врачебной практики. Терапевты и врачи общей практики проходят обучение на лекциях и семинарах по методике оказания лечебной помощи при болевых синдромах позвоночника, поэтому они уверенно проводят лечение на первом этапе лечения остеохондроза. Эта мера позволяет уменьшить нагрузку на приеме невролога.

По истечении 5-дневного срока, при котором многие болевые мышечно-тонические синдромы купируются, часть больных, нуждающихся в продолжение лечения, направляется к неврологу. Невролог, используя дифференцированный подход в каждом конкретном случае, проводит дальнейшее обследование и лечение.

Для больных этой неврологической группы в поликлинике разработана “Программа восстановительного лечения”, включающая методы мануальной терапии, иглорефлексотерапию, фармакопунктуру, блокады с хондропротекторами, массаж, лечебная физкультуру. Каждому пациенту после окончания курса лечения рекомендуется пользоваться в домашних условиях профилактическими мерами, изложенными в разработанном нами пособии для пациентов “Ваш позвоночник – профилактика и лечение”.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что использование данного алгоритма ведения больных способствует оптимизации ведения больных с остеохондрозом позвоночника и сокращению сроков временной утраты трудоспособности.

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., ПОСТНИКОВА Н.В.
Муниципальное учреждение Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

О КАДРОВОЙ ПОЛИТИКЕ В СИСТЕМЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В г. Кемерово муниципальная система здравоохранения представлена 31 учреждением здравоохранения, в которых, по данным статистической отчетности, трудятся 10808 человек, среди них 2488 врачей и 3768 средних медицинских работников, обеспеченность медицинским персоналом на 10 тыс. населения составляет 47,6.

В течение последних 5 лет среди городов Сибирского региона (Барнаул, Новосибирск, Томск) по обеспеченности врачами, г. Кемерово занимает 3-е место, а средним медицинским персоналом – 2-е место. Число работающих в отрасли ежегодно возрастает. При этом, количество врачей остается стабильным, отмечается незначительный рост среднего медицинского персонала и интенсивный рост числа работников не основной деятельности (финансово-экономическая, инженерная, производственно-техническая службы), выполняющих вспомогательные функции обеспечения жизнедеятельности лечебно-профилактических учреждений.

Эта тенденция наблюдается в отрасли в целом, и объясняется экономической целесообразностью существования учреждений здравоохранения в современных условиях.

С 2000 года Управлением здравоохранения администрации г. Кемерово проводятся профессиональные конкурсы среди врачей и среднего медицинского персонала по разным номинациям. Подготовка к конкурсу является своеобразной школой повышения мастерства, уровня знаний и квалификации, как для отдельных сотрудников, так и для целых коллективов.

Практика проведения конкурсов показала, что они позволяют выявить наиболее профессионально подготовленных, обладающих глубокими знаниями и высокой квалификацией медицинских специалистов.

Для повышения престижа и значимости проводимых профессиональных конкурсов, в 2003 году администрацией города утверждена ежегодная специальная премия для медицинских работников муниципальных учреждений здравоохранения: по 12 номинациям для врачей (сумма премии 10,0 тыс. руб.) и по 10 номинациям для средних медицинских работников (сумма премии 5,0 тыс. руб.).

Активное участие принимают врачи наших учреждений в конкурсе "Лучший врач года", проводимом с 2002 года Министерством здравоохранения РФ. По итогам конкурса в 2003 году призерами Российского конкурса стали 2 врача, победителями областного конкурса – 4 врача, призерами – 6 врачей.

За последние 5 лет отмечается значительный рост квалификации врачебного и среднего медицинского персонала. Так, число врачей, имеющих квалификационную категорию, по сравнению с 1999 годом, возросло на 10,2 %, а среднего медицинского персонала – на 35 %. Показательным является наличие у 57 % врачей квалификационной категории.

При положительной тенденции рост квалификации персонала обеспечивается за счет традиционной, планомерной, систематической работы по подготовке и переподготовке кадров, как среди врачей, так и среди среднего медицинского персонала. Необходимо отметить, что благодаря доплатам за обучение врачей за счет средств бюджета, проблема переподготовки решена.

Вместе с тем, в последипломной подготовке специалистов есть определенные проблемы. С 2001 года, с введением квот департаментом охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области, обучение в Кемеровском областном медицинском колледже стало труднодоступным. Так, из 870 чел., подлежащих обучению в 2002 году, прошли обучение 565 чел., а в 2003 году – при потребности 655 чел. прошли 607 чел.

Увеличиваются цены на коммерческих циклах в колледже. На сегодняшний день обучение врача в медицинской академии стоит 3500 рублей, а в колледже – 4442 рублей. Считаем, что практику переподготовки среднего медицинского персонала необходимо организовать по аналогии с врачебной – путем проведения выездных циклов на конкурсной основе. Кадровая ситуация сопровождается и другими негативными тенденциями. При стабильном числе медицинских работников активного возраста, из года в год уменьшается число молодых специалистов и увеличивается число специалистов предпенсионного и пенсионного возраста.

Большой процент "возрастных" специалистов у среднего медицинского персонала приходится на "организаторов сестринского дела" – 34 %. Более того, 237 специалистов, имеющих повышенный уровень сестринского образования, а в 2004 году медицинская академия выпускает 21 специалиста с высшим сестринским образованием. Таким образом, активно способствуя обучению среднего медперсонала без учета потребности, в рамках реализации программы "Развитие сестринского дела в России" создалась ситуация перепроизводства невостребованных кадров, как и в других регионах России. В связи с этим, Министерством Здравоохранения РФ 05.08.2003 г. издан приказ "О многоуровневой системе подготовки специалистов сестринского дела и их использовании в практическом здравоохранении". В целях реализации этого приказа и возникшей ситуации, руководителям необходимо в срок до 2005 года укомплектовать должности главных медицинских сестер, главных фельдшеров, главных акушерок лицами, имеющими высшее сестринское образование, а должности старших медицинских сестер – специалистами с повышенным уровнем образования.

Анализируя половозрастной состав медицинских работников по специальностям и должностям, видно, что "возрастные" специалисты, в большинстве своем это работники амбулаторной службы – участковые врачи и медицинские сестры. Работа на этих должностях непопулярна из-за низкой заработной платы (оклад врача-специалиста без категории, после увеличения в 2003 году, составляет 1610 руб., и 1110 рублей медицинской сестры) и особенности характера работы при обслуживании участков. На сегодня дефицит кадров участковой службы составляет 113 врачей и 142 медицинских сестры. Эта проблема не только нашего города и области. Для ее решения необходимо разработать специальную программу социальной поддержки специалистов участковой службы.

Не решается проблема укомплектованности средним медицинским персоналом детских учреждений здравоохранения. В течение 5 лет укомплектованность учреждений этими специалистами остается на уровне 50 %. Для привлечения молодых специалистов в детские лечебные учреждения проводится планомерная работа: дни открытых дверей для студентов медицинского колледжа, главные медицинские сестры проводят профориентационную работу для привлечения специалистов в учреждения, при трудоустройстве в детские учреждения молодым специалистам выдаются подъемные, планируется после 1 года работы материальная помощь к отпуску в размере 1 тыс. рублей за счет средств бюджета.

Но перечисленные меры не дают должных результатов. Считаем, что проблему можно решить,

установив за счет средств бюджета доплаты участковым врачам и медицинским сестрам к основной заработной плате ежемесячно, как это делается в других городах.

Наряду с этим, сложные условия функционирования учреждений здравоохранения при значительной изношенности основных фондов и недостаточном финансировании специальных мер защиты рабочих мест требуют повышения внимания руководителей к проблеме охраны жизни и здоровья медицинских работников при выполнении ими профессиональных обязанностей. Необходимо разработать механизм реализации прав медицинских работников на обязательное личное страхование, когда исполнение служебных обязанностей связано с угрозой жизни и здоровью, на случай ошибки и при наличии риска медицинского вмешательства.

Для этой цели необходимо изучить состояние заболеваемости медицинских работников и разработать план мероприятий по ее профилактике.

БОЯРСКАЯ А.В., БАКЕЕВА Р.З., ДОБРЫНИНА Г.А.
МУЗ Детская клиническая больница № 5, Кемеровскрй областной медицинский колледж

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кардионефрологическое отделение МУЗ ДКБ № 5 является первой экспериментально-практической базой в педиатрической практике, где совместно с преподавателями КОМК начато внедрение новой модели сестринского персонала – сестринского процесса. Этот период относится к 1994-1996 гг. Существующая социальная практика диктовала необходимость реформирования отраслей медобразования и здравоохранения.

Главной целью реформ является улучшение качества сестринской помощи детскому населению, защита прав матери и ребенка. На протяжении 8 лет внедрения новой модели пройдены три этапа: подготовительный, практический, заключительный.

На подготовительном этапе путем интегрированной работы практиков и теоретиков в лице преподавателей КОМК и КГМА прошло обучение сестринского персонала, созданы протоколы сестринской деятельности применительно к нозологическим формам педиатрии, медицинская документация и т.д. Итогом I-го этапа является: 1) создание мотивационной установки для повышения профессиональной квалификации и компетенции сестринского персонала; 2) информационное обеспечение организации сестринского дела.

Второй этап – внедрение, апробация новой сестринской технологии к условиям работы в детском отделении с определенным контингентом больных. Было очевидно, что поднять на новый качественный уровень сестринскую помощь детям и успешно управлять сестринской деятельностью возможно лишь при обеспечении взаимодействия следующих факторов труда: человеческого, организационного, технического, экономического и фактора времени.

Изменение формы организации труда позволили около 60-70 % времени уделять пациенту, обеспечению индивидуального ухода, обучению самоуходу.

Третий этап – оценка качества и эффективности сестринской помощи. При исследовании эффективности сестринской помощи, следуя структурному подходу, определяется: качественными показателями отделения и уровнем квалификации кадров сестринского персонала (58 % работников имеют высшую квалификационную категорию, 42 % – первую, 100 % – прошли последипломную подготовку в КОМК, 100 % – обучены на тематических семинарах и конференциях).

Оценка качества сестринской помощи включает:

1. Экспертизу сестринской документации (сестринская карта динамической оценки пациента).
2. Экспертизу мануальной техники, согласно протоколу и своевременности выполнения назначений. Отсутствие осложнений.
3. Качество подготовки к проведению лабораторных и инструментальных исследований.
4. Обеспечение правильной техники приема медикаментов.
5. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, личной инфекционной безопасности, качество проводимых противоэпидемических мероприятий.
6. Организацию питания.
7. Экспертную проверку передачи и приема дежурств.
8. Исполнительскую и трудовую дисциплину, четкое выполнение должностных обязанностей.
9. Соблюдение этических принципов профессиональной деятельности.

Оценка проводится в процентах и, соответственно, в баллах.

Третий критерий качества эффективности сестринского процесса – социальная эффективность, т.е. степень удовлетворенности пациентов, самих медсестер, удовлетворение врачей качеством сестринской помощи. Регулярно проводится анкетирование родителей, родственников, детей старшего возраста, медсестер и врачей отделения.

Исследование показало позитивные аспекты внедрения сестринского процесса:

- удовлетворенность пациентов качеством мед. обслуживания;
- рост показателей качества работы отделения;

- рост профессионализма (через практику, научную организацию труда, непрерывное совершенствование своих знаний).

Изучение удовлетворенности всех участников процессов лечения позволило выявить как сильные стороны работы нашего учреждения и сестринского персонала, так и слабые, что позволит определить направления повышения эффективности и качества мед. помощи.

Реализация Отраслевой программы и Концепции развития сестринского дела в Кемеровской области (2002-2010 гг.) по вопросам экспертизы качества, аттестации сестринского персонала, нормативно-правовой базы поможет медработникам повысить удовлетворенность трудом и выполнить обязанности, возложенные на медсестру этическим Кодексом: сохранить здоровье, предотвратить заболевание, восстановить здоровье, облегчить страдания.

КОСТИНА И.Я.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННЫХ НАГУЗОК

Важным звеном в системе здравоохранения является категория средних медицинских работников, от квалификации и высокого профессионального уровня которых зависят профилактика ряда заболеваний и жизнь пациента.

Одним из основных факторов, влияющих на качественное обслуживание больных, является правильная организация работы среднего медицинского персонала, проведение полноценного обследования с применением всех современных методов диагностики. А это требует хорошо функционирующую систему обучения, наличие профессиональной практики.

Известно, что рентген лаборант – первый помощник врача, и от его работы и квалификации во многом зависит качество обследования больного и, прежде всего, своевременное и правильное распознавание заболевания. Кроме исполнительности, дисциплинированности, внимательного отношения к работе требуется еще и постоянное совершенствование своих знаний.

Современную медицину нельзя представить без рентгенологической службы. Часто рентгенологическое исследование является решающим фактором в постановке диагноза. Рассмотрим на примере рентгенологического отделения профессиональную деятельность медицинского работника. Высокое качество рентгенограмм полностью зависят от рентген-лаборанта, не от его механического выполнения своих функций, а от степени квалификации, усердия, собственной инициативы и стремления к положительному результату.

Эффективность трудовой деятельности во многом зависит от нагрузки исполняемой работы. На примере флюорографического кабинета нашего отделения можно увидеть, что, в сравнении с 2002 годом, в 2003 году возросла посещаемость с целью профилактических осмотров, а также диагностического обследования населения. В настоящее время норма обследуемых пациентов за одну рабочую смену составляет 140 человек. Средняя нагрузка за предыдущий 2002 год в этом же кабинете доходила до 143 человек в смену, а в 2003 году этот показатель увеличился до 200. Большое значение имеют условия труда, оснащенность рентгенологических кабинетов современным оборудованием. Нередко от этого зависят работоспособность и настроение человека. В отделении бесспорным доказательством тому является введение новой малодозной рентгенологической установки все в том же кабинете флюорографии. Доза излучения этого аппарата, как на пациента, так и на рентген-лаборанта в несколько раз меньше, чем на аппаратах другого типа. Эта установка позволяет проводить исследования человека в легкой одежде. Во время приема пациента вся информация о нем заносится в базу данных компьютера. Благодаря этому врач-рентгенолог может сразу после исследования дать полное описание снимка и выдать результат. Достоинством цифровой установки является быстрота обслуживания, высвобождение времени и сил медработника.

Хорошим современным оборудованием отличается диагностический рентген-кабинет. В 1998 году старый аппарат был заменен новым цифровым рентгенологическим аппаратом, а также установлена проявочная машина. Это оборудование упрощает работу рентген-лаборанта, дает возможность производить хорошие, качественные снимки.

К сожалению, колоссальную нагрузку приходится выдерживать лаборантам, работающим в рентген-кабинете травматологического отделения. Работа круглосуточная. Здесь исследуются нарушения функций опорно-двигательного аппарата и целостности костно-суставной системы. Дополнительно обследуются травматологические больные, призывники военкоматов. Тем не менее, несмотря на высокий темп работы и большую загруженность, работники этого кабинета стараются качественно выполнять все требования, касающиеся профессии. Немаловажную роль играет способность персонала не терять самообладания в конфликтных ситуациях. И здесь должны преобладать этика и деонтология по отношению к пациенту.

Ко всему вышесказанному, если работник среднего звена может и умеет анализировать, предупреждать и исправлять ошибки, которые встречаются в процессе работы, то это, несомненно, является важной составляющей успеха.

СОЛОНИНКИНА Л.Ф., ГАПЧЕНКО Н.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

В апреле 2002 г. был введен Российский отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Пролежни". В МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского г. Кемерово этот стандарт был принят как практическое руководство для ведения больных. Его внедрение в методики сестринского ухода позволило решить следующие задачи:

1. Введение современных систем оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней.
2. Своевременное лечение пролежней в зависимости от стадии их развития.
3. Повышение качества и снижение стоимости лечения пациентов в связи с внедрением ресурсосберегающих технологий.
4. Повышение качества жизни пациентов, имеющих риск развития пролежней.

С января 2004 года в МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского введена должность старшей медсестры по профилактике пролежней. Разработаны функциональные обязанности, которые включают организацию профилактики и лечения пролежней, контроль качества ухода за больными из группы риска. В обязанности старшей медсестры по профилактике пролежней входят обучение персонала, анализ риска возникновения пролежней, контроль оценки степени риска, а также эффективности проводимых мероприятий, разработка плана ухода и профилактических мероприятий, взаимодействие с родственниками и обучение их уходу, обучение пациента самоуходу.

Для применения стандарта медсестры ведут документацию:

1. Шкалу ВАТЕРЛОУ, с помощью которой оценивается риск возникновения пролежней.
2. Карту сестринского наблюдения за больными, с согласием пациента на проводимые мероприятия, если он в сознании.
3. Лист регистрации противопролежневых мероприятий.

Кроме того, был сделан фактический расчет содержания белка в больничном рационе пациентов. Внесены коррективы в зондовом питании, как по белку, так и по технологии приготовления.

Разработаны рекомендации для родственников по восстановлению дефицита белка, кроме того, рекомендации пополнили материалом по профилактике гипостатических пневмоний, запоров, пролежней, контрактур, тромбозов. Основанием для этого явилось то, что больные в отделении неврологии и нейрохирургии выписываются с ограничениями движений, а значит нуждаются в продолжении ухода в домашних условиях.

Замечено, что не все пациенты хотят помогать себе сами, зная о том, что дома ухаживать за ними будет некому. Поэтому к таким пациентам медсестры относятся с особым вниманием, оказывая им моральную поддержку, связываются с родственниками и службой социальной защиты, вселяя уверенность в дальнейшей помощи, реабилитации и обучении самоуходу.

Для накопления статистических данных и анализа деятельности разработан "Журнал регистрации больных по профилактике пролежней".

Например, отделение неврологии уже давно работает по стандарту. Эта работа очень эффективна. В отделении не было зафиксировано ни одного пролежня. Идет работа с персоналом – обучение медсестер, младшего медперсонала уходу, правильному положению и перемещению пациента. На одну медсестру приходится 12-15 больных, и каждый третий нуждается в профилактике пролежней, пневмоний и других осложнений. Медсестра ведет "Лист оценки состояния больных", где фиксирует все изменения в состоянии пациента. При выписке пациенту выдается памятка о дальнейшем уходе. Осведомленность родственников дает возможность грамотно проводить больному противопролежневые мероприятия, при необходимости оказать ему помощь после выписки из больницы, правильно ухаживать за ним на дому, проводить реабилитацию.

Профилактика пролежней в травматологическом отделении имеет свои особенности. Эта проблема не менее актуальна, но стандарта для этих больных нет, поэтому разрабатываются собственные методы. Так, например, резиновые круги заменены на поролоновые. Они уменьшают давление на ткани.

За 2 месяца работы в отделении травматологии у пациентов не появилось ни одного пролежня. Имелись случаи поступления пациентов с пролежнями из дома, но при правильном сестринском уходе они ликвидированы.

В нейрохирургическом отделении пролечено 5 спинальных больных, у которых за время лечения в стационаре не отмечено пролежней. Наблюдается один пациент с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящийся в бессознательном состоянии более 4-х месяцев, имеющий пролежень с тенденцией к закрытию.

Наиболее тяжелые пациенты, у которых могут быть осложнения в виде пролежней, пневмоний и др., находятся в реанимационном отделении, где 100 % больных нуждаются в профилактике. С внедрением валиков, кругов, коррекции питания было отмечено уменьшение осложнений.

Профилактика пролежней не всегда возможна в полном объеме. Это объясняется индивидуальной особенностью и тяжестью состояния пациента. Поэтому для каждого больного разрабатывается инди-

видуальный план ухода, который согласовывается с лечащим врачом-реаниматологом. После улучшения состояния пациенты переводятся в другие отделения (печеночная и общая хирургия), где с ними продолжается активная профилактическая работа.

Сформулированы следующие очередные задачи:

1. Добиться 100 % выполнения протокола ведения больных.
2. Внедрить, совместно с врачами, наиболее эффективные методы профилактики пролежней у больных с высокой степенью риска и, тем самым, снизить вероятность возникновения пролежней у больных с нарушением трофики, обмена веществ, гемодинамики.
3. Обучить персонал эргономике перемещения.
4. Увеличить ассортимент приспособлений для профилактики пролежней.

ШУЛЬГА Е.В., КАРПЕНКО С.М., ГОРДИЕНКО В.П.
МУЗ Клинический диагностический центр

НАГРУЗКА И КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Современная медицинская сестра – это специалист, самостоятельно действующий в рамках своей специальности "Сестринское дело". Главная ее цель – обеспечение качественной, квалифицированной помощи, направленной на удовлетворение основных потребностей пациента.

Качество – это достижение наилучших результатов, в зависимости от критериев оценки качества и стандартов, от системы ценностей, знаний, умений, навыков – другими словами: качество может быть таким, каким мы хотим его видеть. Качественные медицинские услуги предполагают правильное проведение процедуры, достаточное ресурсное обеспечение, быть безопасными, вызвать удовлетворенность пациента.

Факторы, влияющие на качество, условно можно разделить на две группы:

1. Не зависят напрямую от медицинской сестры (она способна лишь влиять на них в той или иной степени). Это уровень оснащения лечебного учреждения и рабочего места, а также степень развития сестринского дела в городе или медицинском учреждении, какие требования оно предъявляет, и какие функции на медицинскую сестру возлагает. На качество сестринской помощи также оказывают влияние врачи, они определяют, что и как должна делать медицинская сестра и часто тем самым влияют на качество ее работы.

2. Непосредственно зависят от самой медицинской сестры – правильное проведение процедуры согласно стандартам, удовлетворенность пациента и др.

В любой сфере человеческой деятельности стандарты определяют требования к качеству продукции и, соответственно, к технологии выполнения работ. Стандартизация в здравоохранении, в частности в сестринском деле, не просто необходима, от нее зависят качество медицинской помощи и условия труда медперсонала. Для медсестер наиболее важна стандартизация технологий выполнения простых медицинских услуг. Каждый такой стандарт включает следующие основные разделы: цели и задачи, требования к исполнителям и условиям труда персонала, требования к аппаратуре, инструментам, препаратам, последовательность выполнения (алгоритм) процедуры, особенность ее выполнения в различных ситуациях, ожидаемые результаты, критерии оценки и контроль качества. Кроме того, стандарт должен содержать приложения, в которых будут указаны манипуляции и предполагает определенные затраты времени.

Венепункция – наиболее распространенное из инвазивных вмешательств. Значительный процент от общего числа венепункций составляет взятие крови для лабораторных анализов. По нормативам затраты времени на одного пациента 9,8 мин. Медицинская сестра в диагностическом центре работает на заборе крови 3 часа, должна принять 18 пациентов, а фактически 40-45 пациентов (т.е. 4 мин на каждого). Услуга, оказанная за 4 минуты вместо 9,8 мин., не может быть качественной. Хотя технически выполняется правильно, благодаря опыту и квалификации процедурных медсестер диагностического центра. Это частный пример.

Кроме того, анализ затрат времени на различные виды деятельности процедурной медсестры показал, что 26 % рабочего времени затрачивается на неквалифицированный труд (санитарки), который выполняется из-за неукомплектованности штатов. Это время могло бы пойти на выполнение прямых обязанностей медсестры и общение с пациентом (общение составляет только 6 % рабочего времени).

Все это ведет к увеличению психологической и физической нагрузки на персонал. В результате чего снижается до минимума общение с пациентом (не обеспечивается информационное право пациента), снижается безопасность для пациента и медперсонала, снижается надежность исследования (возможность повторной процедуры из-за гемолиза, образования сгустка и т.д.), увеличивается вероятность ошибок (можно перепутать или разбить пробирки или ампулы и т.д.), и, как следствие, увеличивается вероятность неудовлетворенности пациентов услугой. Т.е., при большой нагрузке на медсестру страдает качество медицинской услуги.

Для улучшения качества работы необходимо:

- внедрять критерии оценки качества,

- повышать квалификацию персонала,
- комплектовать штат процедурного кабинета,
- ввести компьютерную регистрацию пациентов и учет процедур,
- внедрять новые технологии (закрытые системы для забора крови),
- улучшать ресурсное обеспечение (качественные иглы, шприцы, системы, жгуты и т.д.),
- обучать медсестер психологии общения с пациентами,
- исключить неквалифицированный труд процедурной медсестры (совмещение работы санитарки),
- иметь достойную заработную плату,
- улучшить организацию труда и отдыха медперсонала.

НОВИКОВА Л.Г., ВДОВЧЕНКО О.Ю
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТРАВМАТОЛОГИИ

Миссия сестринского дела по отношению к обществу, как формулирует ее региональное бюро ВОЗ, состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам определить свой физический, умственный и социальный потенциал, поддержать его и развить в тех условиях, в которых они живут и работают. Эта миссия требует от каждой медсестры выполнения функций, которые позволяют укрепить и сохранить здоровье, предотвратить заболевания, а если оно уже возникло, то спланировать и оказать помощь во время болезни и в период реабилитации.

Работа медсестры требует постоянного, личностного, профессионального контакта с пациентами. Этот контакт, как и другие профессиональные действия и манипуляции, направлен на достижение основной цели деятельности медсестры – обеспечение состояния здоровья пациента и его выздоровление.

Сегодня проблеме качества медицинской помощи уделяется особое внимание, но от деятельности медицинского работника она зависит частично.

Факторы, влияющие на возможный результат, можно условно разделить на 2 группы: те, которые непосредственно зависят от самой медсестры, и те, которые напрямую не зависят (она лишь способна влиять на них в той или иной степени).

Уровень качества сестринской помощи напрямую зависит от знаний и умений каждой сестры. Еще Н.И. Пирогов делал акцент на том, что сестра милосердия должна быть с "хорошим техническим образованием".

Для повышения уровня квалификации и самообразования ежемесячно проводятся семинарские занятия, на которых медицинские сестры делают доклады на интересующие темы: правила наложения гипсовых повязок, этика и деонтология в отношениях врач – сестра – больной, острые отравления, гипертонический кризис, клещевой энцефалит; инфаркты миокарда; острый живот и так далее.

Каждое семинарское занятие заканчивается зачетом по ВИЧ инфекции; атипичной пневмонии; оказанию помощи при неотложных состояниях; правилами постановки прививок против столбняка, бешенства, клещевого энцефалита. Медицинские сестры также посещают общеполиклинические конференции. Три медсестры из тринадцати имеют повышенный уровень образования, закончив 2-ю ступень Кемеровского областного медицинского колледжа. Одна медсестра учится в КГМА, получая высшее сестринское образование, 92 % медсестер имеют сертификаты, 50 % имеют категорию. Это положительно отражается на качестве оказания сестринской помощи.

Немаловажное значение имеет этика поведения медсестры как свод нравственных правил и деонтология, как наука о долге перед пациентом и обществом, являются не менее важными профессиональными навыками, чем владение инструментарием и техникой проведения различных процедур.

Мы не просто специалисты, мы – сестры. И наш авторитет зависит, в первую очередь, от нашего профессионализма и умения правильно организовать свою работу.

Уровень качества медицинской помощи зависит от отношения мед. специалистов к своему делу, от личностных качеств, от того, насколько четко осуществляется взаимодействие внутри бригады, каков стиль отношения в бригаде "врач – сестра – санитарка". Где не может быть деления на "твоя работа", "моя работа", а есть одно общее дело, конечной целью которого является выздоровление пациента.

Качество сестринской помощи определяется и уровнем оснащения рабочего места медсестры. Немаловажное значение имеет опрятный внешний вид работника. Для этого были сшиты очень удобные и красивые хирургические костюмы, в ближайшем будущем ожидаем еще одну партию сменных костюмов. Так что "лицо травмпункта" в достойной форме. Это очень благотворно влияет на самих сотрудников и атмосферу, царящую в отделении, и, в конечном счете, на пациентов, т.к. хорошее настроение всегда передается окружающим.

Строгое соблюдение санэпидрежима – один из важных критериев качества сестринской помощи. За 2002 год было проведено 370 смывов, в сравнении с 2001 годом, когда был один положительный результат из 395, мы можем сделать вывод о более

добросовестном подходе к своим обязанностям медицинских сестер. При проведении азопирамовых проб положительных результатов не наблюдается уже много лет. Рабочие растворы соответствуют нормам процентного содержания, абсцессов нет.

Проведение всего комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий обеспечивает предотвращение распространения внутрибольничной инфекции. За год было принято 66886 пациентов, из них 77 – дети. Это составило 102,4 % посещений от запланированных. Из обратившихся пациентов при проведении экстренных операций в количестве 2354, процент осложнений, в сравнении с 2002 годом, уменьшился с 0,08 % до 0,07 %, что является качественным показателем работы отделения. Но даже такой процент осложнений чаще происходит от невыполнения рекомендаций и несоблюдения правил личной гигиены нашими пациентами.

В наше время научно-технического прогресса, применения новейших технологий в лечении травматологических больных большое значение имеет финансовая сторона. Не всегда пациент может заплатить за операцию, а отсюда и результат качества лечения, в принципе не зависящий от медицинского персонала. Плановые операции осуществляются в центре амбулаторной хирургии, уход же за больными ложится на плечи отделения травмпункта. И, соответственно, результат качества лечения зависит снова от всей бригады. За все время проведения плановых операций осложнений не было. Это очень большой труд – вылечить больного. Идти к выздоровлению надо вместе, исполняя все рекомендации медработников, больной тем самым помогает в своем выздоровлении нам.

Качество медицинской помощи в нашей стране не оценивается сегодня с точки зрения сохранения здоровья. Здесь свое влияние могли бы оказать средства массовой информации, рассказывая о том, какую помощь человек может и должен ждать от медсестры не только по выполнению назначений врача и уходу, но и по сохранению здоровья.

ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., КУРАКИНА Е.И.
МУ Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Г. КЕМЕРОВО

Использование компьютерной техники и информационных технологий стало неотъемлемым элементом управленческой деятельности в сфере здравоохранения. На данный момент достаточно четко сформировался круг задач, которые давно решаются с применением информационных технологий. Накапливаются базы данных, работают бухгалтерские программы, программы статистической отчетности.

В целях экономии финансовых средств и получения информации в электронном виде определенного стандарта Управление здравоохранения организует работу по разработке и сопровождению основных информационных систем для медицинских учреждений по бухгалтерскому учету, "Учет пролеченных больных в стационаре", "Кадры", "Поликлиника".Разработкой программного обеспечения (ПО) для учреждений здравоохранения и Управления здравоохранения г. Кемерово занимаются два Исполнителя: Государственное учреждение здравоохранения "Кемеровский областной медицинский информационно-аналитический центр" (КОМИАЦ) и Муниципальное предприятие "Каскад". Еще одна группа ПО – это программное обеспечение, разработанное по заказу Министерства здравоохранения и централизованно распространяемое на территории. В эту группу входят такие программы, как "Регистр больных сахарным диабетом" – программа ведения Государственного регистра больных сахарным диабетом; "Всероссийская диспансеризация" – программа сбора данных о всеобщей диспансеризации детей; "Медстат" – программа сбора данных ежегодного Государственного статистического отчета.

В 2001-2003 гг. в Управлении здравоохранения проведено обновление компьютерной техники, прочно вошла в обиход электронная почта. Для передачи информации в электронном виде в "Городском Интернете" (внутригородская сеть, поддерживаемая ГТС) создан раздел для учреждений здравоохранения города. Во все амбулаторно-поликлинические учреждения города, на станцию скорой медицинской помощи, в стационары установлены модемы и подключена электронная почта в "Городском Интернете". С помощью этого осуществляется автоматизированный контроль за обращаемостью на скорую помощь, передача информации о выписанных больных из стационара на этапы долечивания в амбулаторно-поликлинические учреждения, оперативное отправление нормативных документов Управления здравоохранения в медицинские учреждения.

Совершенствуя лекарственную помощь населению, Управление здравоохранения ведет автоматизированный учет льготного лекарственного обеспечения и осуществляет внедрение ИС "Персонифицированный учет потребления лекарственных средств в медицинских учреждениях".

Лекарственные средства в стационаре. Информационная система "Персонифицированный

учет потребления лекарственных средств в медицинских учреждениях" частично внедрена в муниципальных учреждениях здравоохранения "Городская клиническая больница № 2", "Детская клинической больнице № 1", полностью внедрена (сетевой вариант) в "Городской больнице № 15". За время эксплуатации система показала ряд преимуществ: довольно проста в обращении, заменяет большой объем проводимого ранее ручного документооборота, позволяет быстро получить любую информацию о приходе медикаментов в лечебно-профилактическое учреждение и их расходе на конкретных больных с точностью до таблетки.

Успешное внедрение системы требует наличия компьютеров с памятью не менее 128 Мб и функционирование локальной сети в лечебном учреждении с выделенным сервером, что является проблематичным (большинство лечебно-профилактических учреждений имеет несколько корпусов).

Льготное лекарственное обеспечение. С целью упорядочения процесса лекарственного обеспечения льготных категорий граждан г. Кемерово, на этапе амбулаторно-поликлинического лечения для всех участников процесса льготного лекарственного обеспечения граждан г. Кемерово введена Единая система учета и контроля. Функционирование Единой системы учета и контроля льготного лекарственного обеспечения основано на использовании программного продукта, соответствующего единым требованиям, устанавливаемым на уровне: поликлиники, льготной аптеки; ЗАГС, Отделение Пенсионного фонда.

Успешная реализация любой информационной системы зависит не только от хорошего программного обеспечения, но и от ведения базы данных. Управлением здравоохранения организовано взаимодействие в электронном виде со всеми участниками льготного лекарственного обеспечения. В установленные сроки:

- поликлиники ежемесячно подают изменения по "льготникам" (вновь поставленные на учет, снятые с учета, изменения диагнозов, льгот, назначенных медикаментов);
- аптеки ежемесячно подают базы по отпущенным медикаментам по льготным рецептам;
- ЗАГС ежемесячно представляет сведения об умерших (по договору об информации);
- Пенсионный фонд ежеквартально подает базу об имеющихся льготах у граждан (по договору об информации);
- Управление здравоохранения ежеквартально представляет базу данных "льготников" и врачей, имеющих право выписки льготных рецептов.

Ведение баз данных в разных местах и сливание информации в единую базу данных, естественно, имеет свои трудности, такие как ведение справочников, наличие "двойников" и др. За последние два года достигнут положительный результат по совпадению данных в бухгалтерии по отпущенным медикаментам и базе данных.

Программное обеспечение Единой системы учета и контроля льготного лекарственного обеспечения начинало разрабатываться в 1997 году. В то время льготное лекарственное обеспечение финансировалось из одного источника – городской бюджет. В сегодняшних условиях финансирование разделилось на несколько источников: федеральный, областной, городской. Каждый из этих источников делится на разные виды поставок медикаментов. В структуре данных такая возможность не была предусмотрена.

В связи с этим было принято решение о переходе на новое программное обеспечение, которое разрабатывает Кемеровский Областной Медицинский Информационно-аналитический Центр (КОМИАЦ). Система выполнена в технологии клиент-сервер. В ноябре 2003 г. начат переход на новое программное обеспечение в аптеках.

Медицинские кадры. В 2002 г. во всех лечебных учреждениях города установлены новая версия программного обеспечения "Медицинские кадры", разработанная МУ НТП "Каскад". Отличительная особенность новой версии – соответствие новому КЗОТУ; осуществлен переход в работе под Windows; программа рассчитана для работы, как в локальном, так и в сетевом варианте; создана взаимосвязь между кадрами и тарификацией (штатным расписанием); все получаемые выходные формы можно корректировать, используя текстовый редактор Microsoft Word. В Управлении здравоохранения установлено программное обеспечение по приему баз данных лечебно-профилактических учреждений и обработке данных для проведения анализа кадровой системы здравоохранения города с точки зрения профессиональной подготовки, движения кадров, численности и другим показателям.

Программа **"Контроль исполнительской дисциплины"** разработана КОМИАЦ, установлена на рабочем месте секретаря. Автоматизированный учет делопроизводства: регистрация входящих и исходящих документов, приказов, распоряжений, печать журналов. Оперативная информация о нарушении сроков исполнения документов.

Основные направления информатизации здравоохранения города:

- организация работы по созданию Единой информационной системы здравоохранения города;
- обеспечение регулярного обмена данными с учреждениями здравоохранения;
- стандартизация и унификация информационного и программного обеспечения, справочно-нормативной информации;
- разработка web-сайта МУ "Управление здравоохранения администрации г. Кемерово и создание единого шаблона web-сайта для учреждений здравоохранения;
- решение вопросов по защите информации;
- подготовка руководителей медицинских учреждений навыкам анализа управленческой информации с использованием информационных систем.

РАЗДЕЛ II

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

БЕДИН В.В., ЛИКСТАНОВ М.И., ЛУКИН А.Ю., КРАСНОВА М.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Кузбасский областной гепатологический центр

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

Для Кемеровской области характерна высокая концентрация на относительно небольшой территории индустриальных предприятий и городского населения. Неблагоприятное влияние промышленности и урбанизации обусловливает высокую частоту заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны.

Для оказания медицинской помощи данной категории больных с 1967 года на базе Городской клинической больницы №3 (Кемерово) функционирует Областной гепатологический центр. В состав центра входят консультативный отдел, отделение эндоскопии, отделение ультразвуковой диагностики, отделение хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей, отделение терапевтической гепатологии.

В консультативном отделе в 2003 году получили консультации 3968 пациентов с хирургическими и 1856 пациентов с терапевтическими заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчных протоков (больные из гг. Кемерово, Кемеровской, Иркутской, Томской областей, Красноярского края, Республик Хакассия и Тува). В штат отдела входят хирург-гепатолог, терапевт-гепатолог, врач-эндоскопист и врач ультразвуковой диагностики. Сложные больные консультируются сотрудниками центра по линии санитарной авиации. В консультативном отделе проводится диспансерное наблюдение за больными, оперированными в гепатологическом центре. Наличие в центре отделений эндоскопии и ультразвуковой диагностики позволяет проводить современные методы обследования: УЗИ, РХПГ, лапароскопию, ангиографию, холангиоскопию, чрезкожную холангиографию, вирсунгографию.

В 2003 году в Областном гепатологическом центре получили специализированную медицинскую помощь 1497 больных. В терапевтическом подразделении пролечено 489 больных, в хирургическом – 1008 (на 143 пациента больше, чем в 2002 году). В отделение терапевтической гепатологии госпитализируются пациенты, требующие консервативного лечения, предоперационной подготовки и применения минимальноинвазивных технологий. На базе отделения активно используются современные малотравматичные методы диагностики и лечения – пункционно-аспирационная биопсия, лечебная блокада под контролем УЗИ, чрезпеченочная катетеризация воротной вены, РХПГ, химиоэмболизация сосудов печени, стентирование желчных протоков, эндоскопическое склерозирование и лигирование варикозно расширенных вен пищевода. Оперативная активность в терапевтическом подразделении в 2003 году составила 23,4 %.

После предоперационной подготовки в терапевтическом подразделении пациенты переводятся в отделение хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей, специализацией которого являются радикальные хирургические операции при опухолевом поражении, реконструктивно-восстановительные операции на желчевыводящих путях, эндохирургические вмешательства.

В 2003 году в отделении проведено 48 резекций печени и поджелудочной железы по поводу опухолей. Это позволяет центру успешно выполнять функции онкологического подразделения. В центре широко используются эндохирургические способы лечения: в 2003 году выполнены 586 лапароскопических холецистэктомий, 402 ретроградных эндохирургических вмешательства на желче-выводящих путях. Оперативная активность в хирургическом подразделении в 2003 году составила 82,7 %; общая летальность – 3,1 %, послеоперационная летальность – 1,5 %.

Организация Областного гепатологического центра позволяет, на основании дифференцированного подхода, концентрировать на своей базе всех пациентов Кемеровской области с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны и, на фоне внедрения в практику современных высокотехнологичных методов диагностики и способов лечения, значительно улучшить качество оказания медицинской помощи данной категории больных.

КАЗАКОВА-КАЗАКОВСКАЯ Г.П., ТИМОФЕЕВА А.А., ДАНИЛЕНКО А.Н.
Городская стоматологическая поликлиника № 1, Кемеровская государственная медицинская академия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРИЕСА СРЕДИ ДЕТЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.КЕМЕРОВО

В настоящее время стоматологическая заболеваемость в нашей стране остается достаточно высокой, не только среди взрослого населения, но и среди детей и подростков. Кемерово – крупный промышленный центр с неблагоприятной экологической обстановкой, что, безусловно, отражается на здоровье детей.

Регулярное проведение профилактических мероприятий, ранняя диагностика и лечение стоматологических заболеваний детей, несомненно, позволя-

ют снизить поражаемость кариесом. В то же время всего этого невозможно добиться без постоянного динамического наблюдения за состоянием здоровья детского населения со стороны стоматолога.

Цель исследования. Изучить в сравнительном аспекте распространенность и интенсивность кариеса у детей средних общеобразовательных школ города Кемерово в зависимости от регулярности динамического наблюдения за состоянием их здоровья.

Материалы и методы. Для оценки стоматологического здоровья было проведено обследование 241 школьника гимназий № 21, 23 и школ № 44, 80, 84, в которых имеются стационарные стоматологические кабинеты. Помимо этого, были обследованы 233 учащихся школ № 5, 31, 69, в которых плановая санация полости рта детей не осуществляется, в связи с отсутствием в них стоматологических кабинетов.

Распространенность и интенсивность кариеса среди детей образовательных учреждений, имеющих (группа 1) и не имеющих (группа 2) стационарные стоматологические кабинеты

	Группа 1			Группа 2		
Возрастные группы	8 лет	12 лет	15 лет	8 лет	12 лет	15 лет
Обследовано детей	70	89	82	64	83	86
Распространенность кариеса	39,2 %	84,3 %	91,3 %	42,0%	85,5 %	93,3 %
Индекс КПУ	1,5	3,1	4,4	1,9	3,6	6,5
Соотношение осложнений кариеса	0,15	0,46	0,73	0,94	1,34	2,75
Индекс Федорова-Володкиной	2,2	1,9	1,6	2,4	2,6	2,6
Примечание: $P < 0,05$ по всем сравниваемым группам, кроме данных, характеризующих распространенность кариеса.						

Результаты исследования. При сравнительной оценке показателя индекса КПУ (таблица) он достоверно ниже среди детей образовательных учреждений всех возрастных групп, где имеются стационарные стоматологические кабинеты, и проводится плановая санация полости рта.

Среди обследованных детей учреждений, где плановая санация полости рта не проводится из-за отсутствия школьных стоматологических кабинетов, индекс КПУ 8-летних детей равен 1,9, 12-летних – 3,6, 15-летних – 6,5. В образовательных учреждениях, имеющих стационарные стоматологические кабинеты, индекс КПУ ниже всех возрастных и составляет 1,5; 3,1; 4,4, соответственно.

Удельный вес осложненого кариеса по отношению к неосложненному также достоверно ниже во всех возрастных группах у детей образовательных учреждений, где проводится плановая санация полости рта в сравнении с аналогичными показателями детей, обучающихся в школах, не имеющих стоматологических кабинетов. Индекс гигиенического ухода за полостью рта достоверно лучше у школьников, где проводится работа по гигиеническому воспитанию, в сравнении с индексом гигиены у детей из школ, где стационарные стоматологические кабинеты отсутствуют.

Врачами-стоматологами школьных стоматологических кабинетов осуществляется плановая санация с соблюдением кратности санации, в зависимости от диспансерных групп детей и степени активности кариеса. Всем детям проводится местная профилактика фторсодержащими средствами.

Большое внимание уделяется гигиеническому обучению и воспитанию школьников, которое включает в себя проведение уроков гигиены с наглядной демонстрацией основных средств гигиены полости рта (зубные пасты, щетки, флоссы, зубочистки, ополаскиватели) и обучением методике чистки зубов.

В каждой школе оформлен уголок гигиены полости рта. При проведении уроков врачи-стоматологи используют красочные плакаты строения зуба, о развитии заболевания зубов.

При этом уроки, проводимые врачами, адаптированы для различных возрастных групп. После проведения уроков учащиеся получают буклеты-раскраски о строении зуба со стоматологическими кроссвордами.

Методы медико-педагогического убеждения детей различны, включающие индивидуальные беседы, уроки здоровья, кружковые занятия.

Врачи-стоматологи проводят беседы с педагогами и родителями на темы “Роль питания в профилактике стоматологических заболеваний”, “Основные средства гигиены полсти рта”, “Личный пример родителей в профилактике стоматологических заболеваний”.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что мероприятия, осуществляемые детским стоматологом, работающим в стационарном школьном стоматологическом кабинете, позволяют существенно снизить интенсивность кариеса и его осложнений среди организованного детского населения.

ДУБЕНСКИЙ Ю.Ф., ДАНИЛЕНКО А.Н.
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1, Кемеровская государственная медицинская академия

ПРОБЛЕМЫ ЭРГОНОМИКИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Вопросы рациональной организации труда врачей-стоматологов, повышение их трудоспособности постоянно находятся в центре внимания организаторов здравоохранения, научных работников. Если раньше главный акцент ставился на развитие экстенсивных путей решения этой проблемы, таких как строительство новых лечебных учреждений, увеличение численности штатов врачей и вспомогательного персонала, то в современных условиях изыскиваются пути оптимизации работы за счет внутренних резервов, путем сокращения неоправданных затрат рабочего времени медицинского персонала.

Безусловно, оптимальная организация работы на стоматологическом приеме невозможна без помощи ассистента стоматолога. Из этого вытекает необходимость организации работы в 4 руки. Преимущества принципа работы в 4 руки следующие:

- профилактика инфекционных заболеваний, соблюдение правил асептики и антисептики;
- работа врача и ассистента максимально комфортна;
- высокая производительность труда за счет разделения функций врача и ассистента;
- максимальное использование знаний и навыков опытного врача путем увеличения доли эффективного рабочего времени;
- возможность применения качественных медицинских технологий;
- сохранение здоровья и продление сроков активной практики врача за счет рациональной организации рабочего места.

Целью исследования явилось изучение использования персоналом стоматологических поликлиник г. Кемерово эргономических навыков в их практической деятельности.

Для решения поставленной цели нами проведено анкетирование 75 врачей стоматологов в г. Кемерово. Опрошенные врачи, в зависимости от форм собственности лечебных учреждений, распределились следующим образом. Удельный вес врачей, работающих в муниципальных поликлиниках равен 67 %, в частных кабинетах – 33 %.

Выявлено, что с ассистентом работают 52 % врачей в муниципальных поликлиниках и 74 % врачей в частных кабинетах. В то же время, для эффективной работы врачу-стоматологу нужен как минимум один ассистент, причем не медицинская сестра, а специально подготовленный ассистент врача-стоматолога. При этом улучшается качество лечения, увеличивается доля эффективного рабочего времени. По нашим данным, при работе с ассистентом экономится до 12 минут на одно посещение.

Исследование показало, что у 42 % анкетированных стоматологов помощники выполняют минимальный объем функциональных обязанностей на уровне медицинской сестры, а не ассистента врача.

Одним из критериев улучшения качества работы и снижения профессиональных заболеваний является правильное положение врача-стоматолога во время работы. По мнению В.В. Садовского, оптимальной рабочей позой стоматолога является положение врача сидя. Выявлено, что только 74 % опрошенных врачей работают в сидячем положении, 4 % работают стоя, 12 % чередуют оба положения.

Важным критерием организации рабочего места является правильное расположение врача по отношению к больному. Зона рациональной активности стоматолога находится по отношению к больному сбоку, либо за его головой. Мы выявили, что в зоне рациональной активности во время работы находятся только 42 % стоматологов. 58 % врачей располагаются по отношению пациента спереди, что является крайне нерациональным и приводит к развитию профессиональных заболеваний стоматолога.

Использование во время лечения активных систем эвакуации, таких как слюноотсос и вакуумный клинер, позволяет непрерывно удалять воду, слюну и прочие отходы из ротовой полости пациента. Это помогает врачу видеть операционное поле и существенно облегчает работу, повышает качество лечения, значительно уменьшает бактериальную обсемененность кабинета. Исследование показало, что только 26 % стоматологов работают с применением пылесоса и слюноотсоса одновременно, используют в своей работе только слюноотсос 68 % работа.щих, работают без слюноотсоса – 6 % врачей.

Большая часть опрошенных врачей, манипулируя в полости рта, прибегает к движениям всей руки от плеча и поворотами тела, что является нецелесообразным. Эти движения отнимают много времени и больше других вызывают усталость. Безусловно, выполнение этих вынужденных движений является следствием нерациональной рабочей позы, а также отсутствием ассистента. Рациональным считается использование при лечении пациентов только движений пальцев, кисти и локтя.

Исследование показало: 84 % опрошенных врачей к концу рабочего дня ощущают боль и тяжесть в области шеи, спины и нижних конечностей. У 74 % опрошенных врачей со стажем более 10 лет имеются заболевания опорно-двигательной, зрительной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, органов слуха. Безусловно, это является следствием нарушения основных принципов эргономики.

Таким образом, в настоящее время в стоматологических учреждениях различных форм собственности не в полной мере осуществляется выполнение эргономических аспектов.

Это связано с еще недостаточным материальным оснащением стоматологических учреждений, а также со слабой подготовленностью медицинского персонала в вопросах рациональной организации стоматологического приема.

В заключение следует отметить, что многие проблемы эргономики могут быть решены без значительных материальных затрат путем обучения врачей и ассистентов практическим навыкам правильной организации стоматологического приема.

ЛАЗАРЕВА О.А., ЩЕРБИНИН П.Т., НЕСТЕРОВ Ю.И.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кемеровский государственный университет

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА Г. КЕМЕРОВО

В России сложилось снисходительное отношение к курению, как к привычке, связанной с возможным и весьма неопределенным риском для здоровья.

Многие курящие нашей страны, не исключаются и медицинские работники, не придают значения опасности воздействия курения на состояние здоровья человека.

В России курят 44 млн. мужчин и 8 млн. женщин, что составляет 58 % и 18 %, соответственно, от всех курящих мужчин и женщин Восточной Европы. Из 1 млн. 200 тысяч ежегодных смертей, связанных с курением в Европе, 270 тысяч (23 %) приходится на Россию, то есть каждый 4-й человек, умирающий в Европе от заболеваний, связанных с курением, проживает в России (Оганов Р.Г., 2002). От последствий курения в нашей стране преждевременно умирают 42 % курящих мужчин в возрасте 35-69 лет (Левшин В.Ф., 1998). Это больше, чем от алкоголя, наркотиков, СПИДа, автомобильных аварий, пожаров и самоубийств вместе взятых.

Ведущими причинами преждевременной смерти курящих являются онкологические заболевания, болезни сердца и сосудов. На онкологические заболевания у мужчин приходится 49 %, у женщин – 25 %, на сердечно-сосудистые заболевания – 35 % и 39 % смертей, соответственно.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что курение наносит большой ущерб здоровью, поэтому необходимо вести активную работу по борьбе с этой вредной привычкой. Примером сохранения здоровья должен являться медицинский персонал, который своим негативным отношением к курению может пропагандировать пациентам здоровый образ жизни.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ распространенности курения среди студентов Кемеровской медицинской академии и Кемеровского государственного университета и оценить влияние медицинского образования на приверженность к курению.

Материалы и методы. Проведено анкетирование студентов 5-6 курсов в возрасте 21-23 лет двух вузов г. Кемерово. Всего заполнили анкеты 508 человек (девушек и юношей). Студенты медицинской академии составили 308 человек, университета – 200 человек. В проведении обследования активное участие принимали студенты медицинской академии.

Результаты исследования. Общее число курящих студентов в университете (32 %) оказалось больше, чем в медицинской академии (27,9 %).

При этом в обоих вузах курение больше распространено среди юношей, особенно в медицинской академии – 47,8 % против 37 % в университете. В то же время, в университете курящих девушек оказалось больше (27 %), по сравнению с девушками медицинской академии (19,4 %).При опросе студентов выявлено, что среди курящих курят постоянно 71,9 % студентов университета и 65 % студентов академии, при этом количество выкуренных сигарет колеблется от 1 до 20 в день.

Мы попытались выяснить, что заставляет студентов курить.

"За компанию" курят 19,8 % студентов медакадемии и 9,4 % студентов университета, для самоутверждения – 2,3 % и 1,6 %, соответственно. Больше всего студентов курят "просто так" – 77,9 % и 89 %, соответственно. Преобладающее большинство студентов обеих вузов (82 % против 86 %) приобщились к курению на младших курсах, а 14 % против 17,4 % студентов начали курить еще в школе.

Изучена взаимосвязь между курением родителей и детей. Так, у некурящих студентов обеих вузов не курят и большинство родителей (57,4 %), курит только отец в 35,3 % случаев, курит мать или оба родителя в 5 % случаев. У курящих студентов 64 % родителей также курят. Таким образом, существует прямая зависимость между курением родителей и их детей.

Все опрошенные студенты информированы о вреде курения, о его влиянии на потомство, сердечно-сосудистую систему, органы дыхания и др. Желают бросить курить 80 % курящих обеих вузов, и лишь половина из них безуспешно пытались это сделать.

Заключение. Результаты нашего исследования показали большую распространенность курения среди студентов обеих вузов, причем все студенты

достаточно информированы о влиянии курения на здоровье.Мы ожидали меньшую распространенность курения среди студентов медицинской академии, однако существенной разницы в курении со студентами немедицинского вуза мы не получили. Необходима широкая санитарно-просветительская работа среди студентов вузов по пропаганде отказа от курения.

ОСИПОВ А.Г., КОСТИН В.И., ЛИКСТАНОВ М.И., ВОСТРИКОВА Е.А., СУДАКОВА Л.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПРОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ОТМЕНЫ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА

Табак содержит никотин – вещество, обладающее выраженной способностью вызывать зависимость. Большинство табачных изделий являются средствами для быстрой и эффективной доставки никотина в головной мозг, в результате чего достигается быстрое начало и постоянная поддержка зависимости.

Развивающиеся физиологические, психологические и поведенческие компоненты такой зависимости объясняют продолжение потребления табака, несмотря на все связанные с этим опасности.

Никотин создает ряд вознаграждающих эффектов, то есть эффектов, воспринимаемых зависимым курильщиком как приятные, включая уменьшение раздражительности, потерю веса, улучшение внимания и психомоторного функционирования. Перечисленные эффекты создают позитивное подкрепление курения, а симптомы отмены никотина, которые появляются спустя несколько часов после прекращения курения и продолжаются до 4-х недель, создают отрицательное подкрепление, также затрудняющее его прекращение.

В этом проявляется сходство табачной зависимости с любым другим видом зависимости, среди которых наиболее известными являются алкогольная и наркотическая. И хотя многим кажется, что табачная зависимость гораздо более социальна и, тем самым, существенно отличается от алкогольной или наркотической, однако у них больше общего, чем различного.

При отказе от курения, в результате снижения содержания никотина в крови, развиваются симптомы отмены, к которым относятся сильное желание закурить, возбудимость, беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, депрессия, сонливость, головная боль, улучшение аппетита и др. В зависимости от степени выраженности никотиновой зависимости, сила их проявления будет разная. Они начинают проявляться в течение первых 24 часов после отказа от курения, достигают своего максимума на 2-3 сутки и длятся до шести месяцев.

Целью работы было изучение частоты появления и интенсивности проявления симптомов отмены, возникающих при отказе от курения. В исследовании принимали участие 74 курящих пациента. Больные были распределены на две группы. I-я группа – лица, давшие согласие на прием "Никоретте".

Доза препарата и кратность приема назначались индивидуально. II-я группа – лица, согласившиеся на проведение курса антитабачной программы, но отказавшиеся от НЗТ. I-я группа – 54 человека, II-я – 20 человек. Всем больным проводились беседы, объясняющие необходимость для пациента бросить курить. Состояние пациентов оценивалось через две недели, первый месяц, третий месяц и шестой месяц от начала курса антитабачной терапии.

По данным наблюдения было выявлено: закономерность и последовательность проявления симптомов отмены в обеих группах оказались одинаковы.

В первые две недели (расположены по мере убывания): признаки обострения бронхита, сильное желание закурить, раздражительность, бессонница, сонливость, головная боль, депрессия. Проявления симптомов отмены первый месяц: увеличение веса, головная боль, сонливость, раздражительность, депрессия, признаки обострения бронхита, сильное желание закурить, бессонница. Проявления симптомов отмены третий месяц: увеличение веса, сонливость, раздражительность, периодически желание закурить, депрессия, бессонница. Проявления симптомов отмены шестой месяц: увеличение веса, периодически желание закурить, сонливость, раздражительность.

Отмечено, что проведение НЗТ снижает интенсивность и частоту проявления симптомов отмены при отказе от курения. Из 20 человек (II-я группа) у 12 пациентов в дальнейшем была назначена НЗТ, так как выраженность симптомов отмены не позволила продолжить курс антитабачной лечебной программы.

Проведенное исследование позволяет сделать выводы: применение НЗТ уменьшает интенсивность проявления симптомов отмены при отказе от курения и повышает эффективность программ отказа от курения.

ОСИПОВ А.Г., КОСТИН В.И., ЛИКСТАНОВ М.И., ВОСТРИКОВА Е.А., БАГРОВА Л.О.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Городской пульмонологический центр

МОТИВАЦИЯ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА У РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ

Несмотря на многие столетия знаний о вреде курения и десятки лет борьбы с этой привычкой, число курящих людей во всем мире неуклонно растет. В настоящее время курение табака является основной причиной заболеваний и преждевременной смерти людей во многих странах.

Около 80 % курящих людей ежегодно встречаются с врачами различных специальностей (терапевты, пульмонологи, кардиологи, гастроэнтерологи, стоматологи и др.). Как показывают многие исследования, более 70 % из них хотели бы бросить курить.

Многие хотя бы один раз пробовали самостоятельно бросить курить, но возникающие симптомы отмены, с которыми пациенту тяжело справиться самостоятельно, приводили к неудаче. По данным ряда исследователей, большинство курящих определяют совет врача бросить курить, как важный для формирования мотивации к полному отказу от курения.

Таким образом, врачи имеют уникальную возможность выявлять и лечить пациентов, употребляющих табак. К сожалению, не все врачи вовлечены в лечение курящих пациентов. Более трети постоянно курящих людей отмечают, что врачи никогда не спрашивали их о пагубной привычке и не давали совета бросить курить.

На базе пульмонологического отделения ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского и городского пульмонологического центра проведено исследование по оценке мотивации пациентов к отказу от курения.

Первым шагом в лечении табачной зависимости явилось выявление курящих лиц, оценка этого фактора риска и степени табачной зависимости, а также степени мотивации к отказу от курения, т.е. оценка статуса курения. Результатом этого шага явилось отнесение пациента к одной из 4-х групп:

1. Постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить.
2. Постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такую возможность в будущем.
3. Постоянно курящие пациенты, отвергающие возможность бросить курить.
4. Пациенты, которые курят нерегулярно.

Оценка степени мотивации бросить курить определялась с помощью теста Фагерстрема:

1. Бросили бы вы курить, если бы это было легко?
Определенно нет – 0.
Вероятнее всего, нет – 1.
Возможно, да – 2.
Вероятнее всего, да – 3.
Определенно да – 4.
2. Как сильно вы хотите бросить курить?
Не хочу вообще – 0.
Слабое желание – 1.
В средней степени – 2.
Сильное желание – 3.
Однозначно хочу бросить курить – 4.

Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов – 8, минимальное – 0. Чем больше сумма баллов, тем сильнее мотивация у пациента бросить курить. Степень мотивации можно оценить следующим образом:

1. Сумма баллов больше 6 означает, что пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.

2. Сумма баллов от 4 до 6 означает слабую мотивацию, и пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.

3. Сумма баллов ниже 3-х означает отсутствие мотивации, и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

Всего анкетированием было охвачено 1256 человек. Опрошенные были разбиты на следующие группы: пенсионеры – 682 человека, рабочие – 118, учащиеся и студенты – 65, неработающие – 41, служащие – 350 человек. Выявлены следующие закономерности: наиболее высокая степень мотивации к отказу от курения (сумма баллов более 6) выявлена в группе пенсионеров (86,4 %) и рабочих (38,1 %). Менее всего высокая мотивация к отказу от курения встречалась у учащихся и студентов (6,2 %). Служащие и неработающие занимали среднее положение (20 % и 17 %, соответственно). Отсутствие мотивации к отказу от курения наиболее часто встречалось у учащихся и пенсионеров (7,3 % и 6,2 %). Отсутствие мотивации менее всего было выражено у рабочих (2,5 %). У служащих и неработающих отсутствие мотивации к отказу от курения встречалось, соответственно, в 4,3 % и 4,8 % случаев.

Проводя анализ результатов выше предоставленного исследования, можно сделать вывод: в целом для курящих людей характерно желание отказаться от курения (о чем свидетельствует довольно высокий процент мотивации к отказу от курения). Наиболее он выражен у пожилых людей. Все вышесказанное позволяет определить внедрение антиникотиновых программ в широкую врачебную практику, как приоритетное направление профилактической медицины.

РАЗДЕЛ III

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

ВАВИН Г.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ИНТОКСИКАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЗИЦИОННОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Позиционная травма – длительное (больше 6 часов) нахождение пострадавшего на твердой поверхности в одном положении тела. Позиционная травма развивается у лиц с различными отравлениями (алкоголем, наркотиками или снотворным), когда пострадавший впадает в глубокий наркотический сон на твердом полу.

В последние годы накоплены данные о клинической значимости определения миоглобина в крови и моче при подобных поражениях, о чем свидетельствуют многочисленные литературные источники (С.С. Иванова, 1989; А.А. Вишневский, 1975; К.М. Лисицын, Ю.Г. Шапошников, 1982).

После освобождения пострадавшего от сдавления в кровь начинают поступать токсические продукты и, прежде всего, миоглобин. Поскольку миоглобин попадает в кровеносное русло на фоне выраженного ацидоза, выпадающий в осадок кислый гематин блокирует восходящее колено петли Генле, что в конечном счете нарушает фильтрационную способность канальцевого аппарата почек. Установлено, что миоглобин обладает определенным токсическим действием, вызывающим некроз канальцевого эпителия. Таким образом, миоглобинемия и миоглобинурия являются существенными факторами, определяющими тяжесть интоксикации у пострадавшего.

Массовое использование теста на определение миоглобина в крови и моче в учреждениях практического здравоохранения тормозится отсутствием простых и надежных методов идентификации миоглобина. Метод радиоиммунного анализа (РИА) миоглобина, несмотря на свою высокую чувствительность и специфичность, обладает общими для всех радиоиммунологических методов недостатками – необходимость использования весьма дорогостоящего оборудования и требования радиационной безопасности. Различные варианты иммуноферментного анализа (ИФА) отличаются трудоемкостью и, кроме того, весьма продолжительной длительностью исследования, что снижает диагностическую значимость получаемых такими технологиями показателей. Среди недостатков ИФА следует отметить невозможность проведения исследования мочи на предмет миоглобинурии. Существующие методы полуколичественного определения миоглобина, основанные на принципе агглютинации латекса, дают существенный выигрыш во времени, однако обладают недостаточной чувствительностью (100 мг/мл), наряду с высокой стоимостью исследования.

В практических условиях городской клинической больницы главными критериями ценности метода являются (наряду с высокой чувствительностью и специфичностью) простота проведения анализа и учета его результатов без существенных материальных вложений и дополнительного оборудования, а также скорость получения диагностической информации. Таким требованиям в наибольшей степени отвечает гемагглютинационный тест с помощью коммерческих эритроцитарных иммунодиагностикумов. Этот специфический иммунохимический тест требует незначительного количества биологического материала для исследования (0,025-0,05 мл), обладает достаточной чувствительностью (1-0,4 нг/мл), весьма непродолжительным временем анализа (не более 30 минут) и возможностью определения миоглобина в моче.

В клинико-диагностической лаборатории ГКБ № 3 накоплен богатый опыт использования данного метода. Сопоставление полученных лабораторных показателей с клиническими данными дает все основания полагать, что гемагглютинационный тест является важнейшим источником диагностической информации при оценке тяжести интоксикации пострадавших с позиционной травмой.

ВАВИН Г.В., БУНИНА О.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

МОДИФИКАЦИЯ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО МЕТОДА ИЗУЧЕНИЯ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ

Практически все известные заболевания сопровождаются усилением свободнорадикального окисления (СРО) биологических субстратов и ослаблением активности антиоксидантной системы (АОС) организма. Установлено, что для ранней диагностики заболеваний и прове-

дения соответствующего лечения необходимо оценивать эти две системы.

На данный момент существует весьма широкий спектр биохимических методов, позволяющих в большей мере, определить конечные продукты реакций, в которых предполагается участие радикалов, оценить их соотношение и качественные характеристики.

Это весьма трудоемкий процесс, требующий усилий целой лаборатории, кроме того, такие исследования длительны во времени, что снижает их диагностическую ценность.

Существует и ряд биофизических методов, позволяющих "напрямую" исследовать процессы свободнорадикального окисления. К прямым методам изучения радикалов относится метод хемилюминесценции – регистрации интенсивности свечения, происходящего в результате реакций, в которых участвуют радикалы.

В клинико-диагностической лаборатории ГКБ № 3 разработана модификация общепринятого метода регистрации хемилюминесценции, инициированной ионами двухвалентного железа. Данный метод позволяет не только оценить концентрацию свободных радикалов, но и выявить возможности эндогенной антиоксидантной системы, а полученный такой методикой интегральный показатель хемилюминесценции определяет адекватность реакции антиоксидантной системы организма в процессе лечения.

Исследованы образцы крови групп пациентов с различной патологией (в том числе нейротравма, позиционная травма, сочетанная травма). При сопоставлении данных, полученных хемилюминесцентным анализом, с данными классических биохимических исследований продуктов перекисного окисления и активности антиперекисных ферментов, рассогласований в результатах выявлено не было.

На данном этапе лабораторией разрабатываются рамки доверительных границ изменения величин интегрального показателя хемилюминесценции при терапевтических патологиях.

Полагаем, что широкое внедрение метода в подобной модификации позволит в кратчайшие сроки поставлять диагностическую информацию врачам клинических специальностей для проведения патогенетически обоснованного лечения.

СИЧКАРУК Н.М., ВАВИН Г.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПУНКТАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА

В последнее десятилетие наблюдается интенсивное развитие и внедрение современных технологий в медицине, особенно это касается хирургии.

В 1997 году на базе отделения печеночной хирургии ГКБ № 3 был создан областной гепатологический центр для обследования и лечения пациентов не только Кемеровской области, но и других сибирских регионов.

Уникальные операции на органах брюшной полости требуют точных диагностических данных. В этой связи морфологические исследования (гистологические и цитологические) приобретают огромное практическое значение.

Особое место занимает УЗИ-цитология, как один из наиболее современных и перспективных методов диагностики опухолевых и предопухолевых процессов печени, поджелудочной, щитовидной желез, почек и других органов.

Исследуются мазки-отпечатки ткани органа, полученные путем биопсии, либо при тонкоигольной пункции (ПТИ).

Пункции проводятся под контролем УЗИ.

В течение пяти лет в клинико-диагностической лаборатории ГКБ № 3 было исследовано 1293 препаратов, приготовленных из пунктатов различных органов.

Клетки злокачественного новообразования обнаружены в 255 препаратах.

Часть препаратов (мазки-отпечатки) приготовлены и анализированы во время операции в течение 20-30 минут.

Описание морфологии клеточного состава имеет большое диагностическое значение не только при опухолевых процессах, но также при гепатите, циррозе печени, гепатозе, панкреатите, воспалениях и некоторых других заболеваниях. Цитологический метод исследования пунктатов, полученных под контролем ультразвука, имеет ряд преимуществ – высокая информативность, возможность срочного получения результатов, малая травматичность для больного.

Полагаем, что широкое практическое внедрение метода позволит оперативно обеспечивать врачей клинических специальностей ценной диагностической информацией.

КОЛОМЕНДИНА Л.Ф., КОЛПИНСКИЙ Г.И., ВАЙМАН Е.Ф.
Клинический диагностический центр

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Черепно-мозговая травма по своему медико-социальному значению в последние десятилетия превратилась в одну из самых актуальных проблем современной медицины. Это связано с неуклонно возрастающими частотой и тяжестью черепно-мозговых повреждений, сложностью их диагностики, высокими показателями смертности и инвалидизации нейротравматологических больных во всех странах мира.

Лучевые методы диагностики при черепно-мозговой травме являются неотъемлемой частью общего клинического обследования пострадавших, и имеют решающее значение для определения характера повреждений и выработки тактики ведения этих больных.

Широкие перспективы в развитии нейротравматологии наметились с внедрением в клиническую практику компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. Эти методы исследования значительно расширили информативность диагностики, и позволили неинвазивно и быстро определять состояние мозгового вещества, выявлять внутричерепные гематомы, оценивать состояние желудочковой системы, цистерн основания мозга и других подоболочечных пространств, в зависимости от характера черепно-мозговой травмы и ее тяжести.

В первые дни после черепно-мозговой травмы имеются изменения функциональной активности, которые еще не носят стойкого характера и являются потенциально обратимыми, что отражает возможность ограничения формирования очагового функционального дефекта. Электроэнцефалография, являясь основным методом контроля функционального состояния головного мозга, способна не только контролировать факт его очагового поражения при ЧМТ, но и выявлять функциональные нарушения, которые имеют важное прогностическое значение и значительно влияют на исход заболевания, возможности восстановления нарушенных при ЧМТ функций. Наиболее важным и информативным является динамический контроль ЭЭГ, анализ наиболее значимых параметров которой позволяет следить за течением заболевания, выявлять отклонения и вовремя их корректировать.

Как показал наш опыт обследования пострадавших, получивших черепно-мозговую травму, независимо от степени тяжести повреждения, необходимо выполнять компьютерную томографию. Срочность ее проведения определяется степенью тяжести травмы. При поступлении пострадавших с тяжелой ЧМТ неотложное лучевое исследование должно начинаться с осуществления КТ, после чего выполняется традиционная краниография. При клинической картине легкой ЧМТ компьютерная томография может быть выполнена на следующий день в плановом порядке.

К числу дополнительных методов относятся эхоэнцефалоскопия, электроэнцефалография, ангиография и магнитно-резонансная томография. Церебральная ангиография пострадавшим с черепно-мозговой травмой выполняется по строгим показаниям, к числу которых относятся, прежде всего, клинические признаки внутричерепного кровоизлияния.

Роль магнитно-резонансной томографии, как дополнительного метода диагностики ЧМТ, чрезвычайно велика и обусловлена, прежде всего, высокой информативностью и чувствительностью. Однако в остром периоде травмы диагностические возможности МРТ значительно ниже КТ. Это обусловлено тем, что внутримозговые кровоизлияния в первые часы травмы изоинтенсивны по отношению к головному мозгу, вследствие чего они практически не различимы.

Следовательно, методология комплексной диагностики пострадавших с ЧМТ должна строиться, исходя из технических возможностей лечебного учреждения. В остром периоде ЧМТ предпочтение следует отдавать неинвазивным и наиболее информативным методам исследования, в первую очередь, компьютерной томографии.

КРЫШТАЛЕВ К.И., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.
ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 3 ИМ. М.А. ПОДГОРБУНСКОГО

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ

На сегодняшний день в отечественной и мировой литературе описана ультразвуковая картина острого аппендицита и его осложнений. Этому посвящены как отдельные статьи, так и монографии.

Известна эхосемиотика нормального и измененного аппендикса, с уточнением вида изменений отростка (флегмона, гангрена, эмпиема, наличие копролитов в просвете), что было подтверждено послеоперационными морфологическими исследованиями.

Появление цветового допплеровского картирования (ЦДК) сделало возможным визуализацию сосудов червеобразного отростка, с измерением ско-

ростных характеристик кровотока. Известны скоростные показатели для нормального и измененного аппендикса.

Однако, УЗИ при остром аппендиците не стало общепринятой практикой в отечественной экстренной медицине. Это обусловлено высокой зависимостью качества диагностики от субъективных факторов (опыта исследователя), больших временных затрат на поиск аппендикса, большой вариабельности в его нормальном положении в брюшной полости, а также от ряда объективных факторов, в т.ч. качества диагностической аппаратуры.

Обычно роль УЗИ сводится к исключению патологии со стороны других органов при подозрении на острый аппендицит: почечная колика, острый холецистит, панкреатит, патология органов малого таза. Выявляется наличие небольшого количества свободной жидкости в брюшной полости, с уточнением ее преимущественной локализации.

При формировании периаппендикулярного инфильтрата, возможности УЗИ расширяются. Становится возможной визуализация инфильтрата, оценка его размеров, вовлеченности кишечника и др. органов брюшной полости, наличие деструктивных изменений.

Ультразвуковая картина сопоставима с макроскопической картиной. Инфильтрат визуализируется в виде образования повышенной эхогенности, которая обусловлена инфильтрацией и отеком жировых структур, таких как большой сальник, брыжеечка червеобразного отростка, брыжейка терминального отдела подвздошной кишки, забрюшинная клетчатка и др. Сальник охватывает слепую кишку и терминальный отдел подвздошной, иногда возможна визуализация аппендикса, который на фоне инфильтрата определяется более четко. С течением времени, при формировании плотного инфильтрата, отмечается дальнейшее повышение плотности инфильтрата, большая четкость его наружных контуров, четкость контуров петель кишечника, составляющих инфильтрат.

При наличии деструктивных изменений определяются зоны сниженной эхогенности, вплоть до жидкости при формировании абсцесса.

Парааппендикулярный абсцесс характеризуется наличием полости, содержащей жидкость, возможно наличие мелкодисперсной взвеси, а также фрагментов разрушенного аппендикса.

При рассасывании инфильтрата, УЗ-картина проявляется уменьшением размеров инфильтрата, уменьшением размеров и исчезновением гипоэхогенных зон, уменьшением плотности инфильтрата, четкостью его контуров.

В ряде случаев, при необходимости дифференцировки между аппендикулярным инфильтратом и опухолью слепой кишки, УЗИ может существенно помочь клиницистам. УЗ-картина опухоли кишечника достаточно характерна, и отличается от воспалительного инфильтрата брюшной полости. В области пальпируемого инфильтрата определяется образование низкой плотности, в отличие от высокой при воспалительном инфильтрате. Контуры четкие, в центральной части образования определяется область высокой плотности. В литературе такая картина получила название “псевдопочка”. Сопутствующие изменения в виде лимфаденопатии, признаков кишечной непроходимости, метастатического поражения печени определяются не всегда. При перфорации опухоли возможно определение свободной жидкости в брюшной полости, также возможно сочетание картины опухоли и инфильтрата в зоне перфорации, наличие скоплений жидкости.

В 70-х годах 20-го века были впервые выполнены пункции под контролем УЗИ и КТ, с этого времени методика получила широкое распространение. Так, при наличии периаппендикулярного абсцесса возможно проведение его пункции, как с диагностической, так и с лечебной целью, или дренирования под контролем УЗИ.

Мы располагаем опытом применения лечебно-диагностических пункций и дренирования у 5 больных с парааппендикулярными абсцессами. Больные поступали в стационар в экстренном порядке. У всех пациентов установлен диагноз: “Периаппендикулярный инфильтрат, парааппендикулярный абсцесс?”. Диагноз подтвержден после проведения УЗИ. Учитывая небольшие размеры полости (до 50 мм), у трех больных вмешательство ограничилось проведением пункции, аспирацией содержимого и обработкой полости раствором антисептика. Количество санационных пункций составило от 2-х до 4-х. В двух случаях размеры абсцессов превышали 50 мм и 70 мм в диаметре, и данным больным проводилось дренирование под УЗИ-контролем, одним и двумя дренажами.

Всем больным проводилось динамическое УЗ-наблюдение, задачей которого являлся контроль размеров инфильтрата и полости абсцесса, наличия свободной жидкости. При дренировании в одном случае методом контроля являлась также фистулография (контроль секвестров и связи с кишкой).

Динамическое наблюдение показало уменьшение размеров полости после первой же пункции у всех больных. При дренировании образования в проекции дренажей скоплений жидкости не определялось. В одном случае для ликвидации полости абсцесса потребовалось проведение двух пункций, в двух случаях – 3 и 4 пункции. Сроки стояния дренажа составили 10 и 12 дней. После купирования воспалительного процесса, интоксикационного синдрома и рассасывания инфильтратов больные выписаны с рекомендациями проведения плановой аппендэктомии через 3 месяца.

Таким образом, показана высокая информативность УЗИ, как метода диагностики осложнений острого аппендицита, а также возможность применения лечебных манипуляций под контролем УЗИ.

КУЛЫШЕВ В.О., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПОЧЕК

Кисты почек составляют значительную часть урологических заболеваний. У 50 % лиц с уронефрологической патологией после 50 лет обнаруживаются кисты. По расположению кист почек выделяют интрапаренхиматозные кисты и кисты почечного синуса. В дальнейшем речь пойдет о солитарных кистах, расположенных в паренхиме почек.

Эхографически солитарные кисты представлены тонкостенными анэхогенными образованиями с четкими контурами округлой формы и эффектом дорсального усиления.

За 11 лет, в период с 1992 по 2003 годы, в Городской клинической больнице № 3 пролечено 489 больных с простыми кистами почек, и 18 пациентов с парапельвикальными кистами. Возраст больных колебался от 26 до 82 лет. Средний возраст составил 64 года.

Показаниями для инвазивного вмешательства под ультразвуковым контролем являлись: боли, артериальная гипертензия, нарушение функции пораженной кистой почки по результатам функциональных методов исследования, размеры кисты в почке более 50 мм.

Для пункции применялись иглы 18 G. Исследования проводились на аппаратах "Aloka" SSD-1200; SSD-1700, пункции выполнялись на портативном аппарате "Aloka" SSD-500. Все вмешательства проводились в условиях операционной под местной анестезией. На экране монитора выбиралась кратчайшая траектория пункции, минуя паренхиму почки, селезенку, печень, сосудистые структуры. Для манипуляций использовался съемный пункционный адаптер. В полость кисты после ее опорожнения вводился 96 % спирт в количестве около половины от ее первоначального объема. Экспозиция составляла 3-5 минут, после чего содержимое аспирировалось полностью. Полученный материал отправлялся на цитологическое исследование на атипичные клетки.

При размерах кист выше 10 см, в ряде случаев, в полость кисты устанавливался дренаж 9-10 F типа "pig tail" и проводилось 3-5-кратное промывание полости 96 % спиртом с интервалом 1-2 дня, после чего дренаж удалялся. Существенных различий результатов при использовании пункционного и дренирующего способов лечения в данных случаях нами не отмечено (в качестве контрольной группы пункционные методы лечения применены у пациентов с подобными размерами кист). Эффект от лечения оценивался через 3-6 месяцев. В течение последних 5 лет применяются только пункционные методы лечения солитарных кист почек.

Серьезных осложнений, повлекших за собой оперативное лечение, отмечено не было. В трех случаях потребовались повторные пункции, связанные с большими размерами кисты и наличием остаточной полости после вмешательства. В одном случае манипуляция осложнилась кровотечением, остановившимся самостоятельно. В дальнейшем у данного больного выполнены две пункции, в результате которых эвакуирована гемолизированная кровь. При контрольном исследовании рецидива кисты отмечено не было.

У всех пациентов динамическое наблюдение осуществлялось на следующий день после пункции, через 10 дней, спустя 1 месяц, 6 месяцев. Как правило, после пункции и склерозирования отмечалось накопление жидкости в полости кист примерно до 1/3 объема, что не расценивалось как осложнение и является реакцией эпителия полости кисты на склерозант. При накоплении жидкости в полости кисты после пункции до прежних размеров, в некоторых случаях (n = 76) проводились повторные пункции. У всех больных получен положительный результат, заключающийся в исчезновении остаточной полости кисты в сроки от 1 до 6 месяцев. Пациентам проводилось контрольное динамическое ультразвуковое исследование почек каждые шесть месяцев – один год. Рецидивов кист отмечено не было.

КОЛПИНСКИЙ Г.И., ВАЙМАН Е.Ф., ЕГОРОВ А.А.
МУЗ Клинический диагностический центр

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА "ЗОЛОТАЯ ОСЕНЬ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ"

Последние статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте продолжительности жизни женщин в современном мире. Таким образом, современная женщина значительную часть жизни проживает в перименопаузальный период. Важной составляющей этого периода является качество жизни, а оно может существенно снижаться в связи с последствиями гормональных изменений.

В феврале 2003 года в Диагностическом центре создана программа, позволяющая осуществлять комплексный подход к диагностике и лечению различных состояний, развивающихся в период менопаузы.

За прошедший год нами было проведено около 11000 исследований более чем 3000 женщин. Эти пациентки поступали к нашим консультантам с различными жалобами. Проводимые нами видеолектории также помогали проводить отбор женщин с разными проблемами.

Необходимо отметить, что только тесное взаимодействие между консультантами в решении диагностических вопросов и определении тактики ведения пациентки позволяют достигнуть наилучшего результата.

Внедренные нами новые методы исследования, такие как ультразвуковая и компьютерно-томографическая денситометрии, исследования маркеров остеопороза позволили определять не только сам факт, но и степень потери кальция при остеопорозе.

Наши лабораторные параметры разработаны в соответствии с международными стандартами, и позволяют на раннем этапе определить потери костной плотности.

Наши лаборатории – иммунологическая и биохимическая – используют самые современные методы диагностики гормонального статуса. Это метод иммунофлуоресцентного анализа и радиоиммунный метод. Подтвержденные федеральным контролем качества результаты определения гормонов выдаются в течение нескольких дней.

Необходимо отметить также широкий спектр гормональных исследований, проводимых в рамках нашей программы.

Нами выпущены методические рекомендации "Климактерий. Проблемы и пути решения", "Как сохранить здоровье и красоту", "Как защититься от остеопороза".

В заключение хотелось бы отметить сотрудничество с другими муниципальными учреждениями, осуществляющими подобные программы – "Климакс-центром" городской больницы № 1 и городским кожно-венерологическим диспансером. Ведь только совместными усилиями мы сможем улучшить качество жизни современных женщин.

ФИЛИППОВ П.Г., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СЛУЧАЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЕДИНСТВЕННОЙ АРТЕРИИ ПУПОВИНЫ

Частота данной патологии, выявление единственной артерии пуповины (ЕАП), невысока и составляет 0,5-1 % случаев всех беременностей. Дети с ЕАП реже встречаются в Японии и среди представителей негроидной популяции, но чаще в странах Восточной Европы. Эта аномалия, в основном, обнаруживается при аутопсическом исследовании у мертворожденных. Она определяется преимущественно в 3-м триместре беременности, что конкретно имело место в нашем случае, а не в ранние сроки эмбрионального развития. Соотношение плодов женского и мужского полов составляет 0,85 : 1. Развитие ЕАП в 3-4 раза выше при многоплодной беременности.

Патогенез данной аномалии заключается либо в первичной агенезии одной из артерий, либо в атрофии одной нормальной пупочной артерии. Единственная артерия пуповины более чем в 20 % случаев сочетается с другими врожденными пороками, задержкой развития плода, как основного признака данной патологии, и хромосомными аберрациями (до 67 %).

В среднем, число пороков развития, выявляемых у одного ребенка, варьирует от 2 до 5. Многие из этих аномалий настолько тонки (например, отсутствие небного язычка), что их невозможно обнаружить при ультразвуковом исследовании. Среди аномалий, диагностируемых при эхографическом исследовании и наиболее часто сочетающихся с ЕАП, выделяют нарушения функции ССС (особенно дефект межжелудочковой перегородки), расщелину губы, дефекты передней брюшной стенки, атрезию пищевода, спинномозговую грыжу, дефекты ЦНС (гидроцефалия, голопрозенцефалия), диафрагмальные грыжи, кистозную гигрому, аномалии мочеполовых путей, аномалии пальцев.

Уровень перинатальной смертности среди младенцев с ЕАП, в среднем, составляет 20 %. В 2/3 случаев перинатальной смертности приходится на мертворожденных, из которых 3/4 составляют дети, умершие в антенатальном периоде, и 1/4 – в интранатальном периоде.

Однако, у детей с ЕАП без сочетанных пороков развития уровень перинатальной смертности остается высоким. Это обусловлено, главным образом, незрелостью плода и задержкой его внутриутробного развития. Дети с ЕАП относятся к группе высокого риска пороков развития внутренних органов даже в том случае, если внешние аномалии не выявляются.

Все же, если эти пороки не проявляются клинически в неонатальном периоде, риск развития летальных или тяжелых аномалий не так высок, как у детей без ЕАП. Долговременный прогноз для детей с ЕАП и внутриутробной задержкой развития благоприятный, так как они достигают уровня развития здоровых детей. Среди детей, родившихся с ЕАП, частота паховых грыж выше, чем в контрольной группе. Уровень интеллектуального развития детей с ЕАП, не страдающих пороками развития, не отличается от такового у детей с двумя артериями пуповины.

Беременная Н., 22 лет, иногородняя, поступила в отделение гинекологии ГКБ № 3 по поводу угрозы позднего выкидыша в сроке беременности 24 недели, с жалобами на периодические схваткообразные боли внизу живота. На учете состоит по месту постоянного жительства, проходила ультразвуковое исследование (УЗИ) 3 раза, какой-либо патологии не выявлено.

С целью уточнения срока гестации, состояния внутриутробного плода, прикрепления плаценты, наличия или отсутствия отслойки, пороков развития плода, назначено и проведено УЗИ. При сканировании проведено УЗИ в полном объеме, с соблюдением всех правил и принципов проведения УЗИ при беременности. При исследовании пуповины выявлено отсутствие одной из артерий пуповины – в поперечном "срезе" визуализировался просвет 2-х сосудов, больший из которых являлся веной, а меньший – единственной артерией.

Такая же картина визуализировалась и при сканировании в продольном сечении пуповины. Визуализация пуповины в поперечном срезе, когда рядом с более крупной на поперечном сечении веной визуализируются две более мелкие артерии, в практике врачей УЗ-диагностики носит сравнение с "головой медвежонка и медвежьими ушками".

С целью более детального исследования беременная, после курса лечения в отделении гинекологии, перед выпиской была обследована в Перинатальном центре МДКБ г. Кемерово, где также не было выявлено отклонений у плода, кроме уже выявленной единственной артерии пуповины. В дальнейшем беременная продолжила наблюдение по основному месту жительства, была консультирована в Российском научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии, где так же не было выявлено каких-либо других пороков развития. Беременность закончилась преждевременными родами в сроке 36 недель, масса плода 2650 гр., без явного наличия грубых пороков.

Данный случай показывает, что и при наличии порока (ЕАП) с известным прогнозируемым исходом возможно благополучное завершение беременности. Это особенно важно для женщин, у которых это, возможно, "последний шанс", и показывает, что данную беременность не обязательно прерывать, а требуется проводить тщательное динамическое наблюдение.

ДЕМИДОВА Т.В., ПРУДЕЙ Т.А.
МУЗ Клинический диагностический центр

ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ В ИССЛЕДОВАНИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Существует целый ряд патологических процессов и клинических ситуаций, когда необходимо проводить диагностическое исследование системы гемостаза либо контролировать ее состояние. Важная роль в исследовании гемостаза отводится лабораторным методам.

В течение многих лет исследование системы гемостаза оставалось наиболее слабым звеном в работе клинико-диагностических лабораторий и ограничивалось небольшим набором лабораторных тестов. В настоящее время ситуация существенно изменилась – данное направление лабораторной диагностики широко развивается: скорректирована современная теория свертывания, лучше изучены факторы свертывания и роль тромбоцитов, появляются новые тесты и совершенствуются классические, а возможность использования коагулометров позволяет проводить эти исследования на более высоком качественном уровне.

Исследование системы гемостаза должно быть не только доступно и надежно, но и экономически оправданно. Не обязательно включать в коагулограмму много разных тестов, важно использовать четкий алгоритм исследования системы гемостаза. С этой точки зрения привлекает двухэтапный (2-х уровневый) алгоритм, который и был введен в практику проведения коагулологических исследований нашей лаборатории.

Коагулограмма 1-го уровня (этапа) включает набор тестов ориентировочных, предназначенных для выявления изменений в том или ином звене гемостаза, и доступна для применения в широкой медицинской практике (в том числе в лабораториях амбулаторно-поликлинического профиля). Коагулограмма включает следующий перечень лабораторных тестов: определение количества тромбоцитов, определение времени свертывания цельной крови, протромбиновый тест, определение АЧТВ, определение тромбинового времени, определение концентрации фибриногена Набор этих тестов позволяет получить достаточно общее представление о свертывающем и противосвертывающем потенциале крови пациента, и является минимально необходимым для первичной диагностики, позволяет акцентировать внимание врача к состоянию какого-либо звена гемостаза, необходимости получения дальнейшей информации.

Коагулограмма 2-го уровня (этапа) предполагает более точную оценку про- и антикоагулянтных механизмов, характеристику фибринолитической активности, включает дополнительно к 1-му уровню следующие лабораторные тесты: оценка агрегационной активности тромбоцитов, исследование антикоагулянтной системы (антитромбин III), оценка фибринолитической активности крови, определение РФМК,ПДФ.

Имея соответствующий (оптимальный) набор лабораторных тестов, исследование тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза реально проводить в амбулаторных условиях, выбрав скрининговый или расширенный вариант обследования. При тесном взаимодействии с лечащим врачом, возможно формирование других алгоритмов обследования состояния гемокоагуляции, приближенных к каждому конкретному пациенту. Для ряда пациентов требуется более глубокое исследование гемостаза, с определением специфических гемокоагуляционных маркеров на основе сложных и дорогостоящих методов исследования, которые целесообразно проводить в специализированных лабораториях.

ГРИЩЕНКО Е.В.
МУЗ Клинический диагностический центр

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

В комплекс исследований, проводимых в клиническом диагностическом центре при обследовании функционального состояния репродуктивной системы женщины, входит изучение гормонального статуса пациенток. Это закономерно, поскольку, согласно статистике, эндокринным факторам принадлежит одно из ведущих мест в перечне причин, вызывающих нарушения менструальной и репродуктивной функций.

Для оценки состояния репродуктивной сферы в клинико-диагностической лаборатории центра определяют секрецию гонадотропных (ФСГ, ЛГ) и половых гормонов (эстрадиол, прогестерон, тестостерон) методом радиоизотопного микроанализа (in vitro), который принято рассматривать в качестве эталона, результаты которого совпадают с результатами, полученными на унифицированных реактивах специальной программы ВОЗ по репродукции человека (Фанченко Н.Д., 1996). В год в лаборатории проводится около 700 исследований состояния репродуктивной системы у женщин.

На сегодняшний день расшифрованы основные закономерности процессов роста фолликулов, овуляции и развития желтого тела, охарактеризованы особенности гонадотропной регуляции этих процессов, что позволило выработать простой алгоритм лабораторного обследования пациенток.

Определение можно проводить как в сыворотке, так и в плазме крови. Допускается хранение исследуемых образцов при температуре +2-8°С не более 4-х дней после взятия материала. Для длительного хранения образцы следует заморозить. Не рекомендуется использовать гемолизированные, липемические или иктерические образцы, т.к. это может повлиять на результаты анализа.

Стресс, прием пищи, время суток не влияют на концентрацию гормонов репродуктивной сферы.

Целесообразно определение уровня ФСГ, ЛГ, эстрадиола, тестостерона при сохраненном менструальном цикле в раннюю фолликулиновую фазу – 6-8-й день цикла, что позволяет оценить состояние гипофиза, выявить дополнительные источники синтеза гормонов. В эти дни уровни всех гормонов наиболее стабильны. Более четкие результаты получают при заборе 2-3-х проб крови с интервалом 30-40 минут и последующим объединением полученных сывороток. Нельзя однократно определять ЛГ и ФСГ в пробе крови, взятой в середине цикла, для детекции овуляции. Сроки овуляции для циклов разной продолжительности различны (примерно за 14 дней до начала ожидаемой менструации) и могут сдвигаться на 1-2 дня от предполагаемых. В связи с этим, результаты однократного определения гонадотропинов на 13-14-й дни цикла в большинстве случаев дают ложную информацию о характере цикла.

В лютеиновую фазу цикла наиболее обосновано определение прогестерона в крови в середине этой фазы. Нормальное содержание данного гормона свидетельствует об овуляторном характере менструального цикла и полноценной функциональной активности желтого тела. Для выявления возможной недостаточности желтого тела желательно 2-3-х кратное измерение концентрации прогестерона с интервалом в 1-2 дня до и после лютеиновой фазы.

Уровень тестостерона более или менее постоянен в течение всего менструального цикла. Тем не менее, следует избегать определения тестостерона в крови в периовуляторный период.

Отдельно следует упомянуть о третьем гормоне аденогипофиза – пролактине. Его уровень повышается в ответ на разнообразные нарушения гипоталамической активности. Показано, что повышение уровня пролактина в крови, как правило, сочетается с нарушением фертильности, как у женщин, так и у мужчин, в связи с чем определение пролактина включено в обязательный алгоритм обследования всех пациентов со сниженной фертильностью.

Завершая краткий обзор лабораторного диагностического обследования, следует отметить, что для интерпретации результатов исследований необходимы точные сведения о сроках забора крови. Кроме того, в алгоритм первичного обследования нужно включать исследования не только состояния репродуктивной системы, но и тироидной, гипофизарноадреналовой систем, соматотропную функцию гипофиза, а также проведение исследований инфекционного статуса организма.

ВЛАД А.Р., МОЛДАВСКАЯ И.В., ТЕН С.Б., СЕМЕНОВ С.Е.
Кардиологический диспансер, МУЗ Клинический диагностический центр

ВОЗМОЖНОСТИ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОАНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЗА ПОПЕРЕЧНОГО СИНУСА

До недавнего времени основным методом диагностики церебрального венозного тромбоза являлась церебральная ангиография (ЦАГ). Однако, отсутствие характерных дифференциальных признаков тромбоза, позволяющих исключить отек мозга, ликворную гипертензию, также сопровождающихся отсутствием заполнения вен контрастом, наводит на мысль о том, что ЦАГ постепенно теряет свои позиции "золотого стандарта".

В связи с развитием современного малоинвазивного метода лучевой диагностики, такого, как спиральная компьютерная томоангиография (СКТА), появилась возможность визуализировать сосудистые структуры во взаимоотношении с окружающими тканями.

Целью исследования является определение возможностей СКТА в диагностике тромбоза поперечного венозного синуса в сравнении с МР-ангиографией.

Материалы и методы. Нами было исследовано 216 пациентов с признаками церебрального венозного застоя. Исследование проведено в течение 6 лет. Возраст больных был от 18 до 75 лет (в среднем, 42 года). Всем пациентам была проведена МР-венография на аппарате "Magnetom OPEN" с напряженностью магнитного поля 0,2 тесла по методике двухмерной время-пролетной ангиографии (2D TOF) и, при подозрении на тромбоз, спиральная компьютерная томоангиография на аппарате "Philips CT-Aura, Philips Medical Systems, Netherlands", с болюсным контрастированием.

Результаты и обсуждение. Тромбоз поперечного синуса был выявлен в 44 случаях (41 % от общего количества диагностированных интракраниальных венозных тромбозов различной локализации).

Признаком полного или частичного тромбоза поперечного синуса как при МРА, так и при СКТА является отсутствие, либо снижение сигнала потока в пораженном участке. Важно отметить, что при МР-венографии снижение сигнала потока наблюдается и при турбулентности в местах слияния двух вен, и в местах изгиба, а также зависит от анатомического типа венозного угла бифуркации безымянных вен, встречается в норме при а-типе и может быть ошибочно принят за пристеночный тромб.

В отличие от МРА, при СКТА отсутствие контрастирования или частичное сохранение просвета сосуда является прямым признаком тромбоза. СКТА позволяет дифференцировать частичный тромбоз от гипоплазии, которая тоже представляется тонкой линией кровотока. При частичном тромбозе визуализируются неровные, нечеткие контуры с признаками дефекта наполнения в зоне тромбоза и визуализация контрастированного кровотока в остальных отделах сосуда по всей ширине. При гипоплазии ширина просвета синуса одинакова на всем протяжении, края потока ровные и четкие.

Выводы: Таким образом, на наш взгляд, СКТА является новым верифицирующим методом, претендующим занять место ЦАГ в роли "золотого стандарта" в диагностике тромбоза поперечного синуса.

ЧУЙКО О.Е., КАЛИНИН М.М., МАКАРОВ С.А., ГОРБУНОВА Е.В.
Кемеровский кардиологический диспансер, поликлиника № 6

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артериальная гипертензия (АГ) – самое распространенное из хронических заболеваний в мире. Около 30 % населения планеты имеют повышенное АД. С возрастом число больных АГ неуклонно увеличивается и достигает 60-70 % возрастной группе старше 60 лет.

Причины развития АГ многообразны. Это наследственность, возраст, пол, а также ожирение, злоупотребление солью и алкоголем, курение.

Целью исследования явилось изучение осведомленности пациентов с АГ о наличии у них факторов риска и профилактики АГ.

Для этого была разработана анкета “Факторы риска артериальной гипертензии”, которая включала паспортные данные с указанием возраста, пола, роста и веса (по последним определялся индекс массы тела). Предложены вопросы:

- Какие самые высокие цифры АД регистрировались?
- Есть ли у вас кровные родственники, страдающие АГ?
- Любите соленое?
- Курите?
- Злоупотребляете алкоголем?
- Какие факторы, по вашему мнению, способствовали у вас повышению АД?
- Интересовались ли ранее проблемами профилактики АГ у знакомых, в научно-популярной литературе, по телевидению или радио?

Нами обследованы участники школы гипертоника (n = 102) и сотрудники поликлиники: врачи (n = 11), средний и младший мед. персонал (n = 17). Степень артериальной гипертензии – I-III.

Среди участников школы гипертоника было 16 мужчин и 86 женщин, средний возраст 52,6 ± 5,2 лет. Наиболее часто встречаемые факторы возникновения АГ: наследственность, избыточное употребление соли, индекс массы тела более 25.

Факторы риска	Мужчины (n = 16)	Женщины (n = 86)
Наследственность	4 (25 %)	56 (65 %)
Возраст (> 55 лет у мужчин, 65 у женщин)	4 (25 %)	18 (21 %)
Избыточное употребление соли	4 (25 %)	38 (44 %)
Курение	4 (25 %)	–
Индекс массы тела > 25	14 (87,5 %)	43 (100 %)

Следует отметить, что у 14 обследуемых (87,5 %) имелись 2-3 фактора риска.

Указывают на самостоятельный фактор риска – стресс – 56 пациентов(49 %), 14 (12,2 %) – смена погоды. При этом 18 чел. (15,8 %) не могут указать факторы риска возникновения АГ, 18 человек (17,6 %) не интересуются проблемами профилактики АГ.

Факторы риска	Врачи (n = 11)	Не врачи (n = 17)
Наследственность	10 (90 %)	9 (52,9 %)
Возраст (> 55 у мужчин, 65 у женщин)	11 (100 %)	2 (22,2 %)
Избыточное употребление соли	6 (54 %)	9 (52,9 %)
Курение	–	–
Индекс массы тела > 25	4 (36,3 %)	14 (82 %)

Несколько иная картина имелась при анкетировании сотрудников поликлиники. Средний возраст обследуемых этой группы – 48,5 ± 5,6 лет, все женщины.

Среди врачей 2-3 фактора риска отмечали 4 обследуемых (36 %), средний и младший мед.персонал – 7 (41 %).

Среди факторов риска называли стрессы – 9 врачей (47 %) и 14 чел. (58 %) среднего и младшего мед. пресонала. Последние не указывали среди факторов риска АГ злоупотребление алкоголем, солью и ожирение. Врачи не рассматривали фактором АГ смену погоды, среди среднего и младшего мед. персонала, напротив, 6 чел. (25 %) отмечали этот фактор.

Из результатов проведенного исследования следует:

- Различается понимание факторов риска у обследуемых мужчин и женщин.
- В понимании факторов риска играют роль профессиональные знания врачей и осведомленность пациентов-участников школы гипертоника по вопросам профилактики АГ.

Нами проводится дальнейшее изучение знаний пациентов-участников школы гипертоника о факторах риска АГ и их осведомленности по вопросам профилактики АГ.

СОЛОДОВНИК А.Г., НЕСТЕРОВ Ю.И., ПОМЫТКИНА Т.Е.,
ЛАСТОЧКИНА Л.Е., КОЗУБОВСКАЯ Р.Р., МОЗЕС К.Б.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

УЧАСТИЕ ПРОФИЛЬНОЙ КАФЕДРЫ В ФОРМИРОВАНИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Формирование участкового врача-терапевта зависит в значительной степени от качества обучения в медицинском вузе и от состояния лечебно-диагностической базы поликлиники.

Участковый врач-терапевт должен быть универсалом, поскольку к нему обращаются пациенты с самой разнообразной, не всегда терапевтической патологией. Кроме того, многие очень важные разделы работы врача требуют большого объема знаний и умений: ранняя диагностика и лечение заболеваний, вопросы профилактики, диспансеризации, амбулаторная реабилитация, медико-социальная экспертиза, особенности патологии и лечения разных возрастных групп. Система непрерывного обучения, отработанная на кафедре поликлинической терапии, позволяет постепенно и последовательно формировать необходимые знания и умения.

На сегодняшний день работа кафедры поликлинической терапии по содержанию обучения является оптимальной. Обучение в поликлинике студентов лечебного факультета начинается на 4-м курсе. При этом основной целью является практическое знакомство с организацией лечебно-профилактической терапевтической службы, ее диагностическими и другими возможностями. Это способствует формированию у студентов правильного представления о том, что население, получающее медицинскую помощь в поликлиниках, может и должно иметь ее полной и квалифицированной.

На 4-м курсе начинаем обучение "мобилизационному" процессу работы с пациентами в рамках пропедевтических задач, уделив внимание особенностям сбора анамнеза, осмотра, записи в амбулаторной карте. Особое внимание обращаем на вопросы профилактики и законодательные аспекты экспертизы трудоспособности. Прием больных носит сугубо ознакомительный характер.

На 5-м курсе углубляется знакомство с особенностями лечебно-диагностической работы врача-терапевта поликлиники на примере наиболее часто встречающихся заболеваний. К этому времени у студентов уже достаточно базовых знаний, чтобы под руководством или совместно с преподавателем участвовать в приеме больных. При этом основное внимание обращается на специфику задач поликлиники. Тематическим планом на 5-м курсе, как и на 4-м, предусматривается 25 часов практических занятий и 5 часов лекций.

На 6-м курсе студент должен полностью освоить все должностные обязанности участкового терапевта: самостоятельно вести больных в поликлинике, оказывать помощь больным на дому под контролем участкового врача и преподавателя, уметь заполнять всю медицинскую документацию, решать вопросы экспертизы трудоспособности. Студенты знакомятся с работой узких специалистов, с деятельностью бюро медико-социальной экспертизы.

В самостоятельной работе постоянно присутствует обучающий компонент в виде обсуждения с преподавателем обоснованности и правильности самостоятельно решенных вопросов (постановка диагноза, лечения и др.), исправление допущенных ошибок и пр. Тематическим планом предусмотрено 108 учебных часов, из них половина отводится на самостоятельную работу, вторая половина – на семинары, практические занятия, лекции, что недостаточно и требует дальнейшей оценки.

Заключительный этап поликлинической подготовки по терапии – интернатура. В течение 8 недель (288 часов) врач-интерн углубляет знания и умения, приобретает навыки по основным разделам работы участкового врача: оказание населению участка квалифицированной терапевтической помощи на приеме в поликлинике и на дому, организация и непосредственное проведение профилактических медицинских осмотров. Кроме того, интерн-терапевт участвует в госпитализации больных в клиники и больницы, в дневные стационары при поликлиниках, в организации стационаров на дому. Проводит врачебно-трудовую и медико-социальную экспертизу по определению временной утраты трудоспособности и ограничений жизнедеятельности пациентов, оформляет посыльные листы на МСЭК. Ведет необходимую учетно-отчетную медицинскую документацию, проводит анализ заболеваемости населения своего участка.

В конце цикла на итоговое занятие врач-интерн представляет работу "Анализ деятельности участкового терапевта" (на примере "своего" участка). С учетом основных направлений практической деятельности, в программу теоретической подготовки врачей включены семинары на следующие темы: "Организация работы и основные показатели деятельности участкового врача", "Врачебно-трудовая экспертиза в работе участкового врача-терапевта", "Диагностика, лечение и реабилитация при заболеваниях внутренних органов в амбулаторных условиях". Особое внимание обращается на возрастные аспекты патологии (подростковый, пожилой, старческий возраст).

Студенты, врачи-интерны обеспечиваются набором учебно-методических пособий по поликлиническому циклу, подготовленных сотрудниками кафедры.

Система непрерывного преподавания поликлинической терапии студентам лечебного факультета, начиная с 4-го курса с продолжением обучения в интернатуре, обеспечивает профессиональную

адаптацию в медицинской среде, формирует модель специалиста первичного звена здравоохранения. Однако только отдельные студенты и врачи-интерны планируют свою будущую работу в качестве участкового врача-терапевта из-за его низкой социальной защищенности и сложности работы. Учитывая большой вклад поликлинической службы в сохранение здоровья населения, необходимо принимать новые социальные программы по повышению статуса участкового врача-терапевта.

ШУМАКОВА Н.В., КОТУРГА Л.И., СОЛОМАТИНА Е.Б., КУЗНЕЦОВА О.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Внебольничные пневмонии относятся к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. Согласно данным зарубежных эпидемиологических исследований, заболеваемость внебольничных пневмоний у взрослых колеблется в широком диапазоне: у лиц молодого и среднего возраста 1-11,6 %, в старших возрастных группах – до 25-44 %. Этиологическая структура внебольничных пневмоний может различаться в зависимости от возраста больных, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии.

В большинстве случаев, основываясь на анализе клинико-рентгенологической картины заболевания, не удается с определенностью высказаться о вероятной этиологии внебольничной пневмонии.

Цель исследования: определить клинические и рентгенологические симптомы кандидозной пневмонии у лиц пожилого возраста.

Материал и методы: Обследовано 6 пациентов мужского пола в возрасте 68-75 лет, в среднем, 71-,5 ± 2,2 лет. Диагностика заболевания проводилась на основании комплекса клинических и лабораторных исследований. Все получали комбинированную антибиотикотерапию (бензилпенициллин в суточной дозе 8 млн. ЕД и гентамицин 160 мг/сут); после индтификации патогенной микрофлоры, выделенной из мокроты (candidae), назначался противогрибковый препарат флуконазол. Длительность курса лечения составляла от 10-15 дней.

Результаты исследования: У 25 % больных отсутствовала лихорадка, лейкоцитоз отмечался лишь у 50-70 % пациентов. Клиническая симптоматика представлялась утомляемостью, слабостью, тошнотой, анорексией. В 10 % случаев течение внебольничной пневмонии осложнялось плевральным выпотом.

На фоне лечения флуконазолом отмечена полная эрадикация candidae, которая наступила на 7-й день лечения. Не выявлялась она и к концу курса лечения. При рентгенографии органов грудной клетки очагово-инфильтративные изменения на 10-е сутки соответствовали полному выздоровлению.

ПРОСТАКИШИНА Ю.М., БАГРОВА Л.О., СУДАКОВА Л.В.
Городской пульмонологический центр, МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Пневмония остается одним из наиболее распространенных заболеваний. В последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению не только заболеваемости, но и смертности от пневмонии.

Наиболее частыми возбудителями внебольничных пневмоний являются пневмококки, гемофильная палочка, Mycoplasma pneumoniae и Chlamydophila pneumoniae, причем на долю 2-х последних приходится 20-30 % "домашних" пневмоний у молодых лиц.

Амбулаторное звено является первым и часто единственным звеном в лечении этого заболевания, поэтому правильный выбор антимикробного препарата в самом начале заболевания определяет эффективность лечения. В связи с ростом частоты пневмоний, вызванных атипичными возбудителями, пенициллины утратили статус препаратов первого выбора.

С этой точки зрения представляется интересным проанализировать эффективность назначаемых участковыми врачами при лечении внебольничных пневмоний антимикробных препаратов. Рассмотрены 74 амбулаторные карты лиц, лечившихся по поводу пневмонии в поликлиниках г. Кемерово в 2003 г. Возраст больных составил 17-77 лет (в среднем, 44,2 года), из них 42 мужчины и 32 женщины.

У большинства больных (58 человек, 78 %) пневмония характеризовалась легким течением (лейкоцитоз < 15, инфильтрация не затрагивала всю долю). Более чем у половины пациентов (62 %) имелись выраженный синдром интоксикации и бронхиального раздражения. Болевой синдром почти в 100 % случаев соответствовал рентгенологической

долевой инфильтрации. Лишь в 7 случаях (9 %) проводился анализ мокроты (простая микроскопия, посев). Все эти пациенты имели среднетяжелое течение пневмонии и сопутствующую патологию (хронический обструктивный бронхит, сердечная недостаточность).

При исследовании мокроты выделялись пневмококк и гемофильная палочка. Атипичные возбудители не были выявлены ни разу. У больных с легким течением болезни и у пациентов с подозрением на пневмонию, вызванную атипичной флорой, исследование мокроты не проводилось.

Рентгенография органов грудной клетки, диагностическая и контрольная (через 10-14 дней), проводилась в 100 % случаев.

Наиболее часто назначаемыми антибиотиками в амбулаторной практике явились аминопенициллины (25 случаев, 68 %), цефалоспорины 1-2 поколений (20 случаев, 27,03 %), макролиды (33 случая, 44,59 %), реже фторхинолоны (6 случаев, 8,1 %). У 25 пациентов (34 %) врачи амбулаторной практики меняли антибактериальный препарат. Это происходило вследствие неадекватного назначения эмпирической антибактериальной терапии первого ряда (бисептол, цефазолин, линкомицин) – 14,8 % случаев, сохранения лейкоцитоза, ускоренной СОЭ, изменений на рентгенограмме при нормальной температуре бодее 3-х суток, использования недостаточных доз и неправильного введения препаратов (пенициллин 2 млн. ЕД/сут, ампициллин per os 2 г/сут) – 2,7 %. Действительная же неэффективность препаратов первого ряда составила всего 10,8 %. В большинстве случаев (52 случая, 70 %) назначение первичной эмпирической терапии было правильным (соответствовало формулярной системе).

В нашем городе проводилось анкетирование среди врачей-терапевтов амбулаторной практики. Выяснилось, что большинство врачей информированы о том, что препаратами выбора являются макролиды, аминопенициллины и доксициклин. Неправильное назначение препаратов было связано либо с незнанием некоторыми врачами формулярной системы, либо с финансовой несостоятельностью пациентов.

Сроки лечения составили от 4-х до 38 дней, в среднем, 14 дней. Достаточно длительные сроки лечения были связаны как с поздним обращением пациентов в поликлинику, так и с неадекватным назначением эмпирической антибактериальной терапии.

В 4-х из 74 случаев (5 %) потребовалась госпитализация в стационар, что было связано с неадекватной антимикробной терапией первого ряда, тяжестью состояния больных.

Таким образом, во всех анализируемых случаях имела место физикально-рентгенологическая верификация диагноза пневмонии. Этиологическая диагностика внебольничной пневмонии в амбулаторной практике практически не проводилась. Лечение у большинства пациентов назначалось эмпирически. При этом в 70 % случаев антимикробная терапия соответствовала стандартам лечения внебольничной пневмонии, что способствует полному выздоровлению большинства больных на догоспитальном этапе (81 %).

КУЗНЕЦОВА О.В., КОТУРГА Л.И., ШАНГИНА О.А., СОЛОМАТИНА Е.Б., ШУМАКОВА Н.В.
МУЗ Городская клиничкая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра госпитальной терапии

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У РАБОТНИКОВ АММИАЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Аммиак обладает прямым раздражающим действием на слизистую бронхов, инициируя дисбаланс в системе "перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита (ПОЛ-АОЗ)", играющей ключевую роль в воспалении и формировании бронхообструктивных заболеваний у работников аммиачного производства.

Изучение окислительных процессов в сыворотке крови проводилось методом хемилюминесценции (ХЛ). Оценивались интенсивность быстрой вспышки (ИБВ), отражающая общий уровень оксидативного повреждения, и максимальная скорость ингибирования (МСИ), соответствующая уровню антиоксидантного потенциала сыворотки крови.

В исследование были включены 50 работников аммиачного производства в возрасте от 20 до 69 лет и стажем работы 5-42 лет, и 22 человека, не связанных с химическим производством, соответствующей возрастной группы. В группе работников аммиачного производства курящих было 32 человека, в контрольной группе – 16 человек.

Уровень ИБВ в группе работников аммиачного производства составил $1,38 \pm 0,28$, и был достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в контрольной группе ($0,99 \pm 0,08$); МСИ в первой группе составила $0,24 \pm 0,06$, что так же достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в группе контроля ($0,19 \pm 0,04$).

Полученные данные свидетельствуют о нарастании ПОЛ и АОЗ при контакте с аммиаком в сыворотке крови у рабочих аммиачного производства. Среди "химиков" в группе курящих выявлено более выраженное снижение АОЗ и нарастание ПОЛ.

По результатам спирометрии, в группе работников аммиачного производства в 19 % случаев выявлено снижение бронхиальной проходимости (ОФВ1 от 78 % до 34 %), из них курящие составили 76 %; уровень ИБВ в данной группе составил 1,56 ± 0,32, что достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе работников с нормальными показателями спирометрии (1,34 ± 0,24); МСИ составил, соответственно, 0,224 ± 0,053 и 0,247 ± 0,066. На основании вышеизложенных данных можно сделать вывод об истощении АОЗ и нарастании процессов ПОЛ в сыворотке крови при формировании бронхиальной обструкции у работников аммиачного производства.

Таким образом, оценка уровня ПОЛ методом ХЛ, вероятно, может отражать степень воспаления дыхательных путей, как предиктора развития бронхиальной обструкции. Курение, как дополнительный фактор риска, значительно увеличивает риск формирования бронхообструкции у работников аммиачного производства.

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., ЛИТВИНЕНКО В.И., ГУБАРЕВА В.Ф., ТОРОЧКИНА Е.Г.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КАРДИОЛОГИИ МАЛЫМИ ДОЗАМИ АМИТРИПТИЛИНА

Амитриптилин до сих пор является одним из наиболее часто применяемых антидепрессантов, в том числе и у пожилых пациентов.

Целью работы было изучение клинической эффективности, безопасности применения, а также влияние малых доз амитриптилина на качество жизни пожилых больных со стабильной стенокардией и сопутствующими депрессивными расстройствами.

Материалы и методы: Обследовано 32 пациента (20 мужчин и 12 женщин), в среднем возрасте 76,5 ± 3,5 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам 1-й группы ((n = 20) проводилась антиангинальная терапия (кардикет по 40 мг в сутки). Пациенты 2-й группы (n = 12) получали кардикет по 40 мг в сутки в сочетании с амитриптилином в малой дозе (12,5 мг 2 раза в сутки). Оценивалось количество приступов стенокардии в неделю, количество потребляемого сублингвального нитроглицерина.

Оценка качества жизни проводилось при помощи Нотингемского опросника. Психоэмоциональный статус исследовали по шкале депрессии Бека. Всем пациентам проводилось ЭхоКГ, ЭКГ, суточное ЭКГ-мониторирование. Анкетирование пациентов проводилось до лечения и на 21 день терапии.

Критериями исключения явились: острый инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, предсердная и желудочковая экстрасистолия, внутрисердечные блокады, онкопатология.

Результаты: Исходно все пациенты имели 2-й функциональный класс стенокардии, артериальную гипертензию. По показателям ЭхоКГ фракция выброса в обеих группах достоверно не отличалась и составила 55,1 ± 5,94 и 55,2 ± 5,8, соответственно ($p > 0,05$). Из 18 пациентов 2-й группы 2 пациента выбыли из исследования ввиду развития побочного эффекта сухости во рту.

В обеих группах зафиксировано уменьшение приступов стенокардии, в среднем на 38,66 ± 3,5 % и 52,1 ± 3,3 %, соответственно ($p > 0,05$). Снизилась потребность в приеме нитроглицерина в 1-й и во 2-й группах, в среднем, на 32,3 ± 4,3 % и 52,1 ± 4,1 %, соответственно ($p < 0,05$). Средний балл депрессии в 1-й группе по шкале Бека до лечения и в динамике составил – 31,2 ± 5,9 и 28,9 ± 5,4, соответственно ($p > 0,05$). Во 2-й группе данные показатели до лечения и в динамике составили – 28,54 ± 2,5 и 16,9 ± 4,1 ($p < 0,002$).

Отмечено более значимое улучшение качества жизни у пациентов 2-й группы, с исходного 343 ± 91 до 181,2 ± 71,7 ($p < 0,05$). Показатели качества жизни в 1-й группе до лечения и в динамике составили 293,8 ± 91,5 и 251,9 ± 89,85, соответственно ($p > 0,05$). На фоне терапии в обеих группах отмечено снижение АД, с исходного 155 ± 10,5 до 135 ± 8,5 мм рт. ст. ($p < 0,05$). На фоне лечения амитриптилином в суточной дозе 25 мг, по данным суточного ЭКГ-мониторирования, не было отмечено появления нарушений ритма, нарушений внутрисердечной проводимости, ухудшения коронарного кровотока.

Выводы: Учитывая полученные данные, можно предположить эффективность применения и относительную безопасность малых доз антидепрессанта амитриптилина у пожилых пациентов со стабильной стенокардией.

ХОРОШАЯ Л.Н., НЕСТЕРОВ Ю.И., МАКАРОВ С.А., ДРЕМИНА Л.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский кардиологический диспансер

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ПОЛИКЛИНИКУ

Артериальная гипертония (АГ) представляет одну из важнейших проблем здравоохранения, распространенность которой в России составляет среди мужчин 39,2 %, среди женщин – 41,1 % (Оганов Р.Г., 1999).Ситуация усугубляется низкой осведомленностью лиц с повышенным уровнем артериального давления (АД).

Знают о своем заболевании всего 58,9 % женщин и 37,1 % мужчин (Константинов В.В. и соавт., 2001). Принимают лекарства только 45,7 % женщин и 21,6 % мужчин, адекватно контролируют уровень АД – 14 % и 6 %, соответственно. Многие больные вообще не получают никакого лечения (Арутюнов Г.Л. и соавт., 2002; Шальнова С.А. и соавт., 2001).

В Федеральной Целевой Программе "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации", принятой Постановлением Правительства 17 июня 2001 г., поставлена задача снижения заболеваемости населения мозговыми инсультами и ишемической болезнью сердца на 13-18 %. Первоочередными задачами, стоящими перед службой здравоохранения в реализации этой программы, следует считать: улучшение качества медицинской помощи больным с АГ; полное и раннее выявление новых случаев заболевания и проведение среди них эффективной вторичной медикаментозной и немедикаментозной профилактики.

Цель исследования – изучить распространенность АГ по обращаемости в поликлинику среди взрослого населения г. Кемерово.

Материалы и методы исследования. В период с 12 по 23 января 2004 г. всем пациентам, независимо от повода обращения в поликлинику, регистрировали артериальное давление (АД) по стандартной методике. Результаты заносились в скрининговые регистрационные карты.

Результаты исследования. Всего обследовано 31-51 пациентов, 925 мужчин (29,3 %) и 2226 женщин (70,6 %). Повышенные цифры АД (140/90 мм рт. ст. и более) выявлены у 1746 человек (55,4 %). Распространенность АГ среди женщин составила 54,7 %, среди мужчин – 57,08 %. Впервые выявленная АГ у женщин – 14,5 %, у мужчин – 37,5 %.

ТОРОЧКИНА Е.Е., ГУЛЯЕВА Е.Н., ШАБАЛИН А.В.,
КОЖИНОВА И.Н., КОНОВАЛОВА А.А., ГУБАРЕВА В.Ф., ОБРАЗЦОВА М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Клиническая больница № 1 ГУПН МЮ РФ по Кемеровской области, НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ В МИОКАРДЕ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Повреждение автономного кардиального контроля ассоциируется с увеличением сердечно-сосудистой смертности от всех причин, особенно среди больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией (АГ) или неблагоприятным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний. До настоящего времени остается дискутабельным вопрос о роли "вклада" различных составляющих клинико-функционального статуса в повреждении автономного кардиального контроля и валидность неинвазивных маркеров его оценки.

Целью исследования явилось изучение клинической значимости и взаимосвязи неинвазивных маркеров аритмогенности миокарда (Q-T, вариабельность, дисперсия Q-T, вариабельность ритма сердца) при бифункциональном суточном мониторировании электрокардиограммы (ЭКГ) и артериального давления (АД) у больных АГ.

В процессе исследования были поставлены следующие задачи: 1) оценить временные и частотные показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с артериальной гипертензией "белого халата" (АГ "б/х") и АГ I-III степени; 2) определить среднесуточные значения и вариабельность интервалов Q-T и Q-Tк при холтеровском мониторировании ЭКГ (ХМ-ЭКГ) у лиц с АГ "б/х" и больных АГ; 3) определить циркадную динамику неинвазивных маркеров аритмогенности миокарда у больных с АГ; 4) выявить взаимосвязи вариабельности сердечного ритма и процессов реполяризации миокарда с клинико-функциональным статусом пациентов при АГ.

Исследовались пациенты ЭАГ I-III степени, риском 2-3 (59 мужчин и 22 женщины), в среднем возрасте 41,4 года, без значимых нарушений ритма сердца, способных изменить показатели его вари-

абельности, и не получавших на момент исследования регулярной антигипертензивной терапии.

Группу больных АГ I-й степени составили 36 % пациентов, II-й степени – 26 % больных, III-й – 20 % больных. У 18 % обследованных была диагностирована АГ "б/х". Контрольную группу составили 20 психосоматически здоровых лиц.

Всем обследованным оценивали степень тяжести АГ в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999), проводили антропометрию, ХМ-ЭКГ и АД, эходопплеркардиографию.

В результате проведенного исследования выявлено, что при АГ, начиная с АГ "б/х", происходит существенное снижение среднесуточных маркеров разброса вагосимпатического тонуса и быстрых высокочастотных колебаний. Указанный вывод достоверно подтвержден при анализе спектральных показателей вариабельности ритма. По мере нарастания тяжести АГ, происходит четкое уменьшение общей мощности спектра, мощность его низко- и высокочастотных колебаний, свидетельствующих о повреждении автономного кардиального контроля. Обращает внимание феномен "дисрегуляции" при АГ "б/х" с уменьшением показателей симпатического тонуса, ростом высокочастотных парасимпатических колебаний и некоторым уменьшением общей мощности спектра, по сравнению со здоровыми.

При исследовании циркадной динамики спектральных характеристик ритма сердца выявлено, что как у здоровых лиц, так и при АГ "б/х" и АГ I-II-й степени, ночью происходит увеличение общей мощности спектра за счет низко- и высокочастотных колебаний. Это свидетельствует о том, что низкочастотный спектр маркирует не только симпатический, но и вагусный тонус. Обращает внимание извращение нормальной циркадной динамики при тяжелой АГ.

Среднесуточные значения Q-T свидетельствуют о его увеличении при АГ III-й степени, опосредованном не только через ЧСС, но и прямой регуляцией реполяризации миокарда. Существует сообщение о связи тестостероновой недостаточности у мужчин с увеличением Q-T и, с другой стороны, данные об увеличении уровня кортизола и уменьшении тестостерона при АГ.

Анализ циркадной динамики Q-Tк свидетельствует о его четком увеличении ночью при АГ I-й степени, и фактической стабильности при АГ "б/х" и тяжелой АГ. Среднесуточная вариабельность Q-T и Q-Tк отличается увеличением при АГ "б/х" и ЭАГ. Циркадная динамика вариабельности Q-T свидетельствует об ее существенном уменьшении ночью (при АГ III-й степени – в 2 раза), при этом такая зависимость сохраняется для Q-Tк, что свидетельствует о значимом влиянии на временную дисперсию реполяризации миокарда нейроэндокринного статуса.

Для выявления влияния клинико-функционального статуса пациентов с АГ на вариабельность ритма сердца и интервала Q-T, был проведен многофакторный линейный регрессионный анализ, включивший до 16 независимых переменных. Выяснилось, что на формирование низкочастотной составляющей спектра, способной в существенной степени маркировать состояние симпатического тонуса, независимое влияние оказывают масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), минутный объем крови (МОК), курение и возраст больных. На неоднородность процессов реполяризации миокарда оказали влияние многие факторы – фракция выброса, наличие диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), возраст, офисное АД, систолическое АД и давность гипертензии.

Таким образом, наличие АГ, начиная с АГ "б/х" (практически здоровые лица), сопровождается рядом неблагоприятных электрофизиологических сдвигов в миокарде левого желудочка сердца, ассоциированных с его гипертрофией и повреждением автономного кардиального контроля и зависимых от функции левого желудочка, возраста больных и степени тяжести АГ.

МЕЩЕРЯКОВА А.Я., НЕСТЕРОВ Ю.И., ТЕПЛЯКОВ А.Т., МАЛИНОВСКИЙ С.В.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кемеровская станция скорой медицинской помощи

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КРИЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Течение артериальной гипертонии (АГ) зачастую осложняется развитием гипертонических кризов (ГК), которые во многом определяют ее исход.

По мнению А.Л. Мясникова, "ГК представляет собой … квинтэссенцию гипертонической болезни, ее сгусток", сопровождающееся клиническими симптомами и требующие неотложного лечения. Внезапные перепады АД (ниже 90/60 мм рт. ст. и выше 180/110 мм рт. ст.) приводят к нарушению ауторегуляции жизненно важных органов и вызывают повреждение мозга, сердца, сосудов и почек достоверно чаще, чем постоянно высокое АД. В России, где распространение АГ носит характер эпидемии, регистрируется существенный рост ГК.

По данным Национального научно-практического общества СМП, в целом по России, за последние 3 года число вызовов бригад СМП по поводу ГК и связанных с ними госпитализаций увеличилось, в среднем, в 1,5 раза. Учитывая тот факт, что в г. Кемерово показатель эффективности лечения АГ крайне низкий, следует предполагать высокую

частоту обращаемости больных с ГК на станцию СМП.

Цель исследования – изучить частоту обращаемости на СМП больных с гипертоническими кризами и выяснить предполагаемые причины их развития в популяции Кемерово.

Материал и методы. На станции СМП были отобраны карты вызовов, сделанных на Центральную подстанцию СМП в течение 2000 г. по поводу гипертонических кризов больными, территориально относящимися к поликлинике МУЗ КДЦ.

Результаты исследования. Проанализировано 407 карт. Мужчинами было сделано 70 вызовов (17-,2 %), женщинами – 337 (82,8 %). По возрасту больные распределялись следующим образом: до 18 лет – 0,7 %, 20-29 лет – 4,4 %, 30-39 лет – 6,6 %, 40-49 лет – 31 %, 50-59 лет – 32 %, старше 60 лет – 25,3 %. Таким образом, вызова чаще приходились на работоспособный возраст.

На момент приезда врача скорой помощи, у 43 % больных исходные показатели АД превышали 180/110 мм рт. ст., у остальных они колебались в пределах от 160/100 до 180/110 мм рт. ст. При опросе пациентов в отношении предшествующего антигипертензивного лечения, выявлено, что 32,4 % больных систематически принимали устаревшие препараты (адельфан, клофелин, андипал), 31,2 % пациентов лечились нерегулярно. Оказался большой процент больных, не принимавших лекарств – 25,3 %, причем 54 % из них были осведомлены о наличии у них повышенного АД. Впервые выявленная АГ, дебютом которой явился ГК, отмечена в 11,5 % случаев.

Из исследованных 407 вызовов, у 57 % пациентов имели место ассоциированные заболевания (различные проявления ишемической болезни сердца, цереброваскулярные заболевания, патология почек) и заболевания, являющиеся факторами риска АГ (сахарный диабет, ожирение).

Выводы:

1. Большинство вызовов (74 %) по поводу ГК приходится на трудоспособный возраст.
2. Почти у половина пациентов (43 %) кризы развиваются на фоне высокого АД, соответственно 3-й степени.
3. У 32,4 % больных причина криза – прием "устаревших" препаратов, у 31,2 % – нерегулярный прием лекарств, у 25,3 % – отсутствие лечения.
4. У 11,5 % пациентов ГК явился первым проявлением АГ.
5. В половине случаев кризы протекали с различными осложнениями.

МИХАЙЛОВА И.А., ПРОСЕКОВА Т.Ю., БАГРОВА Л.О., БЕЛЫХ В.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

После XV-го съезда терапевтов (1962), обсудившего вопрос острых пневмоний, интерес и внимание к ним не ослабевают. Это обусловлено высоким, не имеющим тенденции к снижению, уровнем заболеваемости, изменением этиологии и симптоматики острых пневмоний, частым переходом их в затяжное течение, не до конца решенными вопросами диагностики, реабилитации и диспансерного наблюдения.

Пневмонии являются одним из наиболее часто встречаемых острых заболеваний, они возникают в самых разных возрастных группах. Заболеваемость пневмониями колеблется от 2-х до 17 случаев на 1000 населения в год, существенно увеличиваясь в организованных коллективах, особенно в периоды эпидемий гриппа или иных респираторных вирусных инфекций.

Установлено, что за каждое пятилетие острым бронхитом и острой пневмонией переболевают 10 % взрослого населения.

Нами проанализированы 347 историй болезни пациентов, доставленных в приемное отделение ГКБ № 3 г. Кемерово в течение первого полугодия 2003 года. Выборка была сплошной. Среди поступивших, мужчины составляли 61,1 %, женщины – 38,9 %. Средний возраст – 49,5 ± 13,6 лет. Бригадой СМП были доставлены 222 чел. (64 %), по направлению из поликлиники – 114 чел. (33 %), обратились сами – 11 чел. (3 %).

На первые сутки от начала заболевания обратились 4,1 % пациентов, на 2-5 сутки – 35,1 % заболевших, на 6-10 день – 39,2 %, с давностью заболевания свыше 2-х недель – 21,6 %. Среди пациентов, обратившихся на ССМП, рентгенологическое исследование не проводилось, и диагностика основывалась только на клинических симптомах заболевания. Среди направленных из поликлиник рентгенологическое обследование перед госпитализацией было проведено только у 28 % пациентов. До поступления в стационар пациенты принимали жаропонижающие препараты (ацетилсалициловую кислоту, парацетомол, терра-флю) – 132 чел. (38,6 %), антибиотики (цифран, ципролет, эритромицин, оксациллин, бисептол) – 17 чел. (4,9 %), остальные пациенты медикаменты не принимали – 198 чел. (56,5 %).

Диагноз рентгенологически и клинически подтвердился у 191 больного (55 %), и больные были госпитализированы в отделение пульмонологии. Сразу в отделение реанимации, в связи с крайне тяжелым состоянием, госпитализированы 9 пациентов (2,6 %). У 13 человек (3,9 %) пневмония носи-

ла затяжной характер, на фоне хронической сердечной недостаточности. У 156 пациентов (45 %) пневмония была исключена.

В результате дообследования у этих лиц установлены следующие диагнозы: гайморит – 7 пациентов (4,4 %), ОРВИ и грипп – 83 человек (53,2 %), обострение хронического бронхита – 27 чел. (17,3 %), туберкулез легких – 11 пациентов (7,1 %), остеохондроз позвоночника – 4 пациентов (2,6 %), ИБС, осложненная недостаточностью кровообращения – 4 больных (2,6 %), пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, нефротическая форма – 5 больных (3,2 %), разные причины (глоточный абсцесс, ангина, рак желудка, компрессионный перелом грудных позвонков, астено-невротический синдром, эмпиема плевры, лихорадкай неясного генеза) – 15 чел. (9,6 %).

Таким образом, исследование выявило значительную гипердиагностику пневмоний на догоспитальном этапе, преимущественно за счет острых вирусных инфекций, позднее обращение больных за медицинской помощью (на 3-10 сутки более 70 % больных).

Выявлено недостаточное рентгенологическое обследование больных на догоспитальном этапе в поликлинике. Полученные данные не отличаются от общей картины диагностики данного заболевания в стране, и требуют внимания.

ПОЛТОРАЦКАЯ Е.В.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ АСТМА

В настоящее время бронхиальная астма относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний, при эпидемиологических исследованиях выявляется у 5 % взрослых и 9 % детей.

Однако, по официальной статистике в России регистрируется низкая, отличная от других стран, заболеваемость. Возникла необходимость внедрения и широкого использования в лечебной сети методов ранней диагностики астмы, а так же обеспечения доступности специализированной пульмонологической помощи.

Целью нашего исследования явилось уточнение заболеваемости и уровня болезненности по данным пульмонологического кабинета городской поликлиники. За последние три года уровень заболеваемости и болезненности остаются стабильными и в 2001 году составили 0,97 и 9,4, а в 2003 году – 0,95 и 10,3 на 1000 населения, соответственно. При анализе показателей временной нетрудоспособности отмечается рост случаев временной нетрудоспособности с 95 в 2001 г. до 129 в 2003 г., с уменьшением среднего пребывания на больничном листе в днях с 18,2 дней до 16,1 дней.

Большинство больных впервые выявленной астмой составили женщины (73 %). Преобладали пациенты трудоспособного возраста (до 40 лет – 25,8 %; 40-60 лет – 40,5 %; старше 60 лет – 33,7 %). Инфекционно-зависимая бронхиальная астма была у 86,6 % больных; атопическая – у 11,2 %; аспириновая – у 2,2 %.

При анализе амбулаторных карт время от начала появления жалоб, подозрительных на бронхиальную астму, до постановки диагноза до 6 месяцев составило 26,9 %; до года – 53,9 %; 1-5 лет – 10,2 %; свыше 5 лет – 9,0 %.

Ведущая роль в верификации диагноза отводится функциональным методам. Исследования функции внешнего дыхания с пробой на обратимость бронхообструкции (БДТ) проведены в 100 % случаев.Полное соответствие клиники и результатов исследования ФВД имелось в 82 % случаев. В 2,2 % случаев пациенты не смогли выполнить методику. В 15,8 % результаты исследования ФВД были не информативными, и пациентам проводилась суточная пикфлоуметрия в течение 10 дней, позволившая подтвердить диагноз.

В 11,2 % случаев (с атопической астмой) назначена базисная терапия кромонами; в 70,8 % – базисная терапия ИГКС; в 18 % случаев рекомендована симптоматическая терапия с пикфлоуметрическим контролем и регулярным наблюдением пульмонолога.

Таким образом, заболеваемость бронхиальной астмой и болезненность, по данным специализированного кабинета, в сравнении с данными эпидемиологических исследований, остаются низкими. Обращение к врачу с жалобами на стойкое недомогание, а не с начальными симптомами, приводит к выявлению заболевания уже в среднетяжелой стадии, поэтому высок процент рекомендуемой базисной терапии (98,2 % случаев).

Следует повышать медицинскую активность и грамотность населения и врачей первичного медицинского звена для раннего выявления бронхиальной астмы.

ШАТОХИНА Н.А., ИВАНОВА С.Н., СОЛОДОВНИК А.Г.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сахарный диабет – хроническое заболевание, требующее тесного сотрудничества между больным и врачом.

Основной целью Школы Диабета является совершенствование форм организации обучения больных сахарным диабетом.

Основной задачей Школы является обучение больных методам самоконтроля, адаптации проводимого лечения к конкретным условиям жизни, профилактике острых и хронических осложнений заболевания.

Школа Диабета организована в поликлинике № 5 с 2001 года. За прошедший год школу посетили 338 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Из них, 196 больных принимали только сахароснижающие препараты, 142 пациента – комбинированную терапию (сахароснижающие средства и инсулинотерапия).

В основе обучения лежит групповой принцип. Состав группы был однородным по типу заболевания и получаемой терапии. Особое внимание отводилось тому, проходил ли пациент обучение ранее, или посещал школу впервые. Оптимальное количество слушателей в группе – 6-8 человек. В этом случае врач может уделить внимание каждому члену группы.

Обучение в школе включает в себя 4-5 занятий по 45 минут.

Тематика занятий следующая:

1. Сахарный диабет, как образ жизни.
2. Питание при сахарном диабете. Калорийность пищи.
3. Физическая нагрузка при диабете.
4. Осложнения при сахарном диабете.
5. Методы самоконтроля.

Цикличность занятий рекомендовалась через 1-2 дня; за этот период времени достаточно освоить предложенный материал предыдущего занятия, и подготовить вопросы для обсуждения в группе.

Обучение направлено на формирование осознанной мотивации, на длительное лечение и самоконтроль, переход на правильное питание, увеличение физической активности в сочетании с изменением образа жизни. Лицам с впервые выявленным сахарным диабетом проводилась психологическая поддержка. Контакт врача с пациентом легче поддерживается среди обучающихся больных, что позволяет осуществить длительный мониторинг за состоянием здоровья пациентов при сохранении индивидуального подхода к каждому.

При посещении занятий в Школе повышается уровень знаний о данном заболевании, что помогает принимать правильное решение в конкретной ситуации, используя методы самоконтроля (определение сахара крови, мочи, веса тела, артериального давления). У лиц, прошедших обучение в Школе, достоверно улучшился метаболический контроль, артериальное давление, состояние стоп; отмечалась длительная компенсация и отсутствие поздних осложнений.

Выводы: Лечение сахарного диабета требует комплексного, самостоятельного участия больного, которое зависит от уровня знаний пациента, его навыков в выполнении ежедневных заданий, связанных с диабетом. Необходимость обучения больных сахарным диабетом не вызывает сомнений. Обучение улучшило способность больных справляться с заболеванием, совершенствуя навыки самоконтроля и лечения. Это обеспечивает независимость больных, повышает качество их жизни, положительно влияет на метаболический контроль, снижает количество госпитализаций. Обучение представляется краеугольным камнем терапевтического успеха и таким же важным, как и все другие мероприятия.

КУЗИНА М.К., МИРОШНИЧЕНКО О.П.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Небулайзер, или “влажный распылитель”, представляет собой компрессор, превращающий жидкий лекарственный препарат в облачко “nebuia”, с размером частиц до 5 микрон, и подающий лекарство вместе с воздухом или кислородом. Для вдыхания облака используются мундштук или лицевая маска, дыхание при этом обычное, без усилий. Небулайзер служит для доставки высоких доз лекарственных препаратов в дыхательные пути. Ингаляция бронхолитиков через небулайзер показана при лечении обострений бронхиальной астмы, тяжелых затяжных приступов астмы, в комплексной терапии обострений хронического обструктивного бронхита.

Цель работы: оценка клинической эффективности введения бронхолитиков через небулайзер.

Материалы и методы. За 12 месяцев с применением небулайзера “Omron NECX” были пролечены 237 больных бронхиальной астмой тяжелой и средней степени тяжести и хроническим обструк-

тивным бронхитом в фазе обострения заболеваний. Из них, 98 мужчин и 139 женщин в возрасте 18-72 лет. Применялись специальные, предназначенные для небулайзеров, растворы бронхолитических препаратов: беродуал – у 163 больных, беротек – у 74-х, лазолван – у 157 больных. Препараты применялись в дозах 1-2 мл (20-40 капель) раствора, в течение 10-15 минут 1-5 раз/день. Для диагностики и подтверждения диагноза бронхиальной астмы, а также для уточнения степени и характера нарушений бронхиальной проводимости, всем больным проводилось исследование функции внешнего дыхания, пикфлоуметрия и тест на обратимость бронхиальной обструкции.

Результаты и выводы: оценка эффективности терапии проводилось по трехбалльной шкале:

"2" балла – "хороший эффект", исчезали тяжелые приступы, удалось снять обострение, ПСВ 80 % и более от должного;

"1" балл – "удовлетворительный эффект", отмечается положительная динамика, сняты тяжелые приступы, но сохраняются ежедневные симптомы на фоне базисной терапии: бета-агонисты по 1 дозе 1-2 раза в сутки, ПСВ менее 80 % от должного;

"О" баллов – "неудовлетворительный эффект", положительной динамики не наблюдается.

Хороший эффект (2 балла) был достигнут у 166 больных (70 %), удовлетворительный эффект (1 балл) – у 67 больных (28,3 %), неудовлетворительный (0 баллов) – у 4 больных (1,7 %).

Таким образом, ингаляции бронхолитиков с помощью небулайзера эффективны при тяжелых затяжных приступах бронхиальной астмы и при необходимости применения высоких доз бронхолитиков; при плановой бронхолитической терапии больных бронхиальной астмой тяжелой и среднетяжелой степени; в комплексной терапии ХОБЛ тяжелого и среднетяжелого течения.

ПОЛТОРАЦКАЯ Е.В., КУЗИНА М.К.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЛЕОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Хроническая патология органов дыхания требует длительной терапии, зачастую несколькими лекарственными препаратами. Но длительная медикаментозная терапия нередко является причиной аллергических, токсических и других реакции организма.

В связи с этим, целесообразно применение немедикаментозных методов, способствующих защитных механизмов. Одним из таких методов является спелеотерапия – лечение в условиях микроклимата соляных шахт.

Один из основных механизмов воздействия спелеотерапии – востановление мукоцилиарного клиренса за счет улучшения реологических свойств мокроты. Спелеотерапия оказывает также положительное влияние на состояние гуморального и клеточного иммунитета.

Цитобактерологические исследования бронхиального и носоглоточного содержимого показывают снижение числа нейтрофилов и этиологически значимых микроорганизмов, повышение числа альвеолярных макрофагов.

В пульмонологическом центре на базе поликлиники № 5 с 1993 года функционирует спелеокомплекс, в котором используется соль из шахт г. Березники.

Положительные результаты спелеотерапии достигаются у больных бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести в 90 % случаев, тяжелой – в 75 %, при хроническом бронхите – в 75-90 % случаев, в зависимости от выраженности обструктивного синдрома.

Применение спелеотерапии способствует повышению эффективности медикаментозной терапии и снижению лекарственной нагрузки. У 1/3 пациентов с бронхиальной астмой удалось снизить дозу базисного препарата, в 60 % случаев – уменьшить кратность применения и дозу бронхолитиков. По данным отдаленного наблюдения, период ремиссии у пациентов сохраняется от 3-х до 12 месяцев.

Таким образом, проведенные исследования непосредственных и отдаленных результатов спелеотерапии, а также изучение характера положительных изменений в организме пациентов показали, что эффективность спелеотерапии достаточно высока и колеблется при различных заболеваниях от 90 % до 75 %.

БАХМЕТЬЕВ А.Б, ГОЛУШКО С.А., МОРЕВ В.А.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Ультразвуковое исследование является высокоэффективным способом оценки состояния внутренних органов, которое позволяет как установить диагноз заболевания, так и определить дальнейшую тактику ведения пациента. С его помощью можно производить детальную оценку структурных изменений во внутренних органах без использования инвазивных процедур, внешнего ионизирующего излучения и введения радионуклидных препаратов. К большому достоинству данного метода относиться возможность многократного исследования пациентов за короткий период времени.

С целью изучения заболеваемости терапевтических больных и возможности ее ультразвуковой диагностики нами проанализирована работа кабинета УЗИ рентгенологического отделения клинической поликлиники № 5 за период с декабря 2002 г. по декабрь 2003 г. За этот промежуток времени кабинет УЗИ посетили 8182 человек, сделано 14742 исследования. Возраст обследуемых – 15-85 лет.

По половому составу пациенты распределились следующим образом: женщин – 5125 (62,6 %), мужчин – 3057 (37,4 %).

Исследования позволили выявить заболевания у 6544 больных, патология органов желудочно-кишечного тракта диагностирована у 3337 чел. (51 %), болезни мочеполовой системы – 1767 чел. (27 %), патология щитовидной железы – 1309 человек (20 %), изменения в других органах – 131 чел. (2 %).

Патология желудочно-кишечного тракта распределилась следующим образом: желчно-каменная болезнь – 701 чел. (21 %); жировой гепатоз – 584 чел. (17,5 %), диффузные изменения печени – 183 чел. (5,5 %), острый холецистит – 13 чел. (0,4 %), хронический холецистит – 53 чел. (1,6 %), острый панкреатит – 17 чел. (0,5 %), хронический панкреатит – 1735 чел. (52 %), объемные образования – 51 чел. (1,5 %).

В патологии щитовидной железы изменения представлены следующим образом: диффузные изменения – 668 чел. (51 %), объемные образования – 253 чел. (19,3 %), диффузно-узловой зоб – 388 чел. (29,7 %).

Патология мочеполовой системы имела следующие характеристики: кисты почек – 776 чел. (44 %), мочекаменная болезнь – 760 чел. (43 %), аденома предстательной железы – 160 чел. (9 %), гидронефроз почек – 21 чел. (1,2 %), объемные образования почек – 16 чел. (0,9 %), острый пиелонефрит – 142 чел. (0,8 %), объемные образования мочевого пузыря – 11 чел. (0,6 %), водянка оболочек яичек – 9 чел. (0,5 %). На долю других органов пришлось 2 % патологии (131 чел.), сюда вошли гиперплазия и объемные образования надпочечников – 35 чел. (26,5 %), различные формы мастопатий – 96 чел. (73,5 %).

Таким образом, наибольшее число обследованных составили больные с гастроэнтерологической патологией, на второе место вышла патология мочеполовой системы, на третьем– заболевания щитовидной железы.

Проведенное исследование показывает, что эхография отвечает всем требованиям, предъявляемым к скрининг-методу – неинвазивность, относительная простота и быстрота исследования, безвредность и отсутствие противопоказаний. Все это определяет высокую диагностическую ценность ультразвукового исследования в работе терапевтической службы поликлиники.

ХАНОВА А.Ф., ТАЧКОВА О.А., КОСТИН В.И., ГОЛОВАТОВА Л.В., ШПИЛЯНСКИЙ Э.М.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
МУ Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В Г. КЕМЕРОВО

Цель: оценка распространенности доклинических нарушений углеводного обмена у взрослого населения методом скрининга.

Материалы и методы: скрининг нарушений углеводного обмена проводился в городских поликлиниках № 3 и № 20. Исследовалась тощаковая и "случайная" гликемия капиллярной крови экспресс-методом с использованием глюкометра "ONE TOUCH BASIC PLUS" и тест-полосок "LIFE SCAN". Для диагностики нарушений углеводного обмена использовались критерии ВОЗ (1999). В сомнительных случаях проводился тест толерантности к глюкозе (75 г). Одновременно оценивалась принадлежность пациентов к группе риска по развитию сахарного диабета (по анкете ADA 2000).

Результаты: было обследовано 2451 человек, обратившихся в поликлиники по различному поводу. Возраст обследованных составил 25-90 лет, преобладали женщины (ж : м =3 : 1). Распространенность нарушений углеводного обмена составила: сахарный диабет 2-го типа (СД) – 3,1 %; нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) – 1,26 %; нарушение

глюкозы натощак (НГН) – 7,34 %. Нарушения углеводного обмена чаще выявлялись у женщин (80 %).

В возрастной группе до 40 лет распространенность нарушений углеводного обмена была минимальной, 41-50 лет – 12 %, 51-60 лет – 22 %, 71-80 лет – 21,5 %. Максимальная частота нарушений углеводного обмена выявлена в возрастной группе 61-70 лет – 32 %, доля СД 2-го типа в этой группе – 14 %, НГН – 60 %, НТГ – 26 %.

Среди факторов риска сахарного диабета частота ожирения – 64,5 %; малоподвижный образ жизни выявлен у 57 % опрошенных, отягощенный наследственный анамнез у 9,6 % опрошенных, рождение детей с весом более 4 кг у 7,3 % опрошенных женщин. Пациенты с НТГ и НГН имели 3 и более факторов риска возникновения сахарного диабета.

В нашем исследовании у лиц с сахарным диабетом не наблюдались ретинопатия и нефропатия, дистальная сенсорная полинейропатия диагностирована в 16 % случаев.

Заключение: распространенность сахарного диабета в г. Кемерово по данным скрининга превышает регистрируемую. Для предупреждения роста распространенности сахарного диабета 2-го типа необходимо, в первую очередь, проведение профилактических мероприятий у пациентов с нарушением глюкозы натощак и нарушением толерантности к глюкозе.

СУДАКОВА Л.В., МИХАЙЛОВА И.А., ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни умерших пациентов, лечившихся в терапевтических отделениях ГКБ № 3 в 2003 году.

В терапевтических отделениях больницы умерло 93 человека. Возраст больных составлял от 25 до 82 лет. В возрасте до 50 лет – 24 чел. (25,8 %), 51-60 лет – 22 чел. (23,7 %), 61-70 лет – 20 (21,5 %), старше 70 лет – 27 (29 %). 92,7 % пациента поступили по экстренным показаниям, в плановом – 7,3 %.

Поздняя госпитализация определялась, в основном, поздним обращением больных за медицинской помощью. Из умерших в первые сутки заболевания обратились 8,9 %, на 2-5 сутки – 26,8 %, на 6-10 – 12,5 %, с давностью заболевания свыше 10 дней – 10,7 %, более 1 месяца – 8,9 %, анамнез заболевания был неизвестен у 32,1 % заболевших. Среднее пребывание больных в отделениях составило 17,3 дня.

Структура летальных исходов была следующей: болезни органов дыхания составили 30,3 % (среди них острые пневмонии составили 66,7 %, туберкулез легких – 13,3 %, бронхиальная астма – 10 %, хронические обструктивные болезни легких – 10 %); болезни сердечно-сосудистой системы – 25,6 % (среди них крупноочаговый инфаркт миокарда 56 %, хроническая ИБС – 24 %, прочие – 20 %); злокачественные новообразования различной локализации составили 11,1 %; болезни почек – 5,1 % (из них пиелонефрит – 40 %, гломерулонефрит – 60 %); сепсис как причина смерти установлен у 6,1 % умерших; острое нарушение мозгового кровообращения – в 3 % случаев, гепатит в 4 % случаев, прочие заболевания (кишечная инфекция, сахарный диабет, анемия, системная красная волчанка, острый панкреатит) составили в сумме 14,8 %.

Как видно из приведенных данных летальность от болезней органов дыхания превалирует, а среди них – острые пневмонии. Среди лиц, умерших от острых пневмоний, в возрасте до 50 лет умерли 5,8 %, 51-60 лет - 37,5 %, 61-70 лет –8,3 %, свыше 70 лет – 8,3 %. При давности заболевания до 5 дней умерли 4 чел. (16,7 %), от 6 до 10 дней – 2 чел. (8,3 %), свыше 10 дней – 3 чел. (12,5 %), давность заболевания не удалось выявить у 15 чел. (62,5 %). В течение первых суток с момента поступления в стационар умерли 6 человек (25 %), 9 больных умерли в период со 2-го на 3-й день (37,5 %), на 3-5 день – 2 чел. (8,3 %), на 5-10 день – 7 чел. (29,2 %). Среди умерших работающих было 3 чел. (12,5 %), страдали алкоголизмом 9 чел. (37,5 %), имели различные хронические заболевания 11 чел. (45,8 %). Из поступивших тотальная пневмония была выявлена в 41,7 % случаев.

Основными причинами смерти среди этой категории больных были инфекционно-токсический шок, отек легких, ДВС-синдром, отек головного мозга.

Среди лиц, умерших от туберкулеза легких (4 чел.), работал один больной. Двое страдали алкоголизмом, один – наркоманией. Умер в первые сутки с момента поступления в стационар один больной, остальные – в период от 2-х до 4-х дней. Туберкулез легких выявлен у трех больных, у одного – внелегочный туберкулез. Двое больных обратились через 2-4 мес. от начала заболевания, у двоих анамнез остался неизвестен.

Несмотря на то, что в ГКБ № 3 нет отделения кардиологии, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в терапевтических отделениях стоит на втором месте, и среди них лидирует инфаркт миокарда. Больные с инфарктом миокарда (33,6 %) поступали в отделения больницы с различными направительными диагнозами – острая кишечная непроходимость (6,7 %), пневмония (7 %), острое нарушение мозгового кровообращения (6,6 %),

желудочное кровотечение (3,3 %), острый холецистит, острый панкреатит (10 %). В 5-ти случаях инфаркт миокарда развился у больных, находящихся в отделениях больницы: у больного с ОНМК, после остеосинтеза бедра, после операции по поводу острой кишечной непроходимости, у одного больного с желудочным кровотечением и хронической обструктивной болезнью легких. Все умершие от инфаркта миокарда были в возрасте старше 70-ти лет. Среднее пребывание в стационаре составило 3,6 дня. Основными причинами смерти были кардиогенный шок, отек легкого.

В 2003 году от сепсиса умерли 6 больных, что больше по сравнению с 2002 г. (3 больных). Средний возраст больных – 49,7 ± 12,6 года.

В течение первых суток с момента поступления умерли 3 чел. (50 %), на 3-5-й день – 2 пациента (33,3 %), один – через 1 мес. (16,7 %). В возрасте до 50 лет умерли трое больных, 51-60 лет – один больной, свыше 60 лет – двое больных.

В двух случаях сепсис развился у больных с наркоманией, в трех случаях входными воротами явились экстракция зуба, остеосинтез бедра. Сахарный диабет имели как сопутствующее заболевание двое больных, ревматоидный артрит – один больной, двое – наркоманию. В одном случае причина сепсиса осталась неизвестной. Через 3-7 дней от начала заболевания поступили 5 больных и один – через 10 дней от предполагаемого начала заболевания. Все больные поступали в крайне тяжелом состоянии. Работающих среди этих больных не было. В 50 % случаев выявлена двухсторонняя пневмония.

Среди болезней почек лидировал, как основная причина смерти, гломерулонефрит, который развился у больных с наркоманией. Все больные поступили через 7-10 дней от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии с нефротическим синдромом. Давность заболевания – более 2-3 лет. Амбулаторное лечение больные не проходили. Средний возраст умерших – 37,3 ± 2,3 года. Среднее пребывание на койке составило 2,5 дня.

Среди больных со злокачественными заболеваниями диагноз был установлен ранее только в 30 % случаев, и больных доставляли по требованию родственников, по сути дела, умирать. В остальных случаях диагноз злокачественного новообразования был установлен впервые. Все больные были старших возрастных групп, с давностью заболевания более 2-3 месяцев.

Таким образом, в терапевтических отделениях на первом месте, как причина смерти, стоят заболевания бронхолегочной системы, среди которых летальность от пневмонии остается превалирующей, на втором месте находятся болезни сердечно-сосудистой системы. Летальность выше в возрастной группе старше 70 лет, преимущественно у неработающих больных, в 37 % случаев больные злоупотребляли алкоголем, имели хронические заболевания. Более 90 % больных поступили по экстренным показаниям в крайне тяжелом состоянии. Поздняя госпитализация определялась поздним обращением больных за медицинской помощью. Более 60 % больных умерли в 1-3 сутки от момента поступления.

РЫБНИКОВ С.В., АРТАМОНОВ В.А., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И.
Кемеровская государственная медицинская академия

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Большинство из наблюдаемых нами пациенток с недержанием мочи при напряжении (НМПН) находились в перименопаузальном периоде.

Имеющийся у них эстрогенный дефицит проявился, в том числе, атрофическими процессами в мочеполовой системе со снижением защитных свойств слизистых влагалища и нижних мочевых путей, что явилось причиной повышенной микробной адгезии к эпителию уретры и мочевого пузыря, с развитием хронической неосложненной инфекции мочевыводящих путей (ИМВП). Адгезированные микроорганизмы обычно не выявляются, так как не создают колоний на питательных микробиологических средах, в связи с чем происходит недооценка в диагностике инфекции.

Проводимая хирургическая коррекция НМПН у женщин является фактором, ведущим к активизации в послеоперационном периоде ИМВП, которая индуцирует дегенеративно-дистрофические процессы в мочевом пузыре, уретре, аппаратах активного и пассивного удержания мочи, ухудшает функциональные результаты лечения. В этом контексте, диагностике ИМВП на предоперационном этапе и последующей профилактике ее активизации у женщин с НМПН придается особое значение. Цель настоящей работы заключалась в разработке эффективных методов диагностики ИМВП у женщин, страдающих НМПН.

Нами обследованы 79 женщин с НМПН, в возрасте 54,1 ± 6,5 лет, имевшие длительность инконтиненции 5,5 ± 2,6 лет. В исследуемую группу вошли пациентки, имеющие уретральный или смешанный (уретрально-детрузорный) вид и I-II-й тип инконтиненции средней и(или) тяжелой степени при сумме баллов из таблицы параметрической харак-

теристики симптомов недержания мочи Савицкого Г.А. 5 баллов и более.

Всем больным проводился общеклинический анализ первой утренней порции мочи. При микроскопии ее осадка осуществляли счет форменных элементов не менее чем в 5 полях зрения, а также количественный подсчет форменных элементов по Нечипоренко. Для выявления "скрытой" ИМВП нами применялся провокационный преднизолоновый тест (ППТ). С целью обнаружения бактериурии, ее степени, видовой характеристики нами применялся культуральный метод посевов мочи на твердую питательную среду – агар по методу Голда. Посевы осуществлялись до и после введения преднизолона.

Результаты проведенного микроскопического исследования осадка мочи показали, что исходно у 53 женщин (67,1 %) степень лейкоцитурии не превышала нормальных показателей, и лишь у 24 женщин (22,9 %) отмечена лейкоцитурия выше нормальных величин. После проведения ППТ частота обнаружения патологической лейкоцитурии возросла до 86,1 % (68 больных), и только у 11 женщин (13,9 %) уровень лейкоцитурии не превысил нормальный уровень.

Исходно бактериурия зафиксирована у 17 пациенток (21,5 %). Концентрация микроорганизмов у них находилась на уровне 102-3 КОЕ/мл. После ППТ у 61 женщины (77,2 %) из мочи выделены микроорганизмы. У 59 женщин (74,7 %) концентрация микроорганизмов в моче составила 102 КОЕ/мл, у 16 (20,3 %) – 103-4 КОЕ/мл и только у 4-х (5 %) превысила критический уровень для условных патогенов (выше 5 Ч 104 КОЕ/мл).

Таким образом, у подавляющего большинства вошедших в исследование женщин (86,1 %) с НМПН отмечено наличие хронической неосложненной ИМВП, протекающей в форме персистенции микроорганизмов без клинико-лабораторных признаков альтерации и манифестного воспаления.

Для диагностики данной ИМВП у женщин с НМПН оправдано применение нагрузочных тестов, меняющих уровень иммунного специфического ответа. Использование провокационного преднизолонового теста, в свою очередь, является высокоэффективным методом диагностики ИМВП у женщин с НМПН, и его проведение можно рекомендовать при подготовке к хирургическому лечению женщин с недержанием мочи при напряжении.

РАСКИНА Т.А., ФИЛАТОВА И.В., БОЧАРОВА Ю.В., МАЛКОВА Г.И., ЮФЕРОВА Г.В.
Областной клинический госпиталь ветеранов войн

ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются группой лекарственных средств, наиболее часто используемых у лиц с поражением опорно-двигательного аппарата.

Известно, что все НПВП потенциально могут оказывать негативное влияние на функцию почек и систему кровообращения, вызывая повышение артериального давления (АД). В целом, эти осложнения встречаются примерно у 1-5 % пациентов (с такой же частотой, как и гастроэнтерологические побочные эффекты) и нередко требуют стационарного лечения.

Следовательно, проблема рациональной терапии артериальной гипертензии (АГ) у больных ревматическими заболеваниями, в том числе ревматоидным артритом (РА), по-прежнему сохраняет свою значимость.

Цель исследования – выявить связь приема НПВП с повышением АД у лиц с исходным нормальным АД и у лиц с фармакологически компенсированной артериальной гипертензией в анамнезе, определить зависимость повышения АД от приема определенных НПВП у больных РА.

Критерии включения: достоверный диагноз ревматоидного артрита, длительность заболевания не менее 6 месяцев, воспалительная активность 1-2 степени, рентгенологическая стадия по Штейнброкеру – I-III, постоянный прием НПВП не менее 1 месяца до включения в исследование.

Критерии исключения: признаки воспалительной активности 3 степени и наличие внесуставных проявлений РА, длительный прием системных кортикостероидов, кратковременный прием системных глюкокортикоидов менее 6 месяцев назад, а также внутрисуставные инъекции менее 3 месяцев назад.

Материалы и методы исследования: проведено анкетирование 89 больных РА (13 мужчин и 76 женщин), принимавших НПВП ежедневно или длительными курсами в сроки до 1 года. Возраст больных РА мужского пола составил 58 ± 17 лет, женского – 58 ± 14 лет.

Все исследуемые были распределены на следующие группы: 1-я – больные с исходным нормальным АД (48 человек), 2-я – больные с АГ длительностью < 1 года (8 человек), 3-я – больные с АГ длительностью ≥ 1 года (33 человека).

Выводы:

Результаты исследования представлены в таблице:

Препарат	1-я группа			2-я группа			3-я группа		
	Всего	^ АД	%	Всего	^ АД	%	Всего	^ АД	%
Ацеклофенак	11	1	9	3	3	100	3	1	33,3
Диклофенак	15	2	13,3	2	1	50	12	7	58,3
Индометацин	2	1	50	0	0	0	2	0	0
Мелоксикам	3	1	33,3	0	0	0	1	0	0
Нимесулид	17	5	29,4	3	1	33,3	15	4	26,6
Итого:	48	10	20,8	8	5	62,5	33	12	36,4

1. НПВП повышают АД у больных РА всех исследуемых групп, однако более значимый гипертензивный эффект НПВП отмечен у пациентов с фармакологически компенсированным АД.

2. Все исследуемые препараты группы НПВП могут вызывать и дестабилизировать АГ у больных РА, при этом минимальный гипертензивный эффект отмечен при приеме ацеклофенака у больных РА без АГ в анамнезе.

РАСКИНА Т.А., БОЧАРОВА Ю.В., ФИЛАТОВА И.В., МАЛКОВА Г.И., ЮФЕРОВА Г.В.
Областной клинический госпиталь ветеранов войн

ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются группой лекарственных средств, наиболее часто используемых у лиц с поражением опорно-двигательного аппарата.

Известно, что все НПВП потенциально могут оказывать негативное влияние на функцию почек и систему кровообращения. В целом эти осложнения встречаются примерно у 1-5 % пациентов (с такой же частотой, как и гастроэнтерологические побочные эффекты) и, нередко, требуют стационарного лечения. Их риск особенно велик у лиц пожилого и старческого возраста.

В крупных исследованиях продемонстрировано, что основные группы антигипертензивных препаратов при монотерапии снижают систолическое АД в пределах 11-12 мм рт. ст. В то же время, прием НПВП может способствовать повышению АД в пределах 10 мм рт. ст. и, таким образом, нивелировать действие антигипертензивных препаратов при одновременном их назначении.

В частности, показано, что неселективные НПВП ослабляют гипотензивный эффект большинства рекомендованных лекарств, а именно ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов и, в меньшей степени, диуретиков. Единственным классом современных гипотензивных препаратов, сохраняющих свой эффект при одновременном приеме с неселективными НПВП, остаются блокаторы медленных кальциевых каналов. Сведения о совместном применении селективных ЦОГ-2 ингибиторов и антигипертензивных препаратов весьма малочисленны и противоречивы. Следовательно, проблема рациональной терапии артериальной гипертензии (АГ) у больных остеоартрозом (ОА) по-прежнему сохраняет свою значимость.

Цель исследования – выявить связь приема НПВП с повышением АД у лиц с исходным нормальным АД и у лиц с фармакологически компенсированной артериальной гипертензией в анамнезе, определить зависимость повышения АД от приема определенных НПВП у больных ОА.

Критерии включения: достоверный диагноз ОА, длительность заболевания не менее 6 месяцев, постоянный прием НПВП не менее 1 месяца до включения в исследование.

Критерии исключения: длительный прием системных кортикостероидов, кратковременный прием системных глюкокортикоидов менее 6 месяцев назад, внутрисуставные инъекции менее 3 месяцев назад.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 288 больных ОА (65 мужчин и 223 женщины), принимавших НПВП ежедневно или длительными курсами в сроки до 1 года. Возраст больных мужского пола составил 71 ± 11 лет, женского – 65 ± 11 лет. Все обследуемые были распределены на следующие группы: 1-я – больные с исходным нормальным АД (84 человека), 2-я – больные с АГ длительностью менее 1 года (25 человек), 3-я – больные с АГ длительностью более 1 года (179 человек).

Результаты исследования представлены в таблице:

Препарат	1-я группа			2-я группа			3-я группа		
	Всего	^ АД	%	Всего	^ АД	%	Всего	^ АД	%
Ацеклофенак	14	1	7,1	3	3	100	16	5	31,25
Диклофенак	36	5	23,3	8	2	25	89	32	35,9
Индометацин	3	1	33,3	1	0	0	12	5	41,7
Мелоксикам	1	0	0	1	1	100	5	2	40
Нимесулид	30	4	13,3	12	5	41,6	57	17	29,8
Итого:	84	11	13,1	25	11	44	179	61	34,1

Выводы:

1. Гипертензивный эффект НПВП регистрируется чаще у больных ОА с фармакологически компенсированным АД (независимо от длительности АГ), чем у больных без АГ в анамнезе.
2. Из исследуемых препаратов наименьшим влиянием на АД обладает ацеклофенак.

ОЛЕНЕВА И.Н., ЗИНЧУК С.Ф., ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА

В последние годы отмечается рост уровня тиреоидной патологии и тенденция к утяжелению ее течения. В связи с этим возрос интерес практических врачей к заболеваниям щитовидной железы и, в частности, к проблемам узловых тиреоидных образований, что объясняется широкой распространенностью зоба в йоддефицитных регионах России, к которым относится и Кемеровская область. Это сопровождается ростом числа операций различной степени радикальности на щитовидной железе.

Несмотря на совершенствование техники оперативных вмешательств, остается высоким уровень рецидивирования узлового зоба в первые годы после операции.

Целью работы явилась оценка эффективности различных схем ведения больных, оперированных по поводу узлового зоба, в плане профилактики рецидива заболевания.

В исследование взято 180 больных в возрасте 18-72 лет, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба, которые были разделены на две группы: получавшие заместительную медикаментозную терапию (n = 120) и не имевщие таковой (n = 60).

Через 3 месяца после операции уровень тиреотропного гормона был выше исходного в обеих группах, в среднем, в 1,6 раз, что свидетельствовало о развитии гипотиреоза, который у части больных сопровождался клинической симптоматикой. При этом уровень тиреотропного гормона зависел от объема оперативного вмешательства, и был наибольшим после проведения субтотальной тиреоидэктомии.

Больным 1-й группы через 3 месяца после операции была назначена терапия препаратами тироксина, йодида калия или их комбинацией. Доза тироксина колебалась от 25 до 125 мкг/сут и зависела от функционального состояния остатка щитовидной железы после операции и наличия сопутствующих заболеваний, ограничивающих дозу тироксина.

Средний уровень тиреотропного гормона во всех подгруппах, получавших заместительную медикаментозную терапию, статистически значимо ($p < 0,01$) снизился через 12 и 24 месяцев, по сравнению с уровнем через 3 месяца после операции. Частота рецидивов в течение 2-х лет после операции в первой группе составила 11,6 % против 18,3 % во второй группе.

Установлена связь между функциональным состоянием тиреоидного остатка, объемом оперативного вмешательства, проводимым лечением и возникновением рецидива узла. Последний статистически значимо ($p < 0,01$) чаще возникал после проведения резекции узла и гемитиреоидэктомии в группе больных, не получавших профилактического лечения. Установлена статистически значимая связь ($r = + 0,48$; $p < 0,01$) рецидива узлового коллоидного зоба с функциональным состоянием тиреоидного остатка – в 48,2 % случаев рецидив узла возникал на фоне послеоперационного гипотиреоза.

Оценивая результаты исследования, можно сделать вывод о том, что движущим моментом рецидивирования узлового зоба является развитие послеоперационного гипотиреоза и активация гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы. Применение комплекса лечебно-реабилитационных ме-

роприятий снижает риск развития послеоперационного гипотиреоза в 2,2 раза и рецидива заболевания – в 1,7 раза. При этом наиболее эффективными являются схемы включающие препараты тироксина, которые назначаются больным в раннем послеоперационном периоде. Дозы тироксина подбираются индивидуально, с учетом уровня тиреотропного гормона и наличия сопутствующих заболеваний.

КУРЗАНЦЕВА О.М., ВИНГЕРТ С.А., КОШЕЛЕВА О.Г., ШКЛЯЕВА Т.П., КАМЫШНИКОВА О.А.
МУЗ Городская поликлиника № 20

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Проблема диспансеризации, особенно при таком хроническом заболевании, как сахарный диабет, в настоящее время имеет особую актуальность. Терапевтические возможности при данной патологии таковы, что позволяют в настоящее время в большинстве случаев сохранить жизнь больным. Следовательно, с одной стороны, следует стремиться к максимальному увеличению продолжительности жизни, с другой, необходимо обеспечить хронически больного человека возможностью активно жить и трудиться.

Диспансеризация больных сахарным диабетом представляет собой систему профилактических и лечебных мероприятий, направленных на раннее выявление болезни, предупреждение ее прогрессирования, систематическое лечение больных, сохранение трудоспособности, предупреждение осложнений и сопутствующих заболеваний.

Диспансеризация включает в себя следующие задачи:

1. Активное выявление больных сахарным диабетом.
2. Самоконтроль больных после достижения компенсации.
3. Регистрация больных сахарным диабетом.
4. Динамическое наблюдение за больными.
5. Создание условий для организации режима дня, максимально приближенного, несмотря на большое количество лечебных мероприятий, к привычному укладу жизни.

Исследования проводились на базе МУЗ Городская поликлиника № 20. Всего в поликлинике наблюдаются 674 больных сахарным диабетом. Для проведения исследования проанализированы 100 человек. Из них, I-й тип диабета встречался у 68 пациентов, II-й тип – у 606 человек.

54 % исследуемых составили женщины, 34 % – мужчины. Возрастной контингент был разнообразен: 71 % приходился на лиц 60 лет и старше, 24 % – 40-59 лет, 2 % – 30-40 лет, 2 % – 20-30 лет, 1 % – больные до 20 лет.

Оценивая течение сахарного диабета по степени тяжести оказалось, что 71 пациент имели среднюю степень тяжести, 22 пациента – легкую, 7 пациентов – тяжелую степень.

Число посещений в год эндокринолога составило: у пациентов со средней степенью тяжести – 221 раз в год, что составляет на 1 пациента 3 раза в год. Пациенты с тяжелой степенью тяжести посещали врача 92 раза в году, что составило 13 раз в год на одного пациента, а посещения пациентов с легкой степенью тяжести составили 71 раз в год, что составило 3 посещения в год на одного пациента.

Число посещений зависело от возрастного контингента пациентов: лица 60 лет и старше – 460 посещений в год, что составило на 1 пациента 6,5 раз в год; 40-59 лет – 104 посещения в год, что составило на 1 пациента 4,3 раза в год; 30-40 лет – 8 раз в год, что составило на 1 пациента 4 раза в год.

55 % пациентов имели нестойкую компенсацию сахарного диабета, 35 % – стойкую, и всего 10 человек не смогли достичь компенсаторного состояния при наблюдении в поликлинике. Следует отметить, что труднее достигали компенсации пациенты с инсулинозависимым сахарным диабетом – 42 %, легче – со II-м типом диабета – 58 %.

Анализ пациентов показал, что из 100 пациентов только 28 % соблюдали четкую диету. Были проанализированы и аспекты несоблюдения диеты. Проанкетировано 216 человек, страдающих сахарным диабетом. 102 пациентам из них врач рекомендовал соблюдать диету в пределах 8-го стола, 98 – в пределах стола 9-а, 16 – в пределах 9-го стола.

Всего 34 человека из 216 человек не получали больше никакого лечения по поводу сахарного диабета. На вопрос, по какой причине пациенты не соблюдали диету, 81 человек назвали материальные трудности, 12 – считали соблюдение диеты необязательным, 5 – следовали рекомендациям посторонних. 91 человек были знакомы с принципами расчета и подбора диеты для себя. Только 15 человек из 216 знали о взаимозаменяемости продуктов по содержанию белков, жиров, углеводов. 12 человек имели для этого специальные таблицы и калькуляторы. Хочется отметить, что проведенный опрос изменил отношение к более четкому соблюдению диеты у 18 % пациентов.

Из осложнений сахарного диабета на 1-е место выступает диабетическая микроангиопатия – у 16 % пациентов, на 2-е – полинейропатия, которая выявлена у 15 % пациентов, ретинопатия – у 8 %, жировой гепатоз – у 5 %, нефропатия – у 5 %. Основной процент осложнений (23 %) пришелся на длительность болезни 5-10 лет.

Группу инвалидности по сахарному диабету из числа наблюдавшихся в поликлинике имели 151 чел., из них у пациентов с I-м типом: первую группу имели 3 чел., вторую – 18 чел., третью – 3 чел. У пациентов со II-м типом сахарного диабета: первая группа инвалидности установлена у 23 чел., вторая – у 110 чел., третья – у 4-х.

Таким образом, проведенный анализ показал, что диспансеризация пациентов с сахарным диабетом в поликлинических условиях является важным звеном в профилактике и лечении сахарного диабета, однако нуждается в дальнейшей доработке. Диспансеризация должна быть более активной. Она должна включать в себя активные посещения, четкое соблюдение сроков госпитализации пациентов в стационар в зависимости от степени тяжести, течения сахарного диабета, возраста пациента. Профилактическое лечение микроангиопатий должно проводиться в более полном объеме, подбор доз препаратов – индивидуальным. Одним из основных аспектов обучения в школе здоровья по сахарному диабету должно быть разъяснение пациентам основ диетического питания, как одного из важнейших факторов в лечебном процессе.

ЗАВРАЗИНА М.В., БАГРОВА Л.О., СУДАКОВА Л.В.
Городской пульмонологический центр,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ЧАСТОТА ГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У УМЕРШИХ В СТАЦИОНАРЕ

Пневмония остается существенной причиной летальности у госпитализированных больных, несмотря на наличие в арсенале врача большого количества антибактериальных препаратов, разработанных режимов поддерживающей терапии и немедикаментозных методов интенсивной терапии. Наблюдается увеличение заболеваемости с 5 до 14 случаев на 1000 населения в год, а также летальности – с 1 до 9 % в год. В то же время, уровень клинической диагностики пневмонии остается недостаточным. Анализ смертельных исходов пневмоний позволяет определить место этой нозологии в структуре смертности, уточнить клинико-анатомические особенности, выявить причины диагностических ошибок. Все это должно способствовать улучшению прижизненной диагностики пневмоний.

В связи с этим, нами были проанализированы 577 историй болезни, умерших в ГКБ № 3 за 2003 год. В качестве основного заболевания пневмония регистрировалась у 24 человек (4,1 % от общего количества аутопсий). Как осложнение основного заболевания, пневмония выявлена у 163 чел., что составляет 28,2 % от общего количества умерших. Чаще всего она наблюдалась в нейрохирургическом отделении (40 чел., 6,9 %); в неврологическом (33 чел., 5,7 %); в отделении токсикологии (27 чел., 4,7 %); в отделении общей хирургии (15 чел., 2,6 %); в отделении травматологии (9 чел., 1,6 %). Из 163 умерших пациентов пневмония при жизни не была диагностирована у 44-х человек, т.е. уровень гиподиагностики пневмоний, как осложнения основного заболевания, составил 27,1 %. Пневмония является наиболее частой госпитальной инфекцией, развивающейся у больных, находящихся в отделении интенсивной терапии. Из 163 человек 96 пациентов (58,8 %) некоторый период времени находились в ОИТ на ИВЛ, что можно связать с возникновением вентилятор-ассоциированной пневмонии.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую частоту встречаемости пневмоний среди умерших в стационаре. По данным аналогичных исследований в России, уровень гиподиагностики пневмонии, как осложнения основного заболевания, был практически одинаковым (27-28 %) (И.А. Черемисина, 1997). Чаще гиподиагностика пневмонии объясняется объективными причинами (кратковременность пребывания в стационаре, тяжесть состояния больного).

НЕСТЕРОВ Ю.И., ЛАЗАРЕВА О.А., ПОМЫТКИНА Т.Е.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра поликлинической терапии и ОВП

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО

Артериальная гипертония (АГ) остается одной из самых актуальных медицинских проблем, оказывающих существенное влияние на показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности. В РФ АГ встречается у 40 % взрослого населения, а среди лиц старше 65 лет она

превышает 65 %. Актуальность АГ заключается не только в её распространенности, но и в ведущей роли формирования структуры болезненности, тяжести осложнений, смертности, временной и стойкой утраты трудоспособности. По данным рабочей группы ВОЗ (1997) Россия по смертности от ишемической болезни сердца и мозговым инсультам занимает одно из первых мест в Европе. В то же время, проведение активной антигипертензивной терапии ассоциируется со снижением на 35-40 % частоты инсульта, на 20-25 % инфаркта миокарда и более чем на 50 % сердечной недостаточности.

Методы исследования. В 1997 г. был проведен ретроспективный анализ 1335 амбулаторных карт в поликлиниках г. Кемерова. Отбирались карты пациентов, у которых артериальное давление (АД) было выше 140/90 мм рт. ст. при 2-х кратном измерении. В 2003 г. в этих поликлиниках провели повторный анализ 720 амбулаторных карт и полученные результаты сравнили. Для оценки качества лечения была составлена специальная карта, в которую вносились все сведения, касающихся медикаментозного лечения АГ, название принимаемых препаратов, их доза, соблюдение пациентами врачебных рекомендаций по режиму и регулярности приема лекарств, причины несоблюдения режима лечения. Обращали особое внимание на использование врачами в лечении АГ препаратов первой линии: ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), β-адреноблокаторов (БАБ), антагонистов кальция (АК), мочегонных (МГ) средств. На основании полученных результатов лечения всех пациентов делили на 3 группы: 1-я – пациенты, которые хорошо переносили гипертензию и не лечились; 2-я – лечились не систематически, только в период обострения болезни; 3-я – регулярно принимавшие лекарства.

Результаты исследования. Среди обследованных преобладали лица женского пола – 57,5 % в 1997 г., 61,8 % – в 2003 г. Пациенты работоспособного возраста составили 62 % и 63,4 %, соответственно. Остальные были пенсионеры. По тяжести болезни пациенты распределялись следующим образом: в 1997 г. больные с I-й стадией АГ составили 49 %, со II-й – 43 %, с III-й – 8 %, в 2003 г. – 47 %, 44 % и 9 %, соответственно. Использование врачами первичного звена здравоохранения основных групп антигипертензивных препаратов в лечении АГ в 1997 и 2003 гг. представлены в таблице, из которой следует, что к 2003 г. в лечении АГ наконец удалось переломить психологию участковых врачей в пользу назначения современных антигипертензивных препаратов. Если в 1997 г. в лечении АГ, в основном, использовались устаревшие препараты: клофелин (53 %), адельфан и его аналоги (45 %) и в меньшей степени (8-17 %) назначались препараты, рекомендованные экспертами ВОЗ-МОАГ, то в 2003 г. положение существенно изменилось. Стали чаще назначаться препараты первой линии. Так, назначение иАПФ возросло с 17 % в 1997 г. до 40 % в 2003 г., БАБ – с 9 % до 13,6 %, соответственно. К единичным случаям свелось применение адельфана и его аналогов. Клофелин, хотя в 2003 г. продолжают получать 32,6 % больных, но, по социальным показаниям (бедным пациентам), при острых ситуациях (гипертонический криз) или в комбинации с современными препаратами.

Заметно изменился спектр назначения препаратов. Так, АК короткого действия заменились их прологированными формами (коринфар SR, дилтиазем ретард), а неселективные БАБ заменялись высокоселективными (атенолол, метопролол, небиволол). Из мочегонных препаратов, помимо гидрохлортиазида, стал применяться матаболически нейтральный индапамид. Альтернативой иАПФ эналаприлу стали высокопрологированные престариум, диротон и др. Наметилась тенденция к комбинированному лечению АГ из 2-3 препаратов. Изменилась врачебная тактика лечения АГ, переход с курсового метода лечения на постоянный прием лекарств. В амбулаторной практике появились возможности проведения суточного мониторирования АД, 70 % опрошенных самостоятельно в домашних условиях проводят контроль АД. Во многих поликлиниках работают “Школы гипертоников”.

Что касается регулярности лечения, то за последние 5 лет общий процент лечившихся больных остался на пережнем уровне (87 % в 1997 г. и 85 % в 2003 г.), в то же время, заметно увеличилось количество регулярно лечившихся – с 24 % до 39,4 % , в основном, за счет лиц нетрудоспособного возраста; процент лиц, не участвующих в лечении, почти не изменился – 13 % в 1997 г. и 14,9 % в 2003 г.

Выводы: В последние годы в первичном звене здравоохранения наметился прогресс в лечении АГ, врачи, в основном, используют антигипертензивные препараты, рекомендуемые экспертами ВОЗ-МОАГ. Количество пациентов, участвующих в лечении, за последние 5 лет существенно не изменилось.

Группы препаратов	1997 г. (n = 1335)	2003 г. (n = 720)
Ингибиторы АПФ	17	40
Мочегонные	12	12,6
Антагонисты кальция	9	7,9
Бета-адреноблокаторы	8	13,6
Адельфан и его аналоги	45	4
Клофелин	53	32,6
Другие (дибазол, папазол, препараты раувольфии)	4	-
Примечание: У большинства пациентов проводилась комбинированная терапия, поэтому общий процент назначений более 100.		

БАГРОВА Л.О., ВОСТРИКОВА Е.А., ПРОСТАКИШИНА Ю.М., ПАШУЕВА З.Е.
Городской пульмонологический центр, МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У РАБОТНИКОВ "КУЗБАССЭНЕРГО"

Определение ХОБЛ достаточно новое и появилось примерно три года назад. Существует большое количество определений ХОБЛ, но среди этого многообразия следует выделить определённую патофизиологическую характеристику, которая лежит в основе определения ХОБЛ. ХОБЛ – это прогрессирующая обструкция дыхательных путей, которая может быть частично обратимой. Обструкция дыхательных путей имеет прогрессирующий характер и связана с воспалительным процессом в лёгких в ответ на повреждающие факторы внешней среды. Табакокурение является одним из наиболее коварных факторов риска в развитии ХОБЛ, так как проходит значительный период времени, иногда более 10-15 лет, прежде чем клинические проявления ХОБЛ дадут основание больному человеку осознать болезнетворную силу табакокурения.

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) в настоящее время занимает одно из ведущих мест среди всех причин летальности в промышленно развитых странах. Эпидемиологические исследования, которые интенсивно проводятся последние 10 лет свидетельствуют о высокой распространённости хронического бронхита. В 90-х годах в Москве распространённость достигала 25,6 на тысячу населения, в Алтайском крае – 45,0 на тысячу и самой высокой является распространённость в Западно-Сибирском регионе. В городе Кемерово в 2003 году зарегистрировано 11903 взрослых больных хроническим бронхитом, ХОБЛ и эмфиземой, что составило 28,6 на тысячу.

В связи с тем, что заболеваемость хроническим бронхитом и ХОБЛ регистрируется по обращаемости, а больные этими заболеваниями обращаются за медицинской помощью, как правило, на поздних стадиях заболевания, принимая симптомы болезни за естественные симптомы курящего человека, то она не отражает истинного положения с распространённостью этих заболеваний в городе. Поэтому в 2001-2003 гг. у работников различных предприятий города проводился скрининг, направленный на выявление хронической бронхообструкции.

Исследование включало анкетирование, физикальное обследование, спирографию. В рамках этого скрининга были обследованы и работники "Кузбассэнерго". Всего в обследовании приняли участие 226 человек в возрасте 25-56 лет, 60 женщин и 166 мужчин. Только 13 человек (5,6 %) проживают в городе Кемерово менее 10 лет и 22 человека (9,7 %) работают на данном предприятии менее 10 лет. Курящими оказались 118 человек (52,2 %), причём большинство с большим стажем курения. Стаж курения менее 10 лет имели только 15 человек, т.е. 12,7 % курящих. Жалобы, характерные для хронического бронхита, встречались по результатам анкетирования гораздо чаще, чем указание на его наличие в анамнезе. Так, что болели ранее бронхитом, указали 28 человек (12,3 %), туберкулёз перенесли ранее 16 человек (7,0 %), 37 опрошенных (16,3 %) имели в анамнезе лекарственную или пищевую аллергию либо полиноз, 38 чел. (16,8 %) указали на наличие в анамнезе заболеваний носоглотки и только 4 человека не болели вирусными инфекциями. При этом жаловались на кашель 70 человек (30,9 %), откашливали мокроту 47 человек (20,7 %), одышка разной степени выраженности беспокоила 89 человек (39,3 %). Нарушение бронхиальной обструкции на спирограмме в виде снижения ОФВ1 менее 80 % было выявлено у 41 человека, что составило 18,1 %.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что симптомы хронического бронхита и бронхиальной обструкции встречаются в несколько раз чаще, чем официально регистрируются. Все пациенты, у которых при обследовании были выявлены признаки бронхиальной обструкции, приглашены для обследования на базе пульмонологического центра с целью уточнения диагноза и лечения.

КОВАЛЬ И.А., БАГРОВА Л.О., ВОСТРИКОВА Е.А., ЛИКСТАНОВ М.И.
Городской пульмонологический центр, МУЗ Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ С ДИОКСИДИНОМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНО-ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

В XXI-й век человечество входит с новой проблемой – резко увеличивается число больных с хроническими заболеваниями легких. В условиях ухудшающейся экологии увеличивается не только распространенность этих заболеваний, но и летальность. По прогнозам ВОЗ, в XXI веке летальность от заболеваний органов дыхания будет занимать 2-е место в общей структуре причин смерти. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из немногочисленных

заболеваний, инвалидизация и смертность от которых продолжает неуклонно увеличиваться.

В большинстве случаев обострение хронического бронхита связано с инфекционным поражением нижних дыхательных путей. К числу наиболее актуальных респираторных патогенов относятся гемофильная палочка, пневмококк, моракселла и др. Исходя из инфекционного патогенеза обострения заболевания, при лечении хронического бронхита оправдано назначение антимикробных препаратов.

Цель: Изучить эффективность небулайзерной терапии с диоксидином в лечении обострения хронического бронхита.

Методы: Проведен анализ 106 случаев назначения ингаляционной терапии с 3 мл 1 % раствора диоксидина в комплексном лечении обострения хронического гнойно-обструктивного бронхита. Во всех случаях при купировании обострения заболевания использовалась небулайзерная терапия. Кратность введения препарата составляла 2 раза в сутки, при большом количестве гнойной мокроты – 3 раза.

Результаты: У всех пациентов получен положительный клинический и лабораторный эффект – исчезли признаки интоксикации, значительно уменьшилась одышка, кашель стал продуктивным, количество лейкоцитов в мокроте снизилось, в среднем, в 3 раза. Среднее время пребывания в стационаре у этих пациентов оказалось сопоставимым с таковым у тех больных, которые получали дорогостоящие антимикробные препараты системного действия.

Выводы: Небулайзерная терапия с 1 % раствором диоксидина является эффективным средством в комплексном лечении обострения хронического гнойно-обструктивного бронхита, значительно превосходящим по затратам привычные схемы лечения этого заболевания.

ЧЕРНЫХ М.В., КРАСНОВ А.В., КУЛАГИНА О.И., ВАСИЛЬЕВА Г.Д.
МУЗ Городская инфекционная больница № 8, Кемеровская государственная медицинская академия

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Проблема вирусного гепатита С (ВГС) является одной из самых актуальных и главных в современной инфектологии, так как эпидемиологическая ситуация в мире, обусловленная быстрым распространением ВГС, становится все более тревожной.

По современным данным, в мире насчитывается около 300 млн. инфицированных ВГС. Причем, острая форма ВГС в подавляющем большинстве протекает в безжелтушном варианте и в 60-70 % случаев заканчивается развитием хронического гепатита. Вакцина против гепатита С еще не создана и ВОЗ прогнозирует, что в последующие 10-20 лет хронический ВГС станет основной проблемой национальных органов здравоохранения, так как ожидается увеличение количества больных циррозом печени на 60 %, гепатокарциномой – на 68 %, печеночной декомпенсацией – на 28 %, в 2 раза вырастет смертность от заболеваний печени.

Российская Федерация, при показателях заболеваемости гепатитом С в 2002 году 125,1 случаев на 100 тыс. населения, входит в число стран с самым высоким уровнем заболеваемости. В Кемеровской области за последние 2 года наблюдается увеличение числа больных с хроническим гепатитом С, показатели заболеваемости выросли, соответственно, с 17,51 до 19,77 на 100 тысяч населения, а у детей отмечается рост носительства вируса гепатита С (рост показателей – с 13,53 до 25,51 на 100 тыс.).

Потенциально каждый больной с хроническим гепатитом С является кандидатом для противовирусной терапии (ПВТ). На сегодняшний день золотым стандартом ПВТ хронического гепатита С является использование пегилированного интерферона – ПегИнтрона в сочетании с Рибавирином длительностью не менее 12 месяцев при генотипе вируса 1, и не менее 6 месяцев – при генотипе 2 и 3, причем при наличии высокой вирусной нагрузки предпочительно годичное лечение при любых генотипах вируса.

Индивидуальный подход к ПВТ каждого конкретного больного, с расчетом максимально эффективной дозы ПегИнтрона 1,5 мкг/кг веса и Ребетола более 10,6 мг/кг веса, с соблюдением правила 80-80-80 (в течение 80 % необходимого времени лечения больной получил не менее 80 % дозы ПегИнтрона и 80 % дозы ребетола), позволяет получить устойчивый вирусологический ответ (УВО) у 72 % у всех леченных больных, достигая 94 % у больных ХГС, имеющих 2/3 генотип ВГС и 63 % у больных с самым распространенным 1 генотипом вируса.

На базе ГИКБ № 8 г. Кемерово с 1998 года больным с ХГС проводится интерферонотерапия.

Монотерапия была проведена интроном А – 16 больным, роферoном А – 16, реафероном – 169 больным. Длительность курса лечения составляла 24-48 недель.

На фоне проводимой терапии реафероном у 79,9 % больных к 1-3-му месяцу лечения в крови исчезла РНК HCV и нормализовался уровень активности аминотрансферраз. Однако после окончания лечения устойчивый вирусологический ответ наблюдался у 60,4 % больных при диспансерном наблюдении в течение 2-х лет.

Комбинированная терапия ПегИнтроном в сочетании с Ребетолом проводилась 10 больных с ХГС. Среди пациентов преобладал генотип 1b HC-V. Продолжительность курса лечения составила 24 недели. Однако двое больных не смогли продолжить лечение более 16-20 недель в связи с развитием побочных эффектов: у одного больного – из-за развития депрессивного синдрома, у второго – из-за развития генерализованной формы псориаза.

Полный курс лечения получили 8 пациентов. На фоне лечения всем больным проводилось контрольное обследование один раз в 3 месяца. После окончания лечения они находятся под наблюдением от 6 месяцев до двух лет, с обследованием 1 раз в 3 месяца.

На фоне проводимой терапии у 8 больных через 3 месяца лечения отмечалась биохимическая и вирусологическая ремиссия, а через 6 месяцев – у 7 пациентов устойчивый вирусологический ответ.

Побочные эффекты, развивающиеся на фоне комбинированной терапии, в большинстве случаев были умеренно выражены, носили преходящий характер и не требовали отмены лечения. У всех больных после первых инъекций ПегИнтрона развивался гриппоподобный синдром с подъемом температуры до фебрильных цифр. У некоторых больных наблюдались проявления астенического синдрома. У 4-х пациентов к 3-му месяцу лечения развивалась легкая или умеренная лейкопения. У 1-го больного регистрировалась анемия. Таким образом, эффективность лечения с использованием комбинации ПегИнтрона и Ребетола в группе больных ХГС составила 70 %.

Высокая эффективность комбинированной противовирусной терапии, возможность проведения амбулаторного лечения и обратимость побочных эффектов позволяют рекомендовать этот метод терапии для использования в клинической практике.

БАГРОВА Л.О., ВОСТРИКОВА Е.А., ГОЛОВАТОВА Л.В., ЛИКСТАНОВ М.И.
Городской пульмонологический центр, МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

С целью улучшения оказания помощи пульмонологическим больным, в феврале 2002 года на базе ГКБ № 3 был создан городской пульмонологический центр для взрослого населения г. Кемерово.

В структуре центра функционируют:
- пульмонологическое отделение на 45 коек,
- консультативный прием врача пульмонолога,
- пульмонологическая комиссия,
- астма-школа,
- респираторный кабинет,
- сеть диагностических кабинетов (бронхоскопия, спирография и др.).

В настоящее время все эти структуры работают и расширяются. Убедившись в том, что прием пульмонолога для жителей города абсолютно бесплатен, врачи всех поликлиник города стали активно направлять пульмонологических больных. В 2003 году было проконсультировано всего 3363 пациента, из них на базе центра 1037 чел., скрининг – 2000 чел., в других ЛПУ города – 326 больных.

Если в первый год работы консультативный прием врача-пульмонолога осуществлялся только на базе консультативной поликлиники ГКБ № 3, и не всем больным это было удобно, то в 2003 г. был организован приём специалиста непосредственно в поликлиниках по месту жительства больного. Предварительная запись позволила получать консультации всем желающим, тем более что участковые врачи активно приглашали на приём наиболее тяжёлых и трудно компенсируемых больных. Больше всего обратились на приём в отдалённых поликлиниках: МУЗ ГБ № 13 – 40 чел., МУЗ ГБ № 15 – 36 чел., межвузовская поликлиника – 36 чел., поликлиника № 6 – 33 пациента.

Появилась новая форма работы с беременными женщинами, у которых в анамнезе была бронхиальная астма. Совместно с акушерами-гинекологами была подготовлена и проведена передача на телевидении, во все женские консультации направлено информационное письмо и теперь такие пациентки ведутся совместно.

Убедившись в эффективности небулайзеротерапии, расширилась сеть респираторных кабинетов в ГКБ № 3, и теперь они есть в приемном отделении, госпитале ветеранов войн, консультативной поликлинике, пульмонологическом отделении, реанимационном отделении и родильном доме. Значительно расширился и ассортимент применяемых для небулайзеротерапии препаратов.

Активизировалась работа пульмонологической комиссии, принято в два раза больше больных, чем в 2002 году. В комиссии работают только врачи высшей категории, один кандидат медицинских наук (фтизиатр) и один главный городской специалист (рентгенолог). Высокая квалификация специалистов позволяет устанавливать такие редкие заболевания, как фиброзирующий альвеолит, кистозная дисплазия лёгких, саркоидоз и др. В том случае, если диагноз больного вызывает сомнение, пациенту предлагается госпитализация. Трое больных с редкими заболеваниями лёгких по рекомендации врачей пульмоцентра в 2003 году направлялись в НИИ Пульмонологии г. Москвы, во всех случаях диагноз подтвердился. В деятельности Астма-школы также появились новые формы работы с больными, стало

проводиться анкетирование больных до и после обучения, обновились видеофильмы, подготовлена к печати методическая литература для больных.

Благодаря активному сотрудничеству управления здравоохранения, пульмоцентра, ЛПУ города и ССМП, начата работа с больными тяжёлой формой бронхиальной астмы, которые более 15-20 раз в месяц вызывают скорую помощь. Часть из них были посещены на дому пульмонологом, некоторые приглашены на приём, а наиболее тяжёлые госпитализированы с целью индивидуального подбора базисной терапии.

В течение года на базе центра на рабочем месте обучились 32 врача-терапевта. В 2003 г. было опубликовано 23 научных статьи, в т.ч. 18 работ в центральной печати.

Благодаря научному руководству и тесному сотрудничеству с кафедрой госпитальной терапии КГМА, городской пульмоцентр принял участие в исследовании эффективности лечения ХОБЛ атровентом. Одновременно проводятся также эпидемиологическое исследование по распространённости хронического бронхита и внедрение антитабачных программ.

На базе центра проводится также много другой научной и организационно-методической работы и, по мере накопления опыта, формы и методы его работы будут расширяться.

БАГРОВА Л.О., ГОЛОВАТОВА Л.В., СУДАКОВА Л.В., ПРОСТАКИШИНА Ю.М.
Городской пульмонологический центр, МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА КЕМЕРОВО

Пневмония остается одним из самых распространенных заболеваний. Так, в России среднестатистические показатели заболеваемости составляют 10-15 %.

В последние годы в нашей стране отмечается устойчивая тенденция, демонстрирующая увеличение смертности от пневмонии, и в различных регионах России колеблется от 1,5 до 5,2 %. В городе Кемерово этот показатель в 2003 году составил 3,9 %.

Заболеваемость пневмонией в г. Кемерово с 1996 по 1998 год составляла чуть больше 2,0 на 1000 населения, затем в течение трех лет была стабильно высокой и достигала 4,5 на 1000. В 2002-2003 гг. заболеваемость снизилась и составила, соответственно, 2,7 и 2,6 на 1000 населения. По-видимому, такие цифры можно объяснить отсутствием тяжелых эпидемий гриппа в городе в течение последних двух лет. Высокий процент летальности от пневмонии в городе прослеживается на протяжении многих лет. Так, в 1999 г. этот показатель был равен 8,0, в 2000 г. – 11,8, в 2001 г. – 6,2, а в 2003 г. он составил 7,0 %.

Причины смерти от пневмонии ежегодно анализируются очень подробно, учитывается социальный статус больного, наличие сопутствующих заболеваний, распространённость процесса, время госпитализации от начала заболевания, сроки пребывания в стационаре, возраст и адекватность проводимой терапии. Этот анализ обычно выявляет, что больные, умершие от пневмонии, имели тяжёлые сопутствующие заболевания (сахарный диабет, ХОБЛ, ИБС, сепсис), страдали алкоголизмом или наркоманией, либо поздно обратились за медицинской помощью.

В 2003 г. в городе умерли 82 пациента с диагнозом пневмония, все они умерли в стационаре, где пролечено 1152 больных. Таким образом, летальность от пролеченных в стационаре составила 7,0 %. Всего в городе в 2003 г. зарегистрировано 2226 пневмоний (вместе с ведомственными медицинскими учреждениями) и, таким образом, летальность от пневмонии составила 3,9 %.

Анализ летальности от пневмонии по возрасту – 8 пациентов (9,7 %) умерли в возрасте до 40 лет, 19 чел. (23,1 %) – в возрасте 40-50 лет, 21 чел. (25,6 %) – в 51-60 лет, 25 больных (41,4 %) – старше 60 лет. Таким образом, в возрасте старше 50 лет от пневмонии умерли 46 чел. из 82-х.

Анализ сроков госпитализации от начала заболевания показывает, что 50 больных (61 %) были госпитализированы в стационар через 10 дней и более от начала заболевания.

Сепсис был зарегистрирован у 7 больных (8,5 %), сахарный диабет – у 8 чел. (8,5 %), ХОБЛ – у 25 чел. (30,5 %), хронический алкоголизм – у 21 чел. (25,6 %).

По распространённости процесса – двухсторонняя пневмония диагностирована у 30 пациентов (36,6 %), абсцедирование – у 28 (34,1 %), тотальная односторонняя пневмония – у 24 чел. (29,3 %).

Таким образом, наиболее значимыми факторами риска летальности при острой пневмонии являются пожилой возраст, сопутствующий сахарный диабет, хронический алкоголизм, позднее обращение за медицинской помощью, большая распространенность воспалительного процесса в легких и наличие нагноительных осложнений.

БАГРОВА Л.О., ГОЛОВАТОВА Л.В., КРАСНОВА С.В.
Городской пульмонологический центр,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Анализ динамики респираторной заболеваемости в городе в течение последних лет показывает, что она остается очень высокой, и в 2003 году составила 91739 случаев, или 220,5 на 1000 взрослого населения (в 2002 году соответственно 85052 случаев и 202,5 на 1000). По России эта цифра в 2002 году составила 210,1 на тысячу населения, а по Западно-Сибирскому федеральному округу – 248,7 на тысячу, что свидетельствует о недодиагностике болезней органов дыхания в нашем регионе.

Хотя последние 5-7 лет в нашем городе рост респираторной заболеваемости отмечается по всем нозологиям: по бронхиальной астме с 7,1 до 8,1 на 1000, по хроническому бронхиту с 22,4 до 22,9 и по ХОБЛ с 5,0 до 5,7 на 1000 взрослого населения. Тенденция к увеличению болезней лёгких существует не только последние два года, а прослеживается на протяжении многих лет и характерна как для нашего региона, как и для всей России.

Почему это происходит? На этот вопрос можно ответить на примере бронхиальной астмы. В 1995 году в городе было всего 2104 взрослых больных бронхиальной астмой, а в 2003 – уже 3365 человек. Но это совсем не означает, что чаще стали болеть этим заболеванием. Просто лучше стали диагностировать легкие и атипичные формы, изменилось отношение к самому диагнозу бронхиальной астмы. При этом астма стала лечиться гораздо эффективней и безопасней для больного, благодаря специальной федеральной программе, разработанной 10 лет назад.

В городе Кемерово в течение последних 7-8 лет диагностика и лечение бронхиальной астмы осуществляется согласно рекомендациям федеральной программы, т.е. внедрены в работу каждого лечебного учреждения такие методы диагностики бронхообструктивного синдрома, как спирография, бронходилатационный тест, тест с физической нагрузкой, пикфлоуметрический мониторинг.

Затруднения возникают только в тех учреждениях, где имеются устаревшие спирографы, или таковые вообще отсутствуют. Тогда возникают неудобства для больных, но обследовать их можно на базе городского пульмонологического центра.

Новые методы диагностики и лечения бронхообструктивных заболеваний внедряются не только в специализированных пульмонологических отделениях, поликлиниках города, но и на ССМП. Проводятся конференции, внедряется небулайзеротерапия, анализируется эффективность этого метода, как в стационаре, так и на ССМП.

Проведенный анализ показал, что применение небулайзеротерапии в условиях приёмного отделения примерно на 25 % снижает необходимость в госпитализации у больных бронхиальной астмой. Применение небулайзеротерапии на ССМП также оказалось эффективным (проанализировано 1002 вызова к больным бронхиальной астмой), только 0,6 % пациентов вызвали скорую помощь повторно после применения небулайзеротерапии и 16,2 % повторных вызовов там, где небулайзеротерапия не применялась.

Для диагностики хронического бронхита и ХОБЛ применяются те же функциональные методы, но они направлены на выявление обратимости бронхиальной обструкции. Так как эти больные обращаются за медицинской помощью очень поздно, часто на стадии необратимых изменений (пневмосклероза, эмфиземы, формирования легочного сердца), то и выявляться эти заболевания должны активно, на амбулаторном приёме. Для этого каждый терапевт на приёме должен иметь пикфлоуметр, с целью активного выявления бронхообструкции и более раннего начала лечения, что, безусловно, скажется на прогнозе заболевания.

С целью выявления ранних форм бронхообструкции у жителей города Кемерово в 2001-2003 гг. проводилось скрининг-исследование, в котором приняло участие более 3000 человек, этот материал сейчас обрабатывается.

В 2003 году начата работа по профилактике обострений у больных хроническими бронхообструктивными заболеваниями, т.е. вакцинация специальными вакцинами, предотвращающими обострение заболевания в течение 5 лет.

Регулярно анализируется соответствие формулярной системе лечение основных легочных заболеваний – пневмонии, бронхита и бронхиальной астмы. Результаты этой работы докладываются на городских пульмонологических конференциях. В течение последних 3-5 лет лечение пневмонии и бронхиальной астмы в нашем городе значительно улучшилось, благодаря активному внедрению в практику терапевтов рекомендаций формулярной системы.

Об этом свидетельствует анализ амбулаторных карт пациентов, в 2003 году проанализировано около 400 карт и выявлено, что лечение бронхиальной астмы соответствует федеральной программе в 80-85 %, а антимикробная терапия при пневмонии – в 90 % случаев.

Однако, базисную терапию ХОБЛ и бронхита в виде атровента, ингаляционных кортикостероидов, небулайзеротерапии получают единичные пациенты. Отчасти это можно объяснить тем, что эти больные лишены какой-либо федеральной поддержки в виде лекарственного обеспечения, хотя часто являются более тяжелыми пациентами, чем больные бронхиальной астмой. Данный вопрос

последние два года обсуждается на федеральном уровне и на Конгрессах пульмонологов. С другой стороны, рекомендации по диагностике и лечению ХОБЛ в России появились только последние два года и требуют дальнейшего внедрения и разъяснений среди врачей-терапевтов.

ОСИПОВ А.Г., ЛИКСТАНОВ М.И., МАЛИНОВСКИЙ С.В., КОСТИН В.И., КУРБАТОВА Д.В., МИХАЙЛОВА И.А., БАГРОВА Л.О.

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Городская клиническая станция скорой медицинской помощи

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ССМП В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

При заболеваниях легких ингаляционная терапия является наиболее логичной, так как лекарственный препарат непосредственно направляется к тому месту, где он должен действовать – в дыхательные пути. При этом способе введения лекарственных веществ исключается травматизация кожных покровов, раздражающее действие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта и, вместе с тем, осуществляется естественное поступление лекарственного вещества в организм с активным местным и резорбтивным действием на патологический процесс.

Скорость всасывания лекарственных веществ со слизистой бронха сравнима со скоростью начала действия препаратов при внутривенном введении.

Успешная ингаляционная терапия зависит не только от правильного выбора препарата, но и от адекватного способа доставки лекарства в дыхательные пути. Идеальное устройство доставки должно обеспечивать депозицию большой фракции препарата в легких, быть простым в использовании, надежным, доступным для применения в любом возрасте и при тяжелых формах заболевания.

В настоящее время существует несколько типов систем доставки:

- дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ),
- комбинация дозированных ингаляторов со спейсерами,
- порошковые ингаляторы,
- небулайзеры.

Одной из наиболее современных систем доставки являются небулайзеры. Достоинством небулайзеров является возможность доставки большой дозы препарата (в случае необходимости во время ингаляции допускается использование кислорода).

В зависимости от вида энергии, превращающей жидкость в аэрозоль, различают два основных типа небулайзеров: 1) струйные или компрессорные, пневматические – использующие струю газа (воздух или кислород); 2) ультразвуковые – использующие энергию колебаний пьезокристалла.

Продукция аэрозоля в ультразвуковом небулайзере практически бесшумная и более быстрая, по сравнению со струйными. К числу недостатков относятся неэффективность образования аэрозоля из суспензий и вязких растворов, как правило, больший остаточный объем, повышение температуры лекарственного раствора во время небулизации, и вероятность разрушения структуры лекарственного препарата.

Преимущества небулайзеров – легкая техника ингаляции (спокойное дыхание), отсутствие потребности в форсированном маневре, возможность использования системы даже при самых тяжелых состояниях (астматический статус), у пожилых и у детей, при двигательных расстройствах, при нарушениях уровня сознания.

Распространенность небулайзерной терапии:

- 80 % врачей Европы назначают бронхолитики через небулайзер,
- в Швейцарии 215 небулайзеров на 100000 населения,
- в Великобритании 40000 небулайзеров для домашнего пользования,
- в Шотландии выписывается 32000 дневных доз растворов бронхолитиков,
- в Новой Зеландии 40 % пациентов с бронхиальной астмой имеют небулайзер дома.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод: небулайзеротерапия в лечении бронхиальной астмы является наиболее рациональной методикой и обязана применяться как неотложная помощь в работе ССМП.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности небулайзерной терапии и ее безопасности в лечении бронхиальной астмы, в сравнении с традиционными способами ведения больных, в условиях работы скорой медицинской помощи.

Нами был проведен анализ 1002 случаев вызовов бригад ССМП по поводу бронхиальной астмы. В 324 случаях использовалась небулайзерная терапия. При купировании приступов удушья с помощью небулайзера использовался беродуал 1,5-2 мл. В тяжелых случаях и при неэффективности предыдущей терапии применялась суспензия пульмикорта. В 678 случаях использовались традиционные методики выведения больных из приступов удушья. Учитывались время пребывания на вызове, повторные вызовы, число больных, доставленных в стационары города и осложнения проводимой терапии.

В результате проводимого исследования выявлено: среднее время пребывания на вызове при применении небулайзеротерапии составило, в среднем, 30 минут. При использовании внутривенного введения эуфиллина и глюкокортикостероидов время пребывания на вызове составило 15 мин. Из 324 больных, которым проводилась небулайзеротерапия, повторные вызовы зафиксированы в 2-х случаях (0,6 %). Необходимость в госпитализации возникла у 3-х человек (0,92 %). При внутривенном введении препаратов повторные вызовы зафиксированы в 110 случаях (16,2 %). Необходимость в последующей госпитализации возникла у 32 человек (4,7 %). Наиболее серьезным осложнением в купировании приступов удушья бронхиальной астмы явилось нарушение сердечного ритма – до 6 %, в том числе пароксизмов мерцательной аритмии – до 1,5 %. При проведении небулайзерной терапии только у 2-х человек возникли нарушение ритма (экстрасистолия). Приступов мерцательной аритмии зафиксировано не было.

Анализируя проведенное исследование можно сделать вывод: небулайзеротерапия является высокоэффективным средством современной терапии приступов бронхиальной астмы в условиях работы ССМП, превосходящим привычные схемы лечения. Использование небулайзера в лечебной практике бригад станции скорой медицинской помощи должно быть принято за стандарт оказания экстренной помощи больным бронхиальной астмой.

ШАКИРОВА Л.М.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ КАБИНЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Цель работы - оценить инфекционную заболеваемость по данным КИЗ за последние три года. Инфекционная заболеваемость разрабатывается ежедневно по экстренным извещениям, анализируется ежемесячно, ежеквартально и по итогам года.

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в течение трех лет оставалась стабильной, в сравнении с показателями по городу, несколько снижена. Заболеваемость острой дизентерией по поликлинике на 100 тысяч населения: в 2001 г. – 33,47; в 2002 г. – 10,02; в 2003 г. – 22,3. Соответственно по городу: в 2001 г. – 31,18; в 2002 г. – 23,3; в 2003 г. – 40,8 на 100000 населения. Заболеваемость сальмонеллезом в поликлинике: в 2001 г. – 37,7; в 2002 г. – 14,2; в 2003 г. – 34,05 на 100000 населения. По городу: в 2001 г. – 38,5; в 2002 г. – 24,3; в 2003 г. – 41,9. Заболеваемость острыми энтеритами неустановленной этиологии и бактериологически подтвержденная, стабильная: в 2001 г. – 229,5; в 2002 г. – 170,4; в 2003 г. – 201,1 на 100000 населения. Заболеваемость псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом значительно снизилась: в 2001 г – 33,4; в 2002 г. – 30; в 2003 г. – 14,8 на 100000 населения. Снижение заболеваемости объясняется улучшением диагностики. Больные с подозрением на псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз госпитализируются в 8-ю инфекционную больницу. Лабораторные и клинические возможности стационара выше, чем поликлиники. За последние три года не зарегистрировано ни одного случая брюшного тифа и паратифов.

Не отмечается увеличение заболеваний вирусным гепатитом А: в 2001 г. – 10,2; в 2002 г. – 5; в 2003 г. – 8,5 на 100000 населения, что объясняется профилактической работой КИЗ среди населения. Несмотря на снижение числа больных вирусным гепатитом С: в 2001 г. – 11,1; в 2002 г. – 9,2; в 2003г. – 7,4 на 100000 населения, эпидемиологическая обстановка по этой инфекции остается напряженной. Носителями вируса С являются, в основном, люди молодого возраста, употребляющие внутривенно наркотические вещества. Заболеваемость вирусным гепатитом В чаще регистрируется среди взрослых: в 2001 г. – 34,3; в 2002 г. – 20,9; в 2003 г. – 7,4 на 100000 населения, и в значительной степени обусловлена внутрибольничным заражением, что требует от учреждений службы повышения эффективности надзора за лечебно-профилактическими учреждениями, с учетом решения коллегии МЗ РФ “О состоянии заболеваемости внутрибольничными заболеваниями и мерах по их предупреждению”.

Эпидемиологическая ситуация была не стабильной по воздушно-капельной инфекции за счет ветряной оспы. Наблюдался подъем заболеваемости: в 2001 г. – 18,02; в 2002 г. – 20,1; в 2003 г. –41,5 на 100000 населения. Заболеваемость корью в 2001 г. достигла самого низкого показателя по сравнению с предыдущими годами: в 2001 г. – 1 случай; в 2002-2003 гг. не зарегистрировано ни одного случая кори, благодаря хорошей иммунизации детей. В настоящее время в России осуществляется реализация национальной программы ликвидации кори путем иммунизации возрастных групп, согласно новому календарю прививок № 375 от декабря 1997 г.

Таким образом, инфекционная заболеваемость в течение трех лет в районе обслуживания стабильная и остается на уровне инфекционной заболеваемости по городу. Неблагоприятная и напряженная заболеваемость вирусным гепатитом В и С, что требует активизации профилактической работы лечебно-профилактических учреждений и учреждений Госсанэпиднадзора.

КОВАЛЕНКО А.В., ГИЛЕВА О.А.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

РЕГИСТР ИНСУЛЬТА – РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЗА 2003 ГОД

Одной из ведущих проблем здравоохранения являются цереброваскулярные заболевания. Широкое распространение, высокая смертность и инвалидизация населения вследствие сосудистых заболеваний головного мозга и наиболее тяжелого их проявления – инсульта объясняют чрезвычайную медико-социальную значимость лечения и профилактики этих заболеваний.

В соответствии в решением Коллегии МЗ РФ (Протокол № 21 от 17.11.98) для интеграции усилий неврологов, терапевтов, кардиологов, клинических фармакологов, нейрохирургов и врачей других специальностей по совершенствованию профилактики инсульта и повышению качества медицинской помощи больным, перенесшим острые нарушения мозгового кровообращения, в 1999 г. был создан Организационно-методический Центр МЗ РФ по проблеме инсульта и работающая в неразрывной связи с ним общественная некоммерческая организация – Национальная Ассоциация по борьбе с инсультом.

В рамках деятельности Ассоциации были отработаны методологические подходы к ведению единой базы данных по эпидемиологии инсульта, обеспечена система компьютерной связи между 36 городами России, в которых начал работу регистр инсульта и впервые в 2001 году были получены достоверные статистические результаты по развитию острых нарушений мозгового кровообращения в прикрепленных регионах.

Цель: Изучить методом регистра эпидемиологию инсульта в г. Кемерово.

Методы: Методом Регистра получена информация о больных с острым нарушением мозгового кровообращения в одном из районов г. Кемерово с населением старше 25 лет 149400 человек. Работа проводилась в неврологических отделениях городских клинических больниц № 1, № 2, № 3, № 10, № 11, УВД, МСЧ № 12, неврологических кабинетах поликлиник № 5, № 12, станциях скорой медицинской помощи, по данным свидетельств о смерти из загсов и от судебно-медицинских экспертов, по данным ВТЭК об установлении группы инвалидности в связи с любой цереброваскулярной патологией.

Исследование проводилось с 1.01.03 г. по 31.12.03 г. В него включались все больные, постоянно проживающие на территории г. Кемерово в течение последних двух лет.

Для определения частоты инсульта использовали данные о возрастно-половой структуре изучаемой популяции, полученной при переписи населения в 1989 г.

Результаты: За исследованный период зарегистрировано 460 случаев инсультов. Заболеваемость составила 3,08 случая на 1000 населения, в 2002 г. – 3,01 случая на 1000 населения (по России – 2,34 случаев на 1000 населения). Из них, 74,8 % составил ишемический инсульт. Нетравматических кровоизлияний в мозг зарегистрировано 7,0 %. Субарахноидальных кровоизлияний зарегистрировано 2,0 %. Характер инсульта не был уточнен у 16,2 % больных. Заболеваемость при ишемическом инсульте составила 2,3 на 1000 населения, при нетравматическом кровоизлиянии в мозг – 0,21, при субарахноидальном кровоизлиянии – 0,06, при неуточненном характере инсульта – 0,5. Согласно нашим данным, по заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения (без учета возрастного фактора) достоверной статистической разницы между мужчинами и женщинами не выявлено ($P > 0,05$). Среди больных инсультом женщины составили 57,4 %, мужчины – 42,6 %.

Показатель смертности от мозгового инсульта составил 1,17 случаев на 1000 населения в год, в 2002 г. – 1,23 на 1000 населения (по России – 1,28). Общая смертность при остром нарушении мозгового кровообращения среди мужчин достоверно превышает таковую среди женщин ($P < 0,05$).

Летальность в остром периоде (28 суток) инсульта составила 38,0 %, в 2002 г. – 41,1 % (по России – 40,37 %). Показатель ранней летальности при ишемическом инсульте составил 23,26 %, в 2002 г. – 31,9 %; при нетравматическом кровоизлиянии в мозг – 56,3 %, в 2002 г. – 63,4 %; при субарахноидальном кровоизлиянии – 11,1 %; в 2002 г. – 25 %; при неуточненном характере инсульта – 100 %; в 2002 г. – 100 %.

У 77,4 % больных ОНМК было первым, у 22,6 % – повторным. Достоверных различий в частоте первого и повторного инсульта среди мужчин и женщин выявлено не было ($p < 0,05$). Отмечено большее число больных с ОНМК в старших возрастных группах, что, вероятно, связано с меньшей представленностью этой возрастной группы в популяции в целом.

Выводы: Эпидемиологические показатели по мозговому инсульту в г. Кемерово близки к соответствующим показателям по России. Снижение показателей смертности и летальности при мозговом инсульте указывают на более активное внедрение мероприятий, направленных на повышение эффективности профилактики острых нарушений мозгового кровообращения и повышение качества оказания медицинской помощи.

ГИЛЕВА О.А., КОВАЛЕНКО А.В., МАЛИНОВСКАЯ С.Ю.
Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНСУЛЬТА В Г. КЕМЕРОВО

Одной из ведущих проблем здравоохранения является церебральный инсульт, который представляет очаговое или диффузное нарушение мозговой функции цереброваскулярного происхождения, длящееся не менее 24 часов или приводящее к смерти за более короткий промежуток времени.

Широкое распространение, высокая смертность и инвалидизация населения вследствие сосудистых заболеваний головного мозга и наиболее тяжелого их проявления – инсульта объясняют чрезвычайную медико-социальную значимость лечения и профилактики этих заболеваний.

В соответствии в решением Коллегии МЗ РФ (Протокол № 21 от 17.11.98), для интеграции усилий неврологов, терапевтов, кардиологов, клинических фармакологов, нейрохирургов и врачей других специальностей по совершенствованию профилактики инсульта и повышению качества медицинской помощи больным, перенесшим острые нарушения мозгового кровообращения, был создан Организационно-методический Центр МЗ РФ по проблеме инсульта и, работающая в неразрывной связи с ним, общественная некоммерческая организация – Национальная Ассоциация по борьбе с инсультом. В рамках деятельности Ассоциации были отработаны методологические подходы к ведению единой базы данных по эпидемиологии инсульта, обеспечена система компьютерной связи между 29 городами России, в которых начал работу регистр инсульта и впервые в 2001 г. были получены достоверные статистические результаты по развитию острых нарушений мозгового кровообращения в прикрепленных регионах.

Цель: Изучить методом регистра эпидемиологию инсульта в г. Кемерово, как на модели города – областного центра.

Методы: В качестве исследуемой выборки взята информация о больных с острым нарушением мозгового кровообращения в одном из районов г. Кемерово с населением старше 25 лет 149400 человек. Работа проводилась в неврологических отделениях городских клинических больниц № 1, № 2, № 3, № 10, № 11, УВД, МСЧ № 12, неврологических кабинетах поликлиник № 5, № 12, станциях скорой медицинской помощи, по данным свидетельств о смерти из загсов и от судебно-медицинских экспертов, по данным ВТЭК об установлении группы инвалидности в связи с любой цереброваскулярной патологией.

Исследование проводилось с 1.01.02 г. по 31.12.02 г. В него включались все больные, постоянно проживающие на территории г. Кемерово в течение последних двух лет. Для определения частоты инсульта использовали данные о возрастно-половой структуре изучаемой популяции, полученной при переписи населения в 1989 г.

Результаты: За исследованный период зарегистрировано 450 случаев инсультов. Заболеваемость составила 3,01 случая на 1000 населения (по России – 2,34 на 1000 населения). Из них, 78,0 % составил ишемический инсульт. Нетравматических кровоизлияний в мозг зарегистрировано 11,1 %. Субарахноидальных кровоизлияний зарегистрировано 2,0 %. Характер инсульта не был уточнен у 8,9 % больных. Заболеваемость при ишемическом инсульте составила 2,35 на 1000 населения, при нетравматическом кровоизлиянии в мозг – 0,33, при субарахноидальном кровоизлиянии – 0,06, при неуточненном характере инсульта – 0,27 на 1000 населения. Согласно нашим данным, по заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения (без учета возрастного фактора) достоверной статистической разницы между мужчинами и женщинами не выявлено ($P > 0,05$). Среди больных инсультом женщины составили 57,9 %, мужчины – 42,1 %.

Показатель смертности от мозгового инсульта составил 1,23 на 1000 населения в год (по России – 1,28). Общая смертность при остром нарушении мозгового кровообращения среди мужчин достоверно превышает таковую среди женщин ($t = 2,43$; $P < 0,05$).

Летальность в остром периоде (28 суток) инсульта составила 41,1 % (по России – 40,37 %). Анализ ранней летальности (без учета возрастного фактора) показал, что достоверной разницы между мужчинами и женщинами не выявлено ($P > 0,05$).

У 77,1 % больных ОНМК было первым, у 22,9 % – повторным. Достоверных различий в частоте первого и повторного инсульта среди мужчин и женщин выявлено не было ($p < 0,05$). Более половины больных с мозговым инсультом (59,1 %) составили лица в возрасте от 60 до 79 лет. Отмечено большее число больных с ОНМК в старших возрастных группах, что, вероятно, связано с меньшей представленностью этой возрастной группы в популяции в целом.

Выводы: Эпидемиологические показатели по мозговому инсульту в г. Кемерово близки к соответствующим показателям по России и указывают на необходимость более активного внедрения мероприятий, направленных на повышение эффективности профилактики острых нарушений мозгового кровообращения.

КОЧКИНА Т.В., ШИБАИНКОВА А.Б., ШУМИЛОВ О.Г., ДУДА Е.Е.
МУЗ Городская киническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой
Кемеровская государственная медицинская академия, Курс лечебной физкультуры

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) занимает особое положение среди тяжелых заболеваний, таких как новообразования и инфаркт миокарда.

В России ежегодно диагностируется свыше 300 тысяч инсультов, при этом отмечается значительное "омоложение" больных с этим страданием.

Генез ОНМК сложный, это и гипертоническая болезнь, и атеросклероз сосудов головного мозга, заболевания крови и сердца и др. Кроме множества синдромов, особенностью клиники инсульта являются нарушения двигательных функций больного.

Из сказанного следует, что лечение больного с ОНМК следует проводить комплексно, с участием терапевта, невролога и вспомогательной группы специалистов (службы лечебной физкультуры, физиотерапии, логопедов, иглорефлексотерапии, психотерапевтов, психологов). Все эти специалисты – реабилитационная бригада.

Еще Столяровой Г.П. и Маджиевым И.М. (1986) показано значение реабилитации. По данным этих авторов реабилитационные мероприятия способствуют восстановлению трудоспособности у 47,8 % больных, в то время как при отсутствии реабилитации к труду возвращаются только 28,3 %.

В г. Кемерово в 1999 г. издан приказ № 25 "О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушением мозгового кровообращения", который включает раздел по ранней реабилитации.

Под нашим наблюдением в 2000-2003 гг. находились 704 больных, причем 314 человек поступили переводом из нейрососудистого отделения ГБ № 11 в сроке 3-4 недели от начала заболевания, а 390 человек – из поликлиник города в сроках 5-8 недель. Средние сроки активного комплексного лечения составили 24-28 дней.

Кратность курсов лечения – 2 раза за первый год "мозговой катастрофы". В позднем восстановительном периоде (от одного года до трех лет) в стационаре БВЛ пролечено 355 человек, средние сроки составили 21-24 дня, кратность курсов реабилитации – 1 раз в год.

При поступлении больного устанавливается развернутый клинический и реабилитационный диагноз с детальной характеристикой двигательных нарушений.

Конкретная программа восстановительного лечения для каждого больного определяется исходя из особенностей заболевания, степени и характера поражения, с учетом реабилитационного потенциала.

К основным реабилитационным средствам относятся лечебная гимнастика и ортопедические мероприятия, массаж, физиотерапия, рефлексотерапия, психотерапия, логопедические занятия, элементы бытовой реабилитации, медикаментозное лечение.

Лечебная гимнастика применяется в виде лечения положением, дыхательной гимнастики, пассивных и активных упражнений, выработки навыка ходьбы, развития ручной умелости, массажа, при необходимости проводится логопедическая работа.

Основные задачи лечебной физкультуры состоят в следующем:

- предупреждение развития контрактур и сохранение функциональной подвижности суставов;
- активация трофических процессов тканей;
- снижение спастичности мышц и подавление патологических двигательных синкинезий;
- освоение ходьбы, ходьба по лестнице;
- улучшение координации движений и усвоение более сложных двигательных актов, бытовых навыков;
- обучение самообслуживанию и ежедневным видам деятельности;
- тренировка и адаптация к нагрузкам сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

В процессе реабилитации все больные получают "заряд уверенности" в своих двигательных возможностях, происходит процесс "врабатывания" и осваивается программа дальнейшей самостоятельной реабилитации.

На основании опыта можно сделать вывод, что двигательные нарушения у больных с ОНМК следует начинать в максимально ранние сроки, 3-4 недели от начала "мозговой катастрофы".

Знание механизмов нарушения двигательных функций позволяет последовательно, длительно применять средства лечебной физкультуры и максимально исчерпывать реабилитационный потенциал, сохраняя таким образом больного социально значимым.

БУТИНА Л.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им М.Н. Горбуновой

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

За последнее десятилетие концепция реабилитации претерпела изменения. Реабилитацию следует рассматривать как систему мероприятий, направленных на предупреждение инвалидизации в период лечения заболеваний, долгосрочное сохранение трудоспособности трудовых масс в условиях меняющейся демографической ситуации – увеличение численности пожилой части населения и относительное уменьшение количества работающего, а так же правильное проведение ее заключительного этапа – адаптация для достижения максимальной, физической, психической, социально-экономической и профессиональной полноценности.

На 1-м Российском конгрессе "Реабилитационная помощь населению в РФ" (2003) было отмечено, что решение проблем медицинской реабилитации имеет ряд аспектов:

1. Организационный – дальнейшее формирование реабилитационных отделений в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, совершенствование этапа санаторно-курортной реабилитации.

2. Лечебно-диагностический – диагностика функциональных отклонений и резервов организма, что имеет исключительное значение в выборе программы реабилитации. Международная классификация функционирования ограничение жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утвержденная ВОЗ в 2001 г., является логичным дополнением к МКБ-Х и позволяет оценить 2 противоположные модели – медицинскую и социальную – с формированием реабилитационного диагноза.

3. Кадровый аспект – предполагает введение специальности врач восстановительной медицины, который должен иметь, прежде всего, общеклиническую подготовку и знания в области физической и реабилитационной медицины, грамотно составлять программу реабилитации, оценивать реабилитационный потенциал, обеспечивать контроль и координацию реабилитационного процесса, а также преемственность с другими специалистами. Такой специалист должен пройти обучение в течение 3 лет в рамках последипломного образования.

4. Информационный – информационное обеспечение для специалиста реабилитации и населения.

5. Профилактический – выявление лиц с функциональными нарушениями и их коррекция с использованием физических методов реабилитации.

Прогресс реабилитации состоит во внедрении бригадного метода, предусматривающего своевременную диагностику, лечение, оценку, полноту обследования в соответствии с МЭС.

Важным моментом реабилитации является активное участие и заинтересованность пациента в достижении хорошего результата. По данным отечественных и зарубежных специалистов, в медицинской реабилитации нуждаются около 23 % всех больных стационара и около 46 % всех пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений, т.е. в г. Кемерово охват реабилитационным лечением должен составлять около 4000 человек.

Ежегодно в г. Кемерово около 3000 пациентов проходит курс восстановительного лечения в Городском центре реабилитации. Из них, лиц трудоспособного возраста – 59 %, выписываются с улучшением – 94 %, к труду возвращаются – 60,2 %; 37,8 % направляются на долечивание в ЛПУ города, особенно это касается лиц с нарушением мозгового кровообращения.

Первичный выход на инвалидность составляет 1,67 на 1000 населения, из них 80 % – с нарушением мозгового кровообращения. От общего числа пролеченных больных 36 % составляют больные с нарушением мозгового кровообращения, 29 % – хронические болевые синдромы, остальные 35 % – пациенты с последствиями травм черепа и нейроинфекциями.

Медицинская реабилитация неврологических больных осуществляется в три этапа: стационар, амбулаторно-поликлиническая служба, специализированный загородный санаторий.

Реабилитация этой категории больных – процесс сложный, многоуровневый, требующий квалифицированной диагностики с последующей разработкой реабилитационных программ. В лечении больных, кроме медикаментов, широко используется физическая реабилитации и психологическая коррекция.

Для достижения наилучших результатов и наиболее полного охвата больных методами реабилитации необходимо:

1. Внедрять раннюю реабилитацию в неврологических стационарах города, начиная с палат интенсивной терапии, оснастив их современным реабилитационным оборудованием.
2. Осуществлять своевременный перевод в БВЛ, обеспечивая приемственность на последующих восстановительных этапах лечения.
3. Разрабатывать индивидуальные, рациональные и комплексные программы реабилитации, проводить коррекцию в период лечения.
4. Внедрить реабилитационный диагноз по МКБ-Х и МКФ.
5. Оценивать и контролировать поэтапно эффективность реабилитации, еженедельно в процессе ее выполнения изучать психологическое состояние больного и его отношение к своему заболеванию с целью предупреждения осложнений заболевания.
6. Открыть кабинеты восстановительной терапии в поликлинических учреждениях.
7. В перспективе – обучение врачей по специальности врач восстановительной медицины.

Таким образом, служба реабилитации должна органически вписываться в существующую структуру государственного здравоохранения и развиваться вместе с ней. Это – высокоэффективный инструмент системы здравоохранения, препятствующий развитию заболеваемости и инвалидности.

СМИРНОВА И.М., ГУСАРОВА Т.Ю., ДРОЖЖЕВСКАЯ Н.Ф., ЛОНЧАКОВА В.В.
Кемеровский кардиологический диспансер

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Церебральный инсульт является основной причиной инвалидности у взрослых, которую в мире имеют 11 миллионов человек, выживших после инсульта. В России отмечается прогрессирующий рост заболеваемости инсультом, только в Москве количество больных с острым инсультом в 2002 г. составило 44000. В среднем, по данным мозгового регистра, заболеваемость составляет не менее 400 случаев на 100000 населения. При этом в 62 % случаев пациенты, перенесшие инсульт, становятся инвалидами, более 35 % составляют пациенты моложе 60 лет.

В г. Кемерово динамика роста числа инвалидов после перенесенного церебрального инсульта представлена следующим образом: в 1997 г. – 16180 инвалидов, в 1998 г. – 20574, в 1999 г. – 23521, в 2000 г. – 25148 инвалидов.

Огромный социально-экономический ущерб, наносимый ОНМК, требует улучшения качества оказания медицинской помощи больным, имея в виду, прежде всего, раннюю госпитализацию в специализированные неврологические отделения и направление на реабилитационно-восстановительное лечение.

Проведенное широкомасштабное клинико-эпидемиологическое исследование ОНМК в Санкт-Петербурге установило:

- 26,1 % больных инсультом не были госпитализированы,
- 70% амбулаторных больных в остром периоде инсульта не были проконсультированы неврологом,
- лишь 6,2 % выживших больных были направлены на реабилитационно-восстановительное лечение в специализированные центры.

В стационарах г. Кемерово в 2001 г. выписаны около 1500 выживших больных с ОНМК, из них направлены на реабилитацию не более 8 %. В связи с этим, а также во исполнение приказа МЗ РФ № 190/355 от 10.09.2001 "О долечивании больных в специализированных отделениях", в феврале 2003 г. в г. Кемерово было создано специализированное неврологическое отделение раннего долечивания больных, перенесших ОНМК.

Основной задачей отделения является восстановительное лечение больных в раннем периоде инсульта и профилактика вторичных патологичных состояний, таких как спастичные контрактуры, речевые штампы, невротические реакции, а также мероприятия, направленные на вторичную профилактику церебрального инсульта.

Реабилитация больных в отделении комплексная, проводится на фоне медикаментозного лечения, включающего реперфузию (поддержание системной гемодинамики, гемангиокоррекция, гемодилюция), нейрональную протекцию (антиоксиданты, нейромодуляторы, нейротрофические препараты), миорелаксанты, антидепрессанты, транквилизаторы.

Основными методами реабилитации в отделении являются кинезитерапия, массаж, использование специальных укладок для конечностей, лечение положением, использование лангет, ФТЛ (нервно-мышечная электростимуляция, СМТ, электрофорез), ИРТ, занятия с логопедом, психотерапия.

Эффективность реабилитации и вторичной профилактики инсульта зависит от точности определения механизма развития НМК и подтипа ишемического инсульта: атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный, гемореологический. Для уточнения диагноза больным проводятся параклинические методы исследования на основной базе ККД: биохимические и клинические анализы крови (гемостаз, липидный спектр), ДС экстракраниальных артерий ЭКГ, ЭХО-КГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, мониторинг АД, по-показаниям, консультация кардиолога, эндокринолога.

За 11 месяцев 2003 г. в отделении пролечено 239 больных, из них, 124 женщины (52 %) и 115 мужчин (48 %), в среднем возрасте 48 лет.

Больные с ишемическим инсультом составили 95,4 % (228 чел.), с геморрагическим инсультом – 3,8 % (9 чел.), с нарушением спинального кровообращения – 0,8 % (2 чел.).

Из 228 больных с ишемическим инсультом, у 127 (56 %) отмечалось ОНМК в системе внутренних сонных артерий, у 101 (44 %) – в вертебрально-базилярной системе. Преходящее нарушение мозгового кровообращения отмечалось в 37 случаях (16 %), завершенный инсульт – в 191 случае (84 %).

Основным этиологическим фактором развития ОНМК явились артериальная гипертония (96 % больных), атеросклероз церебральных артерий,

дислипидемия (74 %), сопутствующая ИБС (42 %), сахарный диабет (9 %).

Выписаны на амбулаторный этап наблюдения с улучшением состояния 235 больных (98 %), реэвакуировано с повторным НМК в неврологическое отделение ГБ № 11 четверо (2 %). Причиной реэвакуации больных в трех случаях явилась неадекватная антигипертензивная терапия, а также недооценка сопутствующей кардиальной патологии на этапе отбора в ЛПУ. Одна больная была реэвакуирована с подозрением на внутримозговую артериальную аневризму.

Высокий уровень реабилитации с полным восстановлением утраченных функций и навыков самообслуживания достигнут у 169 больных (72 %), средний уровень реабилитации с частичным восстановлением неврологического дефицита у 54 больных (23 %), незначительная положительная динамика отмечена у 12 больных (5 %).

Особое значение имеет лечение когнитивных, эмоционально-волевых нарушений, без коррекции которых невозможно восстановление других утраченных функций. Среди больных, пролеченных в отделении, 52 % имели высшее образование, из них 32 % составляли руководители. При этом астено-невротический синдром в два раза чаще выявлялся у людей с высшим образованием, а депрессия в два раза чаще у больных без высшего образования, независимо от локализации очага повреждения головного мозга. В то же время высокий уровень тревожных расстройств отмечается у больных с правополушарным синдромом, независимо от уровня образования больных.

Метод групповой и индивидуальной психотерапии имеет решающее значение в коррекции нейропсихологических синдромов и в сочетании с медикаментозной терапией способствует существенному повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий после перенесенного инсульта.

Около 40 % больных имели различные речевые синдромы, в т.ч. синдром анартрии. В комплекс лечения данных больных, кроме специальных логопедических методик, направленных на восстановление речи, освоение чтения, письма, счета, входили специальные приемы ЛФК с упражнениями для речевой мускулатуры, ИРТ, ФТЛ, медикаментозная терапия. Благодаря чему у всех больных отмечалась положительная динамика, в отдельных случаях до полного восстановления речевых функций.

Среди больных, у которых выявлены атеросклеротические поражения брахиоцефальных артерий, четверо направлены на амбулаторный прием нейро-сосудистого центра, где за ними ведется диспансерное наблюдение, и в оптимальные сроки направляются на реконструктивные операции.

Таким образом, реабилитация больных в специализированном отделении в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта позволит сократить сроки временной нетрудоспособности, снизить процент выхода больных на инвалидность, восстановить способность больного к самообслуживанию, сохранить профессиональную пригодность, снизить затраты на социальное обеспечение.

Эффективность восстановительного лечения и вторичной профилактики инсульта зависит от правильной организации медицинской помощи на разных этапах и интеграции врачей смежных специальностей.

ГИЛЕВА О.А., КОВАЛЕНКО А.В., МАЛИНОВСКАЯ С.Ю.
Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ПРОФИЛАКТИКА МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА – ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП РАБОТЫ АНГИОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 5

Отмеченный в последние годы рост распространенности сосудистых заболеваний обусловил увеличение частоты развития церебрального инсульта. В России инсульт занимает 2-е место в структуре общей смертности населения, и является основной причиной стойкой утраты трудоспособности: около 80 % больных, перенесших инсульт, имеют ограниченную трудоспособность в связи с сохраняющимися нарушениями двигательных функций, из них 10 % становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в посторонней помощи. При этом острые нарушения мозгового кровообращения все чаще развиваются у лиц работоспособного возраста (до 64 лет). Значимость проблемы инсульта также подчеркивается недавним формальным включением такой специальности как врач-специалист по инсульту (stroke physician) в перечень официальных медицинских специальностей в США и Великобритании.

Изучение факторов риска развития церебрального инсульта в значительной степени будет способствовать усовершенствованию подходов к разработке и осуществлению профилактических мероприятий. Результаты эпидемиологического исследования, проводящегося с 01.09.2001 г. в г. Кемерово, позволили выделить наиболее важные регионарные факторы риска мозгового инсульта, в первую очередь, церебральный атеросклероз (96,88 %), артериальную гипертензию (89,80 %), гипертрофию миокарда левого желудочка (83,57 %), гиподинамию

(73,37 %), повышение уровня гемоглобина (58,97 %), курение у мужчин (57,45 %), наследственную отягощенность по цереброваскулярной патологии (55,52 %), гиперхолестеринемию (46,63 %), мерцательную аритмию (28,61 %), стресс (26,91 %) и др.

Ангионеврологический кабинет организован в клинической поликлинике №5 в 2002 г. Отбор пациентов в ангионеврологический кабинет осуществляется при проведении профилактического обследования или на приеме пациентов по обращаемости терапевтами общего профиля, кардиологами, эндокринологами, неврологами поликлиник. Специалисты кабинетов профилактики осуществляют диагностику и дифференциальную диагностику цереброваскулярной патологии, в необходимых случаях использую диагностическую базу кардионеврологического и диагностического центров.

Проводится скрининг с использованием анкетирования (тестирование) на реальность риска развития инсульта и формирование групп риска в районе обслуживания поликлиники. Далее составляются индивидуальные программы профилактики и пациенты передаются для контроля за проведением этих мероприятий в участковую терапевтическую службу.

В рамках программы по первичной профилактике мозгового инсульта всем лицам с артериальной гипертензией проводится коррекция АД, так как данный фактор риска является значимым при любом варианте мозгового инсульта; учитывая возможность коррекции гиподинамии и ее высокую распространенность в средних возрастных группах рекомендуется расширение двигательного режима среди пациентов как неотъемлемую часть профилактики ОНМК, объясняется важность отказа от вредных привычек (злоупотребления алкоголем и курения). В рамках скринирующего обследования всем лицам после 40 лет ежегодно измеряется АД; исследуется липидный спектр и при выявлении дислипидемий проводится их коррекция; контроль ОАК, при выявлении повышенного содержания гемоглобина и эритроцитов внимательное отношение к проведению гипотензивной терапии, проводится исследование гемореологического статуса (коагулограмма); ЭКГ – для выявления нарушения сердечного ритма, у пациентов с мерцательной аритмией решается вопрос о проведении дезагрегантной либо антикоагулянтной терапии; ЭХО-КГ – с целью определения органического поражения сердца; ВЭМ – для выявления функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы; контроль и своевременная коррекция уровня глюкозы крови; УЗДГ эстра- и интракраниальных сосудов (дуплексное сканирование) всем пациентам после 40 лет с систолическим шумом на сосудах шеи – для выявления стенозирующих процессов, патологической извитости сосудов и решения вопроса о возможном оперативном вмешательстве; КТ (МРТ) головного мозга для выявления "немых" инфарктов мозга.

Алгоритм сочетания диагностических методов определяется врачом ангионеврологического кабинета с учетом ведущих факторов риска, однако активная профилактика инсульта (особенно медикаментозная) требует комплексного обследования пациента 1-2 раза в год.

Основными принципами проведения первичной профилактики являются:

- внедрение стратегии здорового образа жизни среди населения;
- индивидуальный выбор программы профилактических мероприятий;
- комбинированный характер проводимых терапевтических воздействий;
- использование гипотензивной, антитромботической, гиполипидемической терапии и, при необходимости, возможностей хирургического лечения;
- создание профилактических программ страховой медицины.

ШАЛЯКИНА Н.Ю., КОВАЛЕНКО А.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И., ЛОКТИОНОВА С.М.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ Клинический диагностический центр,
Областное патологоанатомическое бюро

СРОКИ РАЗВИТИЯ, ТЕЧЕНИЕ, СТРУКТУРА И ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНФАРКТА МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КАРОТИДНОЙ СИСТЕМЕ

Причиной смерти в остром периоде ишемического инсульта (ИИ) в каротидной системе в 15-58 % случаев является геморрагическая трансформация очага инфаркта (ГТИ), частота и вероятность развития которой по данным литературы коррелирует со степенью тяжести инсульта и объемом поражения мозга. Данные морфологических исследований мозга больных, умерших от ишемического инсульта, подтверждают высокую значимость ГТИ в причинах смерти. Прижизненная диагностика ГТИ клинико-инструментальными методами вызывает большие трудности в прак-

тической ангионеврологии, а методами лучевой диагностики выявляется в 60-70 % случаев. Таким образом, фатальный характер течения ИИ в каротидной системе, осложнившегося развитием ГТИ, трудности клинической и нейровизуализационной диагностики вторичных геморрагических изменений в мозге в остром периоде ИИ определяют актуальность изучаемой проблемы.

Цель: изучить сроки развития, течение, структуру и особенности диагностики ГТИ на основе морфологической верификации изменений в головном мозге.

Материалы и методы: Изучены унифицированные истории болезни, протоколы лучевых исследований, протоколы аутопсии и морфологические препараты 79 пациентов (39 мужчин и 40 женщин), умерших в неврологическом отделении МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово в 1999-2003 гг. в остром периоде ишемического инсульта в каротидной системе, осложнившегося ГТИ.

Средний возраст больных составил 67 ± 13,5 лет. Все пациенты поступили в стационар в течение первых суток от момента появления клинических симптомов заболевания. Ведущим этиологическим фактором развития ИИ являлся атеросклероз в сочетании с артериальной гипертензией (у 89,9 % больных).

Тяжесть состояния и выраженность неврологического дефицита оценивали по оригинальной балльной шкале Е.И. Гусева и В.И. Скворцовой при поступлении и ухудшении состояния. Всем пациентам проводилась нейровизуализация (КТ или МРТ) в первые сутки госпитализации, в динамике на 7-е сутки и в дальнейшем при клиническом ухудшении состояния.

По срокам до наступления смерти все больные выделены в 4 группы: I – умершие в течение 1-3 суток (9 человек), II – умершие на 4-8 сутки (17 человек), III – на 9-14 сутки (22 человека), IV – умершие на 15-21 сутки (31 человек). Из исследования были исключены пациенты, в причинах смерти которых, кроме инсульта, выявлялись другие факторы (инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, пневмония, синдром полиорганной недостаточности и др.). Морфологически во всех наблюдениях имели место признаки свежих геморрагий: эритроциты в основном неизмененные, хорошо воспринимающие окраску, четко контурирующие, местами склеивающиеся в сплошную массу, выражена периваскулярная геморрагическая реакция.

Таким образом, пациенты были сопоставимы по срокам поступления в стационар, клиническому диагнозу, этиологическим факторам и морфологически верифицированной причине смерти.

Результаты: По степени тяжести при поступлении больные распределились следующим образом: в состоянии средней степени тяжести (36 и > баллов по оригинальной шкале) – 14 человек (17,7 %), в тяжелом состоянии (35-30 баллов) – 18 (22,8 %), в крайне тяжелом состоянии (< 30 баллов) – 47 человек (59,5 %), причем все пациенты I-й и II-й групп поступали в крайне тяжелом состоянии, в III-й группе также преобладали пациенты с крайне тяжелым и тяжелым состоянием (77,3 %), в IV-й группе – примерно в равной мере представлены пациенты со всеми тремя категориями тяжести.

При первичной нейровизуализации не обнаружено инсульта в 31 случае (39,2 %), выявлен ишемический инфаркт мозга (ИИМ) в 39 случаях (49,4 %), в 2-х (2,5 %) – смешанный инфаркт мозга (СИМ), в 7 случаях (8,9 %) – геморрагический инсульт (ГИ), тогда как по данным аутопсии во всех 9 случаях геморрагические изменения в мозге были верифицированы как геморрагическая трансформация имевшегося инфаркта мозга, носившая характер петехий или тотального геморрагического пропитывания. В структуре визуализированных инфарктов по размерам преобладали обширные (ОИ) и большие (БИ) инфаркты – в 34 случаях (82,9 %).

В динамике на 7 сутки из оставшихся в живых 56 пациентов при лучевых исследованиях инфаркт не обнаружен у 4-х (7,1 %), но выявлены: ИИМ – у 43 чел. (76,8 %), СИМ – у 9 чел. (16,1 %), причем все СИМ были обширными по размерам и морфологически также были квалифицированы как смешанные с характером геморрагий по типу сливной пурпуры и очагового пропитывания.

Среди ИИМ по размерам выявлено: ОИ – в 7 случаях (12,5 %), БИ – у 21 чел. (37,5%), средних инфарктов (СИ) – в 15 случаях (26,8 %).

При клиническом ухудшении состояния всем оставшимся в живых пациентам (47 человек III-й и IV-й групп) вновь были выполнены нейровизуализационные исследования, при которых выявлены: ИИМ – в 12 случаях (25,5 %), СИМ – в 21 случае (44,7 %), внутриинфарктная гематома (ВИГ) – в 14 случаях (29,8 %). По размерам инфаркты распределились следующим образом: ОИ – 1 случай (2,1 %), БИ – 16 (34,1 %), СИ – 30 случаев (63,8 %). Морфологически также определялись признаки свежих геморрагий по типу очагового или тотального пропитывания, и почти в трети случаев – по типу внутриинфарктных гематом.

Клинически в I-й и II-й группах инфаркты мозга с ГТИ имели прогредиентный характер течения с самого начала проявлений заболевания и заканчивались фатально (в течение первой недели умерли 29 % больных). У пациентов III-й и IV-й групп прогредиентный характер течения инсульта с ГТИ отмечен нами лишь в 9 из 53 случаев (17 %), стабильный тип с внезапным ухудшением – в 27 случаях (50,9 %), ремитирующий тип течения – в 17 случаях (32,1 %), который в дальнейшем трансформировался, как правило, в один из вышеописанных типов течения.

Таким образом, ГТИ в острейший период выявляется при обширных и больших по размерам инфарктах, что объясняется большей степенью дезорганизации функций мозга и нарушениями гематоэнцефалического барьера (повышением проницаемости сосудистой стенки не только для плазмы, но и для форменных элементов крови) при обширных

ишемиях, когда процессы инфарцирования и развития геморрагий идут параллельно. Инфаркты с ГТИ в этот период имеют, как правило, прогредиентный тип течения. В более поздние сроки острого периода ГТИ выявляется преимущественно при средних и в меньшей степени при больших инфарктах и ее развитие, вероятно, обусловлено прорывом гематоэнцефалического барьера в новообразованных сосудах, неогенез которых характерен для этих сроков эволюции инфаркта.

Чувствительность методов лучевой диагностики в выявлении свежих вторичных геморрагических изменений в мозге при ишемическом инфаркте в острейшем периоде ишемического инсульта в нашем исследовании оказалась высокой, достигая 100 %, а специфичность оставалась низкой – 22 %, что может объясняться ограниченными возможностями нейровизуализационных методов в диагностике острой ишемии. В более поздние сроки острого периода эффективность методов лучевой диагностики в выявлении ГТИ также достаточно высока и достигает в нашем исследовании 74,6 %.

Выводы:

ГТИ фатально осложняет течение ишемического инсульта в каротидной системе в различные сроки эволюции инфаркта мозга. ГТИ выявляется в острейшем периоде при обширных и больших, а в более поздние сроки острого периода – при средних по размерам инфарктах, что объясняется различными патогенетическими механизмами ее развития. Инфаркты с ГТИ имеют преимущественно прогредиентный тип течения в ранние сроки и стабильный с внезапным ухудшением в поздние сроки острого периода инсульта.

Чувствительность лучевых методов в выявлении и определении характера инсульта в первые сутки госпитализации в нашем исследовании оказалась невысокой – 60,8 %, что совпадает с литературными данными.

В выявлении ГТИ, особенно по типу внутриинфарктной гематомы, методы нейровизуализации эффективны и позволяют улучшить качество диагностики, определять дальнейшую тактику ведения больных, проводить коррекцию лечения.

КОЧКИНА Т.В., ШИБАИНКОВА А.Б., БУТИНА Л.В., АРЗУМАНОВ А.В., ЯРИЧИН А.А.
МУЗ Городская больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

ИТОГИ РАБОТЫ ПРОТИВОБОЛЕВОГО ЦЕНТРА ГБ № 1

Последние годы в обществе отмечается неуклонный рост хронических неинфекционных заболеваний, имеющих в структуре ведущих клинических проявлений болевой синдром. Эти заболевания часто возникают у лиц трудоспособного возраста, приводят к снижению жизненной активности и инвалидизации. Для всестороннего лечения хронических, затяжных и часто рецидивирующих болевых синдромов при патологии костно-мышечной и нервной систем, с 2001 года организован Противоболевой Центр (ПБЦ) на базе Больницы Восстановительного Лечения (БВЛ) ГБ № 1, которая имеет хорошую лечебно-диагностическую базу и многолетний опыт реабилитационной работы.

Отбор больных проводится на Отборочной комиссии, куда направляются пациенты из различных лечебных учреждений города, а также с консультативного приема. Наблюдались случаи позднего направления в ПБЦ (16 %).

За три года работы Противоболевого центра пролечено 1265 человек. При обследовании пациентов применялись различные методики: клинические (неврологические и ортопедические); оценка выраженности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); психологическое тестирование с использованием различных шкал; рентгенологический; электромиография (ЭМГ) с регистрацией парного Н-рефлекса; мануальная диагностика и методика прикладной кинезиологии.

Комплексное обследование позволяло выявить ведущие механизмы формирования стойкой боли, а также значимые факторы патогенеза болевого синдрома, на которые при предшествующем лечении в других ЛПУ обращалось недостаточное внимание. Такими факторами часто выступали различной выраженности проявления депрессии (15,9 %), миофасциальный синдром (43,9 %). В анамнезе нередко выявлялось однообразие и шаблонность схем лечения, с превалированием медикаментозных и физиотерапевтических средств, при недостаточном использовании средств ЛФК, психокоррекции и т.н. альтернативных методов (рефлексо- и мануальная терапия).

Анализ нозологической структуры показал превалирование больных с дорсопатиями (92 %). Меньшая доля приходилась на заболевания периферической нервной системы (2 %), церебральную дисциркуляцию (5 %) и аффективные нарушения (1 %).

На современном этапе, по данным ВОЗ, рекомендованы следующие подходы в лечении: 1) устранение причины; 2) использование ортопедических приспособлений; 3) локальная терапия; 4) мануальная терапия; 5) рефлексотерапия; 6) психологическая коррекция; 7) обучающие программы.

При лечении больных в ПБЦ предпочтение отдавалось комплексу немедикаментозных средств. Использовались средства физической реабилитации, в т.ч. лечебная гимнастика в зале – 82 % (указан про-

цент охвата), ручной массаж – 46 %, скелетное вытяжение отдела позвоночника – 14 %; рефлексотерапия – 72 %, мануальная терапия – 67 %, прикладная кинезиология – 18 %, гирудотерапия – 8 %, психотерапия – 16 %. Медикаменты назначались 42 % больных, чаще в виде лечебно-медикаментозных блокад. Физиотерапия назначалась 38 % больных.

Для оценки результативности противоболевого лечения использовался коэффициент эффективности лечения (КЭФЛ), отражающий отношение выраженности боли до и после лечения. Значительное улучшение (КЭФЛ > 2,0) достигнуто у 42 %, умеренное улучшение (КЭФЛ = 1,5-2,0) – у 29 %, незначительное улучшение (КЭФЛ = 1,1-1,5) – у 22 %, отсутствие перемен – у 7 %.

Проведенное лечение позволило сохранить трудоспособность 74,4 % пациентов. При этом среднее пребывание составило 16,4 дней. Направлены к нейрохирургу для оперативного лечения 21 человек (1,6 %).

Таким образом, ПБЦ, как новая форма организации работы, оправданна. Реализованы современные подходы в диагностике и лечении болевых синдромов, внедрены новые технологии лечения. Это благоприятно сказывается на результативности лечения и позволяет уменьшить количество больных, направленных на нейрохирургическое лечение. Своевременное направление больных в ПБЦ из ЛПУ города позволяет повысить эффективность лечения хронических болевых синдромов.

ДОЦЕНКО О.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ДОНОРСТВО – ПРОБЛЕМА СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

Зависимость жизни от крови была установлена еще в 16 веке, когда открытие закона кровообращения послужило анатомо-физиологическим обоснованием ля переливания крови и лечебных растворов. Сегодня трудно себе представить современную клинику без такого мощного способа лечения, как переливание крови.

Донорство имеет огромное значение не только для учреждений службы крови, так как донор – их жизнь. Донорство позволяет увеличивать заготовку компонентов и препаратов крови, являющихся лечебными средствами, поэтому в развитии донорства должны принимать самое активное участие и врачи-клиницисты. Затраты на привлечение к донорству требуется меньше объема потерь, которые понесет больница, если в ней не будут использоваться компоненты и препараты донорской крови.

Отделение переливания крови при МУЗ "ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского" существует с 1975 года, является отделением I-й категории с заготовкой донорской крови в объеме, равном 2 тонны в год, успешно справляется с задачей комплектования донорских кадров. Это удается только благодаря совместной работе специалистов нашего отделения и лечащих врачей больных, которые нуждаются в гемотрансфузиях.

Эта работа проводится с родственниками, друзьями, сотрудниками больных через отпечатанные приглашения, в устной форме или по телефону с выходом на предприятие, в котором больной работает или работал ранее. Согласованность в работе врача-трансфузиолога и врача-клинициста дает свои плоды. Так, за 2003 год в нашем отделении доноры сдали свою кровь более 4000 раз. И, тем не менее, заготовленной донорской крови не всегда бывает достаточно.

Принцип родственного донорства был основным аргументом для организации отделений переливания при крупных больницах. Но родственник, сотрудник может дать свою кровь для одного конкретного больного, тогда как постоянным источником донорской крови всегда был активный или платный донор, который приходит в учреждение службы крови каждые 2-3 месяца. Такая категория доноров имеется и в нашем отделении, но в последние годы активное донорство переживает значительный спад, что обусловлено сложной социально-экономической ситуацией в стране, невыполнением обязательств государства по реализации прав и льгот, установленных донорам законодательством страны. Так, согласно ст. 186 "Трудового Кодекса РФ", вступившего в силу с 01.02.02 г., работодатель сохраняет за работником его средний заработок по донорским справкам только при безвозмездной даче крови, активным донорам справки не оплачиваются. Или – денежная компенсация за сданную кровь для активных доноров сегодня составляет 30 рублей за 100 мл, что вызывает у них лишь отрицательные эмоции.

Местные бюджеты субъектов РФ пытаются изыскать собственные возможности для поощрения донорства. Так, постановлением Администрации нашего города установлена ежемесячная доплата активным донорам в размере 100 рублей за каждую дачу крови, плазмы. Или, в нашем отделении приказом главного врача больницы для этой же категории доноров установлен размер денежной компенсации за сданную кровь на 65 % выше установленной за счет платных услуг из средств ДМС.

Но это все местные инициативы, в целом же проблема развития донорства требует государственного подхода, и должна решатся в стране программно-целевым методом. Это даст возможность увеличить заготовку компонентов и препаратов, которые так необходимы больным, и единственным источником для которых является донорская кровь.

КОТОВ М.С., ПАВЛЕНКО В.В., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского
Кемеровская государственная медицинская академия

О НЕОБХОДИМОСТИ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПОДБОРА ДИАМЕТРА ОКНА В СЕТЧАТОМ ПРОТЕЗЕ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ

В последнее десятилетие процентное соотношение способа герниопротезирования по Лихтенштейну в структуре операций при паховых грыжах заметно повысилось. Способ, предложенный I.L. Lichtenstein более 30 лет назад, стал широко использоваться. Это связано с внедрением одного из дешёвых и инертных материалов - полипропилена и наиболее используемых разновидностей его плетения: "Marlex" и "Surgipro".

Известно, что скорость и "качество вживления" протеза зависит от размера ячеек эксплантата, и доказано, что они тем выше, чем порознее эксплантат. Оптимальное расстояние между нитями протеза (диаметр ячеек) должен составлять 75 μ и более.

В противном случае высок риск неполного прорастания местными тканями, и вероятность гнойных осложнений, вплоть до позднего послеоперационного периода (Егиев В.Н., 2002).

Как показывает опыт, некоторая часть осложнений, включая ранний послеоперационный период, зависит от подбора оптимального диаметра окна Кукса в протезе (вновь созданного внутреннего пахового кольца – ВПК) по отношению к диаметру семенного канатика (СК). Это соотношение должно быть индивидуально у каждого конкретного больного. Очевидно времена, когда относительным ориентиром "оптимального" соотношения ВПК-СК должны были являться проходимость ВПК для тупого конца пинцета или кончика мизинца, ушли в прошлое. Такой метод измерения не оправдан, как с точки зрения законов физики, геометрии, так и с точки зрения физиологии и анатомии.

Положение усугубляет тот факт, что при пластике ВПК местными тканями может развиваться их отек, который с течением времени разрешается, что приведет к изменению диаметра кольца. При пластике синтетическим протезом диаметр ВПК (окна Кукса в протезе) со временем не меняется, и при его недостаточном размере элементы СК подвергаются постоянной компрессии. Однако, неоправданно широкое искусственно созданное ВПК достоверно приведёт к рецидиву косой паховой грыжи.

На базе ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского с 1997 по 2001 гг. оперировано 198 больных мужского пола способом Лихтенштейна по поводу первичных и рецидивных паховых грыж. При этом диаметр окна Кукса выбирался "традиционным" методом – "на глаз". С 2002 по 2003 гг. разработан и применен комплекс мер по нивелированию влияния диаметра окна Кукса протеза на СК за счёт индивидуального подбора диаметра окна сетки под диаметр канатика с точным их измерением. За этот период оперировано 96 пациентов мужского пола. Во всех случаях в качестве протеза использовался полипропиленовый сетчатый эксплантат с плетением типа "Surgipro" (диаметр пор 75 μ). Больные обследованы в послеоперационном периоде в сроки до 6 месяцев. Из результатов обследования индивидуальный подбор диаметра окна Кукса сократил количество таких осложнений, как гематомы, орхоэпидидимиты, отёк яичка, почти втрое; скопление серозной жидкости в проекции швов – в 1,5 раза; невралгии – вдвое; кремастерный рефлекс снизился менее чем у 5 % оперированных.

Таким образом, следует сделать выводы о необходимости индивидуализации подбора диаметра окна Кукса сетчатого протеза под диаметр СК больного. Это заметно снижает послеоперационные осложнения и сокращает длительность нетрудоспособности немалого количества больных.

КИСЛИЦИН В.Н., КРАСИЛЬНИКОВ Г.П., АНДРЕЙЧУК М.Е.,
КУЗНЕЦОВА Н.Н., ПОМЕШКИН Е.В., СВЕТИКОВА Г.В., ТРОЕГУБОВ Д.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 2

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ОПУХОЛЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Папиллярные фиброэпителиомы являются одной из самых распространенных форм среди всех новообразований мочевого пузыря. Они таят в себе опасность злокачественного перерождения, часто рецидивируют, и эту "потенциальную" склонность должен учитывать каждый клиницист. Оптимистическое, беспечное отношение больного к незначительной, безболевой гематурии иногда может привести к катастрофическим последствиям, в том смысле, что все сроки для оказания радикальной помощи уже упущены. Правильный, своевременный и точный диагноз "опухоль мочевого пузыря" в подавляющем большинстве случаев можно поставить на основании УЗИ мочевого пузыря и проведенной цистоскопии. Динамическое диспансерное наблюдение больных с опухолями мочевого пузыря позволяет своевременно провести удаление рецидивной опухоли. На Пленуме урологов России (1995) принято, что одним из перспективных направлений в диагностике и лечении опухолей мочевого пузыря является диспансеризация.

С 1985 по 2003 гг. под нашим наблюдением находились 38 больных с папиллярными опухолями мочевого пузыря. Из них 21 мужчина и 17 женщин в возрасте от 28 до 76 лет. Нами отмечено, что основными жалобами для женщин были дизурические расстройства, а для мужчин – наличие гематурии. После дообследования в условиях урологического отделения все больные были оперированы. У 13 больных выполнена эндовезикальная диатермокоагуляция опухоли, у 18 – ТУР, у 4-х – плоскостная резекция опухоли и у 3-х больных – резекция стенки мочевого пузыря с наложением неоуретероцистоанастомоза.

Эндовезикальная диатермокоагуляция опухоли проводилась нами как самый малоинвазивный метод лечения при отсутствии современных методов оперативного лечения, в том числе ТУР опухоли. ТУР мочевого пузыря позволяет удалить опухоль в стадии Т1-2 полнлстью, до основания. Резекция захватывает поверхностный и глубокий мышечные слои и неизмененные окружающие ткани, которые подвергаются гистологическому исследованию для

определения возможной подслизистой опухолевой инфильтрации.

После операции больные дважды в месяц проходили цистоскопию в условиях поликлиники. В последующем в течение 1 года они являлись на прием через 2 месяца; в течение 2-го года – через 3 месяца; после 3 лет – 2 раза в год. Помимо цистоскопии им проводились исследования анализов мочи, УЗИ мочевого пузыря. Особенно показательны результаты УЗИ при локализации опухоли в "слепой" зоне, в проекции лона, которая не видна при цистоскопии. В период наблюдения больным назначалась противовоспалительная терапия, а с 1987 г. проводились инстилляции мочевого пузыря дибунолом и сывороткой БЦЖ.

Рецидивы опухолей были выявлены у 16 больных (42,1 %), в основном, в течение первых 2 лет. 4 больным выполнена повторная диатермокоагуляция опухоли; 9 больным выполнена ТУР опухоли мочевого пузыря; 2 больным – плоскостная резекция стенки мочевого пузыря и 1 больному резекция стенки мочевого пузыря с наложением неоцистоуретероанастомоза. В течение 15 лет 9 больных оперированы от 3-х до 14 раз. Одному больному в течение 16 лет было выполнено 17 операций, в том числе 14 диатермокоагуляций, 2 плоскостные резекции стенки мочевого пузыря и 1 резекция стенки мочевого пузыря с пересадкой мочеточника.

Таким образом, рецидивы опухолей были выявлены у 42,3 % оперированных больных. Диспансерное наблюдение больных с папиллярными опухолями мочевого пузыря позволяет своевременно выявлять рецидивы опухолей, уменьшает тяжесть оперативного вмешательства, тем самым увеличивает продолжительность жизни больных с рецидивными опухолями мочевого пузыря. Необходимо шире внедрять малоинвазивные и неинвазивные методы диагностики опухолей мочевого пузыря (цитологическое исследование мочи, УЗИ). Для более адекватного лечения этой группы больных необходима тесная взаимосвязь между урологами поликлиники и стационара.

ПАВЛЕНКО В.В., ВОРОНИН Ю.С., ПУЗАКОВА О.Ю., КРАСНОВ О.А.
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Кемеровская государственная медицинская академия

К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ К ГЕРНИОГРАФИИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Клинические данные, даже дополненные результатами УЗ исследования не являются самодостаточными при диагностике грыж паховой области и имеют свои ограничения.

Особенно это касается случаев атипичных, комбинированных, сочетанных, двусторонних, рецидивных грыж ("сложные" формы грыж паховой области).

Не всегда возможно определить по клиническим данным и результатам эхолокации вид опухолевидного выпячивания у больных с ожирением, в случае начальных форм грыж паховой области и при подозрении на возврат грыжи. Ошибки в диагностике вида паховых грыж и предоперационной оценки сложности предстоящего вмешательства ведут к выбору неадекватного доступа и как следствие, способа герниопластики.

Улучшить диагностику грыж паховой области позволяет герниография. При боли не ясного генеза в паховой области и отсутствии признаков опухолевидного выпячивания, герниография позволяет выявить начальные формы паховых грыж либо отвергнуть предполагаемый диагноз и избежать не нужной операции.

Наоборот, в отдаленном периоде после герниопластики, при наличии у пациента болей и отсутствии клинических данных за рецидив грыжи, герниография позволяет уточнить наличие истинного или ложного возврата грыжи. То же касается случаев с сомнительными клиническими и УЗ данными при подозрении на сложные формы грыж паховой области.

Мы выполнили герниографию 24 пациентам в возрасте от 20 до 63 лет.

По данным рентгенконтрастного исследования, в большинстве случаев были выявлены "сложные" формы паховых грыж – комбинированные грыжи (прямые + косые), в 5 случаях двусторонние паховые грыжи (с одной стороны – начальные формы), из них в 2 случаях (с одной стороны) рецидивные грыжи. В четырех случаях подозрение на двустороннюю паховую грыжу не подтвердилось по данным герниографии.

Из осложнений рентгенконтрастного исследования были отмечены 2 случая ортостатического коллапса после приведения рентгеновского стола в вертикальное положение, которые самостоятельно купировались возвратом в горизонтальное положение больного. Летальных исходов не было.

Проанализировав полученные результаты, считаем, что герниография показана:

- при подозрении на начальные и атипичные формы паховых грыж;
- в случае УЗ-данных, не исключающих комбинированный, сочетанный или двусторонний характер грыжевого выпячивания;
- при болях в паховой области неясного генеза, в том числе в отдаленном периоде после герниопластики, при отсутствии клинических данных за возврат грыжи.

Данные рентгенконтрастного исследования позволяют оптимизировать операционный доступ и таким образом, индивидуализировать способ хирургического вмешательства.

ПУЗАКОВА О.Ю., ЧУРКИН М.В., ЗАЙЦЕВ С.А.
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН

Варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка представляет собой серьезную и сложную проблему в лечении больных с синдромом портальной гипертензии (ПГ). ВРВ часто осложняются профузными кровотечениями, ведущими к летальным исходам, а также ограничивают возможности выполнения оперативных пособий, направленных на лечение синдрома ПГ. В связи с этим варикозные вены требуют своевременной диагностики и проведения профилактики возможных геморрагий. Для определения тактики лечения важны как причины ПГ, так и степень выраженности варикоза.

В течение 2002-2004 гг., в условиях эндоскопического отделения ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, обследовано 122 больных, у которых в процессе фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) выявлен варикоз вен пищевода и желудка, возраст больных от 17 до 79 лет.

Причинами ПГ были цирроз печени (ЦП) в стадии А-С по Child-Pugh, первичный и метастатический рак печени, тромбозы и аномалия развития воротной вены и ее ветвей. 36 пациентов (29,51 %, n = 122) поступали с клиникой активного или состоявшегося пищеводно-желудочного кровотечения, еще 40 чел. (32,79 %) имели кровотечения в анамнезе.

Объективными критериями оценки состояния вен эзофагокардиального участка (использовалась классификация N. Soehendra – K. Binmoeller, 1997) являются:

1. Диаметр вен: 1-я степень варикоза (диаметр вен до 5 мм) обнаружена у 36 чел. (29,51 %, n = 122), 2-я (5-9 мм) – у 46 (37,7 %), 3-я (10 мм и более) – у 40 чел. (32,79 %).

2. Тип варикоза (преимущественно стволовая форма наиболее удобна для эндоскопической коррекции): стволовой тип выявлен у 112 чел. (91,8 %), смешанный – у 10 (8,2 %).

3. Локализация вен (при наличии варикозных стволов в кардиальном отделе желудка от эндоскопических вмешательств отказывались): распространение ВРВ ограничивалось дистальной третью пищевода у 32 чел. (26,23 %), нижней и средней третью – у 58 чел. (47,54 %), вены в пищеводе и кардиальном отделе желудка обнаружены у 28 чел. (22,95 %), локальная заинтересованность кардиального отдела имела место у 4 чел. (3,28 %).

4. Наличие "красных маркеров" и истончение стенки вены – отмечены у 66 чел. (54,1 %), и явлений эрозивного эзофагита – диагностирован в 21 случае (17,21 %). Обращали особое внимание на наличие эндоскопических признаков недостаточности кардиального жома – в 36 случаях (29,51 %), и грыж пищеводного отверстия диафрагмы – в 20 случаях (16,39 %), которые существенно затрудняют диагностику и проведение внутрипросветных манипуляций.

Существенное значение имеет обнаружение признаков портальной гастропатии (ПГП): признаки ПГП легкой степени ("мозаичная" слизистая") найдены у 34 чел. (27,87 %, n = 122), тяжелой – в 10 случаях (8,2 %). ПГП тяжелой степени (подслизистые геморрагии и острые геморрагические эрозии) может быть причиной желудочного кровотечения у пациентов с ПГ, таких больных было в наших наблюдениях 4 человека. Портальная гастропатия, как правило, сопровождала ВРВ пищевода и желудка. Однако у 5 пациентов с ПГП варикозная трансформация вен отсутствовала.

К субъективным критериям состояния ВРВ можно отнести выбухание вен над поверхностью слизистой и их реакцию на инсуффляцию воздуха. Оценивая эти признаки в динамике можно косвенно судить о снижении давления в системе воротной вены.

ФГДС является обязательной в алгоритме диагностического поиска у пациентов, поступающих с клиникой пищеводно-желудочного кровотечения, эти больные должны подвергаться экстренному эндоскопическому обследованию. Всего таких больных было 36 чел. (29,51 %, n = 122) (из них, 2 чел. с внепеченочной ПГ). Источниками кровотечения у них являлись ВРВ пищевода (25), ВРВ кардиального отдела желудка (8), ПГ тяжелой степени (3). Активное поступление крови из дефекта в стенке вены обнаружено в 18 случаях (50 %, n = 36), признаки состоявшегося кровотечения (фиксированные тромбы-сгустки, белые тромбы на верхушках вен) – у 14 чел. (38,89 %).

Наличие тромбов на стенках вен, присутствие "красных маркеров", истончение стенки варикозных вен (синюшная окраска варикозных стволов), отсутствие реакции на инсуффляцию воздуха были высоко вероятными признаками угрозы кровотечения.

По отношению к пациентам, поступившим с явлениями пищеводно-желудочного кровотечения, в клинике придерживаемся следующей тактики: эндоскопическая диагностика и распознавание вен как источника кровотечения проводится по экстренным показаниям. После обнаружения источника кровотечения больному немедленно устанавливают зонд Блекмора.

Эндоскопический контроль за состоянием ВРВ и определение показаний к эндоскопическим вмешательствам на пищеводе проводится на 5-7-е сутки после достижения стойкого гемостаза посредством баллонной тампонады.

Дальнейшая тактика зависит от формы портальной гипертензии (внепеченочная или проявление цирроза печени), а при внутрипеченочной – от стадии цирроза по классификации Child-Pugh.

Эндоскопическая коррекция варикозно расширенных вен больным: а) циррозом печени в классе С по Чайльду-Пью; б) больным ЦП в классе В по Чайльду-Пью без кровотечений в анамнезе и без явлений эзофагита на момент эндоскопического исследования; в) пациентам с ЦП в классе В по Чайльду-Пью при рецидиве варикоза после предшествующих порто-кавальных анастомозов или прошивания вен; г) при сохраняющихся варикозных стволах у больных с внепеченочной портальной гипертензией, которым ранее выполнялось порто-кавальное шунтирование.

За 2002-2004 гг. на базе эндоскопического отделения ГКБ № 3 эндоскопическая склеротерапия (ЭС) выполнена 14 больным (в т.ч., 3-м проводились сеансы ЭС в динамике). Использовалась методика паравазальной склерооблитерации, преимуществами которой считаем сдавление вариксов "инфильтрационной подушкой" и ограниченные возможности травматизации вен. Всем больным выполнялось 2-3 сеанса склеротерапии. С этой целью паравазально проводилась подслизисто-мышечная инфильтрация тканей 30 мл 0,5 % раствора этоксисклерола. Контрольные исследования выполняли через 1-2 суток – в течение этого времени в зонах инъекций появлялись поверхностные эрозии, не требовавшие специфической терапии. Повторные обкалывания проводили на 7 сутки от момента первого вмешательства (паравазальные инфильтраты сохранялись в течение 1-2 дней).

Склерозирующий эффект оценивали через 2-3 и 6 месяцев после процедуры. Лучшие результаты достигнуты при выполнении ЭС на венах диаметром от 3-х до 6-7 мм. По результатам динамических осмотров 3 пациентам склеротерапия проводилась повторно, у 2-х отмечен стойкий положительный результат в виде уменьшения (или отсутствия прогрессирования) диаметра вен. Неэффективной ЭС оказалась у 1-й больной (через 1,5 месяца после повторной ЭС у нее развилось кровотечение).

Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) по комплексным показаниям выполнялось целью профилактики рецидивов кровотечения (диаметр вен, подлежащих лигированию, не менее 8-9-10 мм) 6 больным. Для ЭЛ применялся катетер для лигирования фирмы "Wilson-Cook".

Динамические осмотры проводились на 1-е и 7-е сутки. В течение первых суток после лигирования вены проксимальнее места наложения лигатур спадаются, на этом фоне определялись полиповидные участки тромбированных лигированных вен или варикозных узлов с затянутой у основания петлей. Одномоментно лигировалось от 2 до 5 варикозных стволов в нижней трети пищевода. К 7-м суткам часть лигатур отторгалась, на их месте формировались поверхностные язвенные дефекты, которые эпителизировались в сроки от 10 до 20 дней. Полное отторжение лигатур наблюдалось на 7-12-14 сутки. Контрольные осмотры и повторные сеансы (при рецидиве варикоза) лигирования проводились через 1-6 месяцев (2 пациента).

Осложнений и летальных исходов, непосредственно связанных с эндоскопическими операциями на венах пищевода, не было. Сроки наблюдения за пациентами, перенесшими эндоскопические вмешательства, составляют от 6 месяцев до 1,5 лет.

Больные с варикозным расширением вен пищевода и желудка нуждаются в постоянном динамическом эндоскопическом наблюдении. Так, больным мы рекомендуем выполнение фиброгастродуоденоскопии не реже 2 раз в год.

ПЕЛЬЦ В.А., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., ЛУКИН А.Ю., КАЛИШ О.А.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра госпитальной хирургии,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ У КРЫС

Острый панкреатит, особенно его деструктивные формы, и по сей день остается сложной и нерешенной проблемой в хирургии, которой в последние десятилетия уделяется повышенное внимание в связи с увеличением заболеваемости (от 47 до 238 на 1 млн. населения в год) и удельного веса тяжелых форм (В.И. Филин, А.Л. Костюченко, 1994).

На протяжении последних лет острый панкреатит стабильно занимает третье место в структуре экстренной абдоминальной патологии. Многообразие его клинических проявлений затрудняет своев-

ременную постановку правильного диагноза и выбор рациональной лечебной тактики (В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко, 2002). Несмотря на применение современных технологий в диагностике и лечении панкреатита с использованием малоинвазивных и лапаротомных способов лечения, эфферентных методов борьбы с эндотоксикозом, антибактериальной терапии, летальность остается неизменно высокой, достигая при деструктивных формах 28-80 % (В.С. Савельев, В.А. Кубышкин, 1993; J.F. Martinez et al., 1997).

Вышеперечисленное делает исследования в данной области актуальными и обоснованными. На базе кафедры госпитальной хирургии КГМА в ГКБ № 3 проводилось экспериментальное исследование.

Целью исследования являлось: воспроизведение экспериментальной модели острого панкреатита, оценка эффективности действия препарата мексидол на течение острого экспериментального панкреатита. В настоящее время большинство учёных придерживаются ферментативной теории патогенеза острого панкреатита, поэтому за основу была взята модель острого экспериментального панкреатита, использованная в работе Егорова Д.В. (2002).

В эксперименте нами были использованы крысы линии Вистар обоих полов массой от 250 до 450 г, трипсин лиофилизированный, препарат мексидол. Животных наркотизировали фторотаном и тиопенталом натрия, после чего производилась срединная лапаротомия, и раствор трипсина вводили в ткань поджелудочной железы, (дозировка трипсина рассчитывалась исходя из массы животного и составляла 37,5 мг/кг – доза выбрана эмпирически), затем после 30-минутного наблюдения забирался образующийся в брюшной полости геморрагический выпот с последующим исследованием его на диастазу и брюшная полость ушивалась наглухо. Методика операции была одинакова во всех опытах.

Наблюдение производилось в сроки до 20 суток. После гибели животных или выведения их из эксперимента поджелудочную железу, печень, легкие, сердце, почки - забирали, фиксировали в 10 % растворе формалина с последующим исследованием гистологических срезов с окраской их гематоксилин-эозином.

В первой серии опытов (6 животных) воспроизводилась модель острого экспериментального панкреатита. В данной группе лабораторных животных регистрировалась 100 % летальность в сроки от 19 до 36 часов от начала эксперимента, смерть наступала от полиорганной недостаточности, панкреатогенного шока. Диастаза выпота брюшной полости в данной группе варьировала от 716 до 900 г/лч (при условной норме 30 г/лч).

При гистологическом исследовании материала в данной группе выявлены следующие изменения:

- Поджелудочная железа: во всех случаях имелись множественные (вплоть до тотальных) некротические изменения ткани поджелудочной железы, очаги воспаления, кровоизлияния.
- В ткани легких, печени, сердца, почек были выявлены дистрофические изменения, признаки геморрагического отека, участки некроза и некробиоза паренхимы органов.

Во второй серии опытов (4 животных) воспроизводилась модель острого экспериментального панкреатита, а также изучалась эффективность действия препарата мексидол на клинику и патологические изменения в поджелудочной железе, печени, сердце, почках, легких при остром экспериментальном геморрагическом панкреатите, панкреонекрозе.

Мексидол вводили сразу после инъекции трипсина из расчета 40 мг на кг массы животного внутримышечно (доза подобрана эмпирически). В данной группе в 2-х опытах животные погибли через 90 и 110 часов от начала эксперимента, соответственно; 2 животным выполнена эвтаназия раствором фторотана в сроки 10 и 20 суток от начала эксперимента (сроки эвтаназии были выбраны эмпирически), во всех случаях через 30 минут от начала эксперимента появления геморрагического выпота в брюшной полости выявлено не было.

У животных при гистологическом исследовании в ткани поджелудочной железы были выявлены следующие изменения:

- очаги воспаления и некроза с явлениями регресса,
- участки формирующегося фиброза и фиброзированной стромы,
- в ткани печени, легких, почек выявлены участки формирующегося фиброза, дистрофии, единичные участки некробиоза.

Таким образом, в эксперименте удалось воспроизвести модель острого панкреатита. Летальность в первой серии опытов в сроки 19-36 часов от начала эксперимента составила 100 %. Во второй серии опытов у животных регистрировались летальные исходы в сроки от 90 до 110 часов, в двух случаях летальных исходов не зарегистрировано, гистологические исследования в данной серии выявили реабилитационные изменения в органах и тканях на фоне разрешающегося стерильного очагового панкреонекроза.

Полученные результаты позволяют обосновать дальнейшее проведение экспериментов с использованием препарата мексидол, дают возможность говорить об эффективном воздействии данного препарата на течение острого экспериментально панкреатита, панкреонекроза.

ТАРАБРИН В.И., БОРЩ А.В.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра госпитальной хирургии,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Несмотря на значительный опыт, накопленный в гнойной хирургии печени, не теряет своей актуальности проблема абсцессов печени (АП). В последнее время отмечается постоянный рост заболеваемости АП, остаётся высокой летальность среди некоторых групп больных, особенно при апостематозе печени и перфорации абсцессов, часто, несмотря на адекватное лечение, развиваются осложнения, наблюдается тенденция к "омоложению" АП.

Судя по опубликованным сообщениям, частота пиогенных АП варьирует от 8 до 22 случаев на 100 тыс. госпитализаций. Среди всех абсцессов внутренних органов АП встречаются наиболее часто – до 48 % случаев.

В литературе АП классифицируются по предположительным путям инфицирования печени, которые включают в себя: 1) желчевыводящие пути, 2) воротную вену, 3) прямое распространение инфекции из смежных очагов, 4) тупую травму или проникающее ранение, 5) печёночную артерию, 6) абсцессы с невыясненной этиологией – криптогенные. Наиболее частой причиной развития АП на сегодняшний день считаются заболевания желчевыводящих путей, среди которых основная роль принадлежит гнойному холангиту.

Представлены результаты диагностики и лечения 166 больных АП, которыми располагает клиника госпитальной хирургии КГМА. Причинами АП были: травма печени – 9 (5,4 %), первичный рак печени с распадом – 8 (4,8 %), воспалительные заболевания желчевыводящих путей, гнойный холангит – 98 (59 %), отдалённые очаги инфекции – 9 (5,4 %) и другие. Причины АП не выяснены у 13 больных (7,8 %). В патогенезе АП большую роль играют сопутствующие заболевания и состояния, снижающие общую и местную резистентность организма: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, сахарный диабет, цирроз печени, различные иммунодефициты.

Среди 166 больных АП было 75 мужчин (45,2 %) и 91 женщина (54,8 %) в возрасте от 16 до 79 лет. Одиночные АП были у 117 больных (70,5 %), множественные — у 49 (29,5 %).

В последнее время основную роль в диагностике АП играет УЗИ, диагностическая ценность которого равняется 100 %. Типичный ультразвуковой признак пиогенного абсцесса печени – неоднородность изображения, когда да фоне гипоэхогенного образования выявляются участки смешанной эхогенности, включающие хорошо заметные области повышенной интенсивности эхосигнала. Газ в полости абсцесса печени вызывает появление высокоинтенсивного линейного эхосигнала с акустической тенью или реверберационными артефактами.

Кроме АП, УЗИ помогало выявить патологию желчевыводящих путей (холедохолитиаз, стеноз БДС), что позволяло при наличии показаний дополнить лечебные мероприятия выполнением ретроградных эндоскопи-ческих вмешательств (папиллосфинктеротомия, холедохолитоэкстракция).

Компьютерная томография выполнялась для уточнения локализаций абсцессов, с целью дифференциальной диагностики. Хотя в литературе приводятся данные о большей чувствительности компьютерной томографии по сравнению с ультразвуковым исследованием, проверить это утверждение на изученном материале не представилось возможным, так как компьютерная томография всем больным выполнялась уже после чрескожного дренирования абсцессов под контролем ультразвука.

В лечении АП можно отчётливо выделить два этапа: этап традиционного открытого дренирования и этап малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ. Открытые операции выполнялись 114 больным. Операцию завершали введением в полость гнойника двух полихлорвиниловых трубок диаметром 5-7 мм для промывания. Сроки удаления дренажа определялись с помощью фистулографии. Послеоперационная летальность составила 18,7 %.

В последние годы с диагностической и лечебной целью используются пункция и дренирование АП под контролем УЗИ (52 больных). После пункции АП содержимое их полностью аспирировалось, полость промывалась раствором антисептика. В среднем, выполнялись 2,5 процедуры на одного больного.

Во время пункций производился забор материала для выделения чистой культуры возбудителя. Культура содержимого абсцессов была положительной в 81,8 % случаев, при этом в 44,6 % наблюдений выделялась грам-положительная кокковая флора, в 38,9 % – Esherichia coli. Выделение чистой культуры возбудителя позволяло назначить этиотропную антибактериальную терапию.

При отсутствии эффекта вторым этапом проводилось чрескожное катетерное дренирование. Эффективность дренирования оценивалась с помощью УЗИ, фистулографии.

Среди 166 больных гнойными заболеваниями печени, у 9 чел. (5,4 %), на основании тяжёлого септического течения, лабораторного и ультразвукового исследования, диагностирован апостематоз печени. При УЗИ отмечено увеличение размеров печени, выраженная неоднородность ткани её с признаками множественного мелкоочагового поражения. Визуализированы очаги от 2-х до 10 мм, диффузно расположенные, при пробных пункциях которых получен густой гной. Этим больным выполнялась чрескожная чреспечёночная катетеризация ворот-

ной вены для проведения гепатотропной антибактериальной терапии. Все больные выздоровели.

Все больные получали системную антибактериальную терапию. В комплексе лечебных мер при наличии показаний использовалась также иммунокорригирующая терапия, современные методы детоксикации. Таким образом, своевременная диагностика, применение малоинвазивных технологий в лечении АП, осуществление по показаниям регионарной антибактериальной терапии, воздействие на общую и местную резистентность организма привело к улучшению непосредственных результатов лечения, позволило снизить летальность с 18,7 % до 1,6 %.

АНДРЕЙЧУК М.Е., ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., ПУШКОВ В.В., ТЕРЕХОВ С.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

УРЕТЕРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИИ

С 80-х годов прошлого столетия в урологическую практику начало внедряться эндоскопическое лечение камней мочеточников. Успеху метода способствовало появление тонких фиброоптических полужестких эндоскопов.

За 2002 - 2003 годы в урологическом отделении ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского выполнено 165 уретероскопий 160 пациентам, поступившим по неотложной помощи с синдромом почечной колики.

Обследование включало в себя общеклинические исследования, УЗИ органов мочевой системы, обзорную и внутривенную пиелографию. 29 пациентам внутривенная пиелография не проведена (беременность, непереносимость контрастного вещества, другие причины).

Показаниями к уретероскопии являлись:

- Крупные камни мочеточников, самостоятельное отхождение которых не предполагалось.
- Мелкие камни различных отделов мочеточника, вызывающие повторяющиеся приступы почечных колик, либо не отходящие в течение 7-10 дней консервативной терапии.
- Уточнение причины обструктивных изменений верхних мочевых путей.

Использовались полужесткие эндоскопы 9,5 Fr. у 29 пациентов, у 131 чел. операция проводилась аппаратом 8 Fr. с рабочим каналом 5 Fr. Бужирование устья мочеточника перед введением эндоскопа выполнялось у 27 пациентов при использовании аппарата 9,5 Fr. и у 11 пациентов – при использовании аппарата 8 Fr. Дробление камней осуществлялось пневматическим литотриптором. Применялась эпидуральная или спинальная анестезия.

Контактная литотрипсия выполнено 149 пациентам: 93 чел. – камень н/з мочеточника, 24 чел. – ср/з, 26 чел. – в/з. Рентген-негативные камни выявлены в 25 случаях.

У 11 пациентов уретероскопия носила диагностический характер. В 1 случае выявлена опухоль с/з мочеточника, выполнена биопсия, стентирование мочеточника, в 2-х случаях – стриктура мочеточника (средняя и нижняя трети).

Таким образом, уретероскопия является высокоинформативным методом диагностики при обструктивных поражениях мочеточников. Эффективность эндоскопического удаления камней мочеточников (особенно при локализации камней в нижних отделах мочеточников) приближается к 100 %.

ПОЛИКУТИНА А.Т., АНДРЕЙЧУК М.Е., МАКАРОВ В.А., ПУШКОВ В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

АНАЛИЗ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ ГКБ № 3 ИМ. М.А. ПОДГОРБУНСКОГО

Анализируя статистические данные урологического отделения ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, можно отметить рост числа пациентов с онкологической патологией:

локализация опухолевого процесса	1998	1999	2000	2001	2002	2003
почка	16	19	22	24	27	29
предстательная железа	17	19	21	24	24	30
мочевой пузырь	25	30	39	45	55	65

С Т3-Т4 стадией онкоурологического заболевания в отделении прошли 44,5 % пациентов.

Оценивая эти данные, можно сказать, что только ранняя диагностика может способствовать снижению летальности больных раком почки, предстательной железы, мочевого пузыря и совершенно необходимым представляется широкое внедрение ультразвуко-

вой диагностики как скрининг-теста. В отделении применяются малоинвазивные методы диагностики и лечения, и оперативные методы лечения.

Ряду больных (12 %) возможно было применение только паллиативных методов лечения (остановка кровотечения, наружное отведение мочи).

Таким образом, отмечается недостаточная диагностика ранних стадий онкоурологических заболеваний, то есть тех стадий, когда возможно радикальное хирургическое лечение.

С целью улучшения ранней диагностики, необходимо возобновить систему диспансерных осмотров населения, повсеместно внедрить метод ультразвуковой диагностики как скрининг-теста, повышать квалификацию специалистов урологов в плане онкологической настороженности.

МАКАРОВ В.А., ПОЛИКУТИНА А.Т., АНДРЕЙЧУК М.Е., ПУШКОВ В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ АЛГОРИТМОВ

Демографические тенденции последнего времени указывают на увеличение доли лиц старших возрастных групп, повышение медицинского и социального значения изучения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и рака предстательной железы (РПЖ).

В последнее десятилетие значительно изменились понятия об эпидемиологии, патогенезе, расширилась сфера медикаментозной терапии (антагонисты a1-адреноблокаторов, ингибиторы 5 a-редуктазы, препараты растительного происхождения). Изменилась осведомленность мужского населения о заболевании в целом. Изменился существенно и сам спектр оперативного лечения.

Проблема РПЖ на сегодняшний день становится самой актуальной в онкоурологии. Несмотря на отработанные алгоритмы диагностики и лечения данного заболевания, смертность за последнее десятилетие не снижается, и даже отмечается тенденция к увеличению. Среди онкоурологических заболеваний у мужчин РПЖ занимает 1-е место, что связано с улучшением качества диагностики.

За 2002-2003 гг. в отделении урологии ГКБ № 3 пролечены 257 пациентов с ДГПЖ, поступивших как в плановом порядке, так и по экстренной помощи в соотношении 4 : 1. Поэтому диагностика РПЖ в предоперационном периоде затруднена. Проведено 257 операций, из них 221 – плановых (70,9 %), 36 – экстренных (29,1 %). По экстренной помощи произведено 12 ТУР предстательной железы, 24 – одномоментные аденомэктомии. У 30 пациентов гистологически верифицирован РПЖ. Операции дополнялись двусторонней орхэктомией, рентгенотерапией, гормонотерапией.

К каждой плановой операции имелись аргументированные показания. Произведено 117 (50,7 %) – ТУР; 104 (49,3 %) – аденомэктомии. Операции выполнялись под эпидуральной или спинальной анестезией. В основном, критерием отбора для аденомэктомии явилась масса железы более 80 г.

Более вероятна доказательная медицина, если на догоспитальном этапе проведены ПСА, ректальное УЗИ, при необходимости, биопсия под УЗ-контролем. Данные этих исследований отсутствуют у пациентов с синдромом ОЗМ.

Таким образом, внедрение современных технологий в клиническую практику позволяет своевременно и адекватно проводить комплексное лечение больных с ДГПЖ.

ЗАЙЦЕВ С.А., ЧУРКИН М.В., ПУЗАКОВА О.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ДИНАМИЧЕСКИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Проблема лечения пациентов с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта язвенной природы остается актуальной до настоящего времени.

На базе эндоскопического отделения ГКБ № 3 за 2003 г. эндоскопические вмешательства, по экстренным показаниям, выполнялись 234 пациентам с диагнозом “желудочно-кишечное кровотечение” (ЖКК). У 80 человек диагноз ЖКК не подтвердился.

Из 134 пациентов у 84-х (62,7 %) выявлена язвенная этиология кровотечений, язвенный дефект ло-

кализовался в двенадцатиперстной кишке у 53 чел. (63,1 %, n = 84), в желудке – у 31 (39,9 %, n = 84). Возрастные пределы составили от 17 до 91 года (мужчин – 59, женщин – 25, средний возраст – 55,5).

Для определения характера кровотечений пользовались классификацией J. Forrest (1974 г.).

На момент выполнения экстренной эзофагогастродуоденоскопии продолжающееся кровотечение (1-я группа больных) выявлено у 24 пациентов (28,6 % n = 84). Из них: Forrest 1A – у 6 (7,2 % n = 84), Forrest 1B – у 18 (21,4 % n = 84). Во всех случаях источник кровотечения был доступен для эндоскопического гемостаза. Нами применялся инъекционно-инфильтрационный метод: в зону наиболее активного поступления крови с помощью эндоскопического инъектора (Olympus NM – 4L – 1), либо рядом с кровоточащим сосудом, инфильтрировали 1 мл 0,1 % раствора адреналина, разведенного физиологическим раствором в соотношении 1 : 10. После прекращения или уменьшения интенсивности кровотечения в эту область дополнительно вводили физиологический раствор (от 20 до 160 мл), реже сочетая его с введением 20-40 % раствора глюкозы (до 60 мл).

У 2-х пациентов из 1-й группы остановить кровотечение не удалось, в экстренном порядке им было выполнено оперативное вмешательство.

Состоявшееся кровотечение (2-я группа больных) выявлено на момент осмотра у 60 пациентов (71,4 % n = 84). Из них: Forrest 2A – у 14 (16,6 % n = 84); Forrest 2B – у 26 (31,0 % n = 84); Forrest 2C – у 20 (23,8 % n = 84).

Повторные эндоскопические вмешательства выполнялись пациентам 1-й группы через 4-6 часов, 2-й группы – через 8-12 часов. Профилактику рецидива кровотечения при контрольных исследованиях выполняли до исчезновения признаков ненадежного гемостаза. Предпочтение отдавалось подслизисто-мышечной инъекции вышеупомянутых препаратов с последующим орошением 96о раствора спирта. При F-2C – только орошение 96о раствором спирта.

У 8 пациентов возник рецидив кровотечения в сроки от 6 часов до 2 суток. После повторного эндоскопического гемостаза из-за высокой вероятности рецидива 3-м больным было выполнено оперативное вмешательство.

Таким образом, динамическое эндоскопическое наблюдение имеет большое значение в оценке надежности гемостаза и определении дальнейшей тактики ведения больного. Профилактические мероприятия при контрольных исследованиях позволяют существенно снизить вероятность рецидива кровотечения.

ЧУРКИН М.В., ЗАЙЦЕВ С.А., ПУЗАКОВА О.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ДУОДЕНОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

В клинике хирургических болезней ГКБ № 3 за период 2003 г. экстренные эндоскопические исследования с прицельным осмотром зоны большого дуоденального сосочка (БДС) выполнены у 94 пациентов с механической желтухой.

У 20 пациентов лапароскопические или ультразвуковые методы дренирования желчевыводящих путей (ЖВП) были невозможны – "сморщенный" желчный пузырь или его отсутствие, нерасширенные печеночные протоки. Возрастные пределы составили от 52 до 84 лет (средний возраст 60,5 лет), мужчин – 4, женщин – 16.

Экстренные эндоскопические исследования проводились на базе эндоскопического отделения, прямое контрастирование ЖВП, рентгеноскопия не выполнялись. У 7 пациентов (35 %, n = 20) при дуоденоскопии выявлен папиллолитиаз, у 2 пациентов (10 %) – опухолевый рост в зоне БДС, у 11 (55 %) – БДС визуально не был изменен.

Показаниями к экстренному вмешательству на БДС послужили – механическая желтуха (9), механическая желтуха и острый холангит (7), механическая желтуха и острый панкреатит (4).

У пациентов с папиллолитиазом торцевым папиллотомом KD-11Q (Olympus) выполнялось рассечение БДС над камнем, с последующим выведением его в ДПК. При опухолевом поражении производилось рассечение выбухающей продольной складки между опухолью и поперечной складкой ДПК, при этом также использовался торцевой папиллотом. В остальных случаях использовалась типичная канюляционная методика. После канюляции устья БДС и проведения папиллотома (KD-19Q, Olympus) на глубину 20-25 мм выполнялась аспирационная проба, в случае достоверного получения желчи производилось рассечение БДС в объеме, достаточном для последующей установки дренажной трубки. Вмешательство у всех пациентов заканчивалось обязательным транспапиллярным дренированием холедоха. Используя разработанную в отделении оригинальную методику, в просвет холедоха устанавливались 1-2 дренажные трубки ЗКП № 8. Ревизию холедоха "вслепую" корзинкой Дормиа не проводили.

Вмешательства на БДС удалось выполнить у 18 пациентов, в 2-х случаях доступ к БДС был невозможен из-за наличия крупных парафатеральных дивертикулов. У 2 пациентов во время выполнения ЭПТ отмечено небольшое кровотечение, прекратившееся после введения в зону разреза 2-5 мл адре-

налина в разведении 1 : 10000. Рецидива кровотечения не было. Улучшение состояния (исчезновение болевого синдрома, гипертермии, снижение уровня билирубина, диастазы крови) отмечено у всех пациентов в течение первых суток после выполнения вмешательства.

Повторное эндоскопическое исследование с обязательным контрастным исследованием ЖВП было проведено в 1-е сутки у 13 пациентов, на 2-3 сутки – у 5. Холедохолитиаз, как причина биллиарной гипертензии, был выявлен у 8 пациентов из группы с визуально неизмененным БДС. У больных с папиллолитиазом и опухолью БДС камни в холедохе не были выявлены. Таким образом:

- экстренные эндоскопические вмешательства на БДС без предшествующей ретроградной холангиографии могут быть методом выбора у экстренных больных с механической желтухой;
- при использовании канюляционной методики перед рассечением БДС обязательно проведение аспирационной пробы;
- эндоскопическое вмешательство должно заканчиваться тарнспапиллярным дренированием холедоха;
- повторное эндоскопическое исследование с контрастированием желчевыводящих путей и рентгеноскопией должно производиться в максимально короткие сроки.

РАДИОНОВ И.А., БЕДИН В.В., ЗИНЧУК Л.И., КРАСНОВА М.В.,
КОФМАН С.Л., ЗАБОЛОЦКАЯ С.И., БАЕВА В.Н., КОВЕШНИКОВА Н.И.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ И БЕЗЗОНДОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРИ ПЕРВИЧНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Продолжающийся рост больных с первичным хроническим панреатитом (ПХП) заставляет искать новые диагностические критерии в различную стадию течения этого заболевания. Для диагностики ПХП применяли комплекс клинических, инструментальных и лабораторных тестов, включающие УЗИ, компьютерную томографию (КТ), ретроградную холангиопакреатографию (РХПГ), прямую вирсунгографию, беззондовые методы исследования внешней секреции поджелудочной железы (ПЖ): соотношение клиренсов α-амилазы и креатинина, дебит мочевой экскреции α-амилазы, "прозериновый провокационный уротест" и пробу Ласуса (тест на гипераминоацидурию).

Беззондовые методы исследования внешней секреции ПЖ за 2000-2003 гг. применили для диагностики 78 пациентам с первичным хроническим панкреатитом в возрасте от 20 до 48 лет. Из них, 69 мужчин (88,5 %) и 9 женщин (11,5 %). У всех пациентов с первичным хроническим панкреатитом имелись эпизоды острого панкреатита различной степени тяжести.

УЗИ выполнили 78 пациентам, но отчетливые структурно-морфологические изменения ткани ПЖ получены у 57 больных (73 %). КТ проведена 61 пациенту (78,2 %), достоверные данные поражения экзокринной ткани ПЖ получены у 51 (83,6 %), в основном, у тех же пациентов. Клинические и биохимические показатели не обладали высокой чувсвительностью и информативностью, но были выполнены по стандартной схеме всем больным. РХПГ применена 62 пациентам (79,4 %) и обладала высокой информативностью.

Беззондовые методы исследования внешнесекреторной функции ПЖ, с определением соотношения клиренса α-амилазы и креатинина, а также проба Ласуса позволяют получить информацию при выраженных фиброзно-воспалительных процессах в ПЖ при ПХП в стадии обострения. Исследование дебита мочевой экскреции α-амилазы и "прозериновый провокационный уротест" обладали более высокой информативностью и, вместе с пробой Ласуса, позволяли судить о функциональном состоянии поджелудочной железы.

Всего оперированы 42 пациента с первичным хроническим панкреатитом, из них, с внутрипротоковой гипертензией и вирсунголитиазом – 29 больных. Им выполнена операция продольная панкреатовирсунгоеюностомия (ППВЕС), с выключенной петлей тощей кишки. 9 пациентам с ПХП, осложненной внутрипротоковой гипертензией и продолженным стенозом терминального отдела гепатикохоледоха, выполнена ППВЕС с гепатикоеюностомией на двух петлях тощей кишки.

Корпокаудальная резекция ПЖ выполнена 4 больным. Остальные 36 пациентов получили консервативное лечение, направленное на купирование боли и ферментозаместительную терапию, а также им применили малоинвазивные технологии (пункции с дренированием под УЗИ, прямая вирсунгография).

Таким образом, исследование внешнесекреторной функции ПЖ с применением беззондовых ме-

тодов и дополнительных инструментальных тестов позволяет расширить диагностические и лечебные возможности практического врача при первичном хроническом панкреатите.

ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., СТАРЧЕНКОВ С.Б., ЗАЙЦЕВ С.А., ПУЗАКОВА О.Ю., КАЛИШ О.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ СОСУДОВ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ ЖЕЛУДКА, КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Проблема лечения больных с желудочным кровотечением доброкачественной природы окончательно не решена, несмотря на широкое внедрение в повседневную работу ургентных хирургов эндоскопического гемостаза. Если при язвенных гастродуоденальных кровотечениях хорошо отработаны лечебно-диагностические программы, изучена достаточно хорошо эффективность различных видов эндоскопического гемостаза, то при кровотечениях на фоне пороков развития сосудов много неясного. Мало публикаций по вопросам лечения желудочных кровотечений, как осложнений редких заболеваний сосудов подслизистого слоя желудка. Редкие заболевания являются причиной желудочных кровотечений в 1-26 % наблюдений. К редким причинам желудочных кровотечений на почве аномалии развития сосудов стенки желудка относятся две патологии (И.М. Белоусова, 1976):

1. Солитарное изъязвление Дьелафуа.
2. Болезнь Рандю-Вебера-Ослера (телеангиэктазия).

Язвы Дьелафуа

В 1884 г. Геллар впервые описал 2 случая смерти от кровотечения из "желудочной аневризмы". Позже Г. Дьелафуа в 1898 г. анализировал 10 смертей от желудочных кровотечений из поверхностных эрозий слизистой оболочки желудка, на дне которых находились аррозированные артерии (Vbth D., 1962). Berghaus H. et al. (1967) сообщают об описанных в мировой литературе 18 наблюдениях интрамуральных аневризм мелких артерий желудка.

Отмечается массивность кровотечений из этих аневризм, и выздоровление двух пациентов после гастрэктомий. Как считают многие, в основе заболевания лежат аневризмы мелких артерий подслизистого слоя желудка (Ванцян Э.Н. с соавт., 1973). Вероятно, имеет место врожденный порок развития сосудов. Диаметр патологически измененных сосудов увеличен до 800-4000 мкм при норме 120-200 мкм. И, конечно же, одну из ведущих ролей в патогенезе заболевания играет пептический фактор. Возможен и механизм механического повреждения.

Локализация. Изъявления располагаются в кардиальном отделе желудка, отступя от малой кривизны на 3-4 см. Анатомической особенностью этой зоны является расположение здесь достаточно крупных артерий, которые оплетены мышечными волокнами, фиксируются ими и, тем самым, создают предпосылки для упорного, массивного кровотечения. Слизистая приподнимается сосудом, образуя полиповидное выпячивание 0,2-0,5 см в диаметре. В центре полиповидного выпячивания дефект слизистой с аррозированным сосудом. Изъязвления Дьелафуа, кроме желудка, могут локализоваться в дистальных отделах пищевода, двенадцатиперстной и толстой кишке (Д.Ю. Зиновьев с соавт., 2003).

Клиника. Характеризуется внезапным массивным кровотечением. При эндоскопическом исследовании можно увидеть либо эрозивно-язвенный дефект диаметром 2-5 мм, либо струйное кровотечение из него. Для диагностики может использоваться селективная ангиография.

Лечение. Вопросы использования различных вариантов эндоскопического гемостаза не изучены. Большинство авторов полагают, что консервативная терапия чаще всего безуспешна (А.А. Пономарев, А.А. Курыгин, 1987).

Оперативное лечение должно включать в себя либо прошивание до мышечного слоя с перевязкой кровоточащей артерии, либо иссечение стенки желудка в пределах здоровых тканей. В связи с вероятностью прорезывания тканей и возможностью рецидива кровотечения, после прошивания иссечение является более предпочтительным. D. Sellu et all. (1980) рекомендуют при желудочных кровотечениях на почве пороков развития сосудов их эмболизацию.

Болезнь Рандю-Вебера-Ослера

Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (телеангиэктатическая болезнь, наследственная геморрагическая ангиома), характеризуется кровотечением из телеангиэктазий.

Среди причин желудочных кровотечений встречается чрезвычайно редко (0,005 %). Диагностике заболевания помогает обнаружение телеангиэктазий на коже. На слизистой желудка сосудистые образования видны при эндоскопическом обследовании.

Лечебная программа должна включать в себя эндоскопический гемостаз, консервативную терапию и резекцию желудка.

Клиническое наблюдение.

Мы располагаем опытом лечения больного с изъязвлением Дьелафуа, осложненным желудочным кровотечением. Больной Ч., 24 лет, поступил в урологическое отделение с диагнозом МКБ, кораловидный камень лоханки левой почки, хронический пиелонефрит. 17.10.03 г. под ЭТИ выполнена операция пиелолитотомия слева, уретеропиелонефростомия. 14.11.03 г., в связи с развившимся уросепсисом, произведена нефрэктомия слева, удалена апостематозно измененная почка. 18.11.03 г. у больного возникло тяжелое желудочное кровотечение.

На фоне безуспешного консервативного лечения и продолжающегося кровотечения выполнена лапаротомия, гастротомия, хирург обнаружил струйное кровотечение из слизистой без язвенного дефекта, выполнил прошивание кровоточащей слизистой кардиального отдела желудка, стволовую ваготомию, пилоропластику по Гейнеке-Микуличу. 21.11.03 г. возник рецидив кровотечения. Релапаротомия, гастротомия, вновь обнаружено струйное кровотечения из зоны прошивания слизистой, произведено повторное прошивание этого участка с перевязкой левой желудочной артерии. 26.11.03 г. третий рецидив кровотечения, больной был переведен в ГКБ № 3, где в течение 26-28 проводился динамический эндоскопический инъекционный гемостаз. Зона кровотечения в кардиальном отделе обкалывалась трижды в сутки 5 % раствором глюкозы (60-80 мл) с адреналином, проводилась антисекреторная и гемостатическая терапия, гемотрансфузии. 29.11.03 г. вновь появились признаки рецидива кровотечения – отделяемое со свежей кровью по зонду из желудка, пульс 120 уд/мин, гемоглобин 55 г/л.

Выполнена релапаротомия, гастротомия, в просвете желудка большой сгусток крови. После его удаления на передней стенке кардиального отдела желудка обнаружена лигатура, из-под которой наблюдалось истечение крови. Кровоточащий участок кардиального отдела желудка иссечен, трансназально, на 50 см дистальнее связки Трейтца, проведен зонд для кормления, оставлен для декомпрессии зонд в желудке. Рана желудка ушита.

Зондовое питание продолжалось 7 суток, застой в желудке разрешился к 6-7 суткам. Из стационара больной был выписан 24.12.03 г. Микроскопическое заключение по иссеченному участку кардии: признаки хронического гастрита, в подслизистом слое фиброз, обилие артериальных кровеносных сосудов по типу кавернозной гемангиомы. В прошитом участке располагается крупный артериальный сосуд, его просвет выполнен смешанным свежим тромбом.

Больной осмотрен через месяц. Жалобы на периодическую изжогу и чувство дискомфорта в эпигастрии после переедания. ФГДС – складки желудка обычного калибра, эластичные, перистальтика сохранена, слизистая розовая. Привратник и луковица ДПК деформированы.

Заключение: учитывая библиографические данные и настоящее клиническое наблюдение, при оперативном лечении язв Дьелафуа, осложненных кровотечением, более целесообразным является не прошивание их, а иссечение при первичном вмешательстве.

БЕДИН В.В., ШИН И.П., ЛУКИН А.Ю., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., ЧУРКИН М.В., ХАРИНА Т.М.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кузбасский областной гепатологический центр выполняет функцию областного специализированного онкологического подразделения, занимающегося диагностикой и лечением больных с опухолевым поражением органов панкреатодуоденальной зоны.

За период 2000-2003 гг. было пролечено 195 пациентов.Среди пациентов было 104 мужчины (53,3 %) и 91 женщина (46,7 %). Средний возраст мужчин – 60,5 лет, женщин – 65,2 лет.

Выявлена следующая локализация опухолевого процесса: рак головки поджелудочной железы (ГПЖ) – 163 (83,6 %), рак большого дуоденального сосочка (БДС) – 32 (16,4 %) пациента. Средний уровень билирубина составил 216 ± 12 мкмоль/л. Рак ГПЖ выявлен у 91 мужчины (46,7 %) и у 72 женщин (36,9 %). Рак БДС: мужчин – 13 (6,7 %), женщин – 19 (9,7 %).

С целью улучшения диагностики опухолевого поражения, определения уровня билиарного блока и степени инвазии в соседние органы применяли ступенчатый алгоритм, куда в обязательном порядке входили УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с осмотром большого дуоденального сосочка, спиральная компьютерная томография органов брюшной полости, определение уровня онкомаркеров (СА – 19-9, 242, РЭА); по показаниям выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, чрескожную чреспеченочную холангиографию под УЗ и рентгенконтролем, ангиографию, лапароскопию, чрескожную пункционно-аспирационная биопсию под контролем УЗИ, интраоперационное ультразвуковое исследование и биопсию органов.

Учитывая признаки механической желтухи, печеночно-почечной недостаточности при поступле-

нии в стационар, первым этапом всем больным выполняли декомпрессию желчевыводящих путей после определения уровня блока. 181 (92,8 %) пациенту применили следующие минимальноинвазивные способы декомпрессии: чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем УЗИ и электронно-оптического преобразователя – 106, чрескожно-чреспеченочная холецистомия (ХС) под контролем УЗИ – 50, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллотомией и транспапиллярным дренированием холедоха (ТПД) – 41 пациент. 15 пациентам выполнили двойное дренирование – ХС и ТПД. У 14 пациентов (7,2 %), из-за отсутствия условий для минимальноинвазивной декомпрессии или возникших осложнений, связанных с проведением минимальноинвазивной декомпрессии, выполнили наружное дренирование желчных путей лапаротомно. У 83 пациентов (42,6 %) декомпрессия желчных путей стала заключительным этапом лечения при диагностированной диссеминации опухолевого процесса или отказа от лапаротомного способа лечения.

Оперировано 112 пациентов (57,4 %): рак головки поджелудочной железы – 92, рак большого дуоденального сосочка – 20. Большинству больных применили паллиативные желчеотводящие операции: гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле – 50 (в 6 случаях дополнены гастроэнтеростомией при дуоденальной непроходимости), холецистоеюностомия – 4, холецистогастростомия – 6, наружное дренирование желчных путей – 14.

Радикальные операции: панкреатогастродуоденальная резекция (ПДР) при раке ГПЖ выполнена 22 пациентам, при раке БДС – 10 пациентам. Условно-радикальные операции: папиллэктомия выполнена 6 пациентам (в 4 случаях в сочетании с гепатикоеюноанастомозом).

Всем больным проводили этапное лечение. На первом этапе выполняли декомпрессию желчевыводящих путей в ближайшие 12-24 часа после установления диагноза и предоперационной подготовки. Способы декомпрессии зависели от локализации опухоли. При выявлении опухоли головки поджелудочной железы выполняли ЧЧХС или ХС. Через 4-6 суток после установки ЧЧХС выполняли попытку бужирования опухоли для уменьшения потерь желчи. Выбор между ЧЧХС и ХС блоке зависел от наличия обтурации пузырного протока опухолью и степени внутрипеченочной билиарной гипертензии.

При опухоли большого дуоденального сосочка выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с попыткой эндоскопической папиллотомии и транспапиллярного дренирования холедоха. При неудачном исходе эндоскопического ретроградного дренирования выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию или холецистостомию. Уже на этом этапе проводили диагностику диссеминации опухолевого процесса с помощью ультразвукового исследования, компьютерной томографии и биопсии органов. При выявлении метастазирования в отдаленные органы декомпрессия желчевыводящих путей становилась заключительным этапом лечения. Осложнения после дренирования желчных протоков: миграция МХС под УЗИ – 7 (14 %), ЧЧХС – 4 (3,8 %), перфорация желчного пузыря – 3 случая (6 %).

Вторым этапом проводили оперативное лечение после стабилизации состояния, нормализации лабораторных показателей крови, отсутствии инструментальных признаков диссеминации опухолевого процесса. Во время операции проводили тщательную ревизию органов панкреатодуоденальной зоны, экспресс-биопсию для исключения отдаленного метастазирования. При отсутствии признаков отдаленных метастазов и прорастания опухоли в магистральные сосуды выполняли панкреатодуоденальную резекцию с обязательной лимфодиссекцией. Формирование анастомозов проводилось на двух изолированных петлях тонкой кишки. Особое внимание уделяли обработке культи поджелудочной железы. При неудовлетворительных условиях для формирования панкреатоеюноанастомоза выполняли наружное дренирование панкреатического протока (14 пациентов) по методике М.В. Данилова с последующим закрытием через 3 месяца при отсутствии диссеминации рака.

При выявлении во время операции инвазии рака в магистральные сосуды, отдаленные метастазы выполняли паллиативную операцию – билиодигестивное соустье. При выборе способа паллиативной операции предпочтение отдавали высокой гепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле. При синдроме дуоденальной непроходимости гепатикоеюностомию дополняли гастроэнтероанастомозом на короткой петле. В последнее время мы отказались от формирования анастомозов с желчным пузырем из-за рано возникающей обтурации пузырного протока и, вследствие этого, неадекватного дренирования желчных путей.

В послеоперационном периоде проводили системную химиотерапию “5-Фторурацилом” и иммуномодулирующую терапию “Ронколейкином” больным, которым были выполнены как радикальные, так и паллиативные вмешательства.

Послеоперационные осложнения наблюдали у 12 пациентов (10,7 %): несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 2, кровотечения – 4, перитонит – 2, острый посттравматический панкреатит, панкреонекроз – 4.

Послеоперационная летальность – 8 пациентов (7,1 %): после ПДР – 3 (9,4 %), после паллиативных операций – 5 (6,7 %). Причиной смерти после панкреатогастродуоденальной резекции было острое нарушение мозгового кровообращения с развившимся отеком головного мозга, внутрибрюшное кровотечение с развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточностью, несостоятельность панкреатоеюноанастомоза с развитием диффузного перитонита. Причины смерти после паллиативных операций: в двух случаях развился инфаркт мио-

карда в раннем послеоперационном периоде, аррозивное кровотечение из панкреатодуоденальной артерии, перитонит вследствие несостоятельности гепатикоеюноанастомоза, нарастание острой печеночно-почечной недостаточности. Выводы:

1. Больным раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой и печеночной недостаточностью, показано этапное лечение.

2. Способ декомпрессии желчных путей зависит от локализации опухоли.

3. Оптимальной паллиативной операцией при раке панкреатодуоденальной зоны является гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле.

4. Операцией выбора при раке панкреатодуоденальной зоны является панкреатогастродуоденальная резекция.

КРАСНОВ О.А., ООРЖАК О.В., ГРЕКОВ Д.Н., ИВАНОВ С.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия

ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

В лечении перфоративных пилородуоденальных язв применяют ушивание, резекции желудка, все виды ваготомии и их кимбинации, что свидетельствует об отсутствии операции, отвечающей всем требованиям "идеального" хирургического вмешательства. Дискутируется целеобразность первично радикальных операций, либо ушивания с последующим противоязвенным лечением. Учитывая высокую стоимость эррадикационной терапии, низкий социально-экономический уровень больных с перфоративными язвами, рассчитывать на массовое ее применение у данной категории больных нереально. Поэтому считаем целеобразным применять операции, вмешивающиеся в механизм язвообразования, в частности, ушивание прободной язвы с селективной проксимальной ваготомией.

В настоящее время значимость и эффективность селективной проксимальной ваготомии методом скелетирования, в лечении язвенной болезни ДПК и ее осложнений, ни у кого не вызывает сомнений. Но, данная методика, имея хорошие как ближайшие, так и отдаленные результаты, продолжительна по времени исполнения и требует высокой квалификации хирургической бригады. Для сокращения времени операции и в связи с многочисленными сообщениями о возможности химической денервации кислотопродуцирующей зоны желудка, нами проверен в эксперименте и апробирован в клинике метод химионевролиза желудка с применением 30 % этилового спирта аптечного приготовления.

С 1996 по 2003 год оперировано 120 пациентов с перфоративной язвой ДПК, которым выполнено ушивание перфоративного отверстия по Подгорбунскому и СПВ методом химионевролиза, а 19 больным выполнено видеолапароскопическое ушивание прободной язвы с ваготомией в модификации операции Тейлора. Давность перитонита составляла не более суток. Летальных исходов не было. В ближайшем послеоперационном периоде выявлено 2 осложнения в виде эрозивных повреждений слизистой желудка по малой кривизне, которые эпителизировались через 2 недели.

Перед выпиской из стационара больным выполняли ФГДС, рентгенологическое исследование желудка и ДПК, и изучение кислотно-протеолитической активности желудочного сока диффузионным способом. Через 6-12 месяцев обследовано 28 человек, и через 2-4 года 15 пациентов соответственно.

При ФГДС рецидив язвы выявлен у 3-х больных (6,9 %), несмотря на сохранение бактериальной обсемененности у 95 % оперированных (n = 41).

При рентгенологическом обследовании выявлены характерные признаки, соответствующие СПВ: гипотония свода и тела желудка, каскад, перистальтика антрального отдела. Через 6-12 мес. рентгенологическая картина соответствовала раннему послеоперационному периоду. Через 2-4 года исчезала гипотония свода и тела желудка, при сохраненной перистальтике антрального отдела. Эвакуация во всех случаях проходила в удовлетворительные сроки.

При исследовании кислотно-протеолитической активности тела желудка в раннем послеоперационном периоде получены следующие результаты. Протеолиз составил 285 ± 43,0 г/м2 24-1 и диффузия ионов водорода 6,1 ± 1,4 мм. Для сравнения, после простого ушивания перфоративной язвы без применения ваготомии протеолиз 536 ± 43,0 г/м2 24-1 и диффузия ионов водорода 13,55 ± 0,38 мм, соответственно. Через 6-12 мес. на фоне ваготомии с использованием технологий химионевролиза протеолиз тела желудка 270 ± 34,0 г/м2 24-1, диффузия ионов водорода 7,7 ± 1,2 мм. Через 2-4 года протеолиз 320 ± 25,0 /м2 24-1, диффузия ионов водорода 8,5 ± 0,7 м, соответственно.

Выводы: Ушивание перфоративной язвы с селективной проксимальной ваготомией (при лапаротомном доступе – методом химионевролиза, лапароскопически – модификация операции Тейлора) достоверно угнетает кислотно-протеолитическую активность желудка. В течение 6-12 мес. после операции повышения агрессивности желудочного со-

держимого не наблюдается. Через 2-4 года выявлено недостоверное увеличение кислотно-протеолитической активности, не превышающей уровень клинически здоровых пациентов. Одной из задач современной хирургии осложнений язвенной болезни является не только спасение больного от осложнений, но и создание условий для предотвращения рецидивов язвенной болезни, то есть патогенетического выбора метода лечения. По нашему мнению, органосохраняющие операции с ваготомией отвечают всем этим требованиям, о чем свидетельствуют полученные нами результаты.

СТАРЧЕНКОВ С.Б., ПАВЛЕНКО В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского
Кемеровская государственная медицинская академия

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ ОРИЕНТИРОВ НАДПАХОВОГО КОСОПОПЕРЕЧНОГО МИНИДОСТУПА ДЛЯ ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ

Наружные грыжи живота встречаются у 7 % населения, при этом у большинства из них выявляются грыжи паховой области. Ежегодно в России по поводу паховых грыж выполняется более 200 тысяч операций.

Основная причина формирования паховых грыж заключается в несостоятельности поперечной фасции, формирующей заднюю стенку пахового канала. Ее укрепление является основной задачей при выполнении герниопластики.

В последние годы широкое распространение получили способы пластики поперечной фасции задним (предбрюшинным) доступом, без вскрытия пахового канала. К этим способам относится трансабдоминальная преперитонеальная лапароскопическая герниопластика (TAPP). Внебрюшинный доступ возможен как с использованием лапароскопической техники с баллонами-дилятаторами и введением инструментов через проколы, так и при помощи ретро(пре)перитонеоскопа, вводимого через минидоступ.

Мы усовершенствовали методику предбрюшинной безгазовой герниопластики, предложенную Тарасовым, осуществляемую посредством ретро-(пре)перитонеоскопа, затрудняющего манипуляции по укреплению слабых мест паховой области. В основе метода Тарасова лежат дистанционные манипуляции в предбрюшинном пространстве паховой области, обеспечивающиеся применением ретро(пре)перитонеоскопа.

Для облегчения манипуляций в предбрюшинном пространстве паховой области, сохраняя основное преимущество операции Тарасова (малотравматичность, обеспеченную минидоступом), мы разработали новый доступ в преперитонеальное пространство паховой области.

Методика проведения предбрюшинной безгазовой герниопластики из косопоперечного минидоступа. Проводили ультрасонографию паховой области со стороны грыжевого выпячивания на аппарате Aloka SSD – 1100 конвексным датчиком 7,5 МГц. На фоне проведения пробы Вальсальвы, с натуживанием, локировали глубокое отверстие пахового канала. Далее, при помощи сконструированного нами прибора, представляющего из себя треугольник с подвижными меняющимися углами в зависимости от формы таза и, следовательно, индекса подчревья и длины паховой связки, проводили биссектрису угла и выставляли точку на 1 см выше проекции глубокого отверстия пахового канала, являющуюся медиальным углом разреза. Далее от этой точки при помощи того же прибора устанавливается линия до точки, которая является серединой паховой связки. Длина разреза не превышает 3 см. Математическими расчетами доказано, что угол разреза зависит от индекса подчревья и длины паховой связки.

В основе предлагаемого нами косопоперечного пахового минидоступа для предбрюшинной герниопластики лежит ультрасонографическое картирование глубокого отверстия пахового канала и определение направления разреза с помощью сконструированного нами прибора, исходя из конституциональных и антропометрических данных надчревья пациента.

Использование предложенного косопоперечного надпахового минидоступа при грыжах паховой локализации позволяет решить основные проблемы предбрюшинной герниопластики:

- обеспечивает хорошую экспозицию и свободу манипуляций на всех слабых местах паховой области (в области глубокого отверстия пахового канала, медиальной паховой ямки, внутреннего бедренного кольца, подвздошных и внутренних эпигастральных сосудов);
- уменьшает до минимума глубину операционной раны;
- является менее травматичным, чем все известные предбрюшинные доступы, так как позволяет избежать повреждения ветвей нижних брюшных нервов и, следовательно, денервирования и релаксации нижнего сегмента прямой мышцы живота;

- обеспечивает свободное и надежное установление сетчатого эксплантата, закрывающего одновременно все слабые места паховой области.

Мы располагаем пятилетним опытом выполнения лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики при паховых грыжах у 39 пациентов и безгазовой преперитонеальной герниопластики из минидоступа – у 32 больных.

Всем больным пластика поперечной фасции выполнялась полипропиленовым сетчатым протезом. Как в первой, так и во второй группе, пациенты начинали ходить в первые 12 часов, наркотические анальгетики не назначались, была возможна выписка на 2-3 сутки после операции.

Основными недостатками трансабдоминального вмешательства, на наш взгляд, является дороговизна аппаратуры, технические сложности, возможность получения грозных интраабдоминальных осложнений, длительность вмешательства, необходимость эндотрахеального наркоза и пневмоперитонеума, что небезразлично для больных с кардиальной и легочной патологией.

Предбрюшинная герниопластика из косопоперечного надпахового минидоступа лишена многих из вышеперечисленных недостатков. Вмешательство выполняется под эпидуральной анестезией. Длительность операции составляет 20-45 минут, из специального оборудования нужны только осветитель с фиброволоконной оптикой.

Таким образом, считаем малотравматичную безгазовую предбрюшинную герниопластику из косопоперечного надпахового минидоступа перспективным и общедоступным способом хирургического лечения больных с паховыми грыжами.

СТАРЧЕНКОВ С.Б., ПАВЛЕНКО В.В., КРАСНОВ О.А., КАЛИШ О.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия

МОРФОГЕНЕЗ ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПРЕДБРЮШИННОЙ ЭКСПЛАНТАЦИИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА

Наружные грыжи живота – самое распространённое хирургическое заболевание человека. Эта патология по-прежнему сохраняет высокое медицинское социальное и экономическое значение во всём мире. Одной из причин развития возвратов заболевания является отсутствие хорошего материала для закрытия грыжевого дефекта, который не вызывал бы реакции окружающих тканей в условиях циклического взаимодействия мышц передней брюшной стенки. Успехи современной химии позволили синтезировать большое количество прочных эксплантатов. Но, как показал опыт применения ранее используемых протезов (лавсановых, нейлоновых, капроновых и др.), они не являются биологически инертными и поэтому неминуемо вызывают различной степени выраженности воспалительные реакции окружающих тканей. Образование соединительной ткани вокруг синтетического протеза идёт по типу его инкапсулирования.

Имплантированный материал при колебаниях брюшной стенки (до 70 тыс. возвратно-поступательных движений в сутки) многократно смещается относительно окружающих тканей, что обуславливает постоянное травмирование последних. Это приводит к замедлению или отсутствию прорастания соединительной ткани в ячейки эксплантата и формирование вокруг него грубой рубцовой ткани.

При грыжах паховой локализации мы применяем косопоперечный надпаховый минидоступ в предбрюшинное пространство. После этапа герниотомии, для укрепления всех слабых мест паховой области, через этот доступ в предбрюшинное пространство вводится сетчатый полипропиленовый эксплантат. Надежная фиксация эксплантата в предбрюшинном пространстве в первые часы достигается воздействием внутрибрюшного давления в ограниченном отслойкой кармане. Происходит “прилипание” эксплантата, обусловленное силами поверхностного натяжения, возникающими благодаря пористости и шероховатости его структуры, а также хорошей смачиваемости его поверхности.

Вышесказанное подтверждается результатами проведенного нами гистологического исследования полипропиленовых эксплантатов, имплатированных в предбрюшинное пространство лабораторным крысам. Уже через сутки после имплантации грануляционной ткани не наблюдается, что, вероятно, связано с началом созревания соединительной ткани. Определяются признаки реакции окружающих тканей на эксплантат, как на инородное тело, что выражается в инфильтрации полиморфноядерными лейкоцитами в зоне локализации сетки. Также определяются островки фибрина, что позволяет, на основании вышеперечисленных факторов, предполагать надежную фиксацию сетчатого протеза относительно окружающих тканей.

Гистологическая картина на 7 сутки характеризуется воспалительно-регенераторным типом и низкой упорядоченностью фиброархитектоники. У нитей сетки образуется инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов, макрофагов, плазматических клеток, появляются тяжи рыхлой неоформленной во-

локиистой соединительной ткани с фиброзом, что говорит о фиксации сетчатого полипропиленового эксплантата в предбрюшинном пространстве.

На 14-21 сутки к вышеописанной картине добавляются тяжи рыхлой не оформленной волокнистой соединительной ткани с фиброзом, что говорит о том, что эксплантат прочно закрепился в предбрюшинном пространстве.

Таким образом, в данной серии исследований проведено экспериментальное обоснование целесообразности применения сетчатого эскплантата в предбрюшинном пространстве, и показано что образование фибрина в ячейках протеза эксплантата в совокупности с эффектом прилипания, внутрибрюшного давления и т.д., предотвращает его смещение относительно окружающих тканей.

ФРОЛОВ Е.Б.
МУ Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА Г. КЕМЕРОВО В 2003 Г.

Хирургическая служба г. Кемерово представлена стационарной и поликлинической сетью.

Хирургический коечный фонд представлен 265 койками в шести хирургических отделениях города. В ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского отделение общей хирургии на 60 коек, отделение печеночной хирургии на 40 коек. В ГБ № 2 отделение рассчитано на 60 коек, в ГБ № 11 – на 60 коек, в ГБ № 15 – на 25 коек, а также 40 коек сердечно-сосудистой хирургии в кардиологическом центре.

Все отделения несут по графику дежурства по экстренной хирургии. По гнойной хирургии дежурят хирургические отделения МСЧ № 12, ГБ № 2, ГБ № 11.

Все отделения выполняют плановую хирургическую работу.

Обеспеченность населения больничными койками в 2003 году составила 0,65 на 1000 человек, как и в 2002 году. Уровень госпитализации несколько увеличился, по сравнению с 2002 годом, и составил 19,1 (в 2002 году – 18,8). Соотношение плановых и экстренных больных на прежнем уровне, 20 % и 80 %, соответственно.

Хирургическая койка в 2003 году работала интенсивнее и в среднем по городу составила 346 дней, при среднем пребывании 11,3 дня (11,4 – в 2002 г.).

За 2003 год пролечено 6673 больных, из них прооперированно 4363 человека, оперативная активность составила 66,3 %.

Операций с применением новых медицинских технологий выполнено 836, такие как лапароскопические холецистэктомии, аппендэктомии, ушивание прободных язв, грыжесечения.

Внедрение новых медицинских технологий в городе Кемерово проходило на базе разных хирургических отделений, что позволило сконцентрировать силы и средства. Так образовались городские центры хирургии.

Областной гепатологический центр организован на базе Городской клинической больницы № 3 им. М.А. Подгорбунского более 30 лет назад. Здесь в последние годы внедрено много новых методов лечения желчнокаменной болезни, заболеваний печени и поджелудочной железы. Широко применяются лапароскопические и эндоскопические вмешательства, малоинвазивные операции. Многие научные достижения обобщены в виде докторских и кандидатских диссертаций.

За год в гепатологическом центре проводится более тысячи операций. Так в 2003 году выполнено 1162 операции. Из них лапароскопических холецистэктомий – 586, операций высшей категории сложности – 93. Малоинвазивных вмешательств под УЗИ проводится 726.

Учитывая специфику заболевания сосудов, для эффективного хирургического лечения этой патологии 3 года назад был создан Городской сосудистый центр на базе отделения сердечно-сосудистой хирургии Кемеровского кардиоцентра.

В центр направляются больные с сосудистой патологией из поликлиник города. Врачи центра круглосуточно дежурят по экстренной сосудистой патологии и выезжают по вызову в другие лечебные учреждения города.

Для лечения больных вентральных грыж с тяжелой сопутствующей патологией 2 года назад создан Городской герниологический центр на базе хирургического отделения ГКБ № 3. За это время прооперировано более 320 больных с вентральными грыжами. Врачи центра внедрили новый метод хирургического лечения с применением аллотрансплонтата. Широко применяется метод лапароскопического лечения грыж, что позволяет уменьшить пребывание больного на койке.

На базе хирургического отделения ГБ № 2 создан Центр метаболической хирургии, где лечатся больные с патологией печени и другие заболевания.

Центры амбулаторной хирургии созданы на базе поликлинических хирургических отделений поликлиники № 5, ГБ № 1, ГБ № 2. Здесь организованы все необходимые условия для работы центров. Хороший операционный блок, наличие палат послеоперационного наблюдения позволяют проводить в центре такие операции, как грыжесечение, малая венэктомия, ряд косметических операций.

Считаем, что создание Центров позволяет внедрять современные высокие технологии в хирургии, эффективно лечить больных и заниматься научной деятельностью.

КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К., АРДАШЕВ И.П., ДРОБОТОВ В.Н., ЛОСКУТНИКОВ С.Ю., КРАПИВИН Е.А., ВАВИН Г.В., КИРЕЕВА Р.Ф., МОШКИНА Г.А., ГОРБУНОВА А.И.
Областной центр медицины катастроф, Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ Городская больница № 11, МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПРОБЛЕМА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И СНИЖЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ СЛУЧАЙНЫХ РАНЕНИЯХ

Хорошо известно, что раневая инфекция в тканях, подвергшихся ишемизации, протекает тяжелее, чем в хорошо кровоснабжаемых тканях. А в асептических условиях хирургические первично ушитые раны хорошо кровоснабжаемых жизнеспособных тканей не нагнаиваются и, как правило, заживают первичным натяжением.

Заживление без нагноения случайной раны происходит тем чаще, чем в большей степени поврежденные ткани сохраняют свою жизнеспособность, адекватное кровоснабжение и трофику. В условиях одиночных и, особенно, массовых поражений при катастрофах или боевых действиях с применением огнестрельного оружия и обширных открытых повреждениях, условий для заживления ран первичным натяжением нет. Поврежденные ткани мало жизнеспособны и, в той или иной степени, ишемизированы вследствие тяжести повреждений, либо от снаряда, либо от другого предмета, обладающего кинетической энергией и загрязненной неровной поверхностью, вызывающими сотрясение, ушиб, сдавление, размозжение краев раны и подлежащих тканей. Тяжесть осложнений и исход заживления подобных ран определяются, как известно, характером и вирулентностью микрофлоры раны, а также состоянием защитных сил организма, его сопротивляемостью патогенной микрофлоре, зависящей, главным образом, от кровоснабжения, трофики, жизнеспособности поврежденных тканей.

Целью настоящего исследования явилась попытка выяснить, насколько компонент гипоксии тканей, окружающих случайную рану, полученную от орудия, обладающего высокой кинетической энергией и повреждающим действием оказывает влияние на течение раневого процесса в подобных случайных ранах. В качестве агента, устраняющего или уменьшающего степень гипоксии в тканях раны использовали паравульнарное обкалывание тканей искусственным газопереносчиком кислорода перфтораном. В отличие от других способов доставки кислорода к ишемизированным тканям (например подкожного введения кислорода) перфторан по механизму газопереноса наиболее близок к таковому у эритроцита. Более того, в силу более малого размера частица перфторана способна проникать к поврежденной клетке не только через неповрежденный, но и через спазмированный сосуд (Иваницкий Г.Р., 2001).

Методика эксперимента: Для нанесения в эксперименте раны использована вращающаяся электропила весом (М) 1000 г (1 кг), диаметром (Д) 25 см (0,25 м) со скоростью вращения диска (Y) 3000 оборотов в мин (50 об/сек). Такая пила развивает энергию Евр. = П Ч М Ч R Ч Y; Евр = 394,4 дж. Для сравнения, энергия пули весом 6 г, летящей со скоростью 715 м/с, на расстоянии 500 м составляет 334 дж. Другими словами, энергия данной электропилы может быть сравнима с энергией пули огнестрельного оружия времен ВОВ, более "гуманного" чем современный скоростной ранящий снаряд.

Помимо чисто механического повреждения ткани, кость подвергается нагреванию в месте, где проходит электропила до 50 грС, что приводит к её ожогу и последующему некрозу (Арьев Т.Я., 1966). Киносъемка на иммитаторах (мыло, желатин) свидетельствует о присутствии и в травме электропилой компонента бокового удара, вызывающего сотрясение мягких тканей, напоминающего такой компонент при огнестрельном ранении. Наблюдение за раневым процессом такой раны, нанесенной на дистальный сегмент задней конечности крысы без какого-либо лечебного воздействия, показывает, что нагноение неизбежно. Если животное при этом в течение 15 суток не погибнет, то заживление такой раны произойдет в срок более 15 суток вторичным натяжением.

На такой модели раны изучалось влияние на её заживление местного паравульнарного обкалывания перфтораном. Вторая модель раны, заживающей вторичным натяжением, отличалась от первой тем, что после её нанесения сразу мягкие ткани травмированной конечности подвергались длительному сдавлению в течение 6 часов наложением на мягкие ткани травмированного бедра крысы металлических пластинок параллельно пупартовой связке. Компрессия тканей между пластинами проводилась сближением на резьбовых стержнях закручиванием гаек до упора, с последующим подкручиванием их в течение 15-20 минут. При такой методике сдавления мышца не разрушается, но ткани подвергаются аноксии на весь период сдавления. Таким образом, эта модель имитирует открытую тяжелую компрессионную травму мягких тканей конечности (классификация А.Л. Кричевского и др, 1995), при которой, как известно, раневая инфекция протекает особенно тяжело (Светухин А.В. 1996-1997; Рогачевский Д.В., 2001, Шраер Т.И. и др., 1981).

Для получения представления о динамике кислородного режима в мягких тканях при длительном сдавлении, снятии пресса и в результате введения перфторана в подкожную клетчатку сдавленной мышцы после снятия пресса на модели вышеназванной компрессионной травмы без раны проведено полярографическое измерение напряжения кис-

лорода в травмированной мышце, мышце не травмированной симметричной конечности и в подкожной клетчатке области грудины. Данные этих измерений показывают, что после снятия пресса в сдавленных тканях после введения перфторана напряжение кислорода значительно возрастает, превышая его напряжение в других точках организма, где расставлены датчики полярографа при этом наименьшее напряжение фиксируется в мышце не сдавленной конечности, что возможно связано со спазмом её сосудов в связи с известным феноменом реперфузии по скользящим тканям после восстановления кровотока в ишемизированных тканях конечности (Куприянов П.П., 1971, Шильников Г.В. и др., 1978). Это происходит в не травмированной конечности, сосудистое русло и симпатическая иннервация которой, как известно, реагирует так на реперфузию (Шильников Г.В. и др., 1978). В травмированной конечности этого видимо не происходит, т.к. её мышечная ткань насыщена введенным в неё оксигенированным перфтораном.

Изложенное дает основание связывать обнаруженные изменения течения раневого процесса с нормализующим кислородный режим травмированного организма действием перфторана.

В обеих группах экспериментов перфторан вводили после нанесения указанных травм сразу. В одной серии однократно без какихъ либо других манипуляций. Во второй в течение 3 суток после нанесения травмы. В 1-й группе экспериментов, где животным наносили рану электропилой дополнительно проводили серии с введением не только перфторана, но и антибиотика (бензилпенициллина натриевая соль). Такая комбинация была рассчитана одновременно на антисептическое действие антибиотика на микрофлору раны и оптимизацию кислородного режима в ране, что воздействовало видимо не только на состояние поврежденных тканей, но и на микрофлору.

Такое исследование, по нашим представлениям, позволило бы узнать, какой фактор преобладает при увеличении кислорода в ране – подавляющее действие организма на микрофлору или, наоборот, усиление вирулентности микробов и их подавляющее воздействие на сопротивляемость организма инфекции.

Для оценки течения раневого процесса изучали на протяжении 15 суток наблюдений следующие показатели:

В первой группе экспериментов (рана без компрессии мягких тканей):

1. Количество микробных тел на 1 г веса поврежденной ткани.
2. То же самое в 1 мл раневого экссудата.
3. Характер местных клеточных изменений в мазках-отпечатках поверхности раны (по автору).
4. Лейкоцитарный индекс интоксикации крови по Кальф-Калифу-Вернику.
5. Показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) крови как тест на возможные вредоносные влияние кислорода перфторана для условий нарушенного в результате ишемии аэробного окисления.
6. Клинические признаки заживления ран.
7. Морфологические изменения поврежденных тканей.
8. Летальность.

В первой и второй группе экспериментов получили положительное действие перфторана на течение раневого процесса.

ВОЛЖЕНИН В.В., ВОЛОДИН В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА

Одной из наиболее частых причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются трещины слизистой оболочки желудка и пищевода (ТСОЖ) – синдром Маллори-Вейсса. По частоте они выходят на второе место после язвенных кровотечений.

Нами проанализированы результаты лечения 155 больных с синдромом Маллори-Вейсса, находившихся в хирургическом отделении МУЗ ГКБ № 2 г. Кемерово за последние 13 лет.

Всем больным выполнялась ФГДС, которая позволяет определить источник кровотечения, размер ТСОЖ, эндоскопические признаки характера гемостаза.

По характеру гемостаза всех больных можно разделить на три группы:

- кровотечение остановившееся, стойкий гемостаз – крови в желудке нет, трещина покрыта фибрином;
- кровотечение остановившееся с нестойким гемостазом – в желудке имеется кровь или жидкость типа “кофейной гущи”, на трещине слизистой оболочки находится тромб без кровотечения из трещины;
- кровотечение продолжающееся – отчётливо наблюдается кровотечение из трещины слизистой оболочки или из-под тромба.

В клинике использовались следующие методы гемостаза у больных с синдромом Маллори-Вейсса: консервативное лечение, эндоскопический инфильтрационный гемостаз, эндоскопическое клипирование трещин, оперативное лечение.

В группе больных с остановившимся кровотечением и эндоскопическими признаками стойкого гемостаза (33 человека), вне зависимости от степени кровопотери, рецидива кровотечения не наблюдалось. Всем больным этой группы проводилось только консервативное лечение.

Больным с остановившимся кровотечением и эндоскопическими признаками нестойкого гемостаза (63 человека) проводилось как консервативное лечение (38), так и эндоскопический инфильтрационный гемостаз (25). Рецидив кровотечения у этих больных составил 20 %. 12 больных этой группы были оперированы. 5 человек из них умерло, что составило 41 % послеоперационной летальности. Столь высокий процент послеоперационной летальности объясняется сочетанием тяжёлой кровопотери, алкогольной интоксикации и хирургической агрессии. Другим больным с рецидивным кровотечением успешно выполнено эндоскопическое клипирование трещин. У 59 больных с эндоскопическими признаками продолжающегося кровотечения, либо нестойкого гемостаза, сразу при поступлении выполнено эндоскопическое клипирование трещин. Рецидив кровотечения наблюдался у 1 больного в связи с недостаточным количеством наложенных клипс. Этому больному успешно проведено повторное клипирование. Умерла 1 больная, что составило 0,6 % в данной группе больных, причём причиной смерти явилось отравление суррогатами алкоголя.

Таким образом, проведенный анализ клинического материала показал, что методом выбора способа гемостаза при лечении синдрома Маллори-Вейсса является эндоскопическое клипирование трещин слизистой оболочки.

Эндоскопический инфильтрационный гемостаз носит профилактический характер у больных с остановившимся кровотечением и не всегда позволяет достигнуть стойкой остановки кровотечения. Полостная операция, выполняемая на высоте кровотечения, всегда сопряжена с высоким риском для больного.

КИСЛИЦИН В.Н., КРАСИЛЬНИКОВ Г.П., РОХЛЕНКО Т.О,
ФЕДЮНИНА Т.И., ШАТОХИНА М.Г., ПОМЕШКИН Е.В., СВЕТИКОВА Г.В.
МУЗ Клиническая больница № 2

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ К ОПЕРАЦИИ ТУР АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В возрасте 60-80 лет у 75% мужчин возникает гиперплазия, или аденома предстательной железы. В урологическом отделении за последние 5 лет выполнена операция ТУР аденомы простаты у 364 больных в возрасте от 59 до 87 лет, причем с 70-87 лет было 164 человека. Практически вся последняя группа больных страдала сердечно сосудистыми нарушениями, которые можно разделить на 4 группы:

- больные с нарушениями коронарного кровотока (ишемия миокарда);
- больные с нарушениями ритма (экстрасистолия, мерцательная аритмия;
- больные с сердечной недостаточностью;
- больные с декомпенсацией артериальной гипертонии (АГ).

У 38 больных сопутствующим заболеванием был сахарный диабет, и они находились на учете у эндокринолога, у 9 человек сахарный диабет был выявлен впервые. Практически всем этим больным была противопоказана чрезпузырная аденомэктомия и они были обречены при задержке мочеиспускания к ношению эпицистостомической трубки.

Учитывая, что операция ТУР аденомы простаты является методом выбора, менее агрессивна и хорошо переносится больными, позволяет уже с первых суток вести себя активно, мы решили, что необходимо проведение предоперационной подготовки в условиях кардиологического отделения до стабилизации состояния больных.

В кардиологическом отделении проводилась терапия, включающая в себя нитраты, в том числе внутривенные инфузии, ингибиторы АТФ, антиаритмические препараты, сердечные гликозиды, препараты калия, метаболики, эндокринологом проводилась коррекция сахара. По стабилизации состояния больные, накануне операции, переводились в урологическое отделение.

Всем больным была выполнена операция ТУР аденомы предстательной железы. Коррекция лечения в послеоперационном периоде проводилась кардиологом и эндокринологом. Осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в раннем и ближайшем послеоперационном периоде не было. Основным осложнением в ближайший послеоперационный период было кровотечение. Чаще всего оно было у больных страдающих сахарным диабетом и развивалось на 7-9 сутки после операции. После проведения гемостатической и противовоспалительной терапии кровотечения прекращались.

Таким образом, совместная предоперационная подготовка лиц пожилого и старческого возраста страдающих аденомой простаты на фоне сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологии, позволяет расширить показания к ТУР аденомы простаты и восстановить самостоятельное мочеиспускание.

КАРМАДОНОВ А.В., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., КАЛИШ О.А., ЖУРАВЛЕВА И.Ю.
Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ Городская больница № 11,
Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО КСЕНОПЕРИКАРДА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Грыжи передней брюшной стенки чрезвычайно распространены. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов операций, что составляет от 10 % до 15 % всех оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии. В настоящее время имеется тенденция к росту послеоперационных, рецидивных грыж передней брюшной стенки, что связано с увеличением количества больных пожилого возраста со слабостью соединительной ткани, с хроническими заболеваниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления. При этом частота рецидивов после аутопластических методов достигает 30-60 %.

Внедрение пластических материалов в хирургическую практику расширило границы реконструктивной хирургии и сделало возможным повышение эффективности оперативного лечения больных с послеоперационными, рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Это позволило отказаться от применения опасного способа форсированного стягивания и сшивания краев мышечно-апоневротических дефектов брюшной стенки.

Пластические материалы активизировали работу герниологических центров, где приступили к активной разработке новых способов герниопластик с помощью пластических материалов. Применение последних позволило снизить частоту рецидивов до 2-8 %.

Международная классификация принятая в Вене в 1967 г., разделяет все имплантаты в зависимости от происхождения:

- аутологичные (взятые в пределах одного и того же организма),
- аллогенные (взятые в организме того же вида, что и организм реципиента),
- ксеногенные (взятые в организме другого вида),
- эксплантаты (небиологические ткани),
- комбинированные трансплантаты (сочетание биологической, чаще аутологической, и небиологической ткани).

В последнее время широкое применение нашли синтетические эксплантаты (полипропилен, ПТФЭ и др.), аутотрансплантанты (аутодермопластика). Однако, наряду с улучшением результатов лечения, были отмечены и различные послеоперационные осложнения (серомы, инфильтраты, гнойные осложнения, отторжение протеза), которые встречаются в 7-19 % случаев. В основе осложнений лежит отсутствие биологической инертности, невысокая стойкость к инфекции используемых эксплантатов. Проблема создания оптимального по качеству материала остается актуальной и на сегодняшний день.

Основные требования, предъявляемые к свойствам трансплантатов, определены критериями, разработанными V.H. Cumberland , V.T. Scales:

- по физическим свойствам материал должен быть адаптирован к тканевым жидкостям;
- быть химически инертным;
- не вызывать воспалительных или других реакций организма;
- не обладать канцерогенными свойствами;
- обладать достаточной прочностью, способностью противостоять механическому воздействию;
- быть эластичным, обеспечивая возможность принимать необходимую форму;
- быть удобным для стерилизации;
- быть доступным по стоимости.

В отечественной и зарубежной литературе существует малообоснованное мнение, что использование ксеногенных имплантатов неперспективно.

Это мнение объясняется тем, что, обладая высокой антигенностью, пересадка последних сопровождается реакцией трансплантационного иммунитета, которая приводит к отторжению имплантата. В последнее время разработаны технологии консервации, которые позволяют резко снизить антигенность ксеногенных имплантатов, сохраняя все необходимые свойства материала. Поэтому создание новых ксеногенных имплантатов является перспективным направлением в поиске новых материалов.

С 1988 г. в Кемеровском кардиоцентре ведется поиск биологически инертного, подходящего по своим физико-химическим свойствам, материала, который мог бы быть использован в хирургии. Исходным материалом является ксеноперикард (пластины перикарда крупного рогатого скота). Все усилия были направлены на поиск технологии обработки ксеноперикарда с целью придания ему необходимых свойств.

В результате была разработана и с успехом применяется оригинальная методика обработки ксеноперикарда эпоксидными соединениями (диглицидиловый эфир этиленгликоля). В результате обработки ксеноперикард приобретает необходимые свойства: биологическую инертность, эластичность, сохранение структуры ткани.

Нами было решено расширить сферу применения ксеноперикарда за счет использования его в качестве имплантата при пластике грыж передней брюшной стенки. Поскольку модифицирован-

ный ксеноперикард ранее не применялся в лечении грыж была проведена экспериментальная работа.

Цели исследования: изучение взаимодействия ксеноперикарда с тканями передней брюшной стенки, изменение свойств ксеноперикарда в динамике.

Методы исследования: работа была выполнена на 10-и крысах (линия "Вистар"). Каждому животному в подкожную клетчатку паховой области с обеих сторон имплантировали по 1 лоскуту ксеноперикарда размерами 0,5-1 см. Операции выполнялись под эфирным наркозом. Эутаназирование животных проводилось путем передозировки эфира. Макро- и микроскопические исследования проводились через 1 месяц, 6 месяцев, 1 год после операции.

Результаты: ксеноперикард, располагаясь между дермой и мышцами в подкожно- жировой клетчатке, состоит из волокнистой соединительной ткани (пучков коллагеново-эластических волокон). Соединение ксеноперикарда с окружающими тканями: плотное с фасцией поперечно-полосатых мышц (фиброз) и рыхлое кнаружи (сращения с дермой через липоциты нет). У одной из крыс имеются признаки хронической воспалительной реакции (лимфогистиоциты, ксантомные клетки).

Выводы:

1. Во всех представленных образцах отсутствует реакция отторжения, минимальная воспалительной реакции со стороны окружающих тканей.
2. Ответная реакция организма заключается не в прорастании трансплантата соединительной тканью, а в образовании мягкой фиброзной ткани вокруг пластины.
3. Ксеноперикард со временем сохраняет свою структуру и все свойства.
4. Ксеноперикард устойчив к инфекции, ни в одном из представленных образцов не присутствует инфекционное воспаление окружающих тканей.
5. Использование ксеноперикарда в качестве трансплантата при операциях по поводу грыж передней брюшной стенки является перспективным направлением и может быть рекомендовано к использованию в клинической практике.

МИРОШНИЧЕНКО Е.А., ВОЛКОВ И.Ф., ШЕШУКОВ В.М.
Отделенческая больница на станции Кемерово

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Освоение лапараскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в железнодорожной больнице г. Кемерово началось в 1994 г. До 1997 года ежегодно проводилось от 60 до 100 операций. К этому периоду относятся большинство осложнений и переходов на "открытую" операцию. С 1997 года количество ЛХЭ увеличилось до 250-280 в год, составив за 8 лет 1500 операций, из них 450 по поводу острого калькулезного холецистита (катаральный – 88 чел. или 20 %, флегмонозный – 272 чел. или 60 %, гангренозный – 49 чел. или 12 %, с эмпиемой желчного пузыря – 41 чел. или 8 %).

Первоначально острый холецистит был для нас показанием для "открытой" холецистэктомии. Но со временем это прошло, и мы стали оперировать почти всех пациентов с острым холециститом. Сейчас ЛХЭ при остром холецистите занимают более 1/3 в общем количестве всех ЛХЭ, а переход на открытую операцию стал крайне редким.

Целесообразность лапароскопических операций при острых процессах в желчном пузыре очевидна. В среднем, при хроническом холецистите время операции составляет 25-35 минут, при острых процессах – от 40 минут до 1,5 часов. Чем больше оснований опасаться за жизнь пациента при остром холецистите из-за тяжелой сопутствующей патологии, тем вероятнее, что мы предпочтем эндовидеохирургический метод. Критериями отбора больных для ЛХЭ при остром холецистите являются отсутствие механической желтухи в анамнезе и камней во внепеченочных желчных протоках по данным ультразвукового исследования, отсутствие гипербилирубинемии. При таких условиях выполняем малоинвазивную операцию, даже предполагая подпеченочный инфильтрат.

Из нашего опыта замечено, что при инфильтрате между желчным пузырем, 12-перстной кишкой, желудком, печенью и ободочной кишкой почти всегда располагается сальник по известной своей, так называемой, сторожевой активности. В большинстве случаев удается "снять" с желчного пузыря сальник и органы, даже при многодневных инфильтратах. Если такое выполнимо, то обычно удается сдвинуть отечную клетчатку с шейки желчного пузыря, пузырного протока и пузырной артерии. Клипируются пузырные проток и артерия. Критерием для продолжения операции является возможность выделения пузырного протока и пузырной артерии. Если это выполнено, то значит, операция удалась и закончится эндоскопически. Далее вылущивается желчный пузырь, проводится электрокоагуляция его ложа. Часто достичь полного гемостаза не удается. Операцию заканчиваем установкой с гемостатической целью 2-3 тампонов в ложе желчного пузыря и 2-3 трубок в подпеченочное пространство. Показанием к переходу на открытую операцию явились: разлитой перитонит, плотный инфильтрат в подпеченочном пространстве, синдром Мириzи, подозрение на травму полых органов или внепеченочных желчных протоков, кровотечение.

Характер оперативных вмешательств у больных с острым холециститом представлен в таблице. ЛХЭ + дренирование ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства выделяем как технически более сложное вмешательство. Одни трубки не обеспечивают формирование дренажного канала и надежного дренирования, в связи с чем применяем сочетание трубок и тампонов. При холедохолитиазе эндоскопическую папиллосфинктеротомию проводили до операции в 9 случаях. В одном случае, вследствие несвоевременно диагностированного камня общего желчного протока, эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением камня выполнялась после ЛХЭ.

Вид операции	Число больных	
	Абс.	%
Лапароскопическая холецистэктомия	442	98,2
Лапароскопическая холецистэктомия + дренирование подпеченочного пространства	50	11,1
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия + лапароскопическая холецистэктомия	10	2,2
Переход на открытую холецистэктомию	8	1,7
Повторные лапароскопические операции	2	0,40

Осложнения ЛХЭ были представлены следующим образом: перфорация желчного пузыря, не потребовавшая перехода на открытую операцию 20 (4,4 %), повреждение внепеченочных желчных протоков 1 (0,22 %), желчеистечение из ложа желчного пузыря 1 (0,22 %), кровотечение из ложа желчного пузыря 1 (0,22 %), нагноение троакарных ран 10 (2,2 %), всего 23 (7,26 %).

Ятрогенное повреждение внепеченочного желчного протока произошло при синдроме Миризи, что послужило поводом для перехода на открытую операцию. Кровотечение из ложа пузыря всегда останавливалось тампонами без перехода на открытую операцию.

Релапароскопия предпринята в 2 случаях: желчеистечения из дополнительного пузырного протока, кровотечения со всей поверхности ложа желчного пузыря. В обоих случаях осложнения ликвидированы из лапароскопического доступа. Летальных исходов не было.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о целесообразности применения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

БЕДИН В.В., КРАСНОВ К.А.
Кузбасский областной гепатологический центр, г. Кемерово
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБЬЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Хирургическое лечение опухолевого поражения печени – одна из актуальнейших проблем современной гепатологии. Это связано с необходимостью наличия мощной диагностической базы, современной оснащенности операционных, и высокой квалификацией хирургической и анестезиологической служб в лечении данной нозологии. В последнее время количество больных с опухолевым поражением печени постепенно возрастает. Это объясняется как общим увеличением онкопатологии, так и расширением диагностических возможностей и ранней выявляемостью объемных образований печени.

В 2003 году в Кузбасском областном гепатологическом центре на стационарном лечении находились 36 больных с опухолевым поражением печени. Стандартом диагностики считали исследование крови на уровень опухолевых маркеров альфафетопротеин, СА 19-9, антител к эхинококку, УЗИ, компьтерную томографию, при необходимости, лапароскопию. Спектр нозологий и виды операций представлены в таблице:

	первичный рак	mts	гемангиомы	НКП	альвеококк	эхинококк
атипичная резекция		3	1			
гемигепатэктомия	4	3	1	1	1	
лапароскопическая фенестрация				4		
расширенная гемигепатэктомия		2			2	1
сегментэктомия	1	2				
перицистэктомия						3
резекция – эннуклеация		1	1			
пункция под УЗИ				5		
Всего:	5	11	3	10	3	4

При хирургическом лечении первичного и метастатического рака печени операцией выбора считаем резекцию печени, от атипичной до расширенной гемигепатэктомии. Обязательный этап радикальной операции – расширенная лимфодиссекция в бассейне чревного ствола, парааортально до уровня почечных артерий. По поводу гепатоцеллюлярной карциномы оперировано трое больных, по поводу холангиокарциномы – двое. С метастатическим поражением печени оперировано 11 больных, из них с метастазом лейомиомы – один, с метастазом рака желудка – одна больная, с метастазом рака почки – о дна. Семь больных оперированы по поводу метастазов колоректального рака. В последнее время хирургическое лечение сочетаем с селективной химиотерапией (6) или химиоэмболизацией печеночной артерии (3) пораженного участка до, во время вмешательства, и в отдаленные сроки после него. У двух больных, для создания викарной гипертрофии доли печени, выполнена предоперационная эмболизация ветви воротной вены. В трех случаях при метастатическом поражении печени выполнены симультанные операции – в одном случае с удалением первичного очага (правой почки), в двух – с удалением первичного очага (толстой кишки).

При паразитарном поражении так же предпочитаем резекционные способы лечения. Операцией выбора при гидатидозном эхинококкозе считаем перицистэктомию (эхинококкэктомию 3) в пределах здоровых тканей, при больших размерах гидатиды – расширенную гемигепатэктомию 1. При альвеолярном эхинококкозе обьем вмешательства сходен с таковым при злокачественных опухолях гемигепатэктомия – 1, расширенная гемигепатэктомия – 2. Больные паразитарным поражением печени получают общую химиотерапию мебендазолом (албендазолом) с момента установления диагноза.

Показанием к хирургическому лечению гемангиом считаем большие размеры образования (более 5 см), быстрый рост опухоли, наличие клинических симптомов, при этом стараемся применять резекционные способы с минимальными потерями здоровой паренхимы печени (резекция-энуклеация 2). В случае больших или гигантских размеров опухоли, занимающей всю долю или более четырех сегментов, применяем гемигепатэктомию 1, при необходимости, расширенную. Такая тактика распространяется и на доброкачественные гепатоаденомы.

При непаразитарных кистах печени хирургическое лечение проводим при размерах образования более 5 см, наличии клинических симптомов, используя в данном случае миниинвазивные современные вмешательства, такие как лапароскопическая фенестрация 4 и пункционный способ под контролем УЗИ 5.

В процессе лечения получены осложнения – эвентрация 2, несостоятельность тостокишечного анастомоза 1, формирование поддиафрагмального абсцесса 1. В одном случае эвентрация наступила после выполнения гемигепатэктомии (Mts), в другом – после расширенной гемигепатэктомии по поводу холангиокарциномы. В обоих случаях имело место ожирение. Желчный затек с нагноением и формированием абсцесса зафиксирован после выполнения гемигепатэктомии по поводу гепатоцеллюлярной карциномы. Общий процент осложнений составил 11,1.

В двух случаях при выполнении гемигепатэктомии и расширенной гемигепатэктомии по поводу метастатического поражения получен летальный исход от полиорганной недостаточности, что составило 5,5 %.

Проведение обширных радикальных вмешательств по поводу обьемных образований печени в условиях специализированного центра с использованием современной техники позволило существенно расширить возможности лечения доброкачественного и злокачественного поражения печени с минимальным количеством осложнений и летальности.

СЕМЕНОВ В.В., ВОСЬМИРКО Б.Н., ДУБОВОЙ А.В., СОКОЛ Е.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Известно, что для хирургического лечения опухолей головного мозга на уровне современных стандартов необходимы следующие условия: жесткая фиксация головы пациента, улучшенная визуализация с помощью операционного микроскопа, применение специальных ретракторов для уменьшения тракции мозга, а также использование микрохирургических инструментов на этапе удаления опухоли.

В отделении нейрохирургии ГКБ № 3, в соответствии с этими стандартами, проведены оперативные вмешательства 13 пациентам. Из них было 6 мужчин и 7 женщин. Возраст оперированных варьировал от 39 до 74 лет. В зависимости от локализации объемного процесса в больших полушариях головного мозга, распределение больных было следующим: парасагиттальная опухоль – 4; опухоль большого крыла основной кости – 3; конвекситальная опухоль лобной доли – 3; конвекситальная опухоль теменной доли – 1; внутримозговая опухоль теменной доли – 2 пациента. Большинство больных поступили в стационар в стадии умеренной деком-

пенсации. В клинической картине ведущими симптомами были гипертензионный синдром и пирамидная недостаточность.

Хирургическую тактику в каждом конкретном случае определяли с учетом данных МРТ- или КТ-исследования.

Для проведения операций использовали операционный нейрохирургический микроскоп, набор специальных микрохирургических инструментов, а также гибкий мозговой ретрактор. Жесткая фиксация головы пациента осуществлялась с помощью скобы Mayfield-Kees.

Микрохирургическая техника, которая применялась на этапе удаления опухоли, показала ряд преимуществ перед традиционными операциями. После минимальной тракции мозга гибким мозговым ретрактором, обнажался небольшой участок опухоли. Через этот участок проникали в опухолевую ткань, и методом фрагментации удаляли центральную ее часть. Микропрепаровка крупных опухолевых сосудов позволяла провести их клипирование и быструю фрагментацию опухолевого узла. Затем проводили последовательную коагуляцию мелких и среднего калибра питающих сосудов. Постепенное уменьшение опухоли в объеме позволяло атравматично отделить ее оставшиеся фрагменты от прилежащей ткани головного мозга. У преобладающего большинства пациентов выраженного кровотечения во время оперативного вмешательства не отмечено. Во всех случаях опухоль была удалена тотально.

Все пациенты были переведены на спонтанное дыхание в первые часы после операции, что свидетельствует об отсутствии выраженного отека головного мозга, непосредственно связанного с операционной травмой. У 12 пациентов на момент выписки из стационара отмечен значительный регресс общемозговой и очаговой симптоматики. Только у одного больного в послеоперационном периоде произошло ухудшение состояния, обусловленное нарастанием очаговой симптоматики. В этом случае имели место вторичные ишемические нарушения, связанные со спазмом мозговых сосудов.

Таким образом, анализ результатов проведенного нами исследования свидетельствует о высокой эффективности использования микрохирургической техники при оперативных вмешательствах у больных с опухолями головного мозга.

КУЗНЕЦОВА Н.Н., ПОМЕШКИН Е.В., ХОРОШАВИНА Н.А.,
ЛУНЕГОВ В.Л., ХОМЕНКО Н.П., СПИВАК А.В.
МУЗ Городская больница № 1

ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА БОЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Трудности в лечении больных хроническим простатитом (ХП) отмечаются многими авторами, полной санации удается добиться менее чем у половины пациентов, даже после длительных курсов лечения (Э.К. Арнольди, 1999).

У многих пациентов сохраняется выраженный астенический синдром и можно позаимствовать из онкологии такой термин, как “синдром малых признаков”. У них нет яркого болевого, дизурического синдрома, они чаще жалуются на дискомфорт, различных оттенков. Кроме того, после продолжительных курсов лечения по поводу ХП, пациенты склонны любые отклонения в своем самочувствии связывать с урологической патологией.

Нами в городской больнице № 1 г. Кемерово была организована группа врачей, состоящая из уролога-андролога, кардиолога, гастроэнтеролога, невролога, рефлексотерапевта, врача-лаборанта и психолога. Совместными усилиями, с учетом литературных данных и клинического материала с 1996 по 2000 гг., составлена программа обследования больных, позволяющая максимально учесть сопутствующие простатиту заболевания и проводить их коррекцию.

Наша программа мониторинга состоит из 2-х частей, а первая из них делится на 2 группы: одна для пациентов до 50 лет, вторая – для пациентов старше 50 лет. Пациентам первой группы выполняется анкетирование по шкале суммарной оценки симптоматики (Лоран О.Б., Сегал А.С.), исследование секрета простаты (бактериоскопическое, бактериологическое, методом ПЦР), исследование эякулята (бактериологическое, методом ПЦР и на автоматизированном спермографе), компьютерная реография простаты. Пациентам второй группы анкетирование по указанной шкале дополняется индексом IPSS, проводится исследование секрета простаты, УЗИ с определением объема простаты и ООМ, PSA, DPSA, VPSA, урофлуометрия, реопростатография. Вторая часть мониторинга включает биохимические тесты, липидограмму, иммунограмму, консультации специалистов (по показаниям), эндоскопические и рентгенологические исследования.

Анализируемый материал – за период 2001-2003 гг. В первой группе было 150 пациентов, во второй – 120. Периодичность осмотров и проведение лечебных или профилактических блоков была 2 раза в год. Пациентов первой группы чаще беспокоили болевой синдром, сексуальные нарушения и абстрактные жалобы. Во второй группе на первом месте были дизурические расстройства. Проводимое лечение включало медикаментозные средства

(противовоспалительные, антибактериальные, альфа-адреноблокаторы, энтеросорбенты, иммунокорректоры, симптоматические препараты), физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия, лазеротерапия, вибротерапия, термотерапия), массаж простаты, рефлексотерапию, психологическую коррекцию. Учитывая, что бактериальный простатит составлял 12 %, назначение антибиотиков выполнялось только этим пациентам.

Профилактический блок состоит из программы "персональный тренер", классического массажа, рефлексотерапии, мануальной терапии, фитотерапии, психологической коррекции.

Система суммарной оценки симптомов по клиническому индексу ХП в динамике значительно улучшилась. В 2000 г. выраженная симптоматика была у 55 % пациентов, 2003 г. – у 7 %. Индекс IPSS также имел тенденцию к стабильному улучшению. Данные автоматизированной спермограммы улучшались в процессе регрессирования воспалительных симптомов простатита.

Пациентам старше 50 лет в обязательном порядке проводится мониторирование PSA-теста и его производных. Благодаря этому, рак простаты выявляется на ранних стадиях, что способствует позитивному прогнозу у данной группы пациентов.

На наш взгляд, максимальная информация о пациенте на начальном этапе лечения позволяет составить патогенетически обусловленную схему лечения несколькими специалистами одновременно. Эта идея более осуществима в амбулаторных условиях, потому что больным ХП необходимы длительные курсы лечения. Такой подход имеет, с позиции пациента, моральную и социальную привлекательность, а с позиции общества и здравоохранения – экономическую.

ШЕВЕЛЕВ В.В., КОВАЛЬ С.С., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) относится к тяжелейшим заболеваниям органов брюшной полости и проявляется ферментативным поражением поджелудочной железы (ПЖ). В 20-30 % случаев процесс осложняется развитием панкреонекроза с инфицированием очагов деструкции. Стадийность процесса, наличие эндотоксикоза определяет использование в комплексной терапии заболевания эфферентных методов.

Цель работы: изучить влияние ксеноспленоперфузии и ксеноспленосорбции на течение ОДП при развитии и прогрессировании гнойно-некротических осложнений.

Материал и методы. Обследовано 56 больных. В основной группе (n = 32) со 2-х суток использовали введение ксеноспленоперфузата и 2-3 сеанса ксеноспленосорбции. В контрольной группе (n = 24) проводилась общепринятая терапия. Ксеноспленособцию проводили по вено-венозному контуру с включением сорбционной колонки со срезами ксеноселезенки.

Скорость перфузии 60-80 мл/мин., длительность процедуры 60-90 мин. Выраженность эндогенной интоксикации оценивалась по лейкоцитарной формуле, лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), диастазэмии, уровню веществ низкой и средней молекулярной массы (ВН и СММ) в эритроцитах, плазме и моче. Также исследовали малоновый диальдегид (МДА), гидроперекиси, иммунограмму. Обследование проводили в обеих группах больных при поступлении, на вторые и четвертые сутки от начала лечения, а в первой группе – до начала проведения процедуры и после ее окончания.

Результаты. У всех больных выявлялся синдром интоксикации: гипертермия, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, лимфопения, повышение ВН и СММ во всех средах, нарушение регуляции иммунного ответа, повышение маркеров ПОЛ.

На 4-5 сутки от начала процедур у 20 больных основной группы (62,5 %) отмечено снижение температуры тела, ЛИИ, диастазэмии с 48 до 9,0 г/л, концентрации ВН и СММ в эритроцитах и плазме с 0,70 до 0,28 у.е. Концентрация "средних молекул" в моче оставалась высокой. К 5-6 суткам: повысилось содержание лимфоцитов, уровень комплемента, ЦИКи, активность В-лимфоцитов. У 9 больных данной группы, по показаниям, выполнены санирующие операции.

В контрольной группе снижение ЛИИ, "массы средних молекул", диастазэмии, нормализация температуры тела отмечены к 6-8 суткам. Несколько дольше сохранялось вторичное иммунодефицитное состояние. В 16 случаях процесс перешел в деструктивную фазу, что потребовало оперативного лечения.

Таким образом, включение в комплексную терапию острого деструктивного панкреатита ксеноспленоперфузии и ксеноспленосорбции позволило в более ранние сроки добиться регресса интоксикации и воспалительного процесса, уменьшит степень деструкции поджелудочной железы, частоту гнойно-инфекционных осложнений и оперативных вмешательств.

ЛУКИН А.Ю., ПЕЛЬЦ В.А., БЕДИН В.В., ШИН И.П., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В.
Кузбасский областной гепатологический центр

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Острый панкреатит, осложненный панкреонекрозом, является одним из наиболее тяжелых заболеваний. В течение 2000-2003 гг. в Кузбасском Областном гепатологическом центре проведено лечение 127 больных с данной патологией. Наиболее часто имел место алкогольный панкреатит (84 пациента – 66,1 %) и билиарный панкреатит (39 пациентов – 30,7 %). Среди больных было 82 мужчины и 45 женщин в возрасте 18-78 лет.

Всем больным проведены ультразвуковое исследование и ФГДС. Компьютерная томография выполнялась по показаниям с целью диагностики осложнений панкреонекроза.

Больные с панкреонекрозом госпитализировались в отделение реанимации. Основными задачами интенсивной терапии являлись: купирование тяжелого эндотоксикоза и полиорганной недостаточности, предотвращение развития гнойно-некротического процесса.

Для купирования эндотоксикоза, у 11 больных (8,7 %) применены методы экстракорпоральной детоксикации (плазмоферез и УФО крови).

Панкреонекроз является абсолютным показанием к назначению антибактериальной терапии. Препараты выбора: цефалоспорины III-IV поколений и фторхинолоны в сочетании с метронидазолом, защищённые пенициллины, карбопенемы.

Для оценки тяжести состояния больного и прогноза развития заболевания использована интегральная шкала APACHE II (1985).

В настоящее время мы отошли от агрессивного хирургического подхода в лечении больных с неинфицированным панкреонекрозом. На этой стадии заболевания считаем целесообразным применение минимальноинвазивных способов.

При наличии неинфицированных ограниченных скоплений жидкости у 36 пациентов (28,3 %) использован пункционно-дренирующий способ под контролем УЗИ. Желчная гипертензия явилась показанием к холецистостомии (14 больных – 11 %). РХПГ и ЭПТ выполнены у 19 больных (14,9 %) с билиарным панкреонекрозом.

Для дифференцировки формы панкреатита, санации и дренирования брюшной полости, при ферментативном перитоните в 29 случаях (22,8%) применена видеолапароскопия.

Применение комплексного консервативного лечения в сочетании с минимальноинвазивными хирургическими вмешательствами позволило у 59 больных (46,5 %) избежать перехода панкреонекроза в инфицированную форму.

Инфицированный панкреонекроз является одним из наиболее тяжелых осложнений острого панкреатита. В течение 2000-2003 гг. в Кузбасском Областном гепатологическом центре находились на лечении 68 больных (53,5 %) с данной патологией.

Инфицированный панкреонекроз требует хирургическго лечения по абсолютным показаниям. Отрицательная динамика в состоянии больного, отсутствие эффекта от консервативной терапии, признаки секвестрации поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, подтверждённые данными УЗИ и КТ, положительные результаты бактериологического анализа экссудата, полученного при пункции под УЗ-контролем, свидетельствовали о переходе процесса в инфицированную форму.

В центре широко применяются минимальноинвазивные технологии, которые выполняются при мелкоочаговом инфицированном панкреонекрозе. У 50 больных с инфицированными острыми скоплениями жидкости, инфицированными острыми постнекротическими кистами, ограниченными абсцессами применён пункционно-дренирующий способ под контролем УЗИ (эффект в 17 случаях – 34 %).

Операцией выбора при инфицированном панкреонекрозе является программированная секвестрэктомия, которая заканчивается одним из видов дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки (применена у 51 больного – 40,2 %). В настоящее время в центре выполняется три вида дренирующих операций, выбор которых индивидуален.

Закрытый вид применён у 12 больных с мелкоочаговым инфицированным панкреонекрозом, нагноившимися постнекротическими кистами. Использован при условии наличия уверенности в адекватной секвестрэктомии и в отсутствии прогрессирования процесса.

Полуоткрытый вид дренирования использован у 8 пациентов при инфицированных мелко- и среднеочаговых панкреонекрозах, ограниченных забрюшинных флегмонах в случаях, когда удалось выполнить адекватную секвестрэктомию.

Открытый вид – оментобурсостомия и люмботомия – применён при инфицированном крупноочаговом панкреонекрозе в сочетании с забрюшинной флегмоной у 29 больных.

При наличии гнойного перитонита с инфицированным панкреонекрозом, некрозе мезоколон у 2-х пациентов применены программированные релапаротомии.

У 14 больных (27,5 %) после применённого лапаротомного способа лечения отмечены различного рода послеоперационные осложнения.

Использование дифференцированной тактики в лечении больных с панкреонекрозом позволило снизить общую летальность до 18,9 %, а послеоперационную летальность – до 29,4 %. Данные показатели ниже, чем среднестатистические по России.

ДОЦЕНКО О.А., ФАНАСКОВА Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАНФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Иммуногематологическая лаборатория МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово является структурным подразделением отделения переливания крови. Лаборатория проводит иммуносерологические исследования крови доноров, больных, беременных и новорожденных детей согласно приказа № 2 МЗ РФ "Об утверждении инструкции по иммуносерологии" от 09.01.1998 г. Штатное расписание обеспечивает круглосуточное дежурство лаборатории, работа которой чрезвычайно важна для профилактики посттрансфузионных осложнений в лечебных отделениях больницы.

Основным фактором безопасности гемотрансфузионной терапии является обеспечение иммунологической совместимости крови донора и реципиента. В 95-98 % гемотрансфузий безопасность обеспечивается обязательным лабораторным определением группы крови и резус-принадлежности с проведением контрольных исследований, включающих повторное определение группы крови донора и реципиента, проведение проб на совместимость, изложенных в приказе МЗ РФ № 363 "Об утверждении инструкции по применению компонентов крови" от 25.11.2002 г. Важной мерой профилактики посттрансфузионных осложнений (ПТО) является выявление иммунных антиэритроцитарных антител у доноров и реципиентов, так как в стандартных пробах на совместимость данные антитела себя не проявляют, но могут стать причиной ПТО. Поиск иммунных антител у доноров проводится скрининговым исследованием, у больных – по показаниям, обусловленных отягощенностью гемотрансфузионного и акушерского анамнезов. В 2003 году лабораторией было проведено 16981 исследование на наличие иммунных антител у доноров и больных, выявлены в 39 случаях, что составляет 0,2 % от числа исследований. Наибольший процент выявляемости антител – среди беременных женщин, хирургических больных с резус-отрицательной принадлежностью. Гемотрансфузионная тактика у лиц с выявленными иммунными антителами строилась путем индивидуального подбора донорской крови.

В последние годы возросла частота ПТО, обусловленных "минорными" эритроцитарными антигенами Kell и č, обладающих высокой иммуногенностью. За 2003 год в лаборатории было исследовано 4352 образца крови доноров на наличие антигена Kell, из них 357 образцов оказались Kell-положительными, что составляет 8,2 % от общего числа обследованной крови доноров. Для профилактики ПТО, обусловленных антигеном Kell, Kell-положительные эритроцитосодержащие донорские среды для переливания больным в клинические отделения не выдаются.

С целью уменьшения индекса сенсибилизации и профилактики ПТО, связанных с несовместимостью по антигену č (hr'), все образцы резус-положительной крови доноров исследуются на наличие этого антигена. За 2003 год было исследовано 3605 образцов крови доноров с резус-положительной принадлежностью, из них 2920 образцов оказались č-положительными, что составляет 81 % от числа исследований. Высокий процент выявляемости антигена č (hr') обязывает создавать в учреждениях службы крови запас č-отрицательных эритроцитосодержащих донорских сред для гемотрансфузий č-отрицательным лицам и целью уменьшения индекса сенсибилизации населения.

Таким образом, такая организация работы лаборатории позволяет создать в нашем отделении запас донорских сред, позволяющих уменьшить риск посттрансфузионных осложнений.

ТОРГУНАКОВ А.П., ТОРГУНАКОВ С.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 2

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ОПЫТ

Среди пациентов хирургических стационаров, особенно в пожилом возрасте, у 20-30 % имеются по 2-3 сопутствующих заболевания. Достижения анестезиологии, реаниматологии, трансфузиологии и внедрение малоинвазивных хирургических технологий стимулируют развитие такого направления в хирургии, как проведение симультанных операций (СО). Такой принцип в лечении позволяет сразу устранить или улучшить течение нескольких заболеваний и, следовательно, устранить необходимость дополнительных операций и риск дополнительных осложнений при значительной экономической эффективности. Имеющийся опыт показывает, что послеоперационное течение при СО заметно не ухудшается.

Несмотря на отмеченные достоинства применения СО, принцип "симультанности" еще не воспринят в большинстве хирургических отделений по многим причинам: влияние сложившихся стереотипов, отсутствие опыта проведения соответ-

ствующих операций, в частности при таких распространенных синдромальных заболеваний как артериальная гипертензия, сахарный диабет и хронический гепатит; опасение увеличить риск серьезных осложнений и другие.

Следовательно, в этой проблеме налицо еще много нерешенных вопросов: оценка риска симультанных вмешательств при определенной тяжести состояния больного, терминология и классификация операций и, на наш взгляд, само определение СО.

Симультанные (лат. Simul – вместе, совместно; фр. Simultane – одновременный) – это сочетанные операции, имеющие самостоятельное значение и производимые одновременно. Попытки придать этим операциям другие признаки вносят путаницу в понятия. Например, СО – это операции, производимые одновременно на двух и более органах по поводу различных заболеваний. Однако существуют операции на нескольких органах по поводу одного заболевания и это серьезные операции, имеющие самостоятельную значимость, которые могут выполняться вместе одновременно или отдельно каждая (артериальная гипертония: односторонняя адреналэктомия, трансаортальная эндартерэктомия, спланхникганглионэктомия). С другой стороны, возможны операции, направленные на один орган с разными целями – они могут выполняться самостоятельно или по отдельности (хронический гепатит: операция Малле-Ги – лечение, биопсия печени – диагностика).

Мы попытались упорядочить существующие классификации СО по различным признакам.

Классификация симультанных операций

По времени проведения: срочные (выполняемые немедленно), плановые (выполняемые в плановом порядке).

По цели: диагностические (биопсия), лечебные (грыжесечение), лечебно-диагностические (аппендэктомия при простом аппендиците), профилактические (холецистэктомия у камненосителя).

По обстоятельствам: неожиданные (в т.ч., вынужденные) – необходимость в них выявляется во время операции, предполагаемые – СО предполагается на основании дооперационного обследования.

По травматичности: малотравматичные – заметно не повышают степени операционного риска, среднетравматичные – умеренно повышающие степень операционного риска, высокотравматичные – сами СО с высокой степенью риска.

По опасности для жизни: абсолютно показанные – при заболеваниях, создающих угрозу жизни, относительно показанные – при заболеваниях, не угрожающих жизни в отдаленном периоде.

Ранее нами сообщалось (1990) о 42 больных, которым выполнено 56 симультанных операций. До 2004 года у 59 больных, имеющих различные сочетания артериальной гипертензии, сахарного диабета, хронического гепатита и хронического холецистита, аппендицита, грыж, у 34 выполнено 47 сочетанных операций. Каких-либо особенностей послеоперационного периода не отмечено. Приводим выписку из истории болезни:

Больная М., 64 лет, история болезни № 1205, поступила в клинику общей хирургии 30.01.02 г. с жалобами на боль в правом подреберье и "опоясывающую", тошноту, многократную рвоту.

В течение последних 2 лет отмечает боли в правом подреберье с тошнотой и периодической рвотой после еды. За медицинской помощью не обращалась. В октябре 2001 г. при УЗИ брюшной полости установлен диагноз хронического калькулезного холецистита. Хирургическое лечение отложено ввиду высокого артериального давления – рекомендовано в амбулаторных условиях провести его коррекцию. 29.01.02 г. возник очередной приступ боли, ночь не спала, многократная рвота не приносила облегчения. Доставлена в клинику машиной "скорой помощи".

В 1975 году перенесла операцию по поводу внематочной беременности, АГ в течение 10 лет, АД повышается до 180/120 мм рт. ст. Принимает эналаприл 20 мг, кордипин 40 мг, гипотиазид 25 мг. Последние 3 года отмечает боли в сердце при физической нагрузке.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы желтушны, ЧСС – 100 в минуту, АД – 200/100 мм рт. ст. Напряжение брюшной стенки выше пупка, болезненность этой зоны при пальпации, положительные "желчнопузырные" симптомы. ЭКГ: ритм синусовый, левограмма, умеренная перегрузка правых отделов, гипертрофия левого желудочка. Анализ крови: билирубин – 78,31 мкмоль/л (прямой – 51,57), К+ – 4,0 ммоль/л, Na + р – 155 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, мочевина – 7,6 ммоль/л, креатинин – 0,15 ммоль/л, амилаза крови – 108,8 г/лЧчас. По данным УЗИ желчный пузырь заполнен камнями, размеры его 3,3 Ч 2,6 см, холедох диаметром 0,6 см. Дуоденоскопия: желчь через фатеров сосок не выделяется, продольная складка напряжена; выполнена папиллосфинктеротомия, выделилось много темной желчи и камней размером до 0,5 см. Симптоматическое лечение.

Диагноз: Желчно-каменная болезнь, острый обтурационный холецисто-панкреатит, механическая желтуха. Тяжелая АГ III ст., гипертрофия левого желудочка, умеренная перегрузка правых отделов, ИБС, стенокардия ФК I, НК I, риск IV. Ожирение I ст.

После купирования острых проявлений заболевания установлено нарушение толерантности к глюкозе (5,8 – 7,6 – 7,8 ммоль/л), отсутствие чувствительности к инсулину (инсулинорезистентность – 5,0 – 4,3 – 5,0 – 5,0 – 4,6 – 5,2 ммоль/л).

08.02.02 г. произведена операция – поперечная лапаротомия, холецистэктомия, левосторонняя адреналэктомия (в надпочечнике аденома коры 1,0 Ч 0,6 см), биопсия печени, перевязка селезеночных сосудов (поджелудочная железа плотная). Заключение гистологического исследования – светлоклеточная аденома коры надпочечника, хронический холецистит, хронический гепатит.

Послеоперационный период протекал без осложнений, АД в пределах 110/80 – 140/90 мм рт. ст. без гипотензивных препаратов. Положительная динамика по ЭКГ – исчезла перегрузка правых отделов, уменьшились дисметаболические изменения, не регистрируется тахикардиальный синдром. Улучшился ГТТ (3,7 – 8,4 – 7,7 ммоль/л), нормализовалась чувствительность к инсулину (4,4 – 5,4 – 2,6 – 4,0 – 4,6 – 4,0 ммоль/л). 22.02.02 г. пациентка выписана домой (через 2 недели после операции).

Таким образом, в современных условиях несомненно оправдано развитие и более широкое распространение в хирургии направления симультанных операций.

ДЕМИДОВА Н.Ю., ГРИГОРЬЕВ Е.В., РАЗУМОВ А.С.,
ШЕВЕЛЕВ В.В., АГАФОННИКОВА Л.П., ТУЗОВСКАЯ К.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ВО ВРЕМЯ ОБШИРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Система гемостаза во время обширных и длительных оперативных вмешательств подвержена сложным воздействиям, которые могут приводить к нарушениям микроциркуляции в различных органах и тканях, тромбозам и коагулопатическим кровотечениям (С.В. Авдеев и соавт., 2000). Интраоперационные изменения свертывающей системы крови и фибринолиза являются одной из причин развития серьезных осложнений, которые проявляются илеофеморальными тромбозами, тромбозами глубоких вен голени, тромбоэмболиями легочной артерии. Ситуация усугубляется тем, что ранние послеоперационные тромботические осложнения в 50 % случаев протекают бессимптомно и проявляются у больных уже после выписки из стационара (А.В. Маджуга и соавт., 2001; И.Б. Заболотских, 2002). Несмотря на очевидность того, что патогенетическая основа ранних и отдаленных гемостазиологических нарушений формируется во время обширных и длительных оперативных вмешательств, их интраоперационная диагностика и коррекция остаются в стадии экспериментальных разработок.

Таким образом, исследование нарушений системы гемостаза во время обширных абдоминальных операций, позволяющая проследить динамику и выявить этапы максимальных функциональных изменений, является актуальной задачей, позволяющей в дальнейшем проводить адекватную и своевременную коррекцию, направленную на профилактику тромботических осложнений.

Цель работы. Изучить интраоперационные нарушения гемостаза при обширных и длительных операциях на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы исследования. Изменения в системе гемостаза исследованы у 30 пациентов в возрасте 24-74 лет во время обширных оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны (атипичные резекции печени – 10, панкреатодуоденальные резекции – 11, реконструктивные операции на желчных путях – 9). Средняя продолжительность операций составила 7 ± 2 часа. Степень анестезиологического риска I-II по ASA. Всем больным проводилось комбинированное анестезиологическое пособие: эндотрахеальный наркоз (закись азота и кислород 2 : 1) + кетамин 2 мг/кг/ч внутривенно + длительная эпидуральная анестезия лидокаином 2 % 80 мг/ч болюсно. Кровопотеря составила 600 ± 100 мл. Оценка фаз свертывания крови и фибринолитической активности проводилась на 5 этапах: начало операции (1), в конце травматичного этапа (2), в конце оперативного вмешательства(3), 1-е сутки (4) и 3-и сутки (5) послеоперационного периода. Исследование изменений гемостаза проводилось экспресс-методом интегральной оценки агрегатного состояния крови на основе непрерывной регистрации резонансных колебаний элемента в образующемся и лизирующемся сгустке анализатором АРП-01 “Меднорд”. Использовали параметрические методы статистической обработки по программе “Statistica 5.5”.

Результаты и их обсуждение. Дооперационные лабораторные гемостазиологические результаты не выходили за пределы нормы. Кроме того, прослеживалась умеренная корреляционная связь между некоторыми классическими биохимическими показателями гемостаза и показателями прибора: уменьшение АЧТВ и ПТИ совпадало с уменьшением времени реакции (r) и константой тромбина (k); изменение ФА соответствовало изменению показателя ретракции и спонтанного лизиса сгустка (F). Показатели агрегационного состояния крови представлены в таблице.

Исследования, проведенные на 1-м этапе, показали, что у больных наблюдалась исходная повышенная агрегация тромбоцитов (показатель Ar), что привело к увеличению фибрин-тромбоцитарной константы (АМ); в коагуляционном звене гемостаза – умеренная хронометрическая гиперкоагуляция за счет укорочения 1-й и 2-й фазы процесса свертывания крови: усиленной протромбиновой активности

крови (укорочение показателя r на 24 %), ускоренного образования протромбиназы и тромбина (показатель k сокращен на 17,5 %), характеризующий 3 фазу коагуляции, показатель t остается в пределах нормы. Интенсивность фибринолиза повышена незначительно.

Показатели	норма	1 этап	2 этап	3 этап	4 этап	5 этап
Ar, отн.ед.	- 8	-12,4	- 9,4	- 7,5	- 8,3	- 9,5
r мин	6,0	3,8	2,4	3,4	3,7	3,5
k мин	5,0	3,3	2,9	3,2	3,3	2,5
t мин	46	46,5	39,2	42	54,9	57,6
F %	15	16,8	18,8	18,7	9,4	5,9
АМ, отн.ед.	600	729	675	703	652	693

r – период реакции, время начала образования сгустка; k – константа тромбина, t – константа свертывания крови, АМ – фибрин - тромбоцитарная константа, F – показатель ретракции и спонтанного лизиса сгустка, Ar – интенсивность спонтанной агрегации тромбоцитов.

На 2-м этапе, вследствие длительного и массивного поступления в кровь тромбопластина, гиперкоагуляция значительно усиливается за счет протромбиновой активности, ускоренного образования протромбиназы, тромбина и фибрина (r < на 52 %; k < на 27,5 %; t < на 15 %). Однако наблюдается и компенсаторное увеличение интенсивности фибринолитической активности крови (F > на 18 %). Снижается, но остается повышенной, спонтанная агрегация тромбоцитов.

В конце операции (3-й этап) агрегация тромбоцитов практически в норме. Несколько уменьшается выраженность гиперкоагуляции во всех 3 фазах свертывания крови, показатели r, k, t несколько выше, чем на 2-м этапе, но так и не достигают нормы. Суммарный показатель ретракции и лизиса сгустка (F) остается повышенным на 17 %.

На 4-м этапе снижается протромбиновая активность крови, замедляется образование протромбиназы и тромбина, но показатели r и k так и не достигают нормальных величин. При этом обращает на себя внимание удлинение 3 фазы коагуляции (показатель t > на 18 %), что характеризует постепенное смещение гемостаза в сторону гипокоагуляции. Кроме того, наблюдается угнетение фибринолитической активности крови (показатель F < на 40 %). Спонтанная агрегация тромбоцитов и фибрин-тромбоцитарная константа остаются в пределах нормы.

К 3 суткам (на 5-м этапе) вновь усиливается гиперкоагуляции в 1-й и 2-й фазах процесса свертывания крови (r < на 40 %, k < на 50 %), а в 3-й фазе продолжает прогрессировать гипокоагуляция (t > на 22 %). Также повышается спонтанная агрегация тромбоцитов (Ar > на 18 %) и плотность сгустка (АМ > на 15 %). Фибринолитическая активность крови продолжает снижаться (F < на 60 %).

Заключение. При обширных и длительных оперативных вмешательствах на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны происходят функциональные изменения во всех звеньях гемостаза. Исходная умеренная гиперкоагуляция, обусловленная исходной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, прогрессируя во время операции, достигает наибольших изменений в конце травматичного этапа операции за счет высокой протромбиновой активности крови, ускоренного образования протромбиназы, тромбино- и фибринообразования. Высокой коагуляционной активности в этот момент соответствует умеренная компенсаторная активация фибринолиза. На 3-е сутки, при сохраняющейся выраженной гиперкоагуляции 1-й и 2-й фазы свертывания крови, отмечается замедление фибринообразования и значительное угнетение фибринолитической активности крови, обусловленные истощением резервных возможностей системы гемостаза. Таким образом, именно на этих этапах прослеживаются наибольшие изменения в системе гемостаза с высокой вероятностью развития тромботических осложнений, требующих адекватной и своевременной медикаментозной коррекции, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде.

ЗАРУЦКАЯ Н.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского
Кемеровская государственная медицинская академия

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

За последние годы отмечается неуклонный рост числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Примерно четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеет желчные камни. Рост заболеваемости ЖКБ сопровождается увеличением частоты ее осложненных форм. Среди осложнений наиболее часто встречается холедохолитиаз и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). Холедохолитиаз наблюдается у 8,1-26,8 % больных ЖКБ, в группе больных стар-

ше 60 лет частота его достигает 28,1 %. Стеноз БДС встречается у 40-60 % больных с холедохолитиазом. Холедохолитиаз в сочетании с механической желтухой существенно меняет объем диагностических исследований и тактику хирургического лечения. Трудность лечения больных с механической желтухой обусловлена тяжестью их исходного состояния. При операциях, выполняемых на высоте желтухи, летальность остается высокой (15-60 %), основной ее причиной является печеночная недостаточность. Поиск путей уменьшения числа осложнений и снижения летальности привел к активному применению малоинвазивных методов, направленных на декомпрессию желчных путей.

Тем не менее, в настоящее время нет общепризнанной тактики лечения больных с доброкачественной механической желтухой. Отсутствуют четкие критерии выбора оптимального малоинвазивного метода декомпрессии билиарного такта в соответствии с клинической ситуацией, окончательно не решены вопросы этапности выполнения вмешательств, сочетание малоинвазивных и открытых операций.

За 2003 год в Кузбасском областном гепатологическом центре пролечено 110 больных с механической желтухой на фоне холедохолитиаза и стеноза БДС (85 женщин и 25 мужчин, средний возраст составил 66 лет), из них с явлениями холангита 17 пациентов (15,5 %). Из числа наблюдений 8 больных (7,3 %) с постхолецистэктомическим синдромом.

Всем больным с целью дифференциальной диагностики, кроме определения биохимических показателей, проводилось УЗИ для верификации холедохолитиаза и признаков билиарной гипертензии. Для уточнения состояния БДС (стриктура, обтурационный папиллолитиаз) всем больным проводилась дуоденоскопия по неотложным показаниям. РХПГ с диагностической целью выполнена 104 пациентам.

Первый этап лечения включал в себя декомпрессию и санацию билиарного тракта. Предпочтение отдавалось эндоскопическому ретроградному вмешательству. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена у 100 больных (96,1 %) в сочетании с холедохолитоэкстракцией (ХЛЭ) у 88 больных (84,6 %). Данная процедура стала окончательным этапом декомпрессии для 86 пациентов, в 14 случаях (13,4 %) вмешательство завершено транспапиллярным эндобилиарным дренированием (по типу “потерянного дренажа”). Причиной явились не санированный холедохолитиаз, явления холангита. У 21 больного (20,1 %) выполнены повторные санационные и контрольные ретроградные вмешательства с целью адекватной санации гепатикохоледоха.

После восстановления пассажа желчи, ликвидации желтухи, стабилизации состояния больных, проведена лапароскопическая холецистэктомия у 86 пациентов (78,2 %). У 8 больных (7,3 %) выполнена открытая холецистэктомия с дренированием холедоха через культю пузырного протока с последующим удалением дренажей.

У 16 пациентов, при невозможности осуществить эндоскопическое вмешательство в связи со сложностями катетеризации БДС (папилла в полости дивертикула, состояние после резекции желудка по Бильрот 2), выполнялась холецистостомия (ХС) под контролем УЗИ (у 14 больных), 2 пациентам выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия. Эти методы лечения позволили осуществить декомпрессию билиарного тракта, разрешение механической желтухи, но не ликвидировали патологию терминального отдела холедоха.

Всем больным этой группы восстановлен пассаж желчи лапаротомными вмешательствами: у 11 пациентов выполнена холецистэктомия с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой, у 6 больных потребовалось двойное дренирование (формировался холедохоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки в сочетании с ЭПСТ либо трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой), показанием явилась дилатация гепатикохоледоха более 20 мм. Всем больным проводилась контрольная интраоперационная холангиография, интраоперационная холедохоскопия для исключения резидуального холедохолитиаза.

Подобный двухэтапный подход к лечению больных механической желтухой позволил добиться удовлетворительных результатов. Осложнения в послеоперационном периоде (нагноения послеоперационных швов, гипостатическая пневмония) отмечены у 2 больных (2,3 %), которым применен эндоскопический метод декомпрессии с последующей эндоскопической холецистэктомией. В группе больных, которым выполнялась декомпрессия желчных путей под контролем УЗИ с последующими лапаротомными методами вмешательства, осложнения составили 18,7 % (3 пациентов), летальность в этой группе 6,3 % (1 больной).

Таким образом, при механической желтухе оптимальным является двухэтапный подход с использованием малоинвазивных методов лечения. Операцией выбора является эндоскопическое ретроградное вмешательство с последующей лапароскопической холецистэктомией. При невозможности их выполнения, декомпрессия на первом этапе осуществляется дренированием желчевыводящих путей под контролем УЗИ с восстановлением постоянного пассажа желчи в кишечник лапаротомным способом после стабилизации состояния больного.

ДРОБОТОВ В.Н., АРДАШЕВ И.П., ГРИГОРУК А.А.,
ПЛОТНИКОВ Г.А., ИВАНОВ А.В., ЯКУШЕВА Т.С., ОГАНЕСЯН Э.Б.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой, МУЗ Городская клиническая больница № 11

МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

За последние 5 лет в клиниках травматологии города Кемерово лечилось более 2700 пациентов с переломами луча в типичном месте, при этом 87 % от общего числа составили пациенты в возрасте старше 45 лет.

Как известно, у лиц старше 40-45 лет процесс резорбции начинает преобладать над костеобразованием: уменьшается толщина стенки диафиза, изменяются механические свойства кости, она становится хрупкой и легко подвергается травмированию. К 70-80 годам явления остеопороза становятся значительнее и прочность кости на изгиб уменьшается более чем в 2 раза, по сравнению с прочностью кости людей 30-40 летнего возраста. Эти изменения в костях у лиц пожилого и старческого возраста определяют частоту и своеобразие повреждений, замедляется процесс консолидации переломов.

В результате действия нервно-болевых и эндокринных факторов развивается метаболическая реакция организма на травму, имеющая катаболическую направленность: усиленный распад тканевых белков, жиров и углеводов, истощение ресурсов витаминов, в частности витамина С, нарушение минерального обмена. Ограничение физической активности усугубляет деминирализацию костной ткани, т.к. при гипокенезии повышается выделение Са с мочой. Таким образом, у лиц старше 45 лет имеется неблагоприятный фон для репаративной регенерации костной ткани.

Группе пациентов с переломами луча в типичном месте, которая находилась под нашим наблюдением, выдавалась памятка с рекомендациями, которые были доступны каждому:

- рациональное питание (продукты, содержащие Са, белки, витамины С и Д, ограничение соли),
- общий двигательный режим (по функциональным возможностям),
- комплекс самостоятельной лечебной гимнастики и бытовые нагрузки.

Нами разработана и апробирована методика восстановительного лечения при травмах кисти и луча в типичном месте (Авт. свид. № 149 8494). Одна из задач этой методики позволяет сохранить основную функцию костной ткани – осевую нагрузку, и стимулирует репаративную регенерацию.

Физиологически обоснованный темп нагружения кости стимулирует крово- и лимфообращение в зоне перелома. Пациентам, вошедшим в основную группу (130 чел.) на 5-7 сутки после травмы, когда купирован болевой синдром, предлагалось, не прекращая иммобилизации, обхватить 2-3-й пальцы травмированной руки здоровой рукой, и проводить растяжение по оси пальцев с усилием 0,5-1 кг, не вызывая боль в поврежденной руке. Постепенно степень усилия растяжения увеличивалась до 2,5-3 кг, к концу 2-й недели. Частота растяжения: за первую минуту – 6 раз, за вторую минуту – 30 раз, за третью минуту – 120 раз.

С 21-го дня после травмы проводили давление по оси 2-3-го пальцев по той же методике. Это упражнение выполнялось в комплексе с другими средствами ЛФК. В основной группе больные получили сокращение сроков лечения до 10 дней, по сравнению с контрольной. Данная методика может быть методом выбора при лечении пациентов с переломами костей.

ВОЛОКИТИН В.В., КОКОВ А.Н., ПАЧГИН И.В., ВОЛОКИТИН В.М.,
КОЛПИНСКИЙ Г.И., ШИЛОВ В.А., ВАЙМАН Е.Ф.
Больница № 1 ГУВД КО, Кемеровский кардиологический диспансер, МУЗ Клинический диагностический центр

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Целью работы является определение уровней межпозвонковых грыж при компрессионных синдромах поясничного остеохондроза с использованием лучевых методов исследования.

Материалы и методы.

Всего было обследовано 149 пациентов с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза. Ведущим признаком при постановке диагноза являлась острая "ланцетирующая" боль по дерматому.

При неврологическом осмотре дополнительно были выявлены один или несколько из нижеперечисленных симптомов: нарушение чувствительности в соответствующем корешку дерматоме, сниже-

ние либо отсутствие подошвенного и (или) ахиллого рефлексов, снижение силы в ногах, ограничение объёма движения в поясничном отделе позвоночника, положительные симптомы натяжения.

Всем пациентам для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения были проведены лучевые методы обследования – 78 больным (52,3 %) была проведена МРТ поясничного отдела позвоночника; 56 больным (37,6 %) была проведена КТ сегментов L3-4, L4-5, L5-S1; 15 больным (10,1 %) была проведена СКТ сегментов L3-4, L4-5, L5-S1.

Возраст пациентов находился в пределах 28-69 лет, средний возраст составил 45,8 ± 8,6 лет. Из них 87 мужчин (58,4 %) и 62 женщины (41,6 %).

Результаты.

На одном уровне грыжи были выявлены в 23,7 %, при этом в 72,7 % был изменён диск L5-S1, в 27,3 % L4-L5. На двух уровнях грыжевые выпячивания были определены в 62,7 %, при этом сегменты L3-L4 и L4-L5 задействованы в 10,8 %, L4-L5и L5-S1 в 81-,1 %, L3-L4 и L5-S1 в 8,1 %. На трёх уровнях у 21 человека (13,6 %).

Заключение.

Таким образом, основываясь на наших наблюдениях, при поясничном компрессионном синдроме с многоуровневым поражением в большинстве случаев дегенеративные изменения происходят на двух уровнях с преимущественной локализацией в дисках L4-L5 и L5-S1.

ВОЛОКИТИН В.В., КОКОВ А.Н., ПАЧГИН И.В., ВОЛОКИТИН В.М., КОЛПИНСКИЙ Г.И., ШИЛОВ В.А., ВАЙМАН Е.Ф.

Больница № 1 ГУВД КО, Кемеровский кардиологический диспансер, МУЗ Клинический диагностический центр

ОЦЕНКА МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Целью работы является определение локализации межпозвонковых грыж относительно поперечника диска в зависимости от уровня расположения при компрессионных синдромах поясничного остеохондроза с использованием лучевых методов исследования.

Материалы и методы. Всего было обследовано 149 пациентов с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза. Ведущим признаком при постановке диагноза являлась острая "ланцетирующая" боль по дерматому. При неврологическом осмотре дополнительно были выявлены один или несколько из нижеперечисленных симптомов: нарушение чувствительности в соответствующем корешку дерматоме, снижение либо отсутствие подошвенного и/или ахиллового рефлексов, снижение силы в ногах, ограничение объёма движения в поясничном отделе позвоночника, положительные симптомы натяжения.

Всем пациентам для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения были проведены современные методы обследования: 78 больным (52,3 %) проведена МРТ поясничного отдела позвоночника; 56 больным (37,6 %) проведена КТ сегментов L3-4, L4-5, L5-S1; 15 больным (10,1 %) проведена СКТ сегментов L3-4, L4-5, L5-S1.

Возраст пациентов находился в пределах 28-69 лет, средний возраст составил 45,8 ± 8,6 лет. Из них, 87 мужчин (58,4 %) и 62 женщины (41,6 %).

Результаты. На уровне L3-L4 срединные грыжи встречались в 33,3 %, парамедианные в 33,3 %, заднебоковые в 16,7 %, фораминальные в 16,7 %. На уровне L4-L5 срединные грыжи встречались в 5 %, парамедианные в 55 %, заднебоковые в 40 %, фораминальные не встречались. На уровне L5-S1 срединные грыжи встречались в 15,7 %, парамедианные в 37,5 %, заднебоковые в 43,7 %, фораминальные в 3,1 %.

Заключение. В наших наблюдениях, при компрессионных синдромах поясничного остеохондроза на уровне L3-L4 преобладали срединные и парамедианные грыжи, на уровне L4-L5 – парамедианные грыжи, на уровне L5-S1 – заднебоковые грыжи, что свидетельствует о тенденции смещения грыжевого выпячивания латерально в нижних сегментах поясничного отдела позвоночника.

ВОЛОКИТИН В.В., КОКОВ А.Н., ПАЧГИН И.В., ВОЛОКИТИН В.М.,
КОЛПИНСКИЙ Г.И., ШИЛОВ В.А., ВАЙМАН Е.Ф.
Больница № 1 ГУВД КО, Кемеровский кардиологический диспансер, МУЗ Клинический диагностический центр

ОЦЕНКА ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОПЕРЕЧНИКА ДИСКА ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Целью работы является определение локализации межпозвонковых грыж относительно поперечника диска при компрессионных синдромах поясничного остеохондроза, с использованием лучевых методов исследования.

Материалы и методы. Всего было обследовано 149 пациентов с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза. Ведущим признаком при постановке диагноза являлась острая "ланцетирующая" боль по дерматому. При неврологическом осмотре дополнительно были выявлены один или несколько из нижеперечисленных симптомов: нарушение чувствительности в соответствующем корешку дерматоме, снижение либо отсутствие подошвенного и (или) ахиллого рефлексов, снижение силы в ногах, ограничение объёма движения в поясничном отделе позвоночника, положительные симптомы натяжения. Всем пациентам для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения были проведены современные методы обследования: 78 больным (52,3 %) проведена МРТ поясничного отдела позвоночника; 56 больным (37,6 %) проведена КТ сегментов L3-4, L4-5, L5-S1; 15 больным (10,1 %) проведена СКТ сегментов L3-4, L4-5, L5-S1. Возраст пациентов находился в пределах 28-69 лет, средний возраст составил 45,8 ± 8,6 лет. Из них, 87 мужчин (58,4 %) и 62 женщины (41,6 %).

Результаты. При проведении МРТ срединные грыжи обнаружены у 16 (10,7 %), парамедианные у 38 (25,5 %), заднебоковые у 21 (14,1 %), фораминальные у 3 (2 %). При проведении КТ срединные у 8 (5,4 %), парамедианные у 25 (16,8 %), заднебоковые у 22 (14,8 %), фораминальные у 1 (0,7 %), при проведении СКТ срединные у 2 (1,3 %), парамедианные у 1 (0,7 %), заднебоковые у 11 (7,4 %), фораминальные у 1 (0,7 %). По совокупным данным лучевых методов исследования в 17,4 % были выявлены срединные грыжи, в 43,1 % парамедианные, в 36,2 % заднебоковые, в 3,4 % фораминальные. При этом правосторонняя локализация наблюдалась в 46,5 %, а левосторонняя в 36,1 %.

Заключение. Таким образом, по нашим данным, в большинстве случаев причиной компрессии спинномозговых корешков являются парамедианные грыжи дисков, что следует учитывать при выборе метода оперативного вмешательства.

ВОЛОКИТИН В.В., КОКОВ А.Н., ПАЧГИН И.В., ВОЛОКИТИН В.М.,
КОЛПИНСКИЙ Г.И., ШИЛОВ В.А., ВАЙМАН Е.Ф.
Больница № 1 ГУВД КО, Кемеровский кардиологический диспансер, МУЗ Клинический диагностический центр

УТОЧНЕНИЕ УРОВНЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Целью работы является определение уровня дегенеративно измененных дисков при компрессионных синдромах поясничного остеохондроза, с использованием лучевых методов исследования.

Материалы и методы. Всего было обследовано 149 пациентов с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза. Ведущим признаком при постановке диагноза являлась острая "ланцетирующая" боль по дерматому. При неврологическом осмотре дополнительно были выявлены один или несколько из нижеперечисленных симптомов: нарушение чувствительности в соответствующем корешку дерматоме, снижение либо отсутствие подошвенного и/или ахиллового рефлексов, снижение силы в ногах, ограничение объёма движения в поясничном отделе позвоночника, положительные симптомы натяжения.

Всем пациентам для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения были проведены лучевые методы обследования: 78 больным (52,3 %) проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) поясничного отдела позвоночника; 56 больным (37,6 %) проведена пошаговая компьютерная томография (КТ) сегментов L2-3, L3-4, L4-5, L5-S1; 15 больным (10,1 %) проведена спиральная компьютерная томография (СКТ) сегментов L2-3, L3-4, L4-5, L5-S1.

Возраст пациентов находился в пределах 28-69 лет, средний возраст составил 45,8 ± 8,6 лет. Из них, 87 мужчин (58,4 %) и 62 женщины (41,6 %).

Результаты. При проведении МРТ дегенеративные изменения дисков на уровне L2-3 обнаружены в 3,7 %, на уровне L3-4 – в 14,9 %, на уровне L4-5 – в 38,9 %, на уровне L5-S1 – в 42,5 %. При проведении КТ дегенеративные изменения дисков на уровне L2-3 обнаружены в 2,1 %, на уровне L3-4 – в 10,5 %, на уровне L4-5 – в 42,1 %, на уровне L5-S1 – в 45,3 %. При проведении СКТ дегенеративные изменения дисков на уровне L2-3 обнаружены в 2 %, на уровне L3-4 – в 15,7 %, на уровне L4-5 – в 51 %, на уровне L5-S1 – в 31,3 %.

По совокупным данным лучевых методов исследования, дегенеративные изменения дисков на уровне L2-3 обнаружены в 2,8 %, на уровне L3-4 – в 13,1 %, на уровне L4-5 – в 40,7 %, на уровне L5-S1 – в 43,4 %.

Заключение. Данные наших исследований свидетельствуют, что при компрессионных синдромах поясничного остеохондроза преимущественным уровнем дегенеративно измененных дисков является L5-S1.

СТАРИКОВ Т.Н., СТАЦЕНКО О.А., НОСКОВ В.П., ИВАНОВ А.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ HALLUX VALGUS, ПОПЕРЕЧНОГО РАСПЛАСТЫВАНИЯ СТОПЫ

Поперечное плоскостопие, и как его следствие Hallux valgus, относится к наиболее распространённым видам патологии стоп. Основными компонентами развития Hallux valgus считают распластывание переднего отдела стоп за счёт слабости подошвенного апоневроза. Возникает варусное отклонение (норма 15 гр.) и пронация 1 плюсневой кости, её флексия. Происходит вывих 1 плюсневой кости в плюсневоклиновидном суставе, вальгусное отклонение 1-го пальца.

Причины возникновения распластывания стоп могут быть как врождёнными, а так же приобретёнными.

Известно более 300 операций, направленных на восстановление свода стопы. Но ни одна из этих оперативных методик не даёт хороших результатов, так как полностью не устраняет патологические компоненты распластывания. А оперативное лечение должно быть направлено на устранение всех патологических компонентов. Этим требованиям отвечает операция, которая применяется в нашем отделении. Операция Шеде, т.е. резекция остеофита головки 1-й плюсневой кости. Затем корригирующая остеотомия основания 1-й плюсневой кости. После устранения компонентов деформации первого пальца и 1-й плюсневой кости, осуществляется фиксация её винтом. Прочная внутренняя фиксация позволяет не применять внешней иммобилизации. Через 6 недель после операции фиксирующий винт удаляется.

За последние 3 года в нашем отделении были прооперированы 53 больных с поперечным плоскостопием. Возраст пациентов составлял 25-65 лет, преобладали женщины. Большинство пациентов были прооперированы на обеих стопах.

Выполняемая в нашем отделении операция позволяет добиться полной коррекции поперечного распластывания стоп, т.е. устранить все компоненты деформации.

Пациенты активизируются в раннем послеоперационном периоде, уменьшается срок нетрудоспособности, сокращается продолжительность стационарного этапа лечения, без снижения его качества. Хорошие отдалённые результаты после этой операции, дают хирургу и пациенту субъективное удовлетворение.

КРАСИЛЬНИКОВ Г.П., КИСЛИЦИН В.Н., ГАВРИЛКО И.И. АНДРЕЙЧУК М.Е.
МУЗ Городская клиническая больница № 2

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ РАЗРЫВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Травматические разрывы мочевого пузыря, вопреки существующему мнению об их исключительной редкости, на самом деле встречаются часто. Они требуют самого серьезного внимания из-за их "коварства", так как при этих повреждениях маловыраженная клиническая картина отмечается не только в первые часы после травмы, но и в дальнейшем, когда процесс зашел далеко и затрудняет диагностику, что может привести к самым тяжелым последствиям. Сложность своевременной диагностики усугубляется тем обстоятельством, что эти больные нередко поступают в состоянии тяжелого шока или без сознания.

В клинике общей хирургии с 1969 по 2003 гг. находились на лечении 84 пострадавших с разрывами мочевого пузыря в возрасте от 15 до 85 лет; сре-

ди них мужчин – 56 (66,6 %), женщин – 28 человек (33,3 %). Из 475 пострадавших с различными переломами костей таза, разрывы мочевого пузыря выявлены у 59 пострадавших, что составляет 12,4 % и 70,2 % от всех больных, поступивших с травмами мочевого пузыря. У 23 больных повреждения мочевого пузыря сопровождались переломами ребер, переломами бедренной кости, тяжелой черепно-мозговой травмой, повреждением внутренних органов. У 58 больных выявлен внебрюшинный разрыв мочевого пузыря (69 %), у 26 больных – внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря с развитием перитонита (30,9 %). 48 пострадавших (57,2 %) находились в состоянии алкогольного опьянения. Производственная травма явилась причиной повреждения у 19 пострадавших (24 %); тяжелая автодорожная травма – у 35 (41,6 %); тяжелая кататравма – у 12 (16,6 %); у 13 больных были различные бытовые травмы, связанные с дракой, падением и другими причинами; у 2-х больных – ятрогенное повреждение при проведении медицинского аборта и грубой катетеризации мочевого пузыря металлическим катетером. В первые 6 часов обратились за помощью 65 пострадавших (77,3 %); через 6-12 часов – 8 (9,5 %); через 12-24 часа – 5 (5,9 %); после 24 часов – 5 человек (5,9 %).

При внебрюшинных разрывах мочевого пузыря отмечались ложные позывы на мочеиспускание, болезненные тонезмы, выделение небольшого количества окрашенной кровью мочи или крови. Моча вытекала слабой струей и малыми порциями. Некоторые больные не могли самостоятельно мочиться. Почти у всех больных определялись напряжение и инфильтрация над лоном и притупление внизу живота. Со временем эти признаки нарастали.

При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря наиболее ранним и частым симптомом являлась боль над лоном, которая распространялась по всему животу. Следует отметить, что у этой группы больных при катетеризации мочевого пузыря можно получить достаточное количество мочи, незначительно окрашенной кровью, что затрудняет раннюю диагностику повреждения.

Учитывая, что основная часть больных поступала в тяжелом шоковом состоянии, всем больным при поступлении проводилась катетеризация мочевого пузыря. Наличие перелома костей таза и микрогематурии явились поводом для вызова уролога. Восходящая цистография в прямой, боковой и косой (под углом 45о) проекциях выполнена 52 больным. После чего мочевой пузырь, через катетер, опорожнялся от контрастного вещества, и вновь выполнялась цистография. Эта методика позволила обнаружить затеки контрастного вещества даже при незначительных повреждениях стенки мочевого пузыря. У 8 больных выполнена внутривенная урография с нисходящей цистографией. По УЗИ заподозрено повреждение мочевого пузыря у 4-х больных, у 5 – при лапароскопии; у 1 – при лапароцентезе; у 6 – при лапаротомии с сочетанным повреждением органов брюшной полости. У 3-х больных с изолированным повреждением мочевого пузыря диагноз был установлен при цистоскопии.

Все поступившие больные были оперированы. До 6 часов с момента травмы прооперированы 36 человек из 62 пострадавших, обратившихся в этот промежуток времени; от 6 до 12 часов – 37 человек; от 12 до 24 час. – 5 человек; после 24 часов – 3 человека, после 48 часов – 2 человека. Задержка с оперативным вмешательством пострадавшим, поступившим в первые 6 часов, связана с трудностью диагностики на фоне тяжелого травматического шока.

При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря выполнялась нижнесрединная лапаротомия. Разрывы мочевого пузыря, в основном, локализовались в области верхушки мочевого пузыря и на задне-верхней стенке его, и были, преимущественно, в продольном направлении. У 2-х больных отмечался еще и внебрюшинный разрыв, у 2-х – отрыв уретры от мочевого пузыря. Мочевой пузырь после тщательной ревизии дренировался через уретру силиконовой трубкой или катетером Фолея и эпицистостомой, которая выводилась через отдельный прокол над лоном. На стенку мочевого пузыря накладывался 2-х рядный кетгутовый шов, который дополнительно перитонизировался брюшиной. После осушивания брюшной полости и тщательной ревизии других органов в брюшной полости оставлялись 2 трубки, выведенные через отдельные проколы по левому и правому фланкам, за лонное сочленение устанавливалось 6-8 полутрубок.

При внебрюшинном разрыве мочевого пузыря у 54 больных выполнен продольный доступ от пупка до лона, у 4-х пострадавших – поперечный, полуовальный доступ. После выделения передней стенки мочевого пузыря выполнялась цистотомия, проводилась ревизия стенок мочевого пузыря изнутри, а затем, по мере находок, выделялась частично или полностью стенка мочевого пузыря, вскрывалась урогематома, проводился гемостаз. Стенки мочевого пузыря ушивались 2-х рядными кетгутовыми швами. Мочевой пузырь дренировался через уретру и эпицистостому. У всех оперированных больных проводилось дренирование паравезикальной клетчатки ПХВ трубками и полутрубками, а у 18 больных дренировали тазовую клетчатку по Буяльскому-Мак-Уортеру. Всем больным проводилось постоянное орошение мочевого пузыря фурациллином или риванолом в течение 6-10 дней.

Из 79 больных с сочетанными повреждениями мочевого пузыря умерли 16 человек (20,7 %). Смерть была вызвана тяжелой сочетанной костной травмой, черепно-мозговой травмой, тяжелым шоком и перитонитом.

Таким образом, травматические разрывы мочевого пузыря, сопровождающие переломы костей таза, другую костную травму, усугубляют тяжесть ее течения и опасны для жизни пострадавших. С целью ранней диагностики необходимо шире использовать неинвазивные методы, такие как УЗИ мочевого пузыря. Для уточнения диагноза целесообразно выполнять восходящую цистографию в прямой,

боковой, косой проекциях и после опорожнения мочевого пузыря. Необходимо обязательное дренирование мочевого пузыря через уретру и эпицистостому с постоянной промывной системой антисептиками, а также тщательное дренирование паравезикальной, тазовой клетчатки и брюшной полости.

НОСКОВ В.П., СТАРИКОВ Т.Н., КОЛПИНСКАЯ Т.Д.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Сколиотическая болезнь – распространенное ортопедическое заболевание. По данным различных авторов, ее частота варьирует от 4 % до 8 %. В настоящее время большинством ортопедов признано, что традиционное консервативное лечение сколиоза не достигает цели. Комплекс лечебных мероприятий, осуществляемый в амбулаторных условиях, и традиционные методики, применяемые в школах-интернатах, не обеспечивают сдерживания прогрессирования искривления при сколиозах 3-4 степени. Необходимо пересмотреть тактику и методы консервативного лечения в комплексном лечении сколиоза, рационально использовать имеющуюся сеть школ-интернатов, своевременно переходить к хирургическому лечению сколиоза.

Распространенность сколиоза требует для организации его лечения на современном уровне эффективных, технологичных методов хирургического лечения. Это заставляет ортопедов вновь и вновь обращаться к решению проблемы хирургического лечения сколиоза, основываясь на новых данных экспериментов и клинических исследований.

В последние годы применяются различные динамические конструкции и "упругие" стержни, металлические пластины эндокорректоры, которые, по сравнению со статическими конструкциями (дистракторами), обладают рядом преимуществ. Они заключаются в сокращении сроков дооперационной подготовки, длительности нахождения больного в стационаре, в ряде случаев в отсутствии внешней иммобилизации. Современные направления в хирургическом лечении – это применение двухстержневых и двухпластинчатых конструкций с многоуровневой фиксацией. С учетом этих тенденций, в нашей клинике для оперативного лечения сколиоза используется двухпластинчатый эндокорректор с многоуровневой фиксацией к позвоночнику специальными технологичными блоками крепления на крючках и деротационным эффектом, разработанным в Красноярской медицинской академии.

С 1998 г. оперированы 7 пациентов – 5 девочек в возрасте 12-18 лет и 2 мальчика 15 и 16 лет.

Трое пациентов страдали сколиотической болезнью 3 ст. с углами сколиотической деформации по Кобба от 32 гр. до 46 гр. У четверых пациентов сколиотическая болезнь 4-й степени – углы сколиотической деформации по Кобба от 52 гр. до 95 гр. Во время операции коррекция при 3-й степени сколиоза составляла 66 %, при сколиозе 4-й степени – 48 %.

Применение двухпластинчатого эндокорректора с многоуровневой фиксацией технологичными блоками крепления на крючках, деротационным эффектом позволяет эффективно корригировать на 50-66 % прогрессирующий сколиоз 3-4-й степени в диапазоне 31-90 гр.

ИСТОМИН М.В., ИВАНОВ А.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИМПЛАНТОВ "SYNTHES"

Переломы костей кисти и пальцев составляют, по данным разных авторов, 5-18 % всех переломов. Наиболее часто встречаются переломы пястных костей, фаланг пальцев у лиц в возрасте 16-55 лет.

В течение многих лет переломы кисти лечатся оперативным путем по традиционной методике, которая заключается в фиксации спицами Киршнера, аппаратами внешней фиксации либо скобами из никилида титана, при этом используется внешняя иммобилизация гипсовой шиной. В результате длительной иммобилизации, не менее 4-6 недель, страдает функция кисти, возникают стойкие артрогенные и тендогенные контрактуры пальцев. Использование металлоконструкций из низкокачественных металлов часто вызывает металлоз. Учитывая то, что переломы зачастую имеют оскольчатый, внутрисуставной характер, требуется стабильная фиксация перелома, ранняя функция кисти. Актуальность этой проблемы и желание устранить

недостатки послужило причиной поиска нового метода оперативного лечения.

С появлением в нашей клинике оригинального мини-инструментария и имплантатов для погружного периферического остеосинтеза "Synthes" – "модульная система для кисти" и технологии их использования, позволило внедрить новый метод оперативного лечения переломов кисти.

За период 2001-2003 гг. выполнено 69 оперативных пособий в лечении переломов кисти у пациентов в возрасте 15-62 лет, с использованием мини-имплантатов "Synthes". Для фиксации пястных костей мы использовали пластины, фиксация основной и средней фаланг выполнялась с помощью пластин или винтов, либо их комбинацией, дистальные фаланги пальцев фиксировали винтами.

Внешняя иммобилизация не применялась. С первого дня после операции все пациенты начинали лечебную физкультуру, что позволило в короткие сроки восстановить функцию кисти и улучшить репаративные процессы. В отдаленном послеоперационном периоде мы наблюдали полную консолидацию перелома в сроки до 2-х месяцев, с сохранением полной функции кисти. Таким образом, результаты с использованием мини-имплантатов "Synthes" в лечении переломов костей кисти позволяют сделать следующие выводы:

1. Стабильная внутренняя фиксация, удовлетворительная компрессия, позволяет отказаться от внешней иммобилизации и начать раннее восстановление функции кисти до сращения перелома.

2. Данный метод позволяет избежать деформации кости в месте перелома, наиболее полно этим условиям соответствуют имплантаты "Synthes".

3. Использование высококачественных имплантатов, прошедших тестирование путем химического анализа, физических и металлографических тестов, позволяет избежать металлоза.

4. Данная технология создает комфорт и удобство в раннем послеоперационном периоде.

5. Оперативное лечение переломов костей кисти данным методом позволяет в более короткие сроки вернуть пациента к полноценному качеству жизни и восстановить трудоспособность.

КАЛАШНИКОВ В.В., ВОЛНА А.А., НОСКОВ В.П., СТАЦЕНКО О.А., МОТИН С.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

С 1998 по 2003 год в клинике оперировано 190 пациентов с коксартрозами различного генеза, которым выполнено 211 операций эндопротезирования тазобедренных суставов. Дважды двум пациентам выполнено двустороннее эндопротезирование тазобедренных суставов.

Виды осложнений:

1. Неполный перелом, перелом проксимального отдела бедра – 5(2,4 %),
2. Вывих головки эндопротеза – 5(2,4 %),
3. Тромбоэмболия, жировая эмболия, острая сердечная недостаточность – 3(1,4 %) летальный исход
4. Невриты седалищного нерва – 4(1,9 %),
5. Серомы – 9(4,3 %),
6. Оссифицирующие миозиты – 3(1,4 %),
7. Периппротезные переломы – 3(1,4 %),
8. Транспорт полиэтилена – 1(0,5 %),
9. Глубокое нагноение – 11(5,2 %).

Наиболее действенным, оправданным способом остеосинтеза при переломах проксимального отдела бедра, периппротезных переломах оказалась фиксация пластинами с угловой стабильностью (LCP). Во всех случаях достигнута консолидация без ущерба эндопротезирования.

В одном из пяти случаев вывиха головки эндопротеза потребовалось открытое вправление. В четырех – закрытое вправление под контролем ЭОПа. Постельный режим в течение 3-х недель с отведенной оперированной конечностью предотвратил рецидив вывиха. Клиника неврита седалищного нерва купирована путем проведенной нейростимулирующей терапии.

В одном из трех случаев оссифицирующего миозита, в связи с ограничением движений в тазобедренном суставе, возникла необходимость в ревизии и иссечении оссификатов с последующим назначением индометацина, что привело к полному восстановлению функции искусственного сустава.

Транспорт полиэтилена, из-за быстрого износа чашки, стал причиной нестабильности ножки эндопротеза у одной пациентки, что потребует ревизионного эндопротезирования.

Неоднократные попытки купировать глубокое нагноение в зоне оперативного доступа с сохранением эндопротеза привели к увеличению очагов деструкции и нестабильности либо тазового, либо бедренного компонентов эндопротеза. В конечном итоге только после удаления эндопротеза с санацией очагов деструкции удалось справиться с воспалительным процессом.

Выводы:

1. Для профилактики грозных осложнений, приводящих к летальному исходу, необходима тщательная подготовка пациентов в предоперационном периоде, с динамическим контролем и коррекцией меняющегося гомеостаза в последующем.

2. До формирования капсулы искусственного сустава, удержание конечности в должном положении избавляет от вывиха головки эндопротеза.

3. При переломах проксимального отдела бедренной кости во время операции, а также при перипротезных переломах наиболее приемлем остеосинтез LCP.

4. При наличии глубокого воспаления ранняя санирующая операция с обязательным удалением всех компонентов эндопротеза позволяет не только сократить сроки купирования нагноения, но и избежать потери костной массы, оставив больше шансов на восстановление.

5. Эндопротезирование тазобедренного сустава, несмотря на значительный прогресс в этой отрасли медицины, не всегда приносит должное облегчение от предшествующих страданий. Задача специалиста – правильно оценить свой выбор, четко сформулировать суждение о необходимости данного оперативного действия, а в случаях его невозможности принять на вооружение иные оперативные приемы.

БОЯРИНОВ А.Г., ШМУЛЕВИЧ М.В., СИМАГАЕВ Р.О., ПЛОТНИКОВ Г.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Повреждение крестообразных связок – широко распространенная травма коленного сустава, которая, по данным разных авторов, составляет от 27 % до 61 % всех его повреждений. Среди пострадавших, в основном, преобладают лица молодого возраста, ведущие активный образ жизни.

В нашей клинике с 1995 г. для восстановления крестообразных связок коленного сустава применяется их пластика свободным аутотрансплататом из собственной связки надколенника по методике "STRYKER" с применением артроскопической техники. Артроскопическая пластика крестообразных связок коленного сустава аутотрансплантатом из собственной связки надколенника решает следующие задачи:

1. Ранняя нагрузка на оперированную конечность, возможность ранней разработки движений в коленном суставе, так как при оперативном вмешательстве не нарушается целостность капсулы и синовиальной оболочки сустава.

2. Физиологичность операции – точки установки костных "пробок" трансплантата соответствуют точкам прикрепления крестообразных связок к мыщелкам бедренной и большеберцовой костей.

3. Волокнистое строение трансплантата наиболее соответствует строению крестообразных связок.

4. Реваскуляризация, реиннервация трансплантата, восстановление механорецепторного комплекса, что позволяет пропорционально распределять нагрузку на коленный сустав.

Показанием к пластике крестообразных связок являлось наличие ее полного повреждения, любого вида нестабильности коленного сустава, наличие гипотрофии четырёхглавой мышцы бедра и отсутствие положительной динамики при её восстановлении после травмы в течение 1 года, активная жизненная позиция человека. Людям активным, спортсменам, проводилось восстановление крестообразных связок с одновременным устранением другой внутрисуставной патологии.

Людям малоподвижным и детям до 16 лет в начале проводилась артроскопия коленного сустава с устранением различных внутрисуставных повреждений, затем через 3-6 месяцев при наличии клинических проявлений нестабильности коленного сустава выполнялась пластика крестообразных связок.

При диагностике повреждений крестообразных связок использовались клинические, объективные данные, стандартная рентгенография коленного сустава и ядерно-магнитно-резонансная томография. Но наиболее объективным обследованием является артроскопическая ревизия коленного сустава.

Тактика лечения при обнаружении одновременно повреждённых передней и задней крестообразных связок их пластика выполнялась поочерёдно в два этапа, начиная с задней крестообразной связки. При наличии частично повреждённых крестообразных связок в сочетании с нестабильностью коленного сустава, либо наличии повреждённой задней крестообразной связки при состоятельной передней, в 6 случаях была выполнена динамическая стабилизация коленного сустава по Августино.

Мы располагаем опытом оперативного лечения 340 пациентов с повреждением крестообразных связок коленного сустава, из которых 193 была выполнена артроскопическая пластика свободным аутотрансплантатом из собственной связки надколенника. Из них основную массу составляют лица до 20 лет – 16 пациентов, 20-40 лет – 147, 40-50 лет – 20, старше 50 лет – 10 пациентов. 103 пациента наблюдались нами до 1 года.

Результаты лечения оценивались по 100-бальной шкале хирургии крестообразных связок коленного сустава (Дж. Лисхольм и Е. Гилквист), включающей в себя восемь объективных и субъективных признаков. Первый признак – хромота (5 баллов),

второй – нагрузка на оперированную конечность(-5 баллов), третий – подъём по лестнице (10 баллов), четвёртый – приседание (5 баллов), пятый – нестабильность (30 баллов), шестой – боль (30 баллов), седьмой – выпот в суставе (10 баллов) и восьмой – атрофия мышц бедра (5 баллов).

Отличный результат, от 80 до 100 баллов, получен у 39 больных (38 %); хороший, от 70 до 80 баллов, у 30 больных (29 %); удовлетворительный, от 60 до 70 баллов, у 23 больных (22 %) и у 11 больных (11 %) получен неудовлетворительный результат – менее 60 баллов.

При проведении оперативного пособия по поводу восстановления крестообразных связок коленного сустава получены следующие осложнения:

1. Перелом костной "пробки" при заборе трансплантата (8 случаев).

2. Продольный перелом надколенника при заборе костной "пробки" (5 случаев). Трём пациентам был выполнен костный шов надколенника, двум – надколенник синтезирован компрессирующими винтами. Отдалённый результат хороший.

3. Тотальный артрофиброз, постиммобилизационная контрактура (2 случая). Пациенту был выполнен артроскопический артролиз. Отдалённый результат удовлетворительный.

4. "CYCLOP"-синдром (2 случая). Пациенту был выполнен артроскопический артролиз. Отдалённый результат хороший.

5. Миграция "бедренной пробки" (2 случая). Выполнено устранение миграции с повторной фиксацией. Отдалённый результат хороший.

6. Разрыв трансплантата (2 случая при несоблюдении предложенного режима в послеоперационном периоде). Пациентам выполнена повторная пластика крестообразных связок аутотрансплантатом из собственной связки надколенника. Отдалённый результат отличный.

7. Гнойный остеоартрит с последующим артродезированием коленного сустава (1 случай).

Выше приведенные осложнения получены в результате нарушения технологии во время оперативного вмешательства и рекомендаций, данных пациенту в послеоперационном периоде.

Таким образом, артроскопическая пластика крестообразных связок коленного сустава свободным аутотрансплантатом из собственной связки надколенника, как наиболее технологичная и физиологически оправданная операция, является основой для проведения более раннего полноценного курса восстановительного лечения, что ведёт к восстановлению функции и стабилизации коленного сустава.

КАМЕНЕВА Е.А., ШЕВЕЛЕВ В.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является одной из актуальных проблем современной медицины. Несмотря на многочисленные исследования в области патогенеза первичных и вторичных повреждений головного мозга, разработку современных методов диагностики и лечения, летальность в последние годы существенно не изменилась и остается на уровне 35-68 % (Доброхотова Т.А. и соавт., 1998; Word Y.D., Becker D.R., 1996).

В последние годы все больше внимания уделяется изучению нарушений гемостаза при ТЧМТ и их патогенетической значимости. Традиционно используемые биохимические методы весьма трудоемкие и дорогостоящие. Более того, они не позволяют интегрально оценить состояние гемостаза. В настоящее время наиболее перспективными являются разрабатываемые способы экспресс-диагностики нарушений гемостаза, в частности, с использованием метода автоматизированной непрерывной регистрации резонансных колебаний, возникающих при образовании и лизисе сгустка с помощью анализатора АРП-01 "МЕДНОРД" (Томск, 1996).

Цель исследования: Повышение эффективности лечения реанимационных больных с тяжелой черепно-мозговой травмой на основании патогенетически обоснованной оптимизации диагностики и коррекции нарушений основных звеньев системы гемостаза.

Материал и методы. Обследовано 80 человек в возрасте 15-56 лет, которые были разделены на 3 группы. Первая группа (контрольная, n = 20) – практически здоровые лица (доноры). Вторая группа (группа сравнения, n = 30) – традиционное ведение посттравматического периода. Третья группа (основная, n = 30) – пациенты, которым проводилась специфическая коррекция нарушений гемостаза. Больные обеих групп по характеру повреждения головного мозга, степени утраты сознания, возрасту, полу, проводимым оперативным вмешательствам были сравнимы. Лечебные мероприятия при поступлении пострадавших в стационар заключались в максимально полном и быстром восстановлении основных жизненно важных функций – нормализация гемодинамики, мозгового кровотока, объема циркулирующей крови, газообменной и вентиляционной функций легких, профилактика и лечение отека головного мозга. Всем больным, в зависимости от характера и локализации повреждений головного мозга, выраженности дислокацион-

ного синдрома, был выполнен необходимый объем хирургических вмешательств в условиях эндотрахеального наркоза и нейролептоанелгезии.

Оценка состояния системы гемостаза у всех больных проводилась с помощью определения классических лабораторных показателей свертываемости крови (АПТВ, протромбинового индекса, фибриногена, фибринолитической активности, активности антитромбина III (Баркаган З.С., Момот А.П., 2001)) и экспресс-диагностики с, использованием анализатора АРП-01. Анализатор позволяет проводить комплексный анализ тромбоцитарного компонента гемостаза, основных этапов гемокоагуляции и активности фибринолитической системы.

В данном исследовании оценивались следующие показатели: An – начальный показатель агрегатного состояния крови, r – время реакции, k – константа тромбина, Kk – показатель тромбиновой активности, AM – фибрин-тромбоцитарная константа (максимальная плотность сгустка), T – константа тотального свертывания крови, F – суммарный показатель ретракции и спонтанного лизиса сгустка, Ar – интенсивность спонтанной агрегации тромбоцитов.

У больных обеих групп установлена высокая корреляционная связь между показателями лабораторных тестов и параметрами, определяемыми с помощью анализатора АРП-01:

- повышение фибриногена в крови соответствует укорочению константы тромбина k ($r = - 0,7$; $p < 0,01$), увеличению показателя тромбиновой активности Kk ($r = 0,6$; $p < 0,05$) и максимальной плотности сгустка AM ($r = 0,6$; $p < 0,05$);
- уменьшение АПТВ соответствует укорочению времени реакции r ($r = 0,3$; $p < 0,05$);
- увеличение фибринолитической активности соответствует уменьшению суммарного показателя ретракции и спонтанного лизиса сгустка F ($r = - 0,7$; $p < 0,01$).

Данные корреляционные связи сохранялись на протяжении всего времени исследования.

Установлено, что в сосудисто-тромбоцитарном звене в первые 24 часа после ТЧМТ увеличиваются, в среднем на 15 %, интенсивность спонтанной агрегации тромбоцитов (Ar). В коагуляционном звене развивается гиперкоагуляция. Время начала образования сгустка (r) уменьшается на 69,5 %, а константа тромбина (k) – на 24,7 % ($p < 0,05$). Интенсивность тромбинообразования (Kk) увеличивается на 73,3 % ($p < 0,05$). В результате, максимальная плотность сгустка (AM) увеличивается на 13,7 % ($p < 0,05$). При этом время образования фибрин-тромбоцитарной структуры сгустка (T) сколько-нибудь значимо не изменяется. К 7-м суткам r остается на 11-12 % меньше, чем в контроле, константа тромбина и максимальная плотность сгустка существенно не изменяются. Интенсивность тромбинообразования и спонтанная агрегация тромбоцитов остаются повышенными на 41,5 % и 13,6 %, соответственно. Показатель активности фибринолиза увеличивается на 53,3 % ($p < 0,05$), по сравнению с первыми сутками, но остается ниже контрольных значений на 36,4 %. Летальность в этой группе составила 43,3 %.

Совокупность выявленных изменений позволяет заключить, что в остром периоде ТЧМТ происходит угнетение фибринолиза и выраженная активация свертывания крови.

Исходя из анализа полученных результатов и патогенеза нарушений основных звеньев системы гемостаза, представлялось целесообразным оценить эффективность их коррекции с помощью применения фраксипарина (угнетает X фактор и реактивирует фибринолиз), 6 % раствора рефортана (уменьшает вязкость крови и плазмы, агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, уменьшает проницаемость микрососудов), свежезамороженной плазмы (содержит антитромбин III, протеин С, плазмин и плазминоген) и трентала (снижает агрегацию тромбоцитов).

Установлено, что при включении в комплекс лечебных мероприятий при ТЧМТ специфической коррекции нарушений гемостаза происходит более быстрая нормализация изучаемых показателей. Начиная с 5-х суток, происходила нормализация практически всех показателей агрегатного состояния крови, что сопровождалось снижением летальности до 30 %.

Установлено, что имеется зависимость между выраженностью неврологической симптоматики и изменениями в системе гемостаза. Наиболее значительные изменения выявлены у больных с комой II-III (менее 7 баллов по ШКГ). При этом показатели коагуляционного звена гемостаза (r, k, Kk) после первоначального изменения (первые 24 часа после травмы) в дальнейшем сколько-нибудь значимо не изменяются. Максимальная же плотность сгустка по сравнению с 1-ми сутками, несмотря на повышение фибринолитической активности, возрастает на 13,4 %. Летальность среди этих больных составила, в среднем, 71 %.

При коме I (7-8 баллов по ШКГ) первоначальные изменения показателей гемостаза были менее выраженными. Вместе с тем, несмотря на достаточно полную их нормализацию к 7-м суткам посттравматического периода, летальность среди этих больных составила 23,1 %. Сравнительный анализ эффективности специфической коррекции нарушений гемостаза в зависимости от выраженности неврологической симптоматики позволил выявить следующие особенности. В группе больных с комой II-III (менее 7 баллов по ШКГ), с первых суток происходила постепенная нормализация показателей, в результате чего их различия с контролем после 5-7 суток становились минимальными. Летальность уменьшалась с 71,4 % до 56,3 %.

При менее выраженных повреждениях головного мозга (кома I, 7-8 баллов по ШКГ) коррекция нарушений гемостаза была более эффективной – нормализация исследуемых показателей наблюдалась на 3-5 сутки. Летальность отсутствовала.

Таким образом, оценка системы гемостаза с помощью регистрации резонансных колебаний (ана-

лизатор АРП-01) полностью коррелирует с показателями, определяемыми лабораторными методами, но более детализирована и выполняется в более короткие сроки с меньшими материальными затратами. Своевременная диагностика и патогенетически обоснованная коррекция нарушений гемостаза при тяжелой травме головного мозга позволяет улучшить восстановление неврологического статуса и уменьшить общую летальность при ТЧМТ с 43,3 % до 30 %.

КОМКОВ А.Р., РУДАЕВ В.И., СОРОКИН П.Ю., КОРНИЛОВ Ю.Г., КИМ А.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 2

ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА

Процесс старения населения происходит практически повсеместно. Если в 1970 г. около 5 % жителей земли были старше 65 лет, то к 2025 г. прогнозируется рост этого показателя до 12 %. Новый тип возрастной структуры населения ставит серьезные социально-экономические и медицинские задачи, т.к. перелом проксимального отдела бедренной кости на 10000 жителей в возрасте 30 лет регистрируется 1 случай, в возрасте 50 лет – 7,8 случаев, среди женщин 60 лет – 29 случаев, у мужчин – 16; в возрасте 75 лет - 142 и 65, соответственно, 80 лет – у женщин 152 случая, у мужчин – 96; 90 лет – 479 переломов у женщин и 309 у мужчин. При расчёте числа травм на всё население, показатель составил 20,7 на 10000 жителей (данные 1997 г.). В Кемерово около 520000 жителей, соответственно, ожидаемая цифра больных с данной патологией составляет 1080 человек ежегодно.

В структуре вызовов машины скорой помощи к пожилым и старикам преобладают обращения по поводу хронических заболеваний и бытовых травм, в числе которых основную роль играют переломы проксимального отдела бедренной кости.

Ведущими методами лечения в этих случаях до сих пор остаются консервативный (скелетное вытяжение или деротационная гипсовая повязка) и металлоостеосинтез различными конструкциями. Результаты консервативного лечения известны: до 80 % летальных исходов в течение первого года после травмы, при оперативном лечении она снижается до 7 %. Общий показатель летальности для лиц всех возрастов при этом виде травм составляет 11,9 %. Продолжительность стационарного лечения превышает 40 дней. Переломы в зоне тазобедренного сустава значительно чаще встречаются у городского населения.

Первая эффективная методика оперативного лечения переломов шейки бедра разработана Смит-Петерсоном в 1931 году – применение трёхлопастного гвоздя из нержавеющей стали. По разным источникам, сращение после данного метода происходило в 34-49 %. При остеосинтезе спонгиозными винтами (Европейская истема АО) сращение наступает в 64 % случаев. По другим данным зарубежных авторов (Holmberg, Thorngren, 2002), плохой результат остеосинтеза по системе АО зарегистрирован в 59 % случаев. Такое осложнение, как асептический некроз головки бедренной кости, в течение 5 лет после травмы отмечается у 47 % больных всех возрастных групп.

В связи с этим, при переломах шейки бедренной кости в пожилом возрасте все чаще отдается предпочтение первичному эндопротезированию тазобедренного сустава. Это в значительной степени ускоряет процесс реабилитации больных, позволяет отказаться от длительной разгрузки оперированной конечности, необходимой при любом остеосинтезе, а также избежать осложнений, связанных с несращением перелома и развитием аваскулярных нарушений в головке бедренной кости.

В нашем отделении за 2003 год пролечено 18 пациентов пожилого возраста с переломом шейки бедра. У 7 из них по экстренным и срочным показаниям выполнена операция цементного эндопротезирования тазобедренного сустава. Все больные – женщины в возрасте старше 70 лет. 4-м из них проведено тотальное эндопротезирование отечественным протезом “Арете”, 3-м женщинам старше 80 лет выполнено однополюсное эндопротезирование: в 2-х случаях протезом Мура – ЦИТО, в 1 – “Арете”. Первые 1-4 суток после операции пациенты наблюдались в реанимации и требовали интенсивного лечения. При этом им разрешали садиться, осуществлять движения во всех суставах здоровой и голеностопном суставе больной ноги. С 3-х суток больных ставили на ноги у кровати, с опорой на оперированную конечность. Послеоперационные швы снимали на 11-12-е сутки. К этому времени все пациенты были достаточно активны, самостоятельно передвигались с помощью методиста ЛФК и дополнительной опорой (“ходунки”). В удовлетворительном состоянии на 14-18-е сутки после операции все 7 пациенток были выписаны на амбулаторное лечение.

Одной из главных особенностей рассматриваемого контингента больных является полиморбидность, т.е. наличие двух и более заболеваний, которые могут потенцировать друг друга. Многие из них

имеют скрытое течение, и при неблагоприятных условиях резко возрастает опасность срыва компенсации той или иной системы. Все это убеждает нас в необходимости проведения как можно более срочного оперативного вмешательства. При рассмотрении показаний и противопоказаний имеет значение не только паспортный возраст больного, но и его общий соматический статус, двигательная активность до травмы, предполагаемая продолжительность жизни. Каждый больной индивидуален, и любое решение, исходя из нашего опыта, должно быть тщательно продумано, но всегда мы помним о том, что старость неизбежное состояние в течение жизни человека и стремимся поддержать ее для наших пациентов на достаточно активном уровне.

Таким образом, переломы проксимального отдела бедренной кости, являясь гериатрической травмой, требуют особого подхода к лечению. Они являются одним из тех немногочисленных повреждений, когда показания к операции расширяются от безысходности положения пострадавшего, так как в первый месяц после травмы летальность в 15 раз превышает статистические показатели для населения соответствующего возраста, в течение второго месяца – в 7 раз, высокий уровень летальности сохраняется на протяжении всего первого года, в течение которого умирают по разным причинам от 40 % до 80 % пострадавших. Поэтому важнейшей и первостепенной задачей лечения является сохранение жизни пострадавшего, что достигается благодаря осуществлению в кратчайшие сроки оперативного вмешательства, позволяющего быстро активизировать его, и с минимальным риском как можно раньше вернуть больного в привычную для него обстановку, к исходному уровню бытовой независимости, двигательной, социальной и даже профессиональной активности. Такая тактика, несмотря на относительно высокую стоимость конструкций и оперативного пособия, экономически целесообразна. Следует отметить гуманность такого подхода в лечении гериатрических больных, ведь нельзя забывать о том, что многие из них одиноки.

АЛЬТШУЛЕР Е.М., ЗАПОЛЬНОВ Г.П., САЛЬСКИЙ А.В., ШРАЙНЕР С.В.,
ДЕНИСОВ А.А., ГНЕДЬ М.А., ГНУСАРЕВ И.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 2

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЙ

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении ожогов, летальность среди обожженных остается высокой даже в специализированных отделениях. Особенно она высока при критических и сверхкритических поражениях. Большая часть таких больных погибает в остром периоде ожоговой болезни, и, на наш взгляд, дальнейшее снижение летальности в этом периоде возможно лишь при условии отказа от стандарных приемов ведения таких больных и активном внедрении новых технологий.

В первую очередь, необходимо отказаться от догматического положения о нецелесообразности перевода больных с обширными и глубокими ожогами в специализированные центры в состоянии ожогового шока. В условиях современного развития инфраструктуры, такой перевод необходим в возможно ранние сроки, при условии проведения интенсивной терапии, которая продолжается в специализированном отделении, с учетом современных подходов к этиологии и патогенезу ожоговой болезни. При этом следует избегать каких-либо схем, таблиц и формул при определении качественного и количественного состава инфузионной терапии, ориентируясь, в первую очередь, на показатели центрального венозного давления, гематокрита и почасового диуреза. Ранний перевод позволяет начать удаление некротических тканей значительно раньше, что, несомненно, влияет на исходы лечения. В интенсивной терапии ожогового шока стали применятся препараты на основе оксиэтилкрахмала (рефортан, стабизол) позволяющие существенно улучшить микроциркуляцию, исключить отрицательное влияние таких препаратов как полиглюкин, реополиглюкин на ретикулоэндотелиальную систему и систему иммунитета, и перфторуглероды в сочетании с сеансами гипербарической оксигенации для уменьшения общего кислородного голодания тканей, особенно при многофакторных поражениях (термотоксической травме).

Нуждается в пересмотре и подход в антибактериальной терапии ожоговой болезни, т.к. развитие устойчивости возбудителей гнойно-септических процессов (ГСП) ко многим антибактериальным препаратам затрудняет подбор антибиотиков для лечения больных с ожоговой травмой и требует поиска новых подходов к профилактике и лечению инфекционных осложнений у них. Так, по нашим данным в инфицированных ожоговых ранах чаще обнаруживаются монокультуры микроорганизмов, при этом ведущее значение занимают золотистые стафилококки (42,2 %), энтеробактерии (38,9 %), неферментирующие грамотрицательные бактерии (21,6 %) и коагулазоотрицательные стафилококки (13,2 %).

Проведенный нами мониторинг показывает, что традиционнные препараты антибактериальной терапии, как правило, неэффективны к воздействию

распространенных антибактериальных препаратов. Так, устойчивость к пенициллину сохраняет 98 % выделенных штаммов, к гентамицину 89 %, к цефалоспоринам – 56 %.

Обратная картина наблюдается при применении современных антибактериальных препаратов: к имипенему чувствительны 89 % штаммов, к фторхиолонам нового поколения 97 %, к амикацину – 88 %. Особо следует остановиться на антимикробной терапии левофлоксацином, который в настоящее время занимает ведущее место в химиотерапии бактериальных инфекций. Имея необычный механизм антимикробного действия (ингибирование ключевого фермента микробной клетки – ДНК-гиразы), фторхинолоны проявляют активность в отношении большинства известных бактерий, как грамм положительных так и грамм-отрицательных.

Характерной особенностью ожоговой болезни является раннее развитие дисфункции желудочно-кишечного тракта, трудности, связанные с энтеральным питанием (отказ от еды, многократная рвота, развитие стрессовых язв Курлинга). В период гиперметаболизма и ожоговой анемии создаются невыгодные условия для течения репаративных процессов, и методом выбора является зондовая гипералиментация, которую необходимо начать в возможно ранние сроки, для этого проводится назогастральный зонд, и осуществляется постоянное введение таких препаратов, как Берламин-модуляр, MST Модуль.

Нуждается в пересмотре и местная терапия ожоговых ран, преимущество имеют методы наиболее раннего удаления некротических тканей и скорейшего восстановления утраченного кожного покрова, включая использование выращенных in vitro культур клеток (кератиноцитов и фибробластов). Внедрение новых технологий в ведении больных в остром периоде ожоговой болезни позволило нам в 151 случае подготовить и провести одномоментное иссечение некротического струпа на площади от 15 % до 35 % с закрытием ран ауто и(или) аллотрансплантатами. Опасность ранних некрэктомий на обширных площадях поверхности тела явно преувеличена, кровопотеря уменьшается при условии предварительно созданной гемодилюции и введении под струп раствора адреналина.

Современные методы местного закрытия ожоговых ран, основанные на использовании в качестве основного материала культивированных клеток фибробластов (АФБ) человека, применены нами с ноября прошлого года у 6 пациентов. Эффективность применения АФБ обусловлена продукцией ими фактора роста, что значительно ускоряет процесс эпителизации.

Взвесь АФБ, либо АФБ, трансплантированные на покрытие "Фолидерм" в среде в течение 24-х часов, доставлялись из лаборатории культивирования клеточных культур ЕНИИВИ в отделение, где проводилась подготовка к трансплантации. Оценка готовности раны для трансплантации проводилась визуально и бактериологически. АФБ наносились на раны в соотношении 30-50 т. клеток на 1 кв. см. Через 2 суток покрытие удалялось и раны закрывались аутодермотрансплантатами, перфорированными в соотношении 1 : 6 или 1 : 4. На 3 сутки после трансплантации отмечалось начало краевой эпителизации ячеек сетчатых трансплантатов, грануляционная ткань в ячейках покрывалась тонкой пленкой фибрина, по краю которой происходила дальнейшая эпителизация.

Такая тактика привела к снижению летальности от ожогов с 7,8 % до 5,6 %, улучшила функциональные и косметические результаты.

ГРУДИН Ю.В., КОМКОВ А.Р., РУДАЕВ В.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 2

АРТРОСКОПИЯ – РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ТРАВМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РАЗВИТОЙ СИСТЕМЫ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ КУЗБАССА

Проблема диагностики и лечения повреждений суставов постоянно является предметом изучений и дискуссий. Несмотря на разнообразие существующих методов лечения, диагностика и лечения данной патологии остаётся сложной. Применение эндоскопической техники позволяет оказывать специализированную помощь на более высоком уровне и решить ряд недоступных ранее проблем. Ранняя и точная диагностика повреждений, малая травматичность хирургического вмешательства, более полные функциональные результаты и короткие сроки послеоперационной реабилитации, высокая экономическая эффективность – критерии, отвечающие самым строгим требованиям современной медицины.

Лечебно-диагностические алгоритмы с применением эндоскопической техники при повреждении крупных суставов пока не включены в перечень оперативных вмешательств, гарантированных населению Кемеровской области территориальной программой ОМС, что затрудняет оценить её экономическую эффективность в сравнении с тради-

ционными методами лечения. Поэтому на этапе внедрения артроскопии коленного сустава мы попытались изучить непосредственные результаты лечения и исходы в условиях ургентной патологии в остром периоде травмы.

С ноября 2002 года в травматологическом отделении МУЗ "ГКБ № 2" г. Кемерово при лечении патологии коленного сустава применяется видеоартроскопия, диагностические преимущества которой связаны с возможностью прямой визуальной ревизии до 95 % полости сустава многократным увеличением, позволяющим рассмотреть мельчайшие детали внутренних элементов в их нормальном функциональном взаимоотношении, обычно нарушаемом при артротомии.

Анализу подвергнуты результаты артроскопического лечения 48 пациентов в возрасте от 15 до 65 лет (в среднем – 26,5 лет). Мужчин было 33 (68,75 %), женщин – 15 (31,25 %). Травмы правого коленного сустава наблюдались у 22 пациентов (45,8 %), левого – у 26 (54,2 %). У всех пациентов травма сопровождалась внутрисуставным кровоизлиянием.

При сравнительном анализе данных клинической и артроскопической диагностики было установлено, что клинический диагноз оказался верным у 27 больных (56,25 %). У 21 пациента (43,75 %) при артроскопии были обнаружены дополнительные повреждения, либо полное отличие клинического диагноза. При поступлении всем пациентам выполнялись стандартные лечебно-диагностические мероприятия: R-графия коленного сустава в 2-х проекциях, пункция с удалением крови, гипсовая иммобилизация. Вводились анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты. На 3-5 сутки с момента поступления выполнялась лечебно-диагностическая артроскопия и, в зависимости от выявленных повреждений, сразу же осуществлялось оперативное пособие: резекции повреждений менисков, ПКС, синовиальной складки, подкожное сшивание МКС, медиального мениска, удаление свободных фрагментов хряща, остеосинтез перелома.

Структура верифицированных повреждений анатомических образований коленного сустава после проведения артроскопии представлена в таблице:

Характер повреждения	Кол-во
Повреждение медиального мениска	14
Повреждение латерального мениска	2
Повреждение медиального мениска, медиальной коллатеральной связки (МКС)	6
Повреждение медиального мениска, МКС, передней крестообразной связки (ПКС)	5
Повреждение медиального мениска, ПКС	2
Изолированный разрыв ПКС	2
Повреждение ПКС, ЛКС	1
Повреждение МКС, ПКС	4
Перелом надколенника	1
Вывих надколенника с остеохондральным переломом наружного мыщелка бедренной кости	4
Вывих надколенника с остеохондральным переломом медиальной фасетки надколенника	2
Остеохондральный перелом пателлярной поверхности бедренной кости	2
Остеохондральный перелом наружного мыщелка бедренной кости	2
Разрыв медиальной синовиальной складки	1

Учитывая достоверность диагноза, после проведения артроскопии в 23 случаях (47 %) иммобилизация была прекращена сразу после вмешательства. Продолжительность лечения составила от 7 до 12 суток (в среднем, 9,6). Результаты лечения оценивались через 1 и 3 месяца.

В оценку включались как субъективные (наличие болевого синдрома, дискомфорта в области коленного сустава), так и объективные (объём движений, наличие нестабильности, атрофия мышц) данные. У 46 пациентов (95,8 %) получены хорошие результаты, с полным восстановлением функции коленного сустава. У 2-х пациентов (4,2 %) (с повреждением МКС, ПКС) сохранялась умеренная степень передне-медиальной нестабильности. Обоим рекомендована пластика передней крестообразной связки в плановом порядке. Неудовлетворительных результатов отмечено не было.

Таким образом, применение артроскопии для диагностики внутренних повреждений коленного сустава в остром периоде травмы обеспечивает реальную возможность установить точный диагноз и соответственно обосновать и применить наиболее рациональную тактику лечения из малоинвазивных доступов, позволяет отказаться от продолжительной иммобилизации, которая используется при консервативном ведении больных, а также свести к минимуму количество неоправданных артро-

томий. Это, в свою очередь, ведёт к сокращению сроков как стационарного, так и амбулаторного лечения, временной нетрудоспособности пострадавших, исключает возможную инвалидизацию и даёт значительный экономический эффект.

Выводы:

1. Основной контингент больных с повреждениями коленных суставов составляют трудоспособные и физически активные пациенты в возрасте до 40 лет. Наиболее частым (56,9 %) повреждением при этом являются полные или частичные разрывы медиального мениска (29,1 %), в сочетании с повреждением МКС (12,5 %) и ПКС (14,5 %).

2. Применение активной тактики ведения больных с повреждениями внутренних структур коленных суставов, использование методик ранней верификации диагноза и малоинвазивных эндоскопических операций позволяют оптимизировать сроки и результаты лечения.

3. Концентрация больных с повреждениями крупных суставов в специализированных травматологических отделениях, оснащённых эндоскопической техникой, является экономически целесообразной как для ЛПУ, так и для страховых компаний. Артроскопия коленного сустава может быть рекомендована для включения в перечень услуг системы ОМС.

ШМУЛЕВИЧ М.В., СТАЦЕНКО О.А., БОЯРИНОВ А.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СОВРЕМЕННЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ СУСТАВОВ

Артроскопия – это операция на суставе без разрезов, через небольшие проколы. Это позволяет диагностировать и устранить внутрисуставную патологию без больших разрезов, быстро реабилитировать больных.

Первые артроскопические операции начали проводится в 30-х годах прошлого века японским врачом Whathanabe, который для данной цели применял ректороманоскоп. Операции выполнялись исключительно с диагностической целью.

В настоящее время артроскопические вмешательства относятся к медицине "высоких технологий", так как высокий уровень артроскопической техники и специально обученный персонал позволяют устранять тяжёлую внутрисуставную патологию и добиваться выздоровления тяжёлых больных, которые при применении обычных методов лечатся очень долго, и зачастую становятся инвалидами.

В нашей клинике артроскопические операции проводятся с 1996 г. За это время выполнено 2168 операций. Это операции на коленном, плечевом, голеностопном и локтевом суставах.

На коленном суставе мы выполняем следующие операции: менискэктомии, резекции патологических складок, пластику крестообразных связок, шов внутренней боковой связки, стабилизация надколенника костным швом, удаление внутрисуставных тел, рефиксация внутрисуставного хряща, абразивная хондропластика, артролиз сустава, фиксация внутрисуставных переломов. На плечевом суставе при заболеваниях и травме проводились следующие операции: резекция субакромиальной бурсы, субакромиальная декомпрессия, резекция птологических складок, удаление внутрисуставных тел, артролиз, фиксация labrum glenoidale, фиксация внутрисуставных переломов. На локтевом и голеностопном суставе – санация, удаление внутрисуставных тел.

После артроскопической операции на коленном суставе пациент начинает ходить в тот же день, а без костылей – через 2-3 дня. Функция коленного сустава восстанавливается в течение 1 недели. Полная нагрузка возможна через 1 месяц. После артроскопической операции на плечевом суставе полный объём движений восстанавливается через 3-4 недели.

Организация внедрения артроскопических технологий возможна только на базе специализированных клиник, при наличии современного оборудования, специально обученных врачей и медперсонала. Дальнейшее внедрение артроскопических технологий сдерживается недостаточным бюджетным финансированием. Это ограничивает её доступность для детей, инвалидов, лиц пенсионного возраста.

Артроскопические технологии – это малоинвазивность операций, отсутствие значимой кровопотери, хороший косметический эффект, быстрое восстановление. Использование артроскопических операций показывает высокую медико-социальную и экономическую эффективность "медицины высоких технологий":

1. Значительно сокращается срок нетрудоспособности пациентов.

2. Значительное снижение инвалидизации пациентов.

3. Сокращаются социальные выплаты по временной и стойкой нетрудоспособности.

4. Сокращение затрат на дальнейшее восстановительное лечение.

5. Повышение качества жизни людей с патологией суставов.

ПИМЕНОВ В.Ф., ДРОБОТОВ В.Н., БАЯНОВ В.В., КОЧКИНА Т.В.,
МОСКОВКИНА О.Э., ТУРАНСКАЯ О.В., ОСТОЛЬСКАЯ Г.Б.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой, Кемеровская государственная медицинская академия

ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАНТОВ С ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА КОРОТКИХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Оперативное лечение переломов коротких трубчатых костей стопы и кисти имеет своё собственное отличие от остальных сегментов конечности, несмотря на то, что и для них действительны общие принципы травматологии. Это связано со сложностью анатомии кисти. Основные принципы лечения переломов коротких трубчатых костей – это точная репозиция и стабильная фиксация, позволяющая в ранние сроки осуществлять восстановительное лечение. Одним из эффективных способов фиксации переломов, отвечающей этому требованию, являются конструкции из никелида титана с эффектом памяти формы.

За три года работы центра амбулаторной хирургии данный способ использован у 73 пациентов. С переломами плюсневых костей было 11 пациентов, с переломами костей кисти – 62. Все пациенты трудоспособного возраста, от 17 до 50 лет. По полу пациенты распределились следующим образом: 60 мужчин и 13 женщин. Показанием для операции являлась неэффективность консервативного лечения. Для остеосинтеза переломов использовались следующие виды имплантантов из никелида титана: кольцевидные фиксаторы, S-образные, омегаобразные устройства и S-образные фиксаторы с интрамедуллярной фиксирующей ножкой.

Из 48 пациентов с переломами пястных костей, у 24 пациентов при косых переломах использовали кольцевидные фиксаторы, у 9 пациентов с поперечными переломами – S-образные фиксаторы с интрамедуллярной фиксирующей ножкой, у 15 пациентов – S-образные фиксаторы с продольной интрамедуллярной фиксацией спицами. У 8 пациентов с косыми переломами фаланг пальцев использовались кольцевидные фиксаторы. У 2-х пациентов с поперечными переломами фаланг пальцев кисти использовались фиксаторы с интрамедуллярной фиксирующей ножкой. У 4-х пациентов с ложными суставами ладьевидной кости в трех случаях выполнен остеосинтез омега-образным фиксатором и в одном случае S-образный фиксатор. Кроме того, при ложных суставах ладьевидной кости дополнительно использовали пористый никелид титан.

После всех оперативных вмешательств внешняя иммобилизация, как правило, осуществлялась до двух недель. При остеосинтезе фаланг пальцев и пястных костей кольцевидными фиксаторами в половине случаев внешняя иммобилизация не проводилась. После прекращения иммобилизации, и в тех случаях, когда она не проводилась, пациенты сразу начинали заниматься ЛФК под контролем инструктора. Из физиотерапевтического лечения в раннем послеоперационном периоде применялось магнитное поле. После купирования отёка и прекращения внешней иммобилизации пациентам назначалась электростимуляция мышц травмированного сегмента конечности.

Таким образом, использование имплантантов с термомеханической памятью формы, благодаря стабильной фиксации костных отломков и, как следствие этого, отсутствию длительной иммобилизации конечности и ранней активной реабилитации больного, позволяет получить хороший анатомический и функциональный результат.

ИВАНОВ А.В., ИСТОМИН М.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПОГРУЖНОЙ НАКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ AO/ASIF ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТОВ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ LCP В УСЛОВИЯХ ОСТЕОПОРОЗА

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости занимают значительное место в общей структуре травматизма и составляют, по данным литературы, до 33 % от всех видов переломов. Подавляющее большинство пострадавших получают лечение в амбулаторных условиях, где традиционно применяется консервативный метод лечения, заключающийся в одномоментной ручной репозиции отломков и последующей иммобилизации гипсовой лангетой в течение четырех и более недель. Госпитализируются для оперативного лечения всего 1-2 % пострадавших. Однако губча-

тое строение костной ткани в области дистального метаэпифиза лучевой кости приводит к ее выраженной компрессии в момент травмы в зоне перелома и образованию костного дефекта в области перелома после выполнения репозиции.

Перечисленные факторы не позволяют добиться полной конгруэнтности суставной поверхности лучевой кости и восстановления радиоульнарного угла при проведении закрытой ручной репозиции. К тому же, гипсовая шина плохо удерживает отломки в положении достигнутой коррекции, приводя к возникновению вторичного смещения отломков.

Неудовлетворительные результаты лечения составляют до 29 %. Инвалидность составляет до 3,5 % от всех пострадавших, получивших инвалидность в связи с переломами костей. Основная масса неудовлетворительных результатов приходится на пациентов с переломами типов В и С (по классификации АО/ASIF).

В ведущих зарубежных клиниках для лечения данной категории пострадавших успешно применяется метод погружного накостного остеосинтеза АО/ ASIF имплантами “Synthes”, который постепенно получает все большее признание и в России. Основные принципы данного метода лечения:

1. Атравматичная техника оперативного вмешательства.

2. Точная репозиция отломков, образующих суставную поверхность лучевой кости и их надежная фиксация.

3. Безболезненное, раннее начало движений в лучезапястном суставе и суставах пальцев.

В ортопедическом отделении ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского с 2002 г. для лечения внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости (тип В и тип С по классификации АО/ ASIF) применяется метод погружного накостного остеосинтеза АО/ASIF, с использованием имплантов с угловой стабильностью LCP “Synthes”. Данные импланты отличает от стандартных наличием в пластине отверстия, состоящего из двух частей. Часть отверстия – с резьбой под блокируемый винт, позволяющая фиксировать головку винта в пластине. Часть отверстия имеет обычную форму для введения кортикальных и спонгиозным винтов.

По данной методике оперировано 23 пациента в возрасте 21-85 лет. Сроки после травмы – от 6 до 60 суток. Пластика дефекта кости потребовалась в 19 случаях (82,6 %). У 12 пациентов (52,2 %) для этой цели применялся аутотрансплатат из гребня подвздошной кости, в 7 случаях (30,5 %) использовались импланты из пористого Ni-Ti.

Оперативные вмешательства выполнялись под контролем электронно-оптического преобразователя. Обезболивание – проводниковая анестезия плечевого сплетения и внутривенный наркоз на время забора трансплантата из гребня подвздошной кости. Оперативный доступ выполнялся по задней или передней поверхности дистальной трети предплечья проекции лучевой кости, в зависимости от расположения отломков. После удаления гематомы или рубцов проводилась репозиция отломков с максимально точным восстановлением суставной поверхности лучевой кости. Образовавшийся дефект кости замещали аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости или имплантом из пористого Ni-Ti. Далее выполнялся накостный остеосинтез Т или L – образной LCP пластиной “Synthes”, которая, благодаря блокированию головки винта в пластине, позволяла стабильно фиксировать как оскольчатые многофрагментарные переломы, так и переломы на фоне выраженного остеопороза. Рана ушивалась с обязательным дренированием на 1-2 суток. На 3-4 дня накладывали гипсовую лангету в физиологическом положении кисти. Разработку движений в лучезапястном суставе начинали через 1-2 суток после операции после уменьшения отека и купирования болевого синдрома.

Контрольный осмотр и рентгенография проводились через 8 недель после операции. Рентгенологически и клинически у всех пострадавших определялись признаки консолидации перелома. Полный объем движений в лучезапястном суставе достигнут у 15 пациентов (65,2 %), умеренное ограничение движений – у 8 пострадавших пожилого возраста с переломами типа С (34,8 %). Через 8 недель после операции практически полный объем движений в лучезапястном суставе достигнут у 19 пострадавших (82,6 %), умеренное ограничение движений в суставе – у 4 пациентов (17,4 %) с переломами типа С2. Трудоспособными до травмы являлись 15 человек, 8 – пенсионеры. К своей работе вернулись все ранее трудоспособные пациенты, через 4 недели после травмы – 12 (52,2 % трудоспособных), через 6 недель – 7 (30,4 %), через 8 недель – 4 (17,4 %). Нами не отмечено ни одного случая таких осложнений, как синдром карпального канала или синдром Зудека у пациентов после проведенного оперативного вмешательства.

Оперативное лечение переломов дистального метаэпифиза с использованием погружного накостного остеосинтеза имплантами с угловой стабильностью LCP АО/ASIF имеет следующие преимущества, по сравнению с другими методами лечения:

1. Возможность точной репозиции отломков с восстановлением конгруэнтности и угла наклона суставной поверхности лучевой кости, а также радиаульнарного угла.

2. Возможность стабильной фиксации при многофрагментарных переломах и остеопорозе, за счет блокирования головки винта в пластине, что позволяет избежать вторичной потери репозиции под воздействием нагрузки.

3. Так как блокирование винтов не создает компрессии между пластиной и костью, периостальный слой подвергается меньшей травматизации и сохраняется кровоснабжение кости.

4. Профилактика нейродистрофических расстройств конечности на уровне лучезапястного сустава.

5. Отсутствие дополнительной внешней иммобилизации гипсовой шиной.

6. Раннее начало движений в лучезапястном суставе и суставах пальцев.

7. Высокий комфорт для пациента в реабилитационном периоде.

СОРОКИН П.Ю., КОМКОВ А.Р., РУДАЕВ И.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 2

РАННЯЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Диафизарные переломы длинных трубчатых костей – одно из наиболее часто встречающихся повреждений опорно-двигательной системы. По данным литературы, эти повреждения составляют до 65 % от всех переломов костей скелета (Каплан А.В., 1976; Юмашев Г.С., 1983; Ключевский В.В., 1993). Нельзя также не отметить высокую частоту несращений ложных суставов (до 30 %), функциональные нарушения в виде контрактур, мышечной атрофии, расстройства микроциркуляции при консервативном лечении (скелетное вытяжение, гипсовая иммобилизация). В связи с этим, лечение диафизарных переломов длинных трубчатых костей остается одной из важнейших проблем в травматологии.

В нашем отделении оперативное лечение переломов длинных трубчатых костей интрамедуллярными стержнями прямоугольного сечения по методу Ключевского применяется с 1992 года.

Преимущества данного метода заключаются в проведении мало травматичной операции, при которой точное сопоставление костных отломков достигается в большинстве случаев без обнажения места перелома. Стержень, выполняющий функцию эндопротеза большеберцовой кости, позволяет осуществлять раннюю нагрузку на поврежденную конечность. Прямоугольное сечение стержня создает эффективную внутреннюю стабилизацию перелома, а при переломах проксимальнее или дистальнее истмальной части кости, дополнительное введение гибкого пластинчатого стержня создает “скользящую” блокировку, которая не исключает компрессию между фрагментами после резорбции костной ткани в посттравматическом периоде.

Малая травматичность, эффективная стабильность перелома позволяла осуществлять дозированную нагрузку в раннем послеоперационном периоде, ещё до снятия швов, а через 3-5 недель повреждённая конечность осуществляла полную осевую нагрузку. Отсутствие внешней иммобилизации способствовало быстрому восстановлению функции конечности, уменьшая сроки восстановительного лечения, сокращая тем самым сроки временной нетрудоспособности, которые при данном виде лечения, в среднем, составили 3,0-3,3 мес., а средние сроки стационарного пребывания – 18 ± 2,5 дней.

У 14 % больных выполнен остеосинтез стержнем прямоугольного сечения при открытых переломах (типа IA-IIБ по Каплану). При этом использовалась принятая в нашем отделении схема лечения: ПХО раны, остеосинтез, проточно-промывное дренирование, катетеризация бедренной артерии с регионарной антибиотикотерапией в течение 7-10 суток. У всех пациентов данной группы получены положительные результаты, не отличающиеся от ведения больных с закрытыми переломами.

Таким образом, метод интрамедуллярного остеосинтеза стержнем прямоугольного сечения позволяет в ранние сроки стабилизировать переломы длинных трубчатых костей атравматичным оперативным вмешательством, сократить сроки стационарного лечения, временной нетрудоспособности, что даёт значительный экономический эффект. Ранняя стабилизация перелома способствует быстрому восстановлению функции конечности, опережая консолидацию перелома. Применение интрамедуллярного остеосинтеза длинных трубчатых костей снижает частоту осложнений, как при закрытых, так и при открытых переломах костей голени, в сравнении с другими методами лечения. При переломах большеберцовой кости в дистальном или проксимальном отделах применение вышеуказанного остеосинтеза затруднительно.

С целью возможности проведения интрамедуллярного остеосинтеза при переломах в дистальном или проксимальном отделах, а также при фрагментарных переломах, когда необходимо “шунтирование осевой нагрузки”, нами с 2003 года освоен закрытый интрамедуллярный остеосинтез стержнями без рассверливания костномозгового канала по технологии АО. Этот вид остеосинтеза является оптимальным методом лечения повреждений длинных трубчатых костей различных локализаций, в том числе при открытых, а также сочетанных и множественных повреждениях. Его преимуществами являются малая травматичность, стабильная фиксация, позволяющая избежать гипсовой иммоболизации и осуществлять раннюю нагрузку оперированной конечности, хороший функциональный и косметический результат, быстрое восстановление трудоспособности, небольшое количество осложнений.

В последнее время существенно расширены показания для остеосинтеза стержнем с дополнительным статическим или динамическим блокированием 4 винтами, в этом его преимущество перед остеосинтезом по Ключевскому, при котором оперируют

ются в основном переломы в диафизарной части кости, поперечные, либо косо-поперечные. Интрамедуллярная стабилизация диафиза большеберцовой кости создаёт хорошие условия для заживления перелома с возможностью ранней нагрузки. Решающим пунктом при этом является возможность ротационной стабилизации и сохранение длины конечности. Сроки госпитализации при данном виде стабилизации существенно не отличались от вышеуказанных сроков, где применялся остеосинтез по Ключевскому и составили 19 ± 1,5 дней. Сроки временной нетрудоспособности составили, в среднем, 3,0-3,3 мес.

Показания: нестабильные переломы, переломы, переходящие на метафиз, околосуставные переломы, длинные ротационные переломы, сегментарные переломы, раздробленные переломы, переломы с костным дефектом. Относительные противопоказания: переломы с коротким метафизарным фрагментом, бактериальная контаминация. По технологии АО остеосинтез выполняется без рассверливания костномозгового канала. Этот вид остеосинтеза в настоящее время в нашем отделении осваивается, и имеет большие перспективы в дальнейшем.

Интрамедуллярный остеосинтез титановым стержнем прямоугольного сечения может проводиться с блокированием и без блокирования, в зависимости от локализации перелома. Интрамедуллярный остеосинтез штифтом без рассверливания по технологии АО проводится только с блокированием, которое, как правило, через восемь недель нуждается в динамизации, а это ещё одно оперативное вмешательство.

Мы считаем, чтобы более адекватно применять тот или иной остеосинтез, необходимо ввести более чёткие показания для различного вида интрамедуллярного остеосинтеза, накостного остеосинтеза, остеосинтеза аппаратами внешней фиксации.

СТАЦЕНКО О.А., ШМУЛЕВИЧ М.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АО-ПЛАСТИН С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ (LCP) И СПЕЙСЕРА ИЗ СПЛАВА ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Целью настоящей работы является обобщение и анализ результатов использования имплантатов с угловой стабильностью и спейсеров из сплава пористого никелида титана при исправлении деформации коленного сустава с помощью высокой остеотомии большеберцовой кости. Данное исследование охватывает 22 случая.

Материалы и методы. За 2002-2003 гг. по данной технологии выполнены 22 проксимальные корригирующие остеотомии 22 пациентам с гонартрозами 3-й ст. и деформацией коленного сустава. Средний возраст пациентов составил 55,2 года (47-71 лет). Всем пациентам до операции проводилось рентгенологическое исследование коленных суставов, включая стресс-рентгенограммы. 12 пациентам выполнено ЯМРТ-исследование. Всем пациентам первым этапом проводилась артроскопия коленного сустава с диагностической и санационной целью.

Длительность операции составила, в среднем, 50 минут (40-75 мин). Остеотомия выполнялась осцилляторной пилой поперечно, сохраняя место прикрепления собственной связки надколенника, на 3-5 см дистальнее суставной щели из минимально-инвазивного доступа 5-7 см (техника MIPO). Выполнялась коррекция деформации, в дефект кости устанавливался спейсер из сплава пористого никелида титана. Размеры его рассчитаны заранее в ходе предоперационного планирования. При необходимости размер и форма спейсера из сплава пористого никелида титана корректировалась во время операции. Угол коррекции составлял, в среднем, 11 є (8-18 є), гиперкоррекция производилась на 2-3 є. Спейсер устанавливался у кортикального слоя кости и занимает пространство 0,5-0,7 см от края кости, что не препятствует в последующем эндопротезированию коленного сустава. Имплантат системы LCP фиксировался винтами LHS перкутанно, минимально нарушая кровообращение. 8 недель после операции пациент ходит с частичной нагрузкой на оперированную конечность (10-15-20 кг), занимается лечебной физкультурой с активными движениями в суставах конечности.

Результаты. Отдаленные результаты (от 0,5 до 2 лет) оценивались по схеме Rasmussen, рентгенологическое обследование проводилось через 1,5-3-6-12-18 месяцев. Все пациенты субъективно отмечали улучшение. Деградировал болевой синдром, улучшилась способность ходить. Хорошие результаты составили 72,6 %, удовлетворительные – 37-,4 %. Потеря угла коррекции у пациентов составила не более 2 є. У одного пациента было замедленное заполнение дефекта регенератом – до 6 месяцев.

Выводы:

1. Использование имплантатов системы LCP и спейсера из сплава пористого никелида титана позволяет добиться нужного угла коррекции с возможным изменении его в ходе операции.

2. Учитывая прочную фиксацию АО-пластиной и опорную функцию спейсера, возможно:

а) добиться высокой первичной стабильности даже в условиях остеопороза, и в ранние сроки начать реабилитационные мероприятия;

б) до минимума снизить потерю угла коррекции.

3. Данная технология позволяет уменьшить срок нетрудоспособности и улучшить качество жизни пациентов, как в период реабилитации, так и после него.

ЯРОВИКОВА Г.А., ЕВГЕНОВА О.В., ШИБАИНКОВА А.Б.
Поликлиника № 10, МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК-ПЕРВОКУРСНИЦ

Город Кемерово является студенческим городом, где проживают 46817 студентов, состав которых ежегодно пополняется абитуриентами 15-20 лет. В 2003 г. на 1-й курс всех учебных заведений г. Кемерово поступили учиться 11369 студентов, из них 6759 женского пола.

Ежегодно в сентябре-октябре все первокурсники проходят профосмотр, включая всех специалистов, в том числе акушера-гинеколога. У студенток-первокурсниц выявлено 1320 гинекологических заболеваний (201 на 1000 женщин фертильного возраста), из них на долю девочек-подростков – 548 (42 %). Структура гинекологических заболеваний представлена в таблице.

Заболевания	Девушки	Девочки-подростки
Эрозия шейки матки	498	190
Хронический аднексит	147	37
Нарушение менструальной функции	151	71
Дисменорея	143	71
Кольпит	299	149
Киста яичника	25	5
Мастопатия	31	8
Задержка полового развития	5	5
Прочие заболевания	21	12

Как видно из таблицы, структура гинекологических заболеваний свидетельствует о высокой пораженности репродуктивной системы девушек и девочек-подростков. Серьезную озабоченность вызывает нежелательная беременность у первокурсниц и прерывание первой беременности абортом. Так, на профосмотре впервые диагностирована беременность у 38 первокурсниц, в т.ч. у 16 девочек-подростков. И только 23 беременные пожелали вынашивать беременность и родить ребенка. Остальные прервали беременность: 10 – мед. абортом, 5 – в поздние сроки по медико-социальным показаниям, что особенно тревожно, т.к. 2 студентки были в возрасте 15-16 лет, 3 студентки – в возрасте 17-18 лет.

Поэтому важнейшей задачей по сохранению репродуктивного здоровья студенток является степень их осведомленности о способах и применении контрацепции среди студентов. Таким образом, студентки-первокурсницы составляют группу риска в отношении своего репродуктивного здоровья, т.к. до окончания формирования репродуктивной функции имеют раннюю сексуальную активность, а отсюда – высокую гинекологическую пораженность, нежелательную беременность и искусственное прерывание первой беременности.

Проблема сохранения репродуктивного здоровья студенток не только медицинская и педагогическая, но и социальная, и решение ее будет способствовать формированию здорового образа жизни, сохранению и реабилитации репродуктивной функции студентов.

КАРАСЬ И.Ю., РЕЦ Ю.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1, МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Угроза прерывания беременности (преждевременных родов) – распространённое осложнение беременности. Частота его колеблется от 10 до 25 %.

Практически угроза прерывания беременности – это универсальный, интегрированный ответ женского организма на любое неблагополучие в состоянии здоровья беременной, плода, окружающей среды и многих других факторов.

Кардиоинтервалография (КИГ) матери и плода является перспективным методом изучения биоритмологических процессов во время беременности, осложнённой угрозой прерывания. Метод позволяет оценить состояние компенсаторно-приспособительных механизмов в саморегулирующей системе мать-плод, определить необходимость и характер лечения.

Целью исследования явилось изучение параметров вегетативной регуляции гомеостаза в системе мать-плод при беременности, осложнённой угрозой преждевременных родов на основе КИГ матери и плода.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 21 беременная женщина и её плод в сроке гестации от 28 до 37 недель, состояние которых осложнилось угрозой преждевременных родов.

Для комплексной оценки вегетативной регуляции матери и плода использовалась биоритмологическая компьютерная программа "Pulsar" (Цирельников Н.И., 1999), при помощи которой про-

изводилась непрерывная запись сердечного ритма у матери по методике Баевского Р.М. (1998) и Флейшмана А.Н. (1994).

Определение состояния внутриутробного плода на основе КИГ проводилось по методике Ушаковой Г.А., Рец Ю.В., Цирельникова Н.И. (приоритет № 023001, выданный Комитетом РФ по патентам и товарным знакам 14.07.03). В исследованиях определяли основные математико-статистические и спектральные показатели КИГ у матери и плода, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряжённость адаптационных механизмов (Баевский Р.М., 1979). Проводился расчёт показателей: диапазон вариации сердечного ритма (ДВ, с), амплитуда моды (АМо, %), мода (Мо, с), индекс напряжения (ИН, усл.ед.). Одновременно исследовались спектральные показатели КИГ: очень низкочастотный (симпатический) контур – VLF, низкочастотный (барорецептивный) контур – LF, высокочастотный (парасимпатический) контур – HF. Основные статистические показатели вычислялись при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты. На основании проведенной КИГ у беременной женщины и плода при угрозе преждевременных родов выявлены значительно отличающиеся от физиологической беременности параметры метаболической и нейровегетативной регуляции гомеостаза.

Результаты КИГ у женщин с угрозой прерывания беременности составили: среднее значение моды (Мо) – 0,59 ± 0,03 с; амплитуды моды (Амо) – 25,81 ± 0,93 %, вариационного размаха (ДВ) – 0,15 ± 0,01 с; индекса напряжения (ИН) – 150,9 ± 5,0 усл.ед. При анализе спектральных показателей ритма сердца беременной женщины выявлено, что очень низкочастотных компонент (VLF) составил – 150,4 ± 9,8 усл.ед., низкочастотный компонент (LF) – 6,7 ± 2,5 усл.ед, высокочастотный компонент (HF) – 8,3 ± 3,7 усл.ед. частотный диапазон составил 0,5 Гц. Данные показатели КИГ свидетельствовали о функциональном нарушении равновесия вегетативной нервной системы с увеличением активности центрального контура регуляции и активации симпато-адреналовой системы, напряжении компенсаторно-приспособительных возможностей организма матери.

При угрозе прерывания беременности показатели КИГ плода составили: среднее значение моды (Мо) – 0,46 ± 0,01 с, амплитуды моды (Амо) – 35,85 ± 2,7 %, вариационного размаха (ДВ) – 0,16 ± 0,01 с, индекса напряжения (ИН) – 191,04 ± 10,69 усл.ед. Показатели спектральной плотности мощности составили: очень низкочастотный компонент (VLF) – 5,8 ± 0,32 усл.ед., низкочастотный компонент (LF) – 2,21 ± 0,1 усл.ед., высокочастотный компонент (HF) – 1,31 ± 0,68 усл.ед. Частотный диапазон ограничен частотой 0,2 Гц. Такие данные свидетельствовали о снижении защитно-приспособительных возможностей внутриутробного организма и неэффективной работе нейро-гуморальных и сердечно-сосудистых регуляторных влияний, что проявлялось выраженным энергодефицитным состоянием плода.

Выводы. При угрозе прерывания беременности состояние вегетативной нервной системы организма матери характеризовалось выраженной активацией симпато-адреналовой системы, напряжением компенсаторно-приспособительных механизмов организма, направленных на обеспечение потребностей развивающегося плода. Состояние вегетативной нервной системы у плода характеризовалось постепенным снижением эффективности собственных регуляторных влияний со стороны нейроэндокринной и сердечно-сосудистой систем на сердечный ритм. Это приводило к истощению потенциала вегетативной нервной системы, снижению антистрессовой устойчивости организма плода и возможному срыву собственных компенсаторных механизмов, свидетельствующих о низкой способности организма в дальнейшем перенести родовой стресс. Ранняя диагностика вегетативного обеспечения организма матери и определение степени внутриутробного страдания плода при угрозе прерывания беременности способствовало правильному ведению беременности и родов.

РЕЦ Ю.В., КАРАСЬ И.Ю.

Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД-НОВОРОЖДЕННЫЙ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Вполне оправдана необходимость выявить своеобразную нервную связь между организмом матери и плода, объясняющую регуляцию сердечного ритма и уровня гомеостаза внутриутробного плода, учитывая отсутствие анатомической связи между ними (Аршавский И.А., 1982). В литературе указывается на то, что изменение вегетативного обеспечения гомеостаза плода, возникающее в ответ на изменение гомеостатических показателей у матери, происходит не за счёт непосредственных гормональных влияний со стороны материнского организма и плаценты, а в ответ на обра-

зующуюся у плода гипоксию, ввиду снижения процессов энергообеспечения и нарушения вегетативного баланса у матери, с последующим нарушением кровообращения в фетоплацентарном комплексе (Глебовский В.Д., 1988).

Целью исследования явилось комплексное изучение гемодинамических корреляций в системе мать-плацента-плод-новорожденный при физиологической беременности на основании кардиоинтервалографии (КИГ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 49 беременных женщин и внутриутробных плодов в сроке 34-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений, а также их новорожденных. Морфологическое исследование плацент проводилось по стандартной методике, с оценкой степени компенсаторно-приспособительных механизмов.

Для комплексной оценки вегетативной регуляции организма матери, плода и новорожденного использовалась биоритмологическая компьютерная программа, при помощи которой производилась непрерывная запись сердечного ритма у матери по методике Флейшмана А.Н., у новорожденного по методике Н.И. Цирельникова.

Определение состояния внутриутробного плода на основе КИГ проводилось по методике Ушаковой Г.А., Рец Ю.В., Цирельникова Н.И. (приоритет № 023001 от 14.07.03). В исследованиях определяли основные математико-статистические и спектральные показатели КИГ у матери, плода и новорожденного, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряжённость адаптационных механизмов.

Обработка полученных результатов проводилась при помощи современных компьютерных программ.

Результаты исследования. В исследование включены наблюдения, в которых плацента характеризовалась высоким уровнем приспособительных реакций.

На этом фоне на кардиоритмограмме матери, плода и новорождённого выявлены следующие особенности регуляции гемодинамики.

При регистрации кардиоинтервалографии (КИГ) у матери баланс вегетативной регуляции находился в состоянии функционального равновесия, отмечался достаточный уровень компенсаторно-приспособительных возможностей организма. Результаты КИГ составили: среднее значение моды (Мо) – 0,68 ± 0,03 с; амплитуды моды (Амо) – 19,2 %, вариационного размаха (ДВ) – 0,22 ± 0,01 с; индекса напряженности (ИН) – 90,5 ± 2,7 усл.ед. При анализе спектральных показателей ритма сердца беременной женщины выявлено, что очень низкочастотный компонент (VLF) составил 120,4 ± 9,8 усл.ед., низкочастотный компонент (LF) – 5,6 ± 4,5 усл.ед., высокочастотный компонент (HF) – 4,3 ± 2,7 усл.ед. Частотный диапазон составил 0,5 Гц.

На этом фоне кардиоинтервалография плода характеризовалась высокой стабилизирующей активностью центральной симпатической регуляции, обеспечивающий достаточный энергетический потенциал развивающегося организма, сбалансированное функциональное напряжение ВНС и высокий уровень адаптационно-приспособительных возможностей внутриутробного организма. Показатели КИГ плода составили: среднее значение моды (Мо) – 0,42 ± 0,02 с; амплитуды моды (Амо) – 42,1 %, вариационного размаха (ДВ) – 0,15 ± 0,01 с; индекса напряженности (ИН) – 299,16 ± 3,8 усл.ед. Показатели спектральной плотности мощности находились в пределах 22-25 усл.ед., при этом очень низкочастотный компонент (VLF) составил 22,14 ± 0,37 усл.ед., низкочастотный компонент (LF) – 2,78 ± 0,17 усл.ед., высокочастотный компонент (HF) – 0,98 ± 0,1 усл.ед. Частотный диапазон составил 0,2 Гц.

При записи КИГ у здоровых новорождённых первых дней жизни показана относительно высокая стабилизирующая активность симпатической регуляции. Причём, учитывая переход к принципиально новым условиям существования и включение в работу системы дыхания у новорожденных, в отличие от внутриутробных плодов, отмечено некоторое снижение активности симпато-адреналовой системы, свидетельствующее о сбалансированной работе регуляторных механизмов и достаточном энергетическом обеспечении организма. Показатели КИГ составили: среднее значение моды (Мо) – 0,43 ± 0,02 с; амплитуды моды (Амо) – 42,1 %, вариационного размаха (ДВ) – 0,17 ± 0,01 с; индекса напряженности (ИН) – 234,53 ± 2,21 усл.ед. Показатели спектральной плотности мощности находились в пределах 30-50 усл.ед., при этом очень низкочастотный компонент (VLF) составил 35,14 ± 0,37 усл.ед., низкочастотный компонент (LF) – 2,79 ± 0,13 усл.ед., высокочастотный компонент (HF) – 1,08 ± 0,12 усл.ед. Частотный диапазон составил 0,2 Гц.

Таким образом, при физиологической беременности отмечается прямая зависимость между высоким уровнем компенсаторно-приспособительных процессов в плаценте, функциональном равновесии вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода, что определяет достаточный уровень адаптации в единой функциональной системе мать-плацента-плод и в последующем благоприятно отражается на ранней постнатальной адаптации новорожденных.

ГОЛУБЕВА И.М.
МУЗ Городская больница № 11

"БАРХАТНЫЙ" МЕТОД – ВЫБОР СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Аборт в Российской Федерации продолжает оставаться самым распространенным методом регулирования рождаемости. Число абортов у женщин до 19 лет увеличилось за последние 5 лет более чем в 2 раза.

Искусственное прерывание беременности оказывает неблагоприятное воздействие на состояние здоровья молодой женщины и ее репродуктивную систему, является одной из основных причин гинекологической заболеваемости и последующих нарушений генеративной функции. Приспособление организма к беременности регулируется центральной нервной системой, на которую внезапное прерывание беременности оказывает отрицательное влияние – в результате могут появиться различные формы неврозов.

Аборт, помимо осложнений, возникающих непосредственно после операции (воспаление матки и придатков), может привести в дальнейшем (при последующих беременностях) к таким осложнениям, как самопроизвольный выкидыш, неправильное прикрепление в матке плодного яйца, кровотечение во время беременности и в родах.

Самое грозное осложнение аборта – это бесплодие, когда женщина лишается счастья материнства, а это, в свою очередь, создает большие проблемы внутри семьи.

По количеству абортов Россия сегодня занимает одну из ведущих позиций в мире. И именно поэтому состояние репродуктивного здоровья женщины прогрессивно ухудшается. Но если нельзя уменьшить количество производимых абортов, то можно хотя бы уменьшить вред, наносимый этой операцией здоровью женщины. Сегодня можно уверенно сказать: да, есть такой способ!

Альтернативой артифициальному хирургическому аборту является медикаментозный метод прерывания беременности. Лекарственные препараты этой группы относятся к антигормональным; они блокируют действие прогестерона – "гормона беременности" – и дальнейшее развитие плодного яйца становится невозможным, происходит его отслойка и самопроизвольное изгнание из полости матки.

Этот метод прерывания беременности является щадящим и полностью исключает возникновение операционных осложнений – кровотечения, перфорации матки, постнаркозных осложнений и т.д.

Психологически медикаментозный аборт легче переносится женщинами. Очень важным этот вопрос является для молодых женщин, решивших прерывать первую беременность, т.к. этот метод отличается низкой вероятностью развития осложнений, исключает травматизацию шейки матки и эндометрия, не требует анестезиологического пособия и позволяет сохранить репродуктиное здоровье. Прием препаратов производится под врачебным контролем и строго определенному протоколу в специализированном лечебном учреждении. Это связано с тем, что необходимо взвесить вместе с врачом все "за" и "против".

Как протекает медикаментозный аборт? Через несколько часов после приема препарата начинаются кровянистые выделения, которые по количеству не превышают обычной менструации, иногда чуть больше, и в течение 24 часов происходит выкидыш. Болевые ощущения внизу живота в момент изгнания плодного яйца, как правило, бывают незначительными или умеренными, что позволяет обойтись без приема болеутоляющих средств.

Боли, связанные с сокращением матки, обычно бывают как при болезненно протекающей менструации. Нет никакой необходимости соблюдать постельный режим, и пациентка может ходить на работу.

Через 1,5-2 недели нужно провести контрольный осмотр. Блокировка рецепторов прогрестерона под влиянием препаратов носит временный и обратимый характер, поэтому не наблюдается никаких последствий, ни для следующего менструального цикла, ни для способности к зачатию.

Как только возобновляются половые контакты, необходимо начать использовать противозачаточные средства, поскольку наблюдались случаи повторной беременности еще до начала следующей менструации.

Предупреждение нежелательной беременности всегда должно оставаться приоритетной задачей, и следует предпринимать все возможное, чтобы устранить необходимость аборта. Женщины с незапланированной беременностью должны иметь возможность получить надежную информацию и консультацию в атмосфере сочувствия и понимания.

В тех случаях, когда аборт не запрещен законом, он должен выполняться безопасным методом.

НОВИКОВА О.Н., ГРИГОРУК Н.П., ЧЕРНОВА Н.Т., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра акушерства и гинекологии № 1, МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ РОДОВОГО АКТА НА ФОНЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Введение. В настоящее время с целью обезболивания родов используются различные варианты медикаментозных средств и методов обезболивания – внутривенные и ингаляционные анестетики, комбинации наркотических анальгетиков с препаратами бензодиазепинового ряда, нейролептанальгезия, а также регионарные методы обезболивания. В то же время, при их использовании не всегда можно достичь ожидаемого эффекта.

Цель. Изучение влияния на течение родового акта, частоту и степень родового травматизма матери и плода спинно-эпидуральной анелгезии, применяемой для обезболивания родов.

Материал и методы. Исследование проведено на базе родильного дома № 1 ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского. Обследовано 200 первородящих рожениц, у которых с целью обезболивания родов и коррекции аномалий родовой деятельности была использована эпидуральная анестезия. Контрольную группу составили 200 первородящих женщин, которым обезболивание родов проводилось другими методами, в основном, наркотическими анальгетиками и спазмолитиками. По возрасту, паритету, частоте соматической и генитальной патологии группы идентичны. Средний возраст составил 21 ± 2,5 года, первобеременных было, соответственно, 55 % и 59 %, распространенность соматической патологии – 56 % и 49 %.

При наличии болезненных схваток и раскрытии маточного зева не менее чем на 3 см проводилась эпидуральная анестезия. Об эффективности обезболивания судили по субъективным ощущениям и жалобам рожениц. Сократительную способность матки и состояние плода изучали с помощью аппарата Fetaigard-3000. Новорожденных оценивали по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах.

Результаты и их обсуждение. Частичный спинальный сегментарный блок наступал уже на 3-4 минуте после введения препаратов и продолжался в течение 40-60 минут. При возобновлении болевых ощущений проводили влагалищное исследование состояния шейки матки и, в случае необходимости при неадекватности аналгезии, проводилось дополнительное введение в катетер раствора лидокаина. Дальнейшее обезболивание проводили по законам эпидуральной аналгезии в родах.

Исходное состояние сократительной деятельности матки характеризовалось увеличением частоты маточных сокращений, повышением базального тонуса матки, уменьшением интервала между схватками. Возникшие с начала периода раскрытия выраженные болевые ощущения в первой группе наблюдались у 86 % женщин (в группе сравнения – у 32 %) и являлись внешним отражением гипертонического состояния шейки матки и проявлением спазмирования циркулярных мышц, которые препятствуют развитию родовой деятельности.

На фоне проведения спинальной анестезии, у рожениц первой группы регистрировали умеренное угнетение маточной активности, которое проявлялось уменьшением частоты и продолжительности схваток, снижением амплитуды маточных сокращений, базального тонуса. Вследствие этого продолжительность первого периода родов составила, в среднем, 8 ч 22 мин (в контрольной группе – 7 ч 38 мин), продолжительность безводного периода, соответственно, 7 ч 8 мин и 4 ч 53 мин.

Родовой травматизм матери в сравниваемых группах достоверно не отличался: разрывы шейки матки 1-2-й степени наблюдались в 15 % и 14 % случаев, влагалища – в 7 % и 9 %, промежности – в 3,5 % и 5 %, соответственно.

Роды закончились операцией кесарево сечение в 6 случаях (3 %) в первой группе и в 10 случаях (5 %) во второй группе, причем показаниями в первой группе явились дискоординация родовой деятельности (3), по одному случаю слабости родовой деятельности, декомпенсации сердечной деятельности плода, клинически узкого таза. Во второй группе в 7 случаях наблюдалась дискоординация родовой деятельности, в 3-х – слабость родовой деятельности в первом и втором периодах родов.

Согласно данным кардиотокографии, ЧСС плода в ответ на спинальную аналгезию урежалось на 12,1 %. Оценка новорожденных при рождении в первой группе более 7 баллов наблюдалась у 169 детей (84,5 %), 5-6 баллов – у 19 (9,5 %), 1-4 балла – у 12 (6 %); во второй группе, соответственно, у 180 (90 %), 13 (6,5 %), 7 (3,5 %) детей.

Выводы. Спинально-эпидуральная аналгезия достаточно безопасный метод регионального обезболивания женщин в родах, но приводит к незначительному удлинению первого периода родов вследствие снижения маточной активности. Эти изменения носят преходящий характер и не требуют какой-либо коррекции. Метод особо эффективен при присоединении аномалий родовой деятельности и позволяет уменьшить частоту оперативных вмешательств по поводу нарушений сократительной деятельности матки. Метод не снижает частоту травматизма матери и плода, не может быть рекомендован для профилактики травматизма.

НОВИКОВА О.Н., ГРИГОРУК Н.П., ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра акушерства и гинекологии № 1, МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Гнойно-воспалительные послеродовые заболевания продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре материнской заболеваемости, в связи с чем остаются актуальной проблемой акушерства. Среди осложнений послеродового периода на первом месте стоит патология, сопровождающаяся нарушением процессов обратного развития матки, накоплением в ней патологического содержимого, что, безусловно, способствует присоединению воспалительного процесса.

Задача. Проследить динамику частоты и выраженности послеродовых гнойно-септических осложнений в современных условиях, выявить тенденции в течении воспалительных процессов, и определить наиболее значимые методы диагностики и лечения.

Материалы и методы. Проанализирована гнойно-септическая заболеваемость и осложненное течение послеродового, послеоперационного периода за 5 лет по родильному дому № 1 г. Кемерово. Оценивалось клиническое течение послеродового периода, данные ультразвукового исследования и результаты гистологического исследования содержимого полости матки.

Результаты и их обсуждение. Общее количество родов по родильному дому за период 1999-2003 гг. составило 1881, 2856, 2017, 2572, 2637 случаев, соответственно. При этом, операцией кесарево сечение родоразрешено, соответственно, 13,5 – 13,0 – 16,5 – 16,0 – 16,9 %. Общий процент осложнений послеродового периода составил, по годам, 12,3 – 8,4 – 5,8 – 5,7 – 10,3 %. До 2003 года превалирует осложненное течение послеродового периода у родивших путем операции кесарево сечение, в 2003 году больше осложнений зарегистрировано у родильниц, родоразрешенных через естественные родовые пути. Субинволюцией матки и лохиометрой осложнилось течение послеродового периода, по годам, у 2,5 – 4,6 – 2,5 – 2,3 – 3,9 % женщин; гематометрой, соответственно, у 0,8 – 1,5 – 0,5 – 0,6 – 1,1 % женщин. Развернутые формы послеродовой гнойно-септической инфекции (эндометрит, метроэндометрит) последний раз наблюдались в 1999 году.

Высокой частоте послеродовых осложнений способствует ряд факторов: увеличение числа инфицированных пациенток, высокая частота иммунодефицитных состояний, аутоиммунных и эндокринных нарушений; рост заболеваний, передающихся половым путем, до или в период гестации, общее увеличение числа женщин с экстрагенитальной патологией, индуцированной беременностью, гормональной и хирургической коррекцией невынашивания; увеличением числа оперативных вмешательств во время беременности и в родах.

Важное значение имеет также изменение спектра возбудителей с появлением агрессивных и антибиотико-устойчивых форм бактериальной инфекции, с преобладанием условно-патогенных микроорганизмов, микробных ассоциаций, сочетаний бактерий и вирусов.

Высокий удельный вес стертых форм послеродовой инфекции повышает значимость дополнительных методов исследования: УЗ обследование проводится в 100 % оперативных родов, и возросло с 43 % до 52 % в 2003 году при родах через естественные родовые пути. В 2003 году в 9 случаях самостоятельных родов в послеродовом периоде потребовалось проведение гистероскопии.

Отсутствие больных с развернутыми формами гнойно-септических заболеваний связано со своевременным освобождением полости матки от патологического содержимого и последующим введением в нее лекарственных веществ. Вакуум-экскохлеация проведена при лохиометрах и гематометрах, по годам, у 56 (82,3 %) – 92 (80,7 %) – 41 (71,9 %) – 56 (75,7 %) – 65 (53,3 %) женщин. При подозрении на остатки плацентарной ткани и плодных оболочек проведено выскабливание полости матки, в том числе под контролем гистероскопии, соответственно, в 12 (17,6 %) – 22 (19,3 %) – 16 (28 %) – 12 (16,2 %) – 47 (38,5 %) случаях.

Уменьшение числа гнойно-деструктивных форм подтверждается результатами гистологического исследования соскобов и аспиратов из полости матки.

Выводы. Среди осложнений послеродового периода, сопровождающихся нарушением инволюции матки, чаще всего клинически устанавливается диагноз гемато- или лохиометры. Однако, гистологическое исследование содержимого полости матки показывает, что имеет место выраженный воспалительный процесс в децидуальной оболочке матки.

Принимая во внимание особенности современного течения родов и послеродового периода, собственный опыт ведения пациенток в группе высокого риска по гнойно-септической заболеваемости, считаем обоснованным активное ведение этих пациенток в послеродовом, послеоперационном периоде, что позволяет своевременно купировать локальный воспалительный процесс, избежать распространенных форм послеродовой септической инфекции, значительно сократить сроки пребывания в стационаре.

ГОЛИКОВ Г.Я., БОГДАНОВА Н.Л., ЕЛГИНА С.И., ПЕРЕДЕЛКИНА О.Н.,
ДЕМЬЯНОВА Т.Н., ИВАНОВА Т.И., ФИЛИППОВ П.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Воспалительные заболевания придатков матки занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из главных причин нарушений репродуктивного здоровья женщин. Среди воспалительных процессов женских половых органов ведущая роль принадлежит гнойной инфекции, которую отмечают длительное прогрессирующее течение, склонность к рецидивам, высокая частота полиорганных осложнений.

В основу работы положены результаты обследования и лечения 68 пациенток, госпитализированных по неотложным показаниям в ГКБ № 3 в 2003 году в возрасте 15-71 лет с диагнозом перитонит или пельвиоперитонит.

Большинство пациенток находились в репродуктивном периоде. У 80,4 % в анамнезе были роды. Первичное бесплодие имело место у 7,4 % пациенток. Предохранялись от нежелательной беременности 54,4 % женщин, из них 36,8 % использовали внутриматочную контрацепцию. Обращает на себя внимание тот факт, что 82,4 % женщин имели в анамнезе воспалительные заболевания женских половых органов, 20,6 % перенесли оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

У всех женщин ведущими клиническими проявлениями были интоксикационный и абдоминально-болевой синдромы. Для уточнения диагноза им проводились дополнительные методы исследования: УЗИ органов малого таза, пункция брюшной полости через задний свод влагалища, диагностическая лапароскопия, бактериологическое и бактериоскопическое исследование.

У всех пациенток лечение носило комплексный характер и включало антибактериальную, дезинтоксикационную, иммуномоделирующую, анальгезирующую терапию, методы экстракорпоральной гемокоррекции.

Оперативное лечение в экстренном порядке было проведено 22 пациенткам (32,4 %): экстирпация матки с придатками, двусторонняя аднексэктомия, двусторонняя сальпингоэктомия, односторонняя сальпингоэктомия, пункция гнойника под контролем УЗИ.

Использование комплексной терапии гнойных тубоовариальных образований придатков матки с включением пункции гнойника и экстракорпоральных методов гемокоррекции позволило снизить выполнение радикальных хирургических вмешательств у женщин репродуктивного возраста.

УШАКОВА Г.А., ЕЛГИНА С.И., КОЧЕРГИНА Ю.В., ВЫСЕВКО Н.М., НИКУЛИНА Е.Н.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

По современным представлениям, зрелость репродуктивной системы – это, прежде всего, зрелость ее нейроэндокринного звена. Гипофиз и гонады полностью способны функционировать сразу после рождения. Определяющим моментом в инициации созревания репродуктивной системы является активация гипоталамических механизмов, которые обеспечивают адекватную стимуляцию аденогипофиза.

Цель исследования – установление нормальных показателей ТТГ, Т3, Т4, ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, тестостерона в сыворотке крови новорожденных с учетом пола и определение диагностической ценности в характеристике состояния репродуктивной системы при рождении.

Методы и материалы исследования. На базе родильного дома № 1 г. Кемерово обследовано 47 доношенных девочек и 53 доношенных мальчика, рожденных матерями, не имеющими какой-либо эндокринной патологии. Исследование проведено методом иммунно-ферментного анализа с использованием тест-систем фирмы ЗАО "Алкор-Био". Данные лабораторных исследований были обработаны методом вариационной статистики, с помощью пакета программ Microsoft Excel.

Результаты исследования. Большинство детей (94 %) родились в удовлетворительном состоянии без отклонений в состоянии здоровья. В легкой асфиксии родились 4,3 % девочек и 5,6 % мальчиков, в умеренной асфиксии – 1,9 % мальчиков. Наружные половые органы у 86 % новорожденных были сформированы правильно. У 17 % девочек при осмотре наружных половых органов выявлено недоразвитие больших половых губ. 5,6 % мальчиков

родились с недоразвитием полового члена, мошонки, яичками над входом в таз. Нарушение полового развития в виде гипоспадии диагностировано у 5,6 % мальчиков. Содержание ТТГ в сыворотке крови матерей, родивших мальчиков (3,75 ± 0,6 мМе/л), несколько выше, чем в сыворотке матерей, родивших девочек (2,95 ± 0,41 мМе/л), однако различия не являются статистически достоверными (P > 0,05). Концентрация ТТГ в сыворотке пуповинной крови мальчиков (8,26 ± 0,87 мМе/л) также несколько выше, чем у девочек (6,46 ± 0,69 мМе/л), но различия статистически не достоверны (P > 0,05). Более высокое содержание ТТГ в сыворотке пуповинной крови в сравнении с содержанием его в сыворотке материнской крови объясняется напряжением гипоталамо-гипофизарной системы новорожденного в момент родов (P < 0,001).

У матерей, родоразрешенных плодом мужского пола, уровень Т3 в сыворотке крови составил 2,38 ± 0,23 нмоль/л; у матерей, родоразрешенных плодом женского пола – 2,56 ± 0,25 нмоль/л, различия не являются статистически достоверными (P > 0,05). Не выявлено достоверных различий (P > 0,05) в содержании Т3 у новорожденных мальчиков и девочек, показатели составили, соответственно, 1,27 ± 0,19 нмоль/л и 1,65 ± 0,18 нмоль/л. Более высокое содержание Т3, Т4 в сыворотке материнской крови статистически достоверно, в сравнении с содержанием их в пуповинной крови (P < 0,001). Не обнаружено зависимости между содержанием ТТГ, Т3, Т4 в сыворотке крови матери и новорожденного, как у мальчиков, так и у девочек.

При рождении мальчиков концентрация Т4 в сыворотке материнской крови составила 213,34 ± 17,47 нмоль/л; при рождении девочки – 188,41 ± 14,43 нмоль/л, различия не являются статистически достоверными (P > 0,05). Не выявлено достоверных различий (P > 0,05) в содержании Т4 у новорожденных мальчиков и девочек, показатели, соответственно, 139,05 ± 11,31 и 126,87 ± 7,76 нмоль/л.

При исследовании ФСГ в сыворотке материнской крови в родах обнаружено низкое содержание, в сравнении с его уровнем во время нормального менструального цикла. У матерей, родивших девочек, содержание ФСГ выше, чем у девочек, и составило 1,93 ± 0,54 мМЕ/мл и 0,46 ± 0,09 мМЕ/мл, различие статистически достоверно (P < 0,01). Статистически достоверное различие в содержании ФСГ (P < 0,01) обнаружено также среди матерей, родивших мальчиков 1,31 ± 0,42 мМЕ/мл и мальчиков 0,95 ± 0,15 мМЕ/мл. Содержание ФСГ в группе мальчиков несколько выше, чем у девочек, и составляет 0,95 ± 0,15 мМЕ/мл и 0,46 ± 0,09 мМЕ/мл, соответственно, и является статистически достоверным (P < 0,01).

Определялось статистически достоверное превышение ЛГ в материнской крови, как при рождении мальчиков, так и при рождении девочек. Содержание ЛГ материнской крови при родоразрешении плодом мужского пола составило 2,93 ± 0,77 мМЕ/мл, содержание ЛГ пуповинной крови – 1,78 ± 0,29 мМЕ/мл (P < 0,01). Содержание ЛГ при родоразрешении плодом женского пола составило в материнской крови 4,15 ± 0,87 мМЕ/мл, в пуповинной – 1,25 ± 0,32 мМЕ/мл (P < 0,01). Уровень ЛГ новорожденных мальчиков достоверно превышает уровень ЛГ новорожденных девочек – 1,78 ± 0,29 мМЕ/мл и 1,25 ± 0,32 мМЕ/мл (P < 0,05). Превышение содержания ЛГ у новорожденных мужского пола, по-видимому, обусловлено тем, что дифференцировка половой системы по мужскому типу требует более жесткого контроля со стороны гонадотропной системы, чем по женскому типу.

Более высокое содержание эстрадиола, обнаруженное в пуповинной крови девочек 25228 ± 2044,1 нг/мл, по сравнению у мальчиков 24059 ± 3124 нг/мл, статистически не достоверно (P > 0,05). У девочек имелось статистически достоверное отличие (P < 0,001) в содержании эстрадиола, чем у матерей, соответственно, 25228 ± 2044,1 нг/мл и 14705 ± 2093,34 нг/мл. У мальчиков показатели эстрадиола были выше материнского – 24059 ± 3124,67 нг/мл и 15083,09 ± 2445,56 нг/мл – статистически достоверно (P < 0,05).

Не обнаружено статистически достоверных отличий (P > 0,05) в содержании тестостерона у новорожденных мальчиков и девочек, показатели составили 30,34 ± 3,24 нмоль/л и 29,02 ± 2,47 нмоль/л, соответственно. Показатели тестостерона в крови девочек выше, в сравнении с материнскими показателями, и составили 29,02 ± 2,47 нмоль/л и 10,28 ± 2,6 нмоль/л, однако различие не является статистически достоверным (P > 0,05). У матерей, родивших мальчиков, содержание тестостерона в сыворотке крови было достоверно ниже, чем в пуповинной крови мальчиков – 24,77 ± нмоль/л и 30,34 ± 3,24 нмоль/л (P < 0,01).

Не является статистически достоверным различие в содержании прогестерона в группе мальчиков и девочек – 492,87 ± 103,21 нмоль/л и 425,91 ± 68,56 нмоль/л (P < 0,05). Уровень прогестерона в крови матерей, родивших девочек, практически не отличался от его уровня в сыворотке пуповинной крови девочек и был, соответственно, равен 427,71 ± 68,11 нмоль/л и 425,91 ± 68,56 нмоль/л, различие статистически не достоверно (P > 0,05). Не выявлено статистически достоверных различий (P > 0,05) в показателях прогестерона у матерей, родивших мальчиков и девочек – 557,52 ± 94,03 нмоль/л и 492,87 ± 103,21 нмоль/л.

Полученные данные могут служить стандартными показателями для женщин и детей с учетом пола, а проведенное исследование позволяет говорить о том, что тиреотропно-тиреоидная система новорожденного характеризуется относительной автономностью по отношению к тиреотропно-тиреоидной системе матери. Особую диагностическую ценность, по нашим данным, имеет определение ФСГ и ЛГ, так как половые различия этих гормонов проявляются особенно отчетливо, а ЛГ играет существенную роль в становлении половой системы новорожденных.

ДЕМЬЯНОВА Т.Н., ГОЛИКОВ Г.Я., ЕЛГИНА С.И., БОГДАНОВА Н.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

В последнее десятилетие отмечена стойкая тенденция и возрастание частоты трубной беременности, что связано с увеличением количества факторов, способствующих возникновению данной патологии: ростом воспалительных заболеваний половых органов, внутриматочной контрацепции, генитальным инфантилизмом.

Основным методом лечения трубной беременности является операционный. Приоритетным считается использование эндохирургического лечения, однако при массивной кровопотере, выраженном спаечном процессе, методом выбора остался традиционный – лапаротомия. Во всех случаях актуальным является профилактика спайкообразования, а при сохранении маточной трубы – полноценная регенерация и восстановление проходимости оперированного сегмента.

Поэтому, поиск новых эффективных и более доступных методов профилактики спайкообразования у послеоперационных больных, в том числе и с трубной беременностью, является актуальным.

В качестве весьма перспективного метода профилактики спаечного процесса, по нашему мнению, могут быть использованы методы экстракорпоральной гемокоррекции, включающие УФОК, плазмофорез и инкубацию клеточной массы крови антибактериальными препаратами, для профилактики инфекционных осложнений, и глюкокортикоидами.

В гинекологическом отделении в течение 2000-2003 гг. пролечено 268 больных с внематочной беременностью, что составляет 4,8 % от всех больных, госпитализированных в отделение. Лапаротомно прооперировано 199, эндоскопическим методом – 69, что составляет 26 %.

За последний год отмечена тенденция к увеличению эндоскопических операций при трубной беременности до 36 %, и органосохраняющих операций на трубах (8 %).

Взяты под наблюдение 50 пациенток с невыполненной репродуктивной функцией, перенесших операцию по поводу внематочной беременности, причем у 8 (16 %) в анамнезе уже было оперативное лечение по поводу трубной беременности.

20 женщин изучаемой группы (40 %) были оперированы лапароторным доступом (у 19 из них произведена сальпингоэктомия, а в одном случае – органосохраняющая операция). 30-ти пациенткам (60 %) проведено эндохирургическое лечение. При этом в 60 % выполнена туботомия с удалением плодного яйца и у 12 женщин (40 %) маточная труба удалена.

По описанию операций, в 40 % случаев имеется указание на наличие спаечного процесса в малом тазу и оставшейся маточной трубе, что еще раз подтверждает перенесенные воспалительные процессы придатков, как ведущий фактор в этиологии внематочной беременности.

В раннем послеоперационном периоде в качестве реабилитационной терапии использовались экстракорпоральные методы гемокоррекции – 5 сеансов УФОК, 3 сеанса ИКМК с антибиотиками и глюкокортикоидами, в сочетании с физиотерапевтическими процедурами. В дельнейшем всем больным рекомендовано проведение реабилитационной терапии в условиях женской консультации с контрольной гистеросальпингографией через 3 месяца.

Изучены отдельные результаты: у 15 женщин исследуемой группы (30 %) наступила беременность, 4 из них в настоящее время успешно родоразрешены, одна прервала беременность по желанию, остальные вынашивают беременность. У 2-х пациенток возникли повторные внематочные беременности (4 %).

По результатам метросальпингографии 10 женщинам (20 %) рекомендованы реконструктивные операции на маточных трубах. 5 из них уже прооперированны, в настоящее время у 3-х наступила беременность.

В группе больных с единственной маточной трубой (8 человек), у которых выполнены органосохраняющие операции, по данным МСГ в 50 % случаев маточная труба проходима.

У двух женщин наступила беременность, причем в одном случае – после 2-х органосохраняющих операций по поводу внематочной беременности, а в одном случае возникла повторная трубная беременность (вновь выполнена органосохраняющая операция, по контрольной МСГ – труба проходима).

Таким образом, применение экстракорпоральных методов гемокоррекции, в плане реабилитации и сохранения репродуктивной функции у женщин, оперированных по поводу трубной беременности, можно считать перспективным.

ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., ЕЛГИНА С.И., ГОЛИКОВ Г.Я., СЕЛИВАНОВА Н.Б.,
КУБАСОВА Л.А., ЧЕРНОВА Н.Т., ЕРМОЛЕНКО Л.А., ПЕТРАКОВА Г.В., ФИЛИППОВ П.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ СУБИНВОЛЮЦИИ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Внедрение в практику высокоэффективных и достоверных диагностических методик является важной задачей в акушерстве. Гистероскопия значительно расширяет диагностические возможности внутриматочной патологии в послеродовом и послеоперационном периодах, позволяет своевременно и эффективно контролировать состояние эндометрия, регенерацию плацентарной площадки и заживление послеоперационного рубца. Гистероскопия – это единственный метод, который при помощи оптической системы гистероскопа позволяет визуально осмотреть полость матки.

Среди осложнений послеродового периода на первом месте стоит патология, сопровождающаяся нарушением процессов обратного развития матки, накоплением в ней патологического содержимого, что способствует присоединению воспалительного процесса.

В послеродовом отделении ГКБ № 3 в 2003 году отмечено 92 субинволюции матки (3,5 %). В большинстве случаев клинические признаки инфицирования отсутствовали, однако при ультразвуковом исследовании определялось расширение полости матки, нечеткость контуров, замедленное формирование шейки матки, диффузная неоднородность эхо-структур, у 9 родильниц были обнаружены гиперэхогенные структуры, вызывающие подозрение на остатки плацентарной ткани.

Этим женщинам была проведена жидкостная гистероскопия при помощи гистероскопа фирмы "Karl Storz". В качестве жидкой среды использовали стерильный раствор 0,9 % хлорида натрия. Эндоскопическая картина эндометрия у всех больных отличалась значительным полиморфизмом: гиперемия, инъецированность сосудистого рисунка, очаговые кровоизлияния, наличие фибрина и участков децидуальной оболочки на стенках полости матки. Всем больным было проведено прицельное выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии, с обязательным гистологическим исследованием соскоба. Патолого-анатомический диагноз совпал с результатами гистероскопии во всех случаях.

Лечение возникших осложнений было комплексным, включая антибактериальную терапию, электростимуляцию матки, сокращающие матку медикаментозные средства, общеукрепляющее лечение. В комплексном лечении субинволюции матки в нашей клинике используются внутриматочные вмешательства в виде вакуум-аспирации содержимого полости матки, промывания полости матки дезинфицирующими растворами, а при подозрении на задержку частей последа – их инструментальное удаление.

Таким образом, применение современных технологий в виде эхографии и гистероскопии позволяет правильно установить точный топический диагноз патологических процессов, и выполнить прицельное выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием.

РАВИНГ Л.С., КАРАСЬ И.Ю., МУХИНА В.В., РЕЦ Ю.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра акушерства и гинекологии № 1

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Влияние конституциональных особенностей женщин на репродуктивную функцию является акушерской аксиомой. Широко и всесторонне изучены аспекты репродукции у женщин с избыточной массой тела. Однако, вопросы нарушения детородной функции у женщин с пониженным весом, с нашей точки зрения, рассмотрены не достаточно.

С целью выявления особенностей течения беременности у женщин с низким индексом массы тела (ИМТ) ретроспективно было проанализировано 86 карт первородящих, наблюдавшихся в женской консультации ГБ № 1 в 2002 году. ИМТ высчитывался по формуле, рекомендованной кафедрой эндокринологии МОНИКИ им. Владимирского:

ИМТ = вес (кг) / [рост (м2)]

Показатели ИМТ менее 18,5 характеризует пониженный вес, от 18,5 до 24,9 – физиологическая норма, более 24,9 – избыточная масса тела.

На основании полученных данных было выделено 2 группы беременных. В первую вошло 36 женщин с ИМТ менее 18,5, во вторую группу были отнесено 50 беременных с ИМТ от 18,5 до 24,9. По возрасту, социальному положению, акушерскому

анамнезу существенных различий в данных группах выявлено не было. Однако при анализе менструальной функции было отмечено, что в первой группе женщин поздние menarhe наблюдались у 13,8 % (в возрасте 16-17 лет) и у 18 % становление регулярного менструального цикла носило затяжной характер (на протяжении 1,5-2 лет), тогда как во второй группе все 100 % женщин имели menarhe в возрасте 12-15 лет и лишь у 10 % женщин становление менструального цикла отмечалось в течение 6 месяцев.

Отягощенный соматический анамнез был зарегистрирован у 100 % женщин в обеих группах, но в 1-й группе превалировали НЦД по гипотоническому типу (в 25 % случаев) и заболевания желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты и холециститы – у 22 % женщин). Во 2-й группе отмечалась НЦД по смешанному типу у 18 % женщин, а хронические гастриты имели 16 % беременных. Патология щитовидной железы была зарегистрирована у женщин первой группы почти в три раза чаще (в 5,5 % случаев), чем у беременных второй группы (в 2 % случаев). Беременность наступила на фоне низкого уровня гемоглобина (от 100 до 120 г/л) у 91,6 % женщин 1-й группы и у 74 % женщин 2-й группы. Гипопротеинемия (количество общего белка крови от 56 до 61 г/л) на момент наступления беременности отмечалась у 66,7 % женщин 1-й группы и у 32 % – второй.

При анализе патологического течения беременности было выявлено, что гестозами первой и второй половины чаще страдали женщины с низкой массой тела (в 16,6 % и 36,1 % случаев, соответственно). У беременных с физиологическим весом частота данной патологии составила 8 % и 26 %, соответственно. Хроническая гипоксия плода была диагностирована в 100 % случаев в обеих группах. Но у женщин 1-й группы данный диагноз был впервые установлен в более ранние сроки беременности (в 18-22 недели, тогда как во 2й группе – в 23-28 недель) и, по данным УЗИ, чаще (в 41,6 % случаев) сопровождался структурными изменениями плаценты (кальцинаты, кисты, расширение межворсинчатых пространств и др.). У женщин 2-й группы изменения плаценты встречались в 12 % случаев. Угроза прерывания беременности с одинаковой частотой была зарегистрирована у женщин обеих групп.

В 100 % случаев беременность закончилась срочными родами. Но, у беременных 1-й группы почти в 3 раза чаще роды осложнились дородовым излитием околоплодных вод с длительным безводным периодом (12,5 %), дискоординацией родовых сил и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (в 5,6 % случаев) и в два раза чаще потребовалось оперативное родоразрешение (в 18,8 % случаев).

Масса тела новорожденных в обеих группах существенно не отличалась. Но, у детей, рожденных от женщин с низким весом, чаще было диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы. Данная патология составила 555,5 ‰ в 1-й группе и 320 ‰ – во второй.

Таким образом, анализ результатов данного исследования показал, что женщины с недостаточной массой тела составляют группу высокого акушерского и перинатального риска. Данный аспект, с нашей точки зрения, нуждается в дальнейшем детальном изучении.

ЗАХАРОВ И.С., МОЗЕС В.Г., САМСОНОВА Н.Н., УШАКОВА Г.А., ГРИГОРУК Н.П., МАЛЬЦЕВА И.А., ОРЛОВА Е.Н., НОСКОВА В.А.

Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра акушерства и гинекологии № 1
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДА РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ, ПЕРЕНЕСШЕЙ ДИСГЕРМИНОМУ ЯИЧНИКА

Дисгерминома яичника является злокачественной опухолью, составляя около 1,5 % от всех опухолей яичника. Данная опухоль формируется из недифференцированных клеток гонад. Возникновение беременности на фоне дисгерминомы яичника значительно ухудшает течение основного заболевания. В связи с этим приводим случай, благоприятно закончившейся беременности и родов у женщины, перенесшей до этого дисгерминому яичника.

Беременная Ф., 19 лет, инвалид III-й группы поступила в отделение патологии беременных в сентябре 2003 года с диагнозом: беременность 35 недель, отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез (дисгерминома яичника в 2000 году), гестоз (отёчная форма), кольпит. В 1995 г. перенесла тонзиллэктомию, в 1996 г. – черепномозговую травму (сотрясение головного мозга), с 2000 г. – полипоз желудка. В октябре 2000 года выявлена опухоль левого яичника. Проведена левосторонняя аднексэктомия и резекция правого яичника. Гистологический результат: дисгерминома левого яичника, правый яичник – без патологических изменений. В последующем проведено два курса химиотерапии. От дальнейших курсов химиотерапевтического лечения отказалась. В течение полутора лет лечилась самостоятельно фитопрепаратами. Наследственность отягощена по материнской линии по онкопатологии: у тёти рак тела матки, у двоюродной сестры рак молочной железы. Из аку-

шерско-гинекологического анамнеза: менструации с 13 лет, обильные, в среднем по 4-5 дней, безболезненные, цикл установился только после оперативного лечения. Половая жизнь с 15 лет, нерегулярная. Применяла барьерные методы контрацепции. Первая беременность прервалась в 18-летнем возрасте самопроизвольным выкидышем в сроке 7-8 недель. Вторая беременность – настоящая.

По поводу настоящей беременности впервые обратилась в женскую консультацию в сроке 8 недель. Первый триместр беременности протекал на фоне угрожающего раннего самопроизвольного выкидыша. С 28 недель – отёчная форма гестоза. В 35 недель госпитализирована в отделение патологии беременных (в связи с утяжелением гестоза).

При поступлении общее состояние удовлетворительное, вес 75,6 кг при росте 156 см (общая прибавка веса за беременность составила 21 кг). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, умеренной влажности. Отёчность нижних конечностей, передней брюшной стенки. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот увеличен за счёт беременной матки. Окружность живота – 108 см. Высота стояния дна матки – 36 см. Матка с ровными, чёткими контурами, при пальпации безболезненная. При наружной тазометрии – размеры таза в пределах нормы. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, частотой 140-160 ударов в минуту.

В процессе лабораторного обследования выявлено: анемия легкой степени, гипопротеинемия, никтурия.

Учитывая неполный курс химиотерапии после удаления дисгерминомы яичника, высокий риск активизации онкологической патологии в процессе беременности, решено провести родоразрешение путём операции кесарево сечение в плановом порядке, с ревизией органов брюшной полости под эндотрахеальным наркозом. В случае обнаружения злокачественных изменений, предусмотрено расширение объёма операции.

3 октября 2003 г. проведена лапаротомия, кесарево сечение, ревизия органов брюшной полости. Извлечен мальчик, массой 3600 г. в состоянии наркотической депрессии.

При ревизии брюшной полости и органов малого таза установлено, что висцеральная и париетальная брюшина визуально не изменена, асцитической жидкости в брюшной полости нет, левые придатки отсутствуют, правый яичник не изменён. Изменений со стороны сальника и лимфатических узлов при осмотре и пальпации не выявлено. Для гистологического исследования проведена биопсия правого яичника и сальника, злокачественных изменений не выявлено.

Женщина выписана на 8-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии с ребёнком.

БУЛЫГИН К.И., СМЫКОВ К.А., ЕРЕМИН А.И, ПОПОВА Н.Б.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

КОМБИНИРОВАННАЯ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Проведение общей анестезии больным с миомой и сопутствующей сердечно-сосудистой, бронхо-лёгочной патологией и ожирением связано с высоким риском развития периоперационных осложнений. Проведение длительной эпидуральной анестезии у этой категории больных не всегда адекватно по качеству и сопряжено с риском развития токсических эффектов местного анестетика в случае затянувшегося или осложнённого оперативного вмешательства.

Одним из решений данной проблемы является комбинированная спино-эпидуральная анестезия (КСЭА), являющаяся на наш взгляд методом выбора у данной категории больных. Неоспоримым преимуществом является возможность качественной послеоперационной анальгезии введением опиоидов и местных анестетиков в эпидуральное пространство, что позволяет провести более раннюю активизацию больных в послеоперационном периоде.

В нашей клинике КСЭА проведена в 193 случаях у данной категории больных с мониторированием показателей системной гемодинамики аппаратом “Кентавр-2РС” и пульсоксиметрии. Технических трудностей и осложнений при проведении анестезии и в послеоперационном периоде отмечено не было.

Мониторируемые показатели (СИ, УО, МОК, АД, ЧСС, SaO2) отмечались стабильностью и существенно не отличались от исходных, в условиях адекватной инфузионной терапии. В послеоперационном периоде, на фоне продлённой эпидуральной аналгезии, отмечена более ранняя активизация больных и восстановление функции ЖКТ. Применение КСЭА позволило уменьшить средний койкодень с 15 ± 1 до 12 ± 1.

Суммируя вышесказанное, КСЭА можно считать методом выбора для обезболивания гинекологических операций у данной категории больных.

БУЛЫГИН К.И., ПОПОВА Н.Б., СМЫКОВ К.А., ЕРЕМИН А.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СНИЖЕНИЯ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Частота кесарева сечения за последнее время возросла почти в 3 раза, достигнув в Европе 16,6 %, США 20,4 %, в России 11 % (Кулаков В.В. и др., 2002).

Отмечается тенденция к расширению показаний к кесареву сечению в интересах плода (тазовое предлежание плода, преждевременные роды с малым весом плода, гипоксия плода).

В то же время, с увеличением числа оперативного родоразрешения повышаются показатели материнской заболеваемости и смертности. Если риск материнской смертности при самопроизвольных родах составляет 1 : 10000, то при кесаревом сечении – 1 : 2500. Причем, исход операции зависит от функционального состояния сердечно-сосудистой системы матери в сочетании с быстротой хирургического гемостаза и выбора метода анестезиологического пособия.

При кесаревом сечении первоочередная задача анестезиолога обеспечить необходимую нейровегетативную защиту, предохранить женщину от операционного стресса и создать условия для нормальной адаптации в послеоперационном периоде.

До последнего времени в отечественном здравоохранении при операции кесарева сечения традиционно выполнялась общая анестезия. Её сторонники ратовали за быструю индукцию, стабильность гемодинамики, контроль за искусственной вентиляцией легких в ходе операции и, при необходимости, после неё. На практике, при проведении регионарной анестезии, вопросы стабилизации гемодинамики решаются проведением преинфузии, премедикации 20-25 мг эфедрина и аппаратного мониторирования.

Проведение общей анестезии в акушерстве считается опасным из-за риска кислотной аспирации, неудачной интубации (интубация пищевода, неправильное положение интубационной трубки и т.д.), побочной реакции интубации на функцию органов дыхания (апноэ, спазм дыхательной мускулатуры, обструкция дыхательных путей, нарушение газообмена), изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде нарушений ритма и гипертензии, которые колеблются от3 % до 90 % (Нга У.С., 1989).

Всего этого можно избежать, отказавшись, по возможности, от проведения интубации, тем самым избежать столь грозных осложнений при проведении анестезиологического пособия во время оперативного родоразрешения.

Наглядно подтверждает это положение ретроспективное исследование Hawkins (1997), проанализировавших материнскую смертность в США с 1979 по 1990 гг. По данным авторов, на фоне снижения материнской смертности, связанной с анестезией, оставалось неизменным число смертей, связанных с общей анестезией. Чаще всего это было обусловлено проблемами верхних дыхательных путей. Тогда как смертность, связанная с регионарной анестезией, неуклонно снижалась. При общей анестезии смертность составила 20 на 1 млн. анестезий за период 1979-1984 гг. и 32,3 на 1 млн. анестезий в 1985-1990 гг., а смертность при регионарной анестезии, соответственно, 8,6 и 1,9 на 1 млн. анестезий. Таким образом, опасность проведения общей анестезии, по сравнению с регионарной, выросла с 2,3 раз до 16,7 раз.

Изменение этого соотношения произошло благодаря усовершенствованию методик проведения регионарной анестезии, улучшению качества инструментального и медикаментозного обеспечения, менее выраженного риска регионарной анестезии перед общим обезболиванием. Отсюда следует, что снижение риска материнской смертности напрямую связано с выбором метода обезболивания при обеспечении анестезиологического пособия при оперативном родоразрешении.

Помимо большей безопасности, применение регионарной анестезии при кесаревом сечении позволяет матери участвовать в родах, снижает операционный и послеоперационный стресс, помогает проводить более адекватное послеоперационное обезболивание, и облегчает во многом ведение больной после операции (проведение послеоперационного обезболивания путём введения наркотических анальгетиков, В-блокаторов и микродоз растворов анестетиков в эпидуральное пространство, ведёт к повышению качества жизни и ранней реабилитации в послеоперационном периоде).

Отмечено достоверное снижение объёма истинной кровопотери при регионарном обезболивании на 20-30 % по сравнению с общей анестезией, что, вероятнее всего, связано с проведением гемоделюции при регионарной анестезии, которая необходима для профилактики гипотонии.

Нет сомнений в том, что современные ингаляционные анестетики и многокомпонентный характер анестезии обеспечивают адекватную защиту мозга и стабильность гемодинамических показателей во время операции, что можно подтвердить многокомпонентным анализом ЭЭГ, интраоперационным мониторингом гемодинамики. Проведение анализа указанных критериев адекватности создает иллюзию полного благополучия.

В ряде фундаментальных исследований последних лет (Осипова Н.А., Coderre T.J., Woolf C.J., Chong M.S.) показано, что общая анестезия, устраняя прецепцию боли, не обеспечивает блокады прохождения ноцицептивных импульсов на сегментарном уровне. Таким образом, говорить о полной защите пациента от хирургической травмы во время операции под общей анестезией некорректно.

В своих исследованиях Овечкин А.М. (Москва, Федеральный центр реабилитации инвалидов) оценил изменения функциональной активности ноцицептивных нейронов ЗРСМ (задние рога спинного мозга) при использовании различных методов анестезии.

Было выявлено трехкратное послеоперационное увеличение амплитуды тестирующего ответа у пациентов оперированных в условиях общей анестезии, что свидетельствует о выраженной гиперактивации нейронов ЗРСМ, вызванное хирургической травмой. Функциональная активность нейронов ЗРСМ у пациентов, оперированных под СА, не отличалась от предоперационных показателей, что говорит об адекватной защите спинного мозга от операционной травмы. Эпидуральная анестезия заняла промежуточное положение в плане защиты от операционной травмы т.к. изменение активности нейронов ЗРСМ были менее выражены, чем при общей анестезии, но более значимы, чем при СА.

Таким образом, можно сделать вывод, что слабоанестезированный спинной мозг во время операций, выполненных в условиях общей анестезии, подвергается интенсивному воздействию импульсов из операционной раны, вызывающих пластические изменения ЦНС, что является одной из основ формирования послеоперационного болевого синдрома. Эти данные также свидетельствуют о необходимости рациональной дифференцировки при выборе метода обезболивания.

На основании современных данных о патофизиологии острой боли, адекватность анестезии должна оцениваться с позиции защиты спинного мозга от ноцицептивных воздействий. Основным фактором адекватной защиты является фармакологическая блокада ноцицептивных импульсов из зоны хирургической травмы, задерживающей развитие ранней фазы активации спинальных структур. Причем этот эффект достигается только тогда, когда действие местного анестетика развилось до начала хирургической агрессии. Кроме того, проведение достаточной нейровегетативной защиты мозга при общей анестезии приводит к медикаментозному угнетению ассоциативных связей между полушариями мозга, что в дальнейшем, при истощённых или напряжённых компенсаторных механизмах, может привести к их декомпенсации и полному срыву механизмов защиты со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями. При проведении регионарной анестезии сегментарная блокада спинного мозга устраняет афферентную импульсацию из области операционной раны и в определённой степени снижает напряжение компенсаторных механизмов ЦНС.

Таким образом, очевидно, что любой вариант афферентного блока в качестве самостоятельного метода, либо компонента комбинированного метода обезболивания будет иметь преимущество перед общей анестезией в отношении адекватности защиты пациента от хирургической травмы.

За последние 20 лет во всем мире произошло резкое снижение количества общих анестезий и, соответственно, рост регионарных методов обезболивания хирургических операций. При отсутствии абсолютных показаний к общей анестезии, регионарная является методом выбора при выполнении кесарева сечения. Она обеспечивает оптимальную интраоперационную анальгезию без отрицательного влияния на плод, риска аспирации желудочного содержимого, других осложнений связанных с проведением общей анестезии и интубации трахеи.

Правильная оценка возможностей метода, хорошее инструментальное и медикаментозное обеспечение, возможность профилактики осложнений, являются важными дополнениями к этому утверждению. Суммируя все вышесказанное, на наш взгляд, можно считать регионарную анестезию лучшей техникой для кесарева сечения.

БУЛЫГИН К.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ РОДИЛЬНОГО ДОМА № 1

Для достижения оптимальных условий в лечении пациентов нашего отделения в настоящее время используется большое количество эффективных методик позволяющих достичь наилучшего эффекта как в комплексе лечебных мероприятий, так и в виде самостоятельной терапии.

С целью профилактики послеоперационных осложнений при проведении реконструктивных операций по поводу вторичного бесплодия, а также для лечения гнойно-септических заболеваний в акушерстве и гинекологии разработан и внедрён в повседневную практику метод эстракорпоральной инкубации клеточной массы антибиотиками, с последующим ультрафиолетовым облучением крови. Данная методика позволила значительно улучшить качество антимикробной терапии при одновременном снижении курсовой дозы антибиотика. Это очень важно при проведении лечения гнойно-септических осложнений, особенно у беременных женщин, так как снижение курсовой дозы антибиотика значительно снижает отрицательное воздействие на плод и уменьшает количество осложнений

связанных с антибактериальной терапией у самой пациентки.

Активно проводятся различные методики фототерапии – внутрисосудистое лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови.

Фототерапия позволяет усилить дезагрегантный эффект, стимулирует иммунитет, усиливает клеточный мембранный потенциал и стабилизирует мембраны, что немаловажно в комплексной терапии различных состояний связанных с патологией беременности, проводит коррекцию внутриутробной гипоксии плода. Благодаря фотомодификации крови достигается ряд эффектов позволяющих улучшить качество и эффективность комплексной терапии различных состояний при сокращении сроков интенсивного этапа лечения.

Важное значение в комплексной терапии резусконфликтной беременности и при изосенсибилизации по АВО имеет проведение лечебного плазмафереза в критические сроки беременности. Проведение данной методики позволяет пролонгировать беременность до доношенного срока и уменьшить риск последующей гемолитической болезни новорожденного.

Особое внимание в работе анестезиологической службы уделяется проведению регионарной анестезии и анальгезии. Увеличение количества регионарных методов обезболивания привело к снижению количественных и качественных показателей осложнений анестезиологических пособий. Отсутствие наркотической депрессии плода при проведении кесарева сечения, возможность снижения риска при тяжелой сопутствующей соматической патологии у беременных и у больных в отделении гинекологии позволили расширить показания и внедрить в работу различные виды региональной анестезии и анальгезии (спинальная, спинально-эпидуральная анестезия, эпидуральная анестезия) которые с успехом используются при обезболивании оперативных вмешательств в акушерстве и гинекологии. Наличие качественных расходных материалов и малотоксичных анестетиков позволило значительно увеличить количество обезболиваний родов путем проведения длительной эпидуральной анестезии. Снижение общего и процентного количества серьёзных травм родовых путей на наш взгляд связано с увеличением количества обезболивания родов, т.к. нами замечено отсутствие травматизации, либо незначительная травматизация родовых путей у пациенток, чьи роды были качественно обезболены. Существенно изменился эмоциональный статус и улучшение качества жизни женщин в родах при проведении обезболивания. Пациентки не испытывают эмоционального родового стресса и это благоприятно сказывается на течении всего послеродового периода, отмечено снижение травматизации плода в родах что связано с уменьшением сопротивления мышц тазового дна при обезболивании.

Таким образом, внедрение современных технологий в лечебный процесс создаёт предпосылки к сохранению здоровья пациентов, позволяет выбрать оптимальную тактику ведения того или иного лечебного мероприятия, улучшает качество жизни и вселяет надежду на добрые отношения между врачом и пациентом.

КРАПИВИНА Н.А., АРТЫМУК Н.В., ТАЧКОВА О.А., КОСТИН В.И., ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского
Кемеровская государственная медицинская академия

АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Ожирение является одним из самых распространенных заболеваний экономически развитых стран, где четверть населения имеет массу тела, более чем на 15 % превышающую норму. Факторы развития ожирения имеют широкий диапазон и могут воздействовать как совместно, так и обособленно.

Наиболее значимыми из них являются особенности поведения (переедание, гиподинамия), генетическая предрасположенность, нарушения эндокринной системы, окружающая среда. Особенности пищевого поведения при ожирении изучаются недостаточно, а они весьма многообразны, различны по клиническим проявлениям, тесно сопряжены с личностными характеристиками и эмоциональным статусом пациента.

Цель. Изучить характер пищевого поведения во взаимосвязи с особенностями личностно-эмоциональной сферы у женщин репродуктивного возраста с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 75 женщин с ожирением в возрасте от 18 до 45 лет. Средний возраст обследуемых женщин составил 32 ± 7,2 года, ИМТ – 39,2 ± 6,8 кг/м2, ОТ/ОБ – 0,88 ± 0,07.

Проводилось клиническое обследование пациенток, оценка антропометрических показателей: рост, вес, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле ВОЗ (1997), определялся коэффициент ОТ/ОБ.

Из психологических тестов использовали оценку тревоги и депрессии (госпитальная шкала HADS), исследование типов пищевого поведения (голланд-

ский опросник DEBQ для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением ППП "STATISTICA for WINDOWS 5.0" с вычислением средней величины (M), среднего квадратичного отклонения (σ). Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних в двух сравниваемых группах определяли с помощью t-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты. Анализ пищевого поведения с помощью опросника DEBQ показал наличие нарушений пищевого поведения у 60 (80 %) пациенток с ожирением. Ограничительный тип выявлен у 26 (43,3 %) женщин, эмоциогенный тип – у 11 (18,3 %), экстернальный тип – у 23 женщин (38,8 %). Исходя из принадлежности к одному из трех типов пищевого поведения – ограничительный, эмоциогенный, экстернальный, обследуемые женщины были разделены на 3 группы, соответственно.

Пациентки с ограничительным типом пищевого поведения имели значительный диапазон ИМТ от 31,0 до 58,0 кг/м2, в среднем уровень ИМТ составил 40,21 ± 8,41 кг/м2, I-ю степень ожирения имели 7, II-ю степень – 9, III-ю степень – 10 женщин, абдоминальный тип ожирения выявлен у 20, гиноидный – у 6 обследуемых женщин, средний показатель ОТ/ОБ – 0,90 ± 0,08. У пациенток с эмоциогенным типом пищевого поведения также выявлен большой диапазон ИМТ от 33,2 до 58,0 кг/м2, средний показатель ИМТ составил 40,67 ± 7,36 кг/м2, I степень ожирения имели 2, II степень – 5, III степень – 4 женщин, абдоминальный тип ожирения выявлен у 9, гиноидный – у 2-х обследуемых женщин, среднее значение ОТ/ОБ – 0,87 ± 0,07.

Женщины с экстернальным типом пищевого поведения имели широкий диапазон ИМТ от 29,6 до 47,6 кг/м2, среднее значение ИМТ – 37,63 ± 4,35 кг/м2, I-ю степень ожирения имели 5, II-ю степень – 12, III-ю степень – 6 женщин, абдоминальный тип ожирения обнаружен у 16, гиноидный – у 7 женщин, в среднем показатель ОТ/ОБ составил 0,87 ± 0,07. Выраженное ожирение выявлено в I и II группах, абдоминальный тип ожирения превалировал во всех 3-х группах, однако различия между группами женщин статистически незначимы (p > 0,05).

При оценке пациенток по шкале тревоги и депрессии патология выявлена у 42 (56 %), норма - у 33 женщин (44 %). У 42 пациенток определены: клиническая тревога – 20 случаев, субклиническая тревога – 22 случая, клиническая депрессия – 7 случаев, субклиническая депрессия – 20 случаев. При этом у одного человека выявлялась как тревога, так и депрессия: тревога и депрессия – 23 человека (55 %), только тревога – 16 (38,1 %), только депрессия – 3 человека (7,14 %).

У лиц с наличием тревоги и депрессии (n = 23) среднее значение ИМТ составило – 35,3 ± 3,3 кг/м2, ОТ/ОБ – 0,86 ± 0,06, выявлены в равной степени экстернальный – 43,8 % и ограничительный – 43,8 % типы пищевого поведения, на долю эмоциогенного типа пришлось 12,5 %.

У пациенток с тревогой (n = 16) ИМТ составил – 39,0 ± 7,5 кг/м2, ОТ/ОБ – 0,86 ± 0,08, превалировал ограничительный тип пищевого поведения – 39,1 %, на экстернальный тип пришлось до 34,8 %, эмоциогенный тип выявлен в 26,1 % случаев.

У женщин с депрессией (n = 3) ИМТ составил 43,8 ± 12,4 кг/м2, ОТ/ОБ – 0,88 ± 0,08, у 2-х пациенток выявлен экстернальный тип пищевого поведения, у 1-й – эмоциогенный. Статистически значимое отличие ИМТ зарегистрировано в подгруппах пациенток с наличием тревоги и депрессии и только тревоги (p = 0,02), в остальном, статистически достоверного отличия не отмечено (p > 0,05).

Выводы. Нарушения пищевого поведения выявлены у 80 % обследуемых пациенток с ожирением, среди которых превалирует ограничительный тип пищевого поведения. Для пациенток с морбидным ожирением характерно наличие ограничительного и эмоциогенного типа пищевого поведения.

Патология личностно-эмоциональной сферы выявлена у 56 % пациенток с ожирением. В большинстве случаев отмечено сочетание тревоги и депрессии. Для женщин с морбидным ожирением характерно наличие депрессии. Патология личностно-эмоциональной сферы сопровождалась экстернальным и ограничительным типом пищевого поведения.

ЛУКИНА Н.А., УШАКОВА Г.А., ЧЕРНЯЕВА В.И.

МУЗ Детская клиническая больница № 5, Городской центр охраны репродуктивного здоровья, Кемеровская государственная медицинская академия

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ И СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Репродуктивные установки девочек-подростков характеризуются целым рядом особенностей и тенденций: возрастом вступления в брак, планируемым рождением числа детей, исходами наступившей беременности, возможностью сексуальных отношений вне брака.

Нами были изучены репродуктивные установки и особенности сексуального поведения девочек-подростков. Было проведено анонимное анкетирование 517 девочек-подростков. Большинство девочек-подростков были жительницами городов Кемеровской области – 85,3 %, сельские составили 14,7 %.

Изучение семейного положения показало, что 95,7 % девочек-подростков не состояли в зарегистрированном браке, в незарегистрированном браке состояли 2,7 % и в зарегистрированном браке состояли 1,6 %. Возраст девочек-подростков составил от 15 до 19 лет: 15 лет - 20,3 %; 16 – 20,7 %; 17 – 19,9 %; 18 – 19,7 %; 19 лет – 19,4 %.

При исследовании репродуктивных установок было выявлено, что оптимальным возрастом вступления в брак девочки-подростки считали 18,2 ± 0,3 года, оптимальным возрастом для рождения ребёнка – 22,5 ± 0,3 года. Рождение одного ребёнка планировали – 33 ± 0,9 % девочек-подростков, двоих – 54 ± 1,3 %, троих – 13 ± 1,3 % девочек-подростков. Среди девочек-подростков прослеживается тенденция к уменьшению рождения количества детей.

Интересно, что наиболее положительный настрой на рождение детей отмечали девочки-подростки, еще не имеющие сексуальных отношений.

Из исследуемых 77,2 ± 0,3 % девочек-подростков считали, что рождение детей должно планироваться, но в случае незапланированной беременности – 45 ± 0,5 % девочек-подростков были настроены на завершение данной беременности родами и 55 ± 2,4 % – абортами. При изучении репродуктивных установок девочек-подростков выявлено, что 21,1 ± 0,8 % считали невозможным сексуальные отношения до вступления в брак, 28,7 ± 2,3 % девочек-подростков считали возможным сексуальные отношения до вступления в брак, но только с будущим супругом и 50,2 ± 2,4 % девочек-подростков допускали сексуальные отношения вне брака. Средний возраст начала половой жизни у девочек-подростков составлял 15,2 ± 0,7 лет.

Среди мотивов, определяющих решение о вступлении в половые отношения – 37 ± 1,1 % девочек-подростков назвали любовь, 12 ± 0,9 % – любопытство, 11 ± 1,1 % – соперничество, 19 ± 1,2 % – материальная причина, 17 ± 1,2 % – желание стать взрослой, 4 ± 0,1 % – сексуальное насилие. Среди анкетируемых девочек-подростков 15-19 лет, живущих половой жизнью, не имели постоянного полового партнёра 62,5 ± 0,1 %. Девочки-подростки во время первого полового контакта в 72,2 ± 0,9 % случаев не предохранялись от наступления нежеланной беременности.

Среди дебютных методов контрацепции девочки-подростки использовали презерватив в 48,8 ± 0,9 % случаев; спринцевание – 4,3 ± 1,3 %, влагалищные спермициды – 3,2 ± 1,2 %. Прерванный половой акт применялся в 31,5 ± 1,2 % случаев. Гормональные контрацептивы в качестве предохранения от нежеланной беременности у девочек-подростков при первом половом контакте использовались в 12,2 ± 0,5 % случаев.

Девочки-подростки, не предохранявшиеся во время сексуального дебюта, начинали использовать методы контрацепции, в среднем, только через 3-6 месяцев после начала половой жизни.

Проведённое исследование свидетельствует о заинтересованности подростков в вопросах интимных отношений, любви, сексуальности, проблемах нежеланной беременности. Основными источниками информации по вопросам полового просвещения и методов контрацепции у девочек-подростков в 49 ± 1,1 % были подруги и друзья, то есть лица, которые не имеют медицинского образования или специальной подготовки по этим вопросам. Литература, как источник информации среди девочек-подростков, составляла 28 ± 0,9 %, и только в 12 ± 0,9 % случаев девочки-подростки в качестве источника информации называли медицинских работников; родителей – 6 ± 0,5 % и педагогов – 5 ± 0,5 % случаев.

Таким образом, низкий уровень репродуктивных установок, либерализация сексуального поведения: раннее начало половой жизни, недостаточная информированность по вопросам сексуального просвещения, использование малоэффективных методов контрацепции, среди девочек-подростков, остро ставит вопрос об особом внимании к их репродуктивному здоровью, о необходимости разработки новой оптимизированной организационной системы охраны репродуктивного здоровья.

РАВИНГ Л.С., МУХИНА В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Необходимость использования компьютерных технологий в работе лечебных учреждений на сегодняшний день бесспорна. В настоящее время имеются многочисленные примеры функционирующих информационно-аналитических систем на различных уровнях здравоохранения от автоматизированных рабочих мест отдельных специалистов до федеральных программ сбора и обработки информации. В женской консультации МУЗ ГБ № 1 накоплен некоторый опыт эксплуатации компьютерной программы прогнозирования патологии родов и перинатальной патологии, которая позволяет не только диагностировать патологический процесс, и но и прогнозировать риск его возникновения.

Данная программа функционирует в женской консультации с 1995 года. Врачом-оператором обслуживается диспансерная группа беременных женщин женской консультации не зависимо от участковой принадлежности. Впервые социально-фи-

зиологические, анамнестические данные и данные объективного осмотра вносятся после заполнения индивидуальной карты беременной (форма 111), т. е. после постановки на диспансерный учет по беременности.

На основании этих данных определяются группы риска патологического течения беременности и степень риска перинатальной патологии, предполагаемый срок родов.

Повторно информация о течении беременности вносится в 12-14 недель и в 20-24 недели для определения динамики степени риска перинатальной патологии, а в 28-32 недели определяются также группы риска перинатальных исходов и тактика рекомендуемого родоразрешения.

Таким образом, индивидуальная карта беременной, за время наблюдения женщины в женской консультации, проходит 4-х кратную динамическую обработку. Обрабатываются также и данные исходов родов. По итогам года проводится анализ работы и оценка эффективности компьютерной программы прогнозирования родов и перинатальной патологии.

За период с 1999 по 2003 год процент совпадения прогнозированных оперативных родов колеблется от 74 % до 85 %, а совпадение перинатальной патологии составляет 70–72 %.

Таким образом, использование компьютерных технологий в работе женской консультации является целесообразным и играет важное значение в прогнозировании исходов родов и перинатальной патологии.

Но, в связи с развитием медицинской науки и информации в медицине, компьютерные программы требуют изменения базы данных и использования их не только как автоматизированное рабочее место специалиста, но и как систему взаимодействия различных уровней.

БАРИНОВА Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ВЛИЯНИЕ ГЕСТОЗА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РОДИЛЬНИЦ

Проблема гестоза сохраняет свою актуальность в современном акушерстве.

Целью исследования явилось определение особенностей течения послеродового периода на предмет возникновения гнойно-септических заболеваний (ГСЗ) у родильниц с различными формами гестоза.

Исследование проводилось на базе родильного дома № 1, входящего в состав МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского г. Кемерово. Было проанализировано 150 историй родов женщин с различными формами гестоза (1-я группа) и 150 историй родов пациенток, которым не был выставлен диагноз “гестоз ” (2-я группа).

Течение беременности осложнилось отечной формой гестоза у 61 женщины (41 %), нефропатия 1-й степени наблюдалась у 53 пациенток (35 %), нефропатия 2-й степени - у 15 (11 %), нефропатия 3-й степени – у 2 (1,3 %); длительно текущий гестоз обнаружен у 6 пациенток (4 %), сочетанный гестоз - у 12 (8 %), преэклампсия - у 1-й женщины (0,6 %).

Структура ГСЗ у пациенток 1-й группы выглядела следующим образом. Хирургическая раневая инфекция (ХРИ) после операции кесарево сечение наблюдалась в 10 случаях (6,5 %); ХРИ после родоразрешения через естественные родовые пути в 8 случаях (5,3 %). Инфекции репродуктивных органов (ИРО) в 2-х случаях (1,3 %). Кроме того, в 18 случаях наблюдалось нарушение инволюции матки (12 %).Таким образом, частота ГСЗ у 1-й группы женщин составила 13,3 % (20 случаев).

Во 2-й группе пациенток ХРИ после операции кесарево сечение наблюдалась в 1-м случае (0,6 %); ХРИ после родоразрешения через естественные родовые пути в 5 случаях (3,3 %); ИРО в одном случае (0,6 %). Нарушения инволюции послеродовой матки наблюдались у 15 женщин. Частота ГСЗ у пациенток 2-й группы составила 8 % (12 случаев)

Вышеуказанные данные были занесены в четырехпольную таблицу, рассчитан показатель относительного риска. Его значение оказалось равным 1,6, что свидетельствует о наличии достоверного различия в исходах беременности и родов в данных группах женщин.

Результаты проведенного исследования позволяют считать, что существует связь между наличием у женщин различных форм гестоза и частотой возникновения послеродовых ГСЗ.

БАРИНОВА Е.В., ХРОМОВА Н.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПРОБЛЕМА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Проблема внутрибольничных гнойно-септических инфекций (ГСИ) продолжает оставаться актуальной в современном акушерстве. В настоящей статье мы приводим данные по внутрибольничным ГСИ в родильном доме № 1, входящим в состав МУЗ ГКБ № 3 и г. Кемерово, за 2003 гг., а также анализ причин, способствующих изменению (повышению или снижению) уровня внутрибольничных ГСИ родильном доме № 1.

В течение этого года в родильном доме № 1 вспышечной заболеваемости, как среди новорожденных, так и среди родильниц, не было. Регистрировались следующие нозологические формы внутрибольничных ГСИ:

- у родильниц – послеродовой метроэндометрит (0,37 на 1000), ветряная оспа (0,37 на 1000);
- у новорожденных – конъюнктивит и дакриоцистит (0,75 на 1000), кишечные инфекции (2,9 на 1000).

По сравнению с предыдущим годом, в 2003 г. наблюдалось снижение ГСИ, как у новорожденных, так и у родильниц, и снижение уровня кишечных инфекций у новорожденных.

Положительным моментом является отсутствие у новорожденных осложнений со стороны пупочной ранки, снижение уровня кишечных инфекций, а у родильниц отсутствие случаев гнойного мастита и случаев хирургической раневой инфекции.

Можно отметить ряд причин, способствовавших снижению уровня ГСИ в родильном доме № 1:

- Использование индивидуальных разовых укладок для осмотра и обработки новорожденных.
- Использование перчаток при обработке глаз и пупочной ранки новорожденных.
- Использование перчаток при проведении искусственного вскармливания новорожденных и при приготовлении молочной смеси.
- Использование бактериофагов и биопрепаратов в лечении и профилактики ГСИ.
- Возможность выбора дезинфицирующих средств.
- Контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима.
- Обучение медицинского персонала.
- Контроль за соблюдением стерильности жидких лекарственных форм, предметов ухода за детьми, инструментария и прочее.
- Раннее прикладывание новорожденных к груди.
- Внедрение в работе родильного дома принципа “мать и дитя”.

Причины, препятствующие дальнейшему снижению уровня ГСИ в родильном доме № 1:

- Периодически возникающая перегрузка отделений родильного дома, из-за закрытия других родильных домов города на профилактическую дезинфекцию.
- Стерилизация дыхательной аппаратуры для новорожденных химическим способом в условиях отделения.
- Недостаточная обеспеченность родильного дома мягким инвентарем и перчатками.
- Невозможность полностью перейти на использование одноразовых полотенец и салфеток для рук.
- Достаточно высокий объем докорма новорожденных.
- Не всегда возможна организация изоляционно-ограничительных мероприятий в отношении инфекционных больных, а также больных ГСИ, вследствие перегрузки родильного дома.
- В родильном доме длительно задерживаются дети, нуждающиеся в переводе в другие ЛПУ и их матери, из-за отсутствия мест в детских больницах и домах ребенка.

Таким образом, несмотря на снижение уровня внутрибольничных ГСИ в 2003 г., в родильном доме продолжают действовать факторы, препятствующие дальнейшему снижению уровня ГСИ.

КОЛЕСНИКОВА Н.Б., ЖЕЛНИНА Т.П., МАРТЫНОВА С.В., ЛУЧАНКИНА Л.А.
МУЗ Детская клиническая больница № 5, Кемеровский областной перинатальный центр

ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТКАМ В УСЛОВИЯХ РОДИЛЬНОГО ДОМА МУЗ ДГКБ № 5

По статистическим данным на начало 2003 года в Кемеровской области зарегистрировано 6049 ВИЧ-инфицированных. Показатель заболеваемости в 2003 году составил 30,6 случаев на 100000 населения. По мнению экспертов ВОЗ, реальное число случаев инфицирования в 5-10 раз превышает официальные статистические данные. Около половины ВИЧ-инфицированных составляют женщины, находящиеся в репродуктивном возрасте, поэтому ежегодно увеличивается и число беременных, инфицированных ВИЧ. За период с 2001 по 2003 год в родильном доме Кемеровского областного перинатального центра было пролечено 17 женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция.

Женщины были в возрасте от 19 до 30 лет, средний возраст 23 года. Жительницы г. Кемерово составили 10 человек, остальные проживали в городах и районах области. Большинство женщин не

работали. У 2/3 женщин беременность наступила вне брака. Только у 40 % женщин ВИЧ–инфицирование было выявлено во время беременности, в том числе у одной пациентки во время госпитализации в отделение патологии беременности родильного дома, Большая часть женщин знала об инфицировании в течение 1-2 лет до наступления беременности. Основным путем передачи ВИЧ-инфекции, вероятнее всего, был половой, так как наркоманией страдали только 1/3 женщин, остальные имели ВИЧ-инфицированных половых партнеров, страдавших наркоманией. Большинство женщин были первородящими – 67 %. Однако, первобеременными были только 24 %. Почти половина женщин уже имели живых детей.

У 90 % беременных была соматическая патология. Наиболее часто у ВИЧ-инфицированных женщин встречались гепатит или носительство ВГС, HBs Ag и анемия (по 60 %). 1/4 беременных страдали хроническим пиелонефритом, 1/6 – перенесли сифилис. Другие виды соматической патологии, например, бронхиальная астма, ВПС, вегето-сосудистая дистония, варикозное расширение вен и др. встречались в единичных случаях. Среди гинекологических заболеваний, имевшихся у ВИЧ-инфицированных беременных, ведущее место принадлежит воспалительным заболеваниям половой сферы, в частности, кольпитам – (3/4 женщин), в том числе дрожжевые – в половине случаев, трихомонадные – у 1/3.

Из 17 беременных одна проходила лечение в отделении патологии беременных по поводу угрожающих преждевременных родов, хронической гипоксии плода. Одной пациентке было отказано в прерывании беременности в связи с большим сроком беременности. Обе женщины были выписаны с прогрессирующей беременностью. Трем женщинам (17,6 %) беременность была прервана в сроке 22-28 недель по медицинским показаниям путем интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия. В одном из этих случаев имелся врожденный порок развития плода (синдром Арнольда-Киари).

12 пациенток были родоразрешены. Преждевременными родами в 33-36 недель беременность закончилась в 3-х случаях, остальные 9 родов – срочные; 9 родоразрешенных женщин наблюдались в женской консультации с 12-27 недель, 3 беременные не состояли на диспансерном учете по беременности. Все женщины имели фето-плацентарную недостаточность различной степени тяжести. Вторым, по частоте, осложнением беременности являлся поздний гестоз – 8 случаев, в том числе, преэклампсия и нефропатия тяжелой степени у 3-х больных. Беременность осложнилась многоводием в 4-х случаях, угрозой прерывания беременности – в 4-х случаях, преждевременной отслойкой плаценты, поперечным положением плода – по 1 случаю.

Метод родоразрешения выбирался в зависимости от акушерской ситуации. Роды через естественные родовые пути произошли у 4-х женщин, у 8 чел. проведена операция кесарево сечение, из них только половина – в плановом порядке. По абсолютным показаниям, оперативное родоразрешение выполнено 4 больным. Родоразрешение через естественные родовые пути осложнилось дефектом последа и ранним излитием околоплодных вод в 1 случае. Травм родовых путей не было. В послеродовом периоде всем больным проводилась антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия. Послеродовых и послеоперационных осложнений не было.

Новорожденные родились с массой тела от 2000 г. до 3400 г. Средняя масса доношенных детей – 3100 г, несколько ниже популяционной. Половина новорожденных имела внутриутробную гипотрофию 1-2 ст., церебральную ишемию различной ст. тяжести – 11 детей, гипоконьюгационную желтуху – 3 ребенка. Один ребенок практически здоров. Один ребенок умер в первые сутки после рождения, причина смерти – тяжелая асфиксия новорожденного.

Основная задача при работе с ВИЧ-инфицированными женщинами – исключить возможность внутрибольничного инфицирования персонала и пациентов, а также снижение риска инфицирования новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери. Ключевым моментом безопасности в работе является концепция, позволяющая считать каждого пациента потенциально инфицированным. При поступлении ВИЧ-инфицированной пациентки включается комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, состоящий из организационных, технологических и медицинских аспектов. При госпитализации ВИЧ-инфицированной пациентки проводится специальная маркировка Истории родов, всех направлений на параклинические обследования. Эпидемиологом ведется учет каждой поступающей ВИЧ-инфицированной пациентки с ежеквартальной сверкой в ГЦПиБС; регистрируется персонал, участвующий в оказании медицинской помощи.

Родоразрешение ВИЧ-инфицированных пациенток проводится преимущественно в дневные часы отдельно сформированной бригадой, включающей основной и дублирующий состав. Это дало возможность всему персоналу родильного дома приобрести навыки работы с данной группой больных, преодолеть психологический барьер. Каждая операция или второй период родов проводится в присутствии эпидемиолога, главной акушерки, заведующих отделениями. На заседаниях комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций обсуждались проблемные моменты, создающие риск передачи инфекции, и пути их решения. На основании регламентирующих документов и приобретенного опыта работы, нами были разработаны и внедрены алгоритмы действия персонала при работе с ВИЧ-инфицированными пациентками.

В целях профилактики перинатального инфицирования новорожденного, применялся “Вирамун”, запас которого хранится в родовом отделении на случай экстренных операций и родов. Роженица

принимала перорально 200 мг суспензии "Вирамун" в начале 1-го периода родов или непосредственно перед операцией. Новорожденному назначали "Вирамун" через 8 часов после рождения в дозе 2 мг/кг веса, а затем в течение 3-х дней в той же дозе. Грудное вскармливание исключалось, дети находились на искусственном вскармливании. При удовлетворительном состоянии новорожденных уход за ними (пеленание, подмывание, кормление) осуществляли матери.

Несмотря на снижение неспецифических защитных сил организма у ВИЧ-инфицированных пациенток, а так же, как правило, наличие у них очагов хронической инфекции, ни одного случая госпитальной гнойно-септической инфекции не зарегистрировано. Вероятнее всего, это явилось следствием строгого эпидемиологического контроля; заинтересованности персонала в профилактике собственного инфицирования; проведения родоразрешения преимущественно в плановом порядке; освобождения бригады на момент операции или родов у ВИЧ-инфицированных женщин от других пациенток; использования операционного белья для бригады и женщины, перчаток однократного применения; максимальной изоляции женщины и новорожденного как в период родов – индивидуальный родильный зал, так и в послеродовом периоде – осмотр, обработка швов, туалет новорожденного.

Таким образом, внедренная система четкого эпидемиологического надзора, позволила на протяжении трех лет, оказывая медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным больным, избежать возможного внутрибольничного инфицирования персонала родильного дома и других пациентов.

МУХИНА В.В., РЕЧИЦСКАЯ И.С., ТЫШКЕВИЧ Н.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Пролапс митрального клапана является следствием синдрома дисплазии соединительной ткани. В настоящее время основным методом пролапса митрального клапана (ПМК) является ЭХО-кардиография, так как высока частота "немого" ПМК (33-80 %), что соответствует ПМК 1-2 степени без гемодинамически значимой регургитации. При беременности увеличение сердечного выброса и уменьшение общего периферического сопротивления могут способствовать уменьшению степени пролапса, но беременность повышает опасность осложнения подострым эндокардитом, а так же разрыва сухожильных хорд клапана, особенно во время родов.

К редким осложнениям относятся повторные преходящие нарушения мозгового кровообращения в послеродовом периоде. Диагностированное в начале беременности пролабирование обеих створок митрального клапана является плохим прогностическим признаком, свидетельствующим о необратимости процесса, который может привести к летальному исходу беременной или родильницы.

В женской консультации № 1 наблюдались 21 беременная с пролапсом митрального клапана в возрасте 19-35 лет. ПМК впервые диагностирован до беременности в 2-х случаях (9,5 %), в остальных 19 случаях (90,5 %) данная патология выявлена терапевтом в период беременности и подтверждена ЭХО-кардиографически. Первобеременных было 6 (28,6 %), повторнобеременных – 15 чел. (71,4 %), из них первородящих – 14 чел. (66,7 %), повторнородящих – 7 чел. (33,3 %). Наблюдались по беременности с ранних сроков 18 женщин (85,7 %), после 12-недель беременности – 3 чел. (14,3 %).

Течение беременности осложнилось угрозой невынашивания у 19 женщин (90,5 %), анемией легкой степени – у 18 чел. (85,7 %), гестозом – у 7 чел. (33,3 %), гипоксией плода – у 21 чел. (100 %). Беременность закончилась срочными родами через естественные родовые пути у 15 женщин (71,4 %), преждевременными родами – у 1 чел. (4,8 %), самопроизвольным поздним выкидышем – у одной (4,8 %), операцией кесарево сечение родоразрешены 4 женщины (19 %), в связи с акушерской патологией. Роды осложнились дородовым излитием околоплодных вод у 7 женщин (33,3 %), слабостью родовой деятельности – у 1 чел. (4,8 %).

Четверо детей (20 %) родились с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов, 13 чел. (65 %) – в асфиксии легкой степени, 3 чел. (15 %) – в асфиксии средней степени тяжести. Масса у 18 новорожденных (90 %) составила 2500-3500 г, крупный плод - один (5 %), недоношенный ребенок – один (5 %).

Таким образом, ПМК оказывает отягощающее влияние на течение беременности и родов, часто наблюдается угроза невынашивания, анемия, дородовое излитие околоплодных вод, гипоксия плода и асфиксия новорожденного.

Рациональное ведение беременных в условиях женской консультации под наблюдением терапевта и кардиолога позволило добиться положительных результатов: отсутствие ухудшения состояния женщины не только на этапе наблюдения в период беременности, но и в родах и послеродовом периоде.

ГУСАИМОВА М.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

КОРРЕКЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОБНО-ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ КУЗБАССА

Репродуктивное здоровье женщины определяется многочисленными факторами. Правильное развитие половой системы происходит только при нормально функционирующей щитовидной железе (ЩЖ). В последние годы в нашей стране отмечается значительный рост распространённости эндемического зоба. Известно, что многие факторы внешней среды в экологически неблагоприятных регионах способствуют увеличению размеров и ухудшению функционального состояния ЩЖ. Обращает на себя внимание, что девушки с увеличением размеров ЩЖ имеют худшие показатели физического и полового развития, чаще и тяжелее болеют. В Кузбассе, с его крайне напряженной экологической обстановкой, эндемия широко распространена – 82,2 %.

Цель исследования – выявить особенности репродуктивного здоровья девушек, проживающих в зобно-эндемичном регионе Кузбасса, разработать методы профилактики нарушений репродуктивного здоровья.

Задачи исследования: 1) Оценить физическое, половое развитие девушек. 2) Выявить особенности менструальной функции у девушек. 3) Определить тиреоидный статус девушек с увеличением ЩЖ. 4) Разработать профилактические мероприятия по предотвращению нарушений репродуктивного здоровья девушек.

Методы исследования. У 160 студенток ВУЗов г. Кемерово в возрасте 17-21 года, обратившихся к гинекологу-эндокринологу, проводились антропометрические исследования по унифицированной методике А. Б. Ставицкой и Д. И. Арон (1959). Показатели полового развития исследованы по выраженности вторичных половых признаков, измерением размеров таза. Уровень полового развития обозначался половой формулой (по Танеру).

Проводилось гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза. Изучена менструальная функция: возраст менархе, длительность установления ритма менструации, продолжительность менструального цикла, количество дней менструации, интенсивность кровопотери, наличие болевого синдрома.

Оценка состояния щитовидной железы (ЩЖ) проводилась пальпаторным методом (классификация по О.В. Николаеву, 1995), методом УЗИ. В качестве возрастных нормативов объёма железы были приняты данные R. Gutekunst et al (1991). Медиана объема ЩЖ: 17-7,9 мл; 18 и старше – 8,0 мл. Гормональная активность ЩЖ определялась радиоиммунологическим методом.

Результаты исследования. Из 265 обратившихся студенток, у 160 (60,38 %) выявлены нарушения репродуктивной системы. Ановуляторные циклы – у 83-х (31,32 %); генитальный инфантилизм у 56 (21,13 %); дисменорея – у 27 (10,68 %). Нарушения менструального цикла (НМЦ) выявлены у 77 (29-,06 %), из них: аменорея I и II – у 5 (6,49 %); дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК) – у 5 (6,49 %); диагностированы фолликулярные кисты яичников – у 5 (16,49 %); гипофизарный нанизм – у 1 (1,29 %); галакторея – у 8 (10,39 %), из них гиперпролактинемия – 4 (50,0 %), микроаденома гипофиза – у 1 (12,5 %).

Средний возраст девушек 19,6 ± 1,2 года. Средний рост девушек: в 17 лет – 162,87 ± 0,72 см; в 18-19 лет – 164,39 ± 1,32 см. Средняя масса тела: в 17 лет – 53,49 ± 0,94 кг.; в 18-19 лет – 55,96 ± 2,42 кг. Средняя окружность грудной клетки: в 17 лет – 77,57 ± 0,23 см.; в 18-19 лет – 77,69 ± 0,69 см. Средние размеры костного таза: в 17 лет D. trochanterica – 28,9 ± 0,14 м.; C. externa – 17,07 ± 0,8 м.; в 18-19 лет D. trochanterica – 30,66± 0,07 м.; C. externa – 17,13 ± 0,17 м. Дисгармоничное развитие встречается в 17 лет – 49, 19 %, в 18-19 лет – 56,52 % ($P < 0,05$). Средний возраст менархе – 12,5 ± 0,2 года. Продолжительность менструаций 3-5 дней – 51,46 %. Дисменорея встречалась в 10,68 %. Менструальный цикл продолжительностью 32-36 дней составил 11,32 %. Олигоменорея – 12,99 %, встречалась только у девушек с нарушением менструальной функции.

Диффузное увеличение щитовидной железы (ДУЩЖ) I–II ст. – 67,19 % (у 35 из 54 обследованных). Медиана объем щитовидной железы составил 12,35 ± 3,2 мл (нормативные данные – 7,9-8,0 мл для 17-18 лет и старше). У студенток с ДУЩЖ и с нарушением менструальной функции гипотиреоз клинический подтвержден лабораторными данными в 15,56 % случаев. С целью коррекции менструального цикла у девушек с ДУЩЖ проводилось лечение препаратами йода; у девушек с ДУЩЖ и гипотериозом – тиреоидными препаратами: в течение 3-4 месяцев менструальный цикл восстанавливался, становился овуляторным, достигался эутиреоз.

Выводы. Изменения тиреоидной системы сопряжены с патологией репродуктивной системы, которые проявляются нарушениями физического, полового развития, менструальной функции, снижают фертильность молодежи.

Высокая частота ДУЩЖ у девушек, сочетается с ее гипофункцией, которая является причиной нарушений менструального цикла, требует совместного обследования и лечения девушек врачами эндокринологами; в зобно-эндемичном регионе следует проводить профилактику йодсодержащими продуктами питания и препаратами йода, а при гипофункции ЩЖ и нарушениях менструальной функции в комплекс лечебных мероприятий следует включать териоидные препараты.

КАРАСЬ И.Ю., РАВИНГ Л.С., МУХИНА В.В., РЕЦ Ю.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой, Кемеровская государственная медицинская академия Кафедра акушерства и гинекологии № 1

СИРИНГОМИЕЛИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Врожденные дефекты развития нервной системы заключаются в том, что эта патология до поры, до времени не беспокоящая пациентов, принимается за безобидные анатомические варианты.

И часто лишь при добавочных неблагоприятных условиях, клинически проявляются в виде тех или иных неврологических синдромов.

Сирингомиелия – заболевание, обусловленное дефектом эмбрионального развития спинного мозга (задержка образования шва – дизрафия) в месте смыкания медуллярной трубки и нарушения нормального созревания глии (спонгиобластов). Деформированная глия дает патологическое развитие (так называемый глиоматоз) с конечным распадом глии и образованием в сером веществе спинного мозга полостей, т.е. "дудка в спинном мозгу" (сиринкс – по-гречески – тростник, дудка; миелон – спинной мозг). При образовании полостей в спинном мозгу могут разрушаться клетки передних и задних рогов или в месте перекрестка их впереди от центрального канала спинного мозга. Сирингомиелическая полость и разрастающиеся глиозные штифты могут распространяться на ряд соседних сегментов спинного мозга, иногда на значительном протяжении.

Для заболевания характерны диссоциированные расстройства чувствительности в виде "полукуртки" или "куртки", двигательные нарушения, обусловленные поражением передних рогов, в виде вялых атрофических парезов или параличей верхних или нижних конечностей, а также трофические и вегетативно-вазомоторные расстройства, связанные с поражением клеток боковых рогов спинного мозга. Характерный дизрафический статус больных: аномалии грудной клетки, ушной раковины, кифосколиоз, неравномерное стояние сосков, несоответствия длины конечностей и туловища.

Сочетание беременности и сирингомиелии очень редкий факт. За последние 20 лет работы женской консультации ГБ № 1 под наблюдением находилась одна пациентка с этим заболеванием.

Приводим наше наблюдение. Беременная Д., 23-х лет находилась на диспансерном наблюдении в женской консультации с 4-х недель, данная беременность первая, планируемая, желанная. Из анамнеза жизни: единственный ребенок в семье от повторной беременности, протекающей без особенностей; срочных, физиологических родов. До 3-х лет росла и развивалась правильно, но в 3 года поставлен диагноз сирингомиелии с очагами поражения на уровне шейно-грудного отдела спинного мозга. Детскими инфекциями не болела.

Менструации с 15 лет, установились сразу, по 3-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, перенесла ИППП. Гинекологический статус: генитальный инфантилизм, хронический аднексит, эрозия шейки матки.

Объективное состояние: рост 166 см, вес 52 кг, пониженного питания (индекс массы тела – 18,8), астенического телосложения с общеравномерносуженым тазом 1 ст. Беременная наблюдалась в группе высокого риска по невынашиванию, развитию гестоза, фето-плацентарной недостаточности, гипоксии плода и др. За время наблюдения обследована по МЭС и осмотрена неврологом, уточнен диагноз: сирингомиелия с поражением шейно-грудного-поясничного отдела спинного мозга, с умеренным нижним парапарезом, кифосколиоз грудного отдела позвоночника.

При клинико-биохимическом обследовании выявлены низкие показатели гемоглобина и гипопротеинемия (Hb – 110-98 г/л; белок крови – 52-60 г/л). Исследование крови на афп в сроке беременности 13, 23, 30 недель без патологии. Беременной неоднократно проведено УЗИ, при котором в сроке 6, 15, 20 и 32 недель пороков развития плода и отклонений со стороны плаценты, расположенной по задней стенки матки, обнаружено не было. КТГ плода, проведенная в 32 и 36 нед., антенатального дистресса плода не выявила.

Течение беременности осложнилось угрозой прерывания в сроке 7, 15, 20, 32 недель, что потребовало госпитализации в гинекологическое, а в 32 нед. – в отделение патологии беременности. В сроке 10, 23 и 28 недель лечение проведено в условиях стационара дневного пребывания женской консультации, с явлениями угрозы прерывания беременности (2-й этап реабилитации после стационарного лечения) и явлениями хронической гипоксии плода.

С 7 недель, с целью снятия признаков угрозы невынашивания беременности, была назначена гормональная коррекция препаратом дюфастон, который по нисходящей схеме женщина принимала до 20 нед. беременности. В 15 нед. назначен препарат гинипрал, отмененный только в 38 нед., при подготовке к оперативному родоразрешению. Кроме этого, беременная получала Vit E, аскорутин, фолиевую кислоту, магнеВ6 и глицин курсами, а с 21 нед. проведено лечение хронической гипоксии плода актовегином. На протяжении всей беременности проводилось антианемическое лечение.

В сроке 37,5 нед. женщина госпитализирована в родильный дом для подготовки к родам и в 39 недель родоразрешена операцией кесарево сечение под эндотрахеальным наркозом. Родилась живая, доношенная девочка массой 3930 г, длиной 54 см, с оценкой по Апгар 7/8 баллов. Послеоперационный период протекал гладко и на 9-е сутки мать с ребенком выписаны домой. В результате проводимой на протяжении диспансерного наблюдения работы по формированию доминанты беременности и под-

держки грудного вскармливания, у женщины выработалась стойкая и достаточная лактация.

Таким образом, правильно выбранная тактика ведения беременности на фоне сирингомиелии с обширным поражением спинного мозга позволила не только сохранить желанную беременность, но и доносить ее до срочных родов, а также предотвратить тяжелые материнские и плодовые осложнения.

КОЧКИНА Т.В., ЯРОВИКОВА Г.А., ЕВГЕНОВА О.В., ШИБАИНКОВА А.Б.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой, Студенческая поликлиника

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК

Социальная значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья молодежи определила необходимость организации студенческой поликлиники в г. Кемерово.

В 2003 году в гинекологическом отделении студенческой поликлиники наблюдалось 26312 студенток, из них 6454 девушек-подростков. Целью исследования явилось изучение репродуктивного здоровья студенток. На диспансерном наблюдении находились 578 беременных студенток, в этом же году у 401 женщины беременность закончилась родами. Из них, срочных родов было 387 (96,5 %), преждевременных 14 (3,5 %), самопроизвольных абортов 2 (0,49 %). Экстрагенитальная патология диагностирована у 100 % рожающих студенток, из них 58 % имели одно заболевание, а 42 % – два, три и более. Ведущее место в структуре экстрагенитальной патологии принадлежит анемии (73 %), болезням сердечно-сосудистой системы (33 %), мочеполовой системы (2,7 %), патологии щитовидной железы (8,7 %). Беременность протекала с осложнениями у всех студенток. В структуре осложнений отмечены гипоксия плода (52,7 %), ранний и поздний гестоз (19,1 %), угроза прерывания беременности (20 %). Осложненное течение родов зафиксировано у 80 рожениц (19,9 %). Кесарево сечение было у 30 (7,5 %), акушерские щипцы – у 1-й (0,2 %), вакуум-экстракция плода – у 1-й (0,2 %). Перинатальные потери составили 7 случаев (из них, 5 недоношенных и два доношенных ребенка).

За прошлый год у студенток зафиксировано 195 абортов, из них, 2 – самопроизвольных, 10 – по медицинским показаниям, 35 – по социальным показаниям, 148 – по желанию. Из общего числа аборты у первобеременных были у 100 студенток (51,3 %).

Применение различных контрацептивных методов у студенток является одним из способов сохранения их репродуктивного здоровья. По данным кабинета по планированию семьи в настоящее время внутриматочной контрацепцией успешно пользуются 1188 студенток, гормональной – 3306, барьерными методами – 8936.

Таким образом, главное содержание в работе студенческой поликлиники заключается в ее профилактической направленности, включающей все лечебно-профилактические мероприятия не только во время беременности и родов, но и задолго до ее наступления, предупреждая тем самым возможные будущие материнские и перинатальные потери, что является основным условием сохранения репродуктивного здоровья студенток.

ГУБАРЕВА В.Ф., КОНОВАЛОВА А.А., КОЖИНОВА И.Н., ОБРАЗЦОВА М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Коарктация аорты представляет собой врожденное сужение или полный перерыв аорты в области перешейка ее дуги, реже в грудной или брюшной части. Частота порока составляет от 6 % до 15 % от всех врожденных пороков сердца (ВПС), чаще встречается у лиц мужского пола. Выделяют 3 варианта коарктации аорты: 1-й вариант – изолированная коарктация аорты; 2-й – коарктация в сочетании с открытым артериальным протоком; 3-й – коарктация в сочетании с другими ВПС (дефектом межжелудочковой перегородки, дефектом межпредсердной перегородки, стенозом аорты, транспозицией магистральных сосудов и другими пороками сердца), что встречается значительно реже.

В доступной нам литературе не встретилось описания ранней эхографической диагностики коарктации аорты в сочетании с другими ВПС у новорожденных.

Целью работы явилось изучение возможности использования эхокардиографии с цветным допплеровским картированием в диагностике коарктации аорты в сочетании с другими врожденными пороками сердца.

По данным эхокардиографии, проводимой по стандартной методике, за 2003 год в отделении новорожденных родильного дома № 1 г. Кемерово выявлено 2 случая частичной коарктации аорты в типичном месте в сочетании с различными врожденными аномалиями сердца у новорожденных мальчиков. Первый случай верифицирован, второй случай подтвержден результатами коронароангиографии в НИИ патологии кровообращения г. Новосибирска.

Первый случай сочетался с тотальным аномальным дренажом легочных вен инфракардиального типа, гипоплазией левых отделов сердца, открытым овальным окном, открытым артериальным протоком и дефектом в мембранозной части межжелудочковой перегородки. Второй – с вторичным дефектом межпредсердной перегородки, дефектом межжелудочковой перегородки в ее мембранозной части.

Эхокардиографических затруднений в диагностике коарктации аорты не было. Труднее диагностировались множественные сочетанные врожденные пороки сердца. Но эхокардиография с цветным допплеровским картированием позволяет с высокой точностью проводить раннюю диагностику врожденных пороков сердца у новорожденных детей и определять дальнейшую тактику лечения, в том числе, хирургическую.

ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К., ТОРОЧКИНА Г.П., ДОБРЯК Т.А., БОЛОТНИКОВА О.Ю., ВОРОСЦОВА Т.Г.
Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ Детская клиническая больница № 1

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХИТАМИ

Нами проведен анализ исходов бронхитов у 40 детей раннего возраста. Высокая частота развития бронхиальной астмы, преимущественно при обструктивном и рецидивирующем бронхитах, послужили поводом к разработке прогностических алгоритмов формирования бронхиальной астмы.

Проведен корреляционный анализ 37 признаков, включающих клинико-анамнестические данные (акушерско-гинекологический анамнез, заболевания родителей и родственников, особенности клинических проявлений в периоде новорожденности, перенесенные заболевания детей).

При прогнозировании бронхиальной астмы у детей с рецидивирующим бронхитом, наиболее информативными признаками оказались: наличие хронических заболеваний пищеварительной системы у родителей и родственников (J = 4,78), гестозы во время беременности (J = 3,59), угроза прерывания беременности (J = 3,59), пищевая аллергия (J = 3,66), атопический дерматит у детей (J = 3,44), дисбактериоз кишечника (J = 2,42), хронические заболевания бронхо-легочной системы и хронические заболевания ЛОР-органов у родителей (J = 1,94).

Разработка алгоритма прогнозирования бронхиальной астмы включала определение сумм прогностических коэффициентов (ПК) для каждого из обследованных детей. Вероятность формирования бронхиальной астмы при сумме баллов +13 составляет 95 %.

Наиболее значимыми клинико-анамнестическими признаками для прогноза "Бронхиальная астма" у детей с обструктивным бронхитом являются хронические заболевания ЛОР-органов (J = 1,78), хронические бронхолегочные заболевания (J = 1,22), аллергические заболевания (J = 1,1) родителей и родственников, частые острые ОРВИ у детей (J = 1,13), бронхиты, перенесенные даже 1 раз (J = 1,53),

дисбактериоз кишечника (J = 1,34), перинатальная энцефалопатия (J = 2,83).

Таким образом, использование прогностических коэффициентов позволяет выделять информативные критерии для прогноза бронхиальной астмы уже после первого перенесенного заболевания "обструктивный бронхит". Разработанные алгоритмы позволяют с высокой степенью вероятности (95 %) прогнозировать формирование астмы у детей уже в раннем возрасте.

БЕЛОВ С.А., КОБА В.И., РАЗУМОВ О.П., ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К.
МУЗ Детская клиническая больница № 1, Кемеровская государственная медицинская академия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕИТОВ В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКО-РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Болезни органов дыхания занимают ведущее место в структуре заболеваемости у детей. Это подтвердили и итоги Всероссийской диспансеризации у детей. Стационар ДКБ № 1 входит в структуру городского пульмонологического центра, и занимается лечением детей с заболеваниями органов дыхания.

Одним из значимых заболеваний респираторного тракта является стенозирующий ларинготрахеит (СЛТ). Число детей, заболевших данным заболеванием за последние 5 лет, находится на одном уровне. В структуре пролеченных больных СЛТ составляет от 20 % до 25 % от всех поступивших в АРО. Из них, в 2003 г. 20 % составили дети с субкомпенсированными стенозами и 0,6 % – с декомпенсированными формами.

Еще 10 лет назад встречались летальные исходы декомпенсированного стенозирующего ларинготрахеита.

В связи с этим, в нашем отделении была разработана тактика ведения больных с данной патологией.

Все больные в 2002-2003 гг. были доставлены в отделение бригадой скорой медицинской помощи. В последние годы значительно уменьшилось число декомпенсированных форм СЛТ, в связи с улучшением оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, что было достигнуто в результате тесного взаимодействия врачей скорой помощи и врачей стационара. В 2002 г. была проведена стажировка врачей ССМП на базе ДКБ № 1, с обучением их алгоритмам оказания неотложной помощи при заболеваниях органов дыхания.

На догоспитальном этапе 42 % детей была оказана помощь – инъекции глюкокортикоидов (преднизолон в дозе 1 мг/кг).

При поступлении в клинике у детей превалировала дыхательная недостаточность в виде инспираторной одышки, частого малопродуктивного кашля с "лающим" компонентом, осиплостью голоса вплоть до афонии. У 60 % детей выраженный синдром интоксикации, катаральные явления, гипертермия, что потребовало назначения титрованного иммуноглобулина в возрастной дозировке.

Основная часть терапии в лечении СЛТ заключалась в проведении небулайзерной терапии 1 % раствором соды или изотоническим раствором натрия хлорида и ингаляции будесонида через дозированный аэрозоль.

Небулайзерная терапия осуществлялась аппаратами "Omron", "Pari-boy". Одновременно назначалась муколитическая терапия.

В основном, мы используем амброксол – муколитический препарат нового поколения, который не только повышает синтез секрета, но и одновременно обладает стимулирующем действием на местный иммунитет через тканевые макрофаги и повышая синтез Ig A. Кроме того, амброксол обладает противоотечным и противовоспалительным свойством.

При декомпенсированных формах в лечение добавляется парентеральное введение глюкокортикоидов из расчета 2-3 мг/кг в сутки по преднизолону на 2-3 дня.

Отменяется препарат без снижения дозы – курс гормональной терапии кратковременный и не приводит к нарушению ритма выработки собственных гормонов. На данной терапии явления суб- и декомпенсированного стеноза купируются в течение 1-2 дней.

Результатом введения данного алгоритма при лечении СЛТ отмечено более быстрое выздоровление детей. В течение последних 5 лет мы отказались от таких агрессивных методов лечения, как интубация трахеи и трахеостомия. Смертности за последние 7 лет при СЛТ нет.

КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В., КОБА В.И., РОВДА Т.С.,
ТОРОЧКИНА Г.П., КОНОНОВА Г.А., КАЗАКОВЦЕВА В.С.
МУЗ Детская клиническая больница № 1, Кемеровская государственная медицинская академия

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕМЬИ

Здоровье детей раннего возраста формируется под воздействием различных факторов. Одни факторы оказывают большее влияние на первом году жизни, другие – в последующие два года. В условиях социально-экономической нестабильности возрастает актуальность социальной защиты и охраны здоровья детей из социопатических семей.

Термином "социопатическая семья" обозначаются семьи, в которых один или оба родителя страдают алкоголизмом, наркоманией, находятся в заключении или отличаются иными чертами антисоциального образа жизни. Проведено комплексное социально-гигиеническое исследование образа жизни и состояния здоровья детей в зависимости от района проживания. Контрольную группу составили дети Центрального района, где проживает наименьшее количество детей с фактором медико-социального риска. Два других района – Южный поселок и Предзаводской поселок имели более высокий уровень таких семей.

В целом, среди детского населения 1,9 % составляют дети из социопатических семей. Данный показатель следует считать ориентировочным в силу трудной выявляемости и официального учета социопатических личностей. Исследование показало, что каждая вторая социопатическая семья относится к контингенту медико-демографического риска: многодетные, неполные, юные матери. 14 % семей имели эти характеристики в различном сочетании.

Почти 1/3 семей (30,7 %) Южного и Предзаводского поселков живет в неудовлетворительных бытовых условиях, каждая шестая семья – в плохих. Каждая вторая имеет доход ниже прожиточного минимума. Таким образом, эти семьи оказались не в состоянии обеспечить своим детям полноценные условия жизнедеятельности. Анализ заболеваемости за последние три года по данным обращаемости показал, что ее уровень у детей старше года в исследуемых районах заметно ниже, чем в Центральном (контрольном) районе. Этот факт можно объяснить тем, что в случаях легких (иногда и средней тяжести) простудных заболеваний родители Южного и Предзаводского поселков не обращаются за медицинской помощью.

Среди социопатических семей наиболее высокие показатели детской заболеваемости имеют семьи с материнским фактором риска. Это наглядно иллюстрируют показатели "острой" заболеваемости детей первого года жизни, которые значительно выше, чем в контрольном районе (табл.). В этих семьях отмечается низкое качество ухода за детьми раннего возраста и крайне неудовлетворительное питание. Максимальные отклонения в выполнении гигиенических требований к здоровому образу жизни обнаружены в семьях социопатических матерей.

Заболеваемость детей первого года

	Центральный район	Южный район	Предзаводской район
Общая	1271,48	2503,0	1774,19
ОКИ	68,73	141,57	177,42
ОРВИ	776,6	1418,6	1258,06

Выявленные особенности уровня заболеваемости детей раннего возраста, в зависимости от условий и образа жизни социопатических семей, учитываются в деятельности поликлиники. В работе с такими семьями внедрен медико-социальный патронаж – как звено между здравоохранением и другими службами, задачей которого является контроль за состоянием здорового ребенка, динамикой быта, а также ставится более деликатная задача – апелляция к личности матери.

Неблагоприятный социальный фон, высокий уровень заболеваемости и отсутствие, по существу, социальной защиты детей из семей с наличием социопатической личности требуют реализации комплекса мер по медико-социальной реабилитации данного контингента детского населения.

КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В, КОБА В.И., РОВДА Т.С., ТОРОЧКИНА Г.П., КОНОНОВА Г.А., КАЗАКОВЦЕВА В.С.
МУЗ Детская клиническая больница № 1, Кемеровская государственная медицинская академия

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Влияние семьи на воспитание здорового ребенка проявляется на протяжении всей жизни. Здоровье семьи, особенно матери и детей, чрезвычайно подвержено воздействию социально-экономических условий, поэтому особенно актуальным представляется изучение социально-гигиенических и медико-демографических характеристик семей, имеющих детей раннего возраста.

Здоровая семья – это семья, имеющая комплекс положительных материальных гигиенических, физических, умственных, моральных характеристик, семья стабильная, интегрированная, солидарная,

имеющая оптимальные характеристики социального здоровья и здоровый образ жизни.

Одним из показателей здоровья семьи является полное выполнение семьей социальных функций и создание условий для здорового образа жизни. При этом необходимо принимать во внимание, что выполнение семьей функций на разных стадиях развития семьи зависит от помощи государства в связи с потребностями семьи в этой помощи.

Одной из основных функций семьи является биологическая (репродуктивная). Мы изучили выполнение этой функции семьями с детьми раннего возраста (1998-2001 гг. рождения). Выбор контингента детей первых 3-х лет жизни обусловлен тем, что их здоровье и развитие в значительной мере зависит от своевременности необходимой социальной поддержки и качества медицинской помощи.

Полученные нами социально-гигиенические характеристики обследованных семей подтверждают общую демографическую ситуацию в России в настоящее время: преобладание малодетных семей (по 1 ребенку имели 66 % семей в 1999 г. и 57 % семей в 2001 г.).

Учитывая социально-экономический кризис в стране, имеющийся спад в производственной деятельности многих предприятий и учреждений, а также связанные с этим сокращения и закрытия ряда из них, мы изучаем вопросы трудовой занятости родителей, особенно матерей: 18,4 % матерей и 40 % отцов имели рабочие специальности, соответственно, 38,6 % и 43,3 % были служащими.

В течение последних лет возросло число семей, где один или оба родителя являются студентами. Доля домохозяек в обследованных семьях составила 26,8 %, не работают 10 % отцов. Материальный достаток своих семей около 36 % матерей оценили как средний, более 50 % женщин – как низкий; на грани нищеты проживали 12,8 % семей, а достаточно высокий уровень жизни отметили лишь единичные матери (менее 2 %). Учитывая, что большая часть социальных льгот в последние годы сохранена для категории неполных семей, в три раза возросло число нерегистрированных браков (от 10,3 % до 35 %).

В этих условиях резко возрастает актуальность социальной защиты и охраны здоровья семей с детьми раннего возраста в плане расширения и увеличения размеров льгот с учетом складывающейся экономической ситуации и бюджета каждой конкретной семьи.

Изучение здоровья семей выявило тот факт, что каждый 4-й первенец был рожден после предшествовавшего аборта, а каждый 10-й – после предшествовавшего выкидыша. Причем, в 80 % семей интергенетический интервал был очень короткий, менее 2-х лет, поскольку не выполнялось обязательное требование к здоровой семье – планирование беременностей.

Таким образом, выявлена чрезвычайно низкая информированность матерей о требованиях к выполнению семьей одной из ее основных функций – репродуктивной. Мы убеждены, что одним из главных разделов работы медицинского персонала с семьей является предоставление необходимых знаний для оптимизации и выполнения медицинских требований к репродуктивной функции.

Необходима правильная ориентация молодых родителей на здоровое зачатие, соблюдение интергенетических интервалов, выполнение беременной женщиной всех рекомендаций по режиму, образу жизни, врачебных назначений, систематическому медицинскому наблюдению, созданию семьей всего комплекса гигиенических условий жизни беременной.

КОЧЕТКОВ С.Ю., ЯРОВОЙ В.В.

Городская клиническая станция скорой медицинской помощи

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРЫМИ ЭКЗОГЕННЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

Проблема отравлений у детей остается актуальной для г. Кемерово. В течение 2001-2003 гг. ежегодно регистрируется 443-445 вызовов по поводу отравлений, при 83,6 тыс. детского населения. Всего за три года выполнено 1345 вызовов по поводу отравлений различного генеза. Госпитализировано 1132 ребенка (84,3 %). Специализированные бригады (реанимационные, БИТ) обслужили 1008 вызовов (75 %), реанимационные бригады выполнили 672 вызова (54 %).

У 145 детей (10,8 %) факт отравления не нашел достоверного клинического подтверждения, тем не менее, в соответствии с апробированной в ГКССМП практикой, им проводились мероприятия, направленные на удаление предположительно принятого яда.

В течение 2001-2003г. в отделении острых отравлений находились на лечении 796 детей с острыми экзогенными отравлениями, интоксикациями. За анализируемый период реанимационными бригадами СМП доставлено 573 ребенка (72 %), другими специализированными бригадами – 63 человека (8 %); линейными бригадами госпитализировано 160 детей (20 %).

Из 160 детей, доставленных линейными бригадами, полный объем терапии получили 15 детей, в остальных 145 случаях найдены разного рода дефекты в проведенном лечении. Из 63 детей, достав-

ленных специализированными бригадами, полный объем терапии был проведен 42 детям. В 21 случае в комплексе проведенного лечения имелись те или иные недостатки: неэффективное промывание желудка, не выполнена катетеризация вены, интубация трахеи.

По данным отделения острых отравлений, только пострадавшие, доставленные реанимационными бригадами (573 чел.) получили адекватный тяжести состояния ребенка объем терапии.

Преемственность в работе реанимационных бригад ГКССМП и названного отделения достигалась, в значительной степени, за счет максимально полного оказания помощи пострадавшему по месту вызова и при транспортировке (удаление невсосавшегося яда, проведение катетеризации вены, интубации трахеи, ИВЛ, инфузионной терапии), а также оповещение врачей отделения об особенностях отравления у данного пострадавшего.

По данным отделения острых отравлений, в 58,9 % случаев причиной отравления у детей явились лекарственные средства, в 7,8 % –препараты бытовой химии, в 20,1 % – алкоголь.

Среди детей, лечившихся в отделении реанимации, отравления, обусловленные лекарственными препаратами, составили от 53 % до 62 %, среди них треть составили отравления клофелином, четверть – седативными препаратами.

Отравления неидентифицированными токсическими веществами составляют 13 %. За анализируемый период остается большой процент детей, поступающих в отделение с отравлением алкоголем (20,1 %).

Для лечения детей с экзогенными интоксикациями в отделении используются все современные методы активной детоксикации – промывание желудка, удаление яда из кишечника, форсированный диурез, заменное переливание крови, гемосорбция.

За период 2001-2003 г. в отделении реанимации умерли 3 детей. Причиной смерти явились: отравление клофелином, отравление средствами бытовой химии, отравление угарным газом.

Анализ летальных исходов не установил четких причинно-следственных связей между дефектами в оказании помощи на догоспитальном этапе и летальными исходами в отделении, т.к. во всех случаях отмечена значительная доза токсического вещества и (или) большая экспозиция.

Выводы:

1. Наиболее полный объем экстренной помощи на догоспитальном этапе детям с экзогенными интоксикациями обеспечивается только реанимационными бригадами.

2. В целях улучшения качества оказания помощи детям при экзогенных отравлениях целесообразно обучение врачей педиатрических и линейных бригад методам реанимации и интенсивной терапии.

3. При направлении бригад на вызовы по поводу “отравление” целесообразно строго придерживаться алгоритмов приоритета профильности бригад.

ГОРЛАНОВА Л.Л., БОРОДКИНА О.Д.
Городской центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями
МУЗ Городская инфекционная клиническая больница №8

О РАБОТЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОЕКТА “РОСТОЧЕК НА ВЕТРУ”

Россия оказалась одной из двух стран в мире (вторая страна – Румыния), где в первую очередь от СПИДа пострадали дети. В 1988-1989 годах 270 детей были заражены в детских больницах Ростова, Элисты, Волгограда. С 1989 года новых случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа среди детей не регистрировалось, но ситуация изменилась в 1996 году, когда вирус попал в среду наркоманов, и заболеваемость стала быстро расти.

Эпидемия ВИЧ-инфекции среди детей не обошла стороной и нашу область: на конец 2003 года в Кемеровской области зарегистрировано 43 ребенка с ВИЧ-позитивным статусом. Кроме того, 328 детей рождены ВИЧ-инфицированными матерями.

В г. Кемерово за весь период эпидемии ВИЧ-инфицированными матерями рождено 11 детей. Зарегистрировано 5 подростков с ВИЧ-положительным статусом, в том числе 1 подросток из организованного детского коллектива, его родители лишены родительских прав. Объединяет указанных подростков не только общий диагноз, но и причина инфицирования вирусом ВИЧ – внутривенное употребление психоактивных веществ с немедицинской целью и незащищенные половые контакты.

В 2003 году специалистами Кемеровского городского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (ГЦПБС и ИЗ) проведены социологические исследования для выявления влияния личностных особенностей и условий, в которых росли ВИЧ-инфицированные дети. В исследовании участвовали 100 ВИЧ-инфицированных детей, состоящих на учете в ГЦПБС и ИЗ. В ходе исследования установлено:

- 75 % росли в неполной семье или имели отчима;
- 21 % воспитывались в государственных учреждениях (школы-интернаты, детские дома), в том числе 18 % из них являлись “социальными сиротами” при живых родителях;
- 51 % в течение жизни отбывали наказание в учреждениях пенитенциарной системы, 10 % из них впервые были осуждены в несовершеннолетнем возрасте;

- 88 % на момент инфицирования не имели достаточной информации о ВИЧ-инфекции и мерах профилактики, остальные 12 % были уверены, что "с ними этого не случится";
- у 54 % в личностном аспекте имелись расстройства личности, преимущественно истерического, эмоционально-неустойчивого, диссоциального, зависимого типов и акцентуации характера;
- у 62 % преморбид личности проявлялся импульсивностью, низкой толерантностью к фрустрации, нарушениям способности прогнозирования результатов своей деятельности;
- 61 % никогда не читали никакой просветительской медицинской литературы и 21 % не испытывают желания это делать в дальнейшем.

Полученные материалы позволяют считать воспитанников детских домов, школ-интернатов, социально-реабилитационных центров контингентом особого внимания при организации профилактической работы по ВИЧ-инфекции, ИППП и наркомании. Круглосуточное пребывание детей в учреждениях этого типа откладывает определенный отпечаток на соматическое и психологическое здоровье. К этому располагает неблагоприятный социальный и медико-биологический анамнез: 96 % воспитанников – "социальные сироты", рожденные, как правило, от нежелательной беременности, протекавшей неблагополучно, нередко на фоне агрессии со стороны матери к собственному ребенку.

Особенности проживания ребенка в закрытом коллективе нередко предрасполагают к развитию психотравмирующих ситуаций. Неудовлетворенность потребностей и отсутствие личностного пространства косвенно способствует формированию наркотических аддикций, раннему сексуальному старту с вовлечением в коммерческий секс. Педагогическая запущенность, низкая мотивация к получению информации через традиционные формы (чтение, прослушивание лекций) заставляет искать новые формы профилактической работы с этим контингентом.

Поиск новых форм воплотился в новый проект межведомственного взаимодействия по профилактике ВИЧ-инфекции среди воспитанников детских домов, детских интернатов и социально-реабилитационных центров "Росточек на ветру". Авторы проекта – врачи Кемеровского городского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Цель проекта: формирование алгоритма безопасного поведения в аспекте ВИЧ-инфекции через формирование идеала здорового образа жизни и повышения ответственности за свое поведение у воспитанников учреждений интернатного типа; отработка модели партнерских взаимодействий государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, образования и общественных организаций в аспекте здоровье-сберегающих технологий; самостоятельное творческое развитие инициативы авторов проекта представителями государственных, муниципальных, общественных организаций, оказывающих образовательные или медицинские услуги по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и пропаганде здорового образа жизни.

К работе привлечены сотрудники кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней КГМА, сотрудники и врачи детских интернатов, социально-реабилитационного центра. Подготовлены волонтеры из числа студентов педиатрического факультета КГМА.

В рамках программы "Росточек на ветру" состоялся обучающий семинар "Здоровье-сберегающие технологии в аспекте ВИЧ/СПИДа" для сотрудников и врачей детских интернатов, социально-реабилитационного центра; проведен цикл занятий с волонтерами, сформирована "сумка тренера", волонтерами самостоятельно проведены тренинги с детьми на базе интерната № 6. Волонтеры обобщили свой первый опыт и сделали доклад "Современные аспекты ВИЧ-инфекции, мировой и отечественный опыт волонтерского движения" для студентов педиатрического кружка КГМА. Для детей и подростков подготовлен профилактический буклет "Путешествие в страну "СПИД". Проведены с ребятами медицинские консультации, сопровождавшиеся тестированием на ВИЧ, ИППП, вирусные гепатиты, а также беседы с раздачей буклетов, календарей, плакатов и информационных листков.

По результатам первого этапа волонтерской работы проведены супервизия и анализ тренингов с воспитанниками школы-интерната № 6, показавшие позитивный результат работы. Профилактический проект "Росточек на ветру" развивается, объединяет усилия различных специалистов и работает для здоровья детей и подростков.

КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В., РОВДА Т.С., ТОРОЧКИНА Г.П., ЗАЙЦЕВА О.А.
МУЗ Детская клиническая больница № 1, Кемеровская государственная медицинская академия

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМАМИ СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сложившаяся в стране специфическая ситуация с состоянием здоровья подростков усугубляется так называемыми "рисковыми" формами поведения современных молодых людей.

Среди подростков с проблемами социальной недостаточности налицо чрезвычайная актуальность и настоятельная необходимость отработки и реализации программ медико-социальной помощи и

поддержки подросткового контингента. В связи с этим подростки с социальной недостаточностью были выделены нами в отдельную группу диспансерного наблюдения, так называемые "трудные" подростки. В эту категорию были отнесены подростки из неполных семей, живущие в условиях бедности, соприкасающиеся с раздорами и конфликтами в семье, употребляющие алкогольные и наркотические средства, склонные к поведенческим нарушениям и антисоциальным поступкам.

Наличие в семье инвалидов, хронических больных, алкоголиков, наркоманов, лиц с асоциальным поведением является свидетельством выраженной социальной недостаточности семьи – "социопатическая" семья (В.Ю. Альбицкий, 1994).

Под наблюдением детской поликлиники находились 293 подростка с социальной недостаточностью в возрасте 15-18 лет. Из них 61,1 % – учащиеся общеобразовательных школ, 11,2 % – учащиеся школ-интернатов, 5 % – вечерних школ, 4,8 % – учащиеся ПТУ, 1 % – работающие, 15,9 % – неорганизованные подростки. Эти подростки проживали в 193 семьях. При изучении медико-социальных характеристик семей выявлено, что 52,3 % из них составляли полные семьи, 47,7 % – неполные семьи, 46,6 % семей проживали в условиях бедности, 4,7 % – многодетные семьи, 19,1 % составляли семьи крайнего риска, где один или оба родителя страдали алкоголизмом, наркоманией, в 16,6 % семей оба родителя не работали. Таким образом, все семьи трудных подростков социально дезадаптированы.

Здоровье подростка формируется в семье и в значительной степени зависит от её медико-социальных характеристик. Если в общей структуре заболеваемости подростков преобладали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, то у "трудных" подростков на I-м месте были болезни нервной системы и психические расстройства в виде эмоционально-психических нарушений (неврозы, психопатии). Отличительной особенностью данной категории подростков является дисгармоничное физическое развитие и его отставание от остальных сверстников (23,2 % против 12,7 %). Кроме того, среди "трудных" подростков наблюдается рост гепатита В и С в структуре патологии желудочно-кишечного тракта.

Эта неблагоприятная тенденция является причиной увеличения доли подростков, имеющих ограничения к получению профессионального образования, трудоустройству, службе в армии, реализации репродуктивной функции.

Учитывая особенности подросткового периода и рост негативных тенденций в состоянии их здоровья, остро назрела необходимость создания медико-социальной помощи в детских поликлиниках. Целью создания этих отделений является реализация медико-социальных мероприятий, осуществление медико-психологической помощи подросткам и их семьям.

Данный подход в организации подростковой службы способствует снижению потерь здоровья детей из группы медико-социального риска.

ТРЯПИЦИНА Ю.С., МУХИНА В.В.
МУЗ Городская клиническая больница №1 им. М.Н. Горбуновой

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

На фоне бурных политических событий в нашей стране заметными, но недостаточно осознанными становятся процессы, которые, в конечном итоге, определяют наше будущее, так как касаются воспроизводства населения и связаны в большей степени с состоянием репродуктивного здоровья девочек.

Таблица 1
Структура гинекологических заболеваний

Заболевания	Абс.	%
Альгоменорея	44	8,4 %
Нарушения менструального цикла	34	6,4 %
Задержка полового развития	21	4 %
Гирсутизм	9	1,7 %
Мастопатия	8	1,5 %
Киста яичника	2	0,3 %

Целью исследования явилось изучение соматической патологии и репродуктивного потенциала девочек, обучающихся в 10-11 классах общеобразовательных школ Центрального района г. Кемерово.

В 2003 г. обследовано 528 девочек 1985-1987 гг. рождения. Гинекологической патологии выявлено 118 случаев (22,3 %). Структура гинекологических заболеваний представлена в таблице 1.

Таблица 2

Заболевания	Абс.	%
Патология щитовидной железы	90	17,1 %
Заболевания органов пищеварения	22	4,2 %
Сердечно-сосудистые заболевания	13	2,5 %
Патология мочевыделительной системы	7	1,3 %
Заболевания ЛОР-органов	5	0,9 %
Патология органов зрения	5	0,9 %
Ожирение	5	0,9 %
Прочие заболевания	13	2,5 %

Среди гинекологических заболеваний чаще других диагностированы альгоменорея (8,4 %) и нарушения меструального цикла (6,4 %). Распространенность соматической патологии (160 случаев или 30,3 %) отражена в таблице 2. Из соматических заболеваний чаще всего встречалась патология щитовидной железы (17,1 %), затем заболевания желудочно-кишечного тракта (4,2 %).

Исследование свидетельствует о высокой частоте гинекологической и экстрагенитальной патологии у старшеклассниц. Экстрагенитальная патология (в первую очередь заболевания щитовидной железы) является ведущим факторов нарушения репродуктивного здоровья девочек. В 21 веке в активную фазу репродукции вступят девочки, имеющие серьезные проблемы с репродуктивным здоровьем.

ЛАРЬКИНА С.Н., АЛЕКСЕЕВА А.П., ПЕЧЕРИНА Е.К., ПРИВАЛОВА Ж.Ю.
МУЗ Детская клиническая больница № 1, Детский городской пульмонологический центр

РОЛЬ АСТМА-ШКОЛЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ДЕТЕЙ

Обучение родителей, дети которых страдают БА, является одним из основных пунктов комплексного лечения астмы. Низкий уровень знаний о болезни и факторах вызывающих её обострение, неосведомлённость в вопросах лечения, самопомощи и самоконтроля приводит к позднему обращению за квалифицированной медицинской помощью, утяжеляет течение заболевания, является причиной роста инвалидности и смертности от БА.

С целью создания этапной реабилитации детей-астматиков, в г. Кемерово на базе ДГПЦ в 1996 году была организована астма-школа (АШ) для родителей и детей-подростков. Используется групповой метод обучения по образовательной программе, включающей информацию о сущности БА, вызывающих её причинах, правилах соблюдения гипоаллергенного режима, методах самоконтроля, основных лекарственных средствах и правилах их использования, лечении обострений, тактике при ОРВИ, методах немедикаментозной терапии и диетотерапии.

Занятия оснащены наглядными пособиями, видеоматериалами. Наряду с этим, проводится составление индивидуальных программ длительной ступенчатой терапии. В течение 1996-1999 гг. курс обучения по 20-часовой программе прошли 270 человек, из них 15 детей-подростков.

Дети, родители которых обучены в АШ, имели тяжёлое течение БА в 2,5 % случаев, среднетяжёлое – в 27,5 %, лёгкое – в 62 %, из них принимали системные стероиды 1 % детей. Дети с впервые диагностированной астмой составили 45 %.

Образование позволило снизить повторные госпитализации с 82 % до 6,8 %, частоту обострений – в 9 раз, провести отмену системных стероидов у 100 % больных, отказаться от планового приёма b2-агонистов в 96 % случаев, перевод в более лёгкую степень – в 30 %.

Немаловажное значение имеет факт приобретения средств контроля и лекарственных препаратов для длительного непрерывного лечения большинством обученных (90 %).

Качество жизни детей с БА определялось частотой и тяжестью приступов, числом госпитализаций по поводу обострений, переносимостью физической нагрузки и показателями, отражающими гиперреактивность бронхов.

Качество жизни детей, родители которых обучились в АШ, заметно отличается от качества жизни детей, родители которых не прошли обучение. 70 % таких детей не имеют каких-либо средств контроля и получают назначенное лечение не регулярно).

Таким образом, обучение в АШ способствует улучшению клинического течения БА, что в свою очередь приводит к повышению качества жизни больного, снижает экономические затраты на лечение астмы в 6 раз. Достигается соглашение между врачом, родителями и ребенком.

САПЕГИН А.В.
МУЗ Детская клиническая больница № 5, Областная служба охраны репродуктивного здоровья

ВЛИЯНИЕ ПОНИМАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА НА ЛИЧНЫЕ УСТАНОВКИ ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА Г. КЕМЕРОВО

Установки и представления о сексуальности сугубо индивидуальны, поскольку каждый из нас – неповторимая личность. Они основаны на собственных переживаниях человека, но складываются под влиянием социальной среды и общедоступной информации.

Целью настоящего исследования является выявить понимание сексуальной жизни человека и влияние

определенного понимания на личные установки подростков мужского пола 15-17 лет.

Была предложена анонимная анкета учащимся школ, профессиональных технических училищ и ВУЗов, ответы на которые подростки давали в произвольной форме.

У большинства опрошенных понимание сексуальной жизни сводилось сугубо к половому акту между мужчиной и женщиной. Такое определение высказали 53,1 % мальчиков-подростков – они были отнесены к первой группе. Если рассматривать по месту учебы, то подобное видение сексуальной жизни близко основной части учащихся школ (64,3 %), половине студентов ВУЗов (50 %), и трети учащихся средних специальных профессиональных учебных заведений (33,3 %).

Более расширенное понимание сексуальной жизни человека, включающее в себя, помимо биологического инстинкта, еще и психологический и поведенческий аспекты (общие интересы, встречи, ухаживания, поцелуи, ласки), дали 34,4 % опрошенных – вторая группа. Подобное определение высказано меньшей долей студентов (41,7 %), частью учащихся школ (35,7 %) и небольшой частью учащихся профессиональных технических училищ (16,7 %).

Половина учащихся средних специальных профессиональных учебных заведений (50 %) и небольшая часть студентов (8,3 %) видят определение сексуальной жизни, как один из способов получения собственного удовольствия, что составляет 12,5 % от общего числа опрошенных – третья группа подростков.

В следующем пункте анкеты было предложено сформулировать принципы и убеждения, которых придерживается в своей сексуальной жизни подросток.

Наиболее часто звучал принцип безопасности в сексуальных отношениях – 24,4 % (в основном, использование презерватива, реже других методов контрацепции). Но только в 5,4 % высказываний внимание акцентуировалось на допустимости лишь одного полового партнера в своей сексуальной жизни.

В то же время, в 16,2 % случаев для подростка оказались важны испытываемые к подруге чувства (любовь, уважение, доверительность и преданность взаимоотношений) и их влияние на возможность установления в дальнейшем сексуальных контактов.

Согласие партнерши, как один из факторов благополучных сексуальных отношений, оказался важен лишь в 2,7 %.

Допустимость только гетеросексуальных контактов подчеркнуто прозвучала в 13,5 % высказываниях.

8,1 % поставили для себя главным принципом – достижение "высоких" показателей в своей сексуальной жизни (большее число сексуальных партнерш, большее число половых актов в день, подбор сексуальных партнерш с "сексапильными" внешними данными и т.п.).

Лишь 2,7 % избрали воздержание в своем возрасте. Столько же – 2,7 % – соблюдение гигиены в сексуальной жизни. Вышеперечисленных принципов придерживается основная часть подростков из первой и второй групп (76,9 % и 90 %, соответственно) и ни один из третьей группы.

Остальные подростки первой, второй и четверть из третьей группы предпочитают не ограничивать свою сексуальную жизнь какими-либо принципами (13,5 % от общего числа опрошенных). 2,7 % высказали наличие тайн и подчеркнули, что эти тайны каждый должен держать при себе.

Не смогли сформулировать собственные убеждения 8,1 % опрошенных подростков.

На основании приведенных данных можно сделать вывод, что в настоящее время большинство подростков мужского пола 15-17 лет понимают сексуальную жизнь человека только с биологической точки зрения, как половой акт между мужчиной и женщиной. Это, в свою очередь, оказывает влияние на их собственные убеждения, где на первых позициях для подростка стоят предохранение при половых контактах, достижение "успеха" в сексуальной жизни или максимальное "пробирование всех сексуальных удовольствий". Лишь при изменении самосознания, когда понимание сексуальной жизни подростком начинает включать в себя и чувственные аспекты человека, важное место, наряду с безопасностью, начинает занимать и эмоциональная окраска, и внутренние переживания самого подростка, и уважение к подобным чувствам другого человека.

ЧЕРНОВСКАЯ О.В.
МУЗ Детская клиническая больница № 7

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

В 2003 году в школе № 77 сформировано девять спортивных классов, в которых обучаются дети, посещающие секции Детской Юношеской Спортивной Школы (ДЮСШ). С учетом необходимости утренней и вечерней тренировок, учащиеся этих классов обучаются с 11 час, они получают обязательное горячее питание перед первым уроком, а количество учеников в классе не превышает 15 человек.

Изучено состояние здоровья 110 учащихся спортивных классов. Из них, 55 школьников начальных классов занимаются спортивной гимнастикой. Из

55 детей средних и старших классов, 27 детей посещают секцию спортивной гимнастики, 23 чел. занимаются легкой атлетикой, один – баскетболом, один – карате, один – вольной борьбой, один – хоккеем, один – футболом. Группу сравнения составили 550 школьников, обучающихся в обычных классах школы. Обследование детей проводилось по общепринятой методике врачом-педиатром школы и "узкими" специалистами. Кроме того, всем детям проводилась плантография, параклинические и физиометрические исследованиям.

В спортивных классах 11 % детей имели первую группу здоровья, 75 % – вторую и 14 % – третью. В обычных классах школы первая группа здоровья была у 6 % детей, вторая – у 54 % и третья – у 39 %. Таким образом, количество учащихся с первой и второй группами здоровья в спортивных классах выше, чем в обычных.

В обеих исследуемых группах у школьников преобладало среднее физическое развитие (62 % в обычных классах и 57 % – в спортивных). Высокорослые дети чаще встречались в обычных классах (16 % по сравнению с 3 % в спортивных классах). Низкорослость и дефицит веса более типичными были для спортивных классов (16 % и 22 %, соответственно, по сравнению с 4 % и 16 % в обычных классах).

Причиной данной тенденции, вероятно, является раннее занятие спортом (с 5-6 летнего возраста) и физические перегрузки, которые оказывают влияние на пониженное отложение подкожно-жирового слоя и задержку роста костей скелета.

В обеих группах уровень острой заболеваемости был примерно равен. Заболеваемость детей в обычных классах составила 652 случая острых заболеваний на 1000 учащихся. Из них, 526 случаев приходилось на патологию органов дыхания (490 случаев ОРВИ, 13 – бронхит, 11 – грипп), 35 – на инфекционные заболевания и 47 – на травмы. У учащихся спортивных классов зарегистрировано 527 случаев острых заболеваний на 1000 детей. Из них, 218 случаев приходится на патологию органов дыхания (163 случаев ОРВИ, 9 – грипп, не было ни одного случая бронхита), 3 – на инфекционные заболевания и 127 – на травмы.

Таким образом, острая респираторная заболеваемость у учащихся спортивных классов в 2,5 раза ниже, чем в обычных классах, инфекционная заболеваемость детей практически равна, а травматизм у детей-спортсменов в 2,7 раза выше, чем у обычных школьников.

Среди учащихся школы выявлено 836 случаев отклонений в состоянии здоровья. Из них 777 случаев (1400 ‰) приходилось на детей обычных классов и 59 случаев (536 ‰) на детей спортивных классов. У учащихся обычных классов было 118 случаев (215 ‰) заболеваний нервной системы, 82 случая (150 ‰) заболеваний органов дыхания, 130 случаев (236 ‰) нарушений зрения, 92 случая (167 ‰) плоскостопия и 118 случаев (215 ‰) нарушения осанки. В структуре хронической заболеваемости: 23 школьника (42 ‰) имели бронхиальную астму, 58 школьников (105 ‰) – хронический гастродуоденит.

Среди учащихся спортивных классов заболевания нервной системы имели 8 детей (73 ‰), заболевания органов дыхания – 7 че. (63 ‰), нарушения зрения – 19 детей (170 ‰), плоскостопие – 6 детей (54 ‰), нарушения осанки – 16 детей (145 ‰). В структуре хронической заболеваемости: 3 школьника (27 ‰) имели бронхиальную астму, и 4 школьника (36 ‰) – хронический гастродуоденит.

Особое внимание обращает на себя количество учащихся с задержкой полового развития. Из 5-ти выявленных случаев, четверо детей занимались в секции спортивной гимнастики.

В 2003 г. на 62 учащихся с хроническим гастродуоденитом приходился 21 случай обострений, на 25 детей с бронхиальной астмой – 4 обострения, все случаи обострения были у детей обычных классов. Длительность ремиссии данных заболеваний у учащихся спортивных классов была более трех лет.

Таким образом, среди учащихся спортивных классов количество заболеваний, подлежащих диспансерному учету, меньше, чем в обычных классах, в 2,5 раза.

Наиболее распространена среди спортсменов патология костно-мышечной системы. Безусловно, занятия спортом оказывают положительное влияние на здоровье детей в виде повышения сопротивляемости к внешним факторам окружающей среды за счет закаливания, рационального режима дня и отсутствия гиподинамии.

Дети значительно реже болеют простудными заболеваниями, среди них наблюдается больший удельный вес детей с первой и второй группами здоровья, меньше доля детей с хроническими заболеваниями.

Отрицательное влияние занятий спортом выражается, главным образом, в повышенном травматизме детей.

Большая физическая нагрузка с дошкольного возраста может приводить к нарушениям костно-мышечной системы, физического развития в виде низкорослости и дефицита веса, а у части детей – к задержке полового развития в пубертатном периоде.

АЧКАСОВА А.А., ДАВЫДОВ Б.И., ПРОТОПОПОВА Т.П., АНФИНОГЕНОВА О.Б.,
ТРОШКОВА И.Г., ИВАНОВ В.В., МАКАРЕНКО Т.С.
МУЗ Детская клиническая больница № 2, Кемеровская государственная медицинская академия

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. КЕМЕРОВО

Ряд медицинских проблем двадцатого века остались и в новом тысячелетии: гармоничность физического, нервно-психического и полового развития, влияние на здоровье социально-экономических и экологических факторов региона проживания. К их числу следует отнести хронические формы патологии органов пищеварения, которые, по мнению ВОЗ – занимают II-е ранговое место в структуре общей заболеваемости.

Исследования, проведенные нами в 2003 году, подтвердили частоту хронического гастродуоденита (ХГД) у 3250 детей (из 7488 чел.), что составило 400,2 случая на 1000 детского населения. Эта цифра превысила результаты 2000 года в 1,6 раз. Достоверно смещение пика распространенности ХГД на ранний и младший школьный период ($p < 0,01$).

Рост обострений заболевания зарегистрирован к 10 годам, то есть к периоду психической, гормональной и репродуктивной перестройки организма. Во всех периодах детства преобладали девочки.

Многофакторный анализ возможных причин позволил отнести хроническую патологию желудочно-кишечного тракта к экологически детерминированным состояниям. Негативный отпечаток накладывают социально-экономический и производственный уклад жизни населения.

Подтверждена корреляционная связь риска формирования ХГД от уровня содержания в естественных водоемах нитритов ($r = 0,84$) и азотистых соединений ($r = 0,79$), в почве приусадебных участков – альдегидов ($r = 0,94$) и сульфатов ($r = 0,72$). Значимы стрессовые состояния у ребенка в школе и семье, вредные привычки, нарушения режима дня и питания, внеклассные нагрузки, отсутствие знаний здорового образа жизни.

Изучена роль наследственной предрасположенности к формированию ХГД методом изучения генеалогического анамнеза и выявления генетических маркеров. Наследственная отягощенность среди больных детей составила 44,7 % (в контрольной группе – не превысила 15,0 %).

Доказательно популяционное различие генов, кодирующих антигены гистосовместимости и различия к заболеванию. Так, антиген HLA DR4 является маркером фактора риска формирования ХГД, антигеном устойчивости к заболеванию служит HLA DR6. Распределение аллельных вариантов генов HLA DR у здоровых детей Кемерова было представлено, преимущественно, антигенами DR3 (38,5 %), DR1 (31,3 %), DR2 (28,9 %). Для детей, больных ХГД, приоритетна 0(I) группа крови (55,4 %) и дерматоглифические нарушения соотношения петлевых и завитковых узоров на пальцах обеих рук (кроме четвертого).

За основу верификации ХГД были взяты клинико-анамнестические данные и результаты инструментально-лабораторных исследований детей, основное заболевание которых было ассоциировано с Helicobacter pylori (250 чел.) и неинфекционной этиологии (250 чел.).

Для детей I-й группы типичны плохие социально-бытовые условия, семейный характер инфицирования, тревожность и раздражительность. ЭФГДС диагностировала преимущественно эрозивную форму воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗИ-полиорганную заинтересованность органов брюшной полости с основным заболеванием, гиперсекрецию соляной кислоты желудка, угнетение показателей специфического и неспецифического иммунитета.

Рекомендуемая нами таблица дифференциально-диагностических признаков ХГД у детей и подростков, с учетом этиологии заболевания, опубликована в методическом письме "Хеликобактерные хронические гастродуодениты у детей" (Кемерово, 2001).

Проблемы гастроэнтерологической заболеваемости среди детей и подростков Кемерова решаются в детском городском клиническом гастроцентре (ДГКГЦ), работающем на базе МУЗ ДГКБ № 2 (приказ МУ УЗ администрации г. Кемерово № 02-88 от 3.04.95). Центр решает вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В основу работы ДГКГЦ положены принципы преемственности с ЛПУ города, этапности лечения, оказания неотложной и плановой лечебно-диагностической помощи, повышение квалификации педиатров, знаний больных детей и их родителей.

Во исполнение приказа МЗ РФ № 438 от 9.12.99 г., одной из малозатратных технологий и стационарзамещающих форм лечения является отделение дневного обслуживания. Анализ медико-экономической эффективности дневного отделения, по сравнению с круглосуточным, свидетельствует об улучшении восстановления здоровья пациентов на 20,0 % и уменьшении затрат в 1,2 раза.

Выполнение научных исследований для практического внедрения в медицинские подразделения гастроцентра являются фрагментом региональной программы "Качество жизни населения Кузбасса".

ШЕЛЕПАНОВ В.М., БАКАНОВА Т.А., СУТУЛИНА И.М., ЖИЛИНСКАЯ Н.К., ФИРСОВА Н.А.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №5

Поражения нервной системы – наиболее часто встречающаяся патология в детском возрасте. До 70 % родившихся детей в той или иной степени имеют признаки поражения ЦНС. Заболевания нервной системы вносят значительный вклад в инвалидизацию и смертность детей.

Квалифицированные кадры и современные технологии МУЗ ДГКБ № 5 позволяют оказывать высококвалифицированную помощь детям с различной неврологической патологией, а также беременным женщинам, имеющим высокий риск поражения нервной системы у плода. В систему оказания помощи детям с неврологической патологией в МУЗ ДГКБ № 5 входят амбулаторно-поликлинический, акушерский и стационарный блоки.

Амбулаторно-поликлинический блок функционирует на базе консультативной поликлиники и предназначен для оказания консультативно-диагностической помощи беременным женщинам и детям первого года жизни с перинатальной патологией. В его структуру включены консультативный прием пренатолога и проведение ультразвуковой диагностики плода, целью которых является антенатальное выявление патологии нервной системы у будущего ребенка.

Все случаи тяжелой патологии ЦНС рассматриваются на консилиуме с участием акушеров-гинекологов, неврологов, неонатологов, нейрохирургов с целью решения вопроса о прогнозе для жизни и здоровья плода, перспективах нейрохирургической коррекции или консервативной терапии. После рождения дети с перинатальной патологией продолжают наблюдение у детского невролога.

Беременные женщины при выявлении неврологической патологии у плода, а также имеющие высокий риск развития перинатальной патологии нервной системы у ребенка, направляются для родоразрешения в родильный дом МУЗ ДГКБ № 5. Все родившиеся дети наблюдаются детским неврологом. Объем исследований новорожденных включает ультразвуковой скрининг на выявление патологии ЦНС (УЗИ головного мозга, по показаниям – УЗИ спинного мозга). По показаниям дети с неврологической патологией могут получить необходимый объем терапии в условиях 2-го этапа выхаживания родильного дома или или отделений детского стационара МУЗ ДГКБ № 5.

Стационарный блок располагает психо-неврологическим отделением № 1 (для новорожденных детей), психо-неврологическим отделением № 2 (для детей от 1 месяца до 15 лет), нейрохирургическим отделением. Дети с тяжелой неврологической патологией, имеющие нарушения витальных функций, получают помощь в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных и реанимационно-анестезиологическом отделениях.

В г. Кемерово в 2003 году зарегистрировано 665 детей в возрасте до 18 лет, больных эпилепсией. С целью улучшения качества оказания лечебно-диагностической и психологической помощи детям, больным эпилепсией, в 2003 г. на базе психо-неврологического отделения № 2 организован Городской центр по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний.

В задачи центра входят оказание высококвалифицированной консультативно-диагностической помощи детскому населению с применением высокоэффективных медицинских технологий путем проведения комплексного обследования и лечения больных детей с эпилепсией и пароксизмальными состояниями, а также динамического наблюдения за данным контингентом больных; осуществление медико-социальных и реабилитационных мероприятий; разработка и внедрение динамических алгоритмов для больных эпилепсией с целью получения в минимальные сроки полной и достоверной информации при консультативных приемах; своевременная диагностика эпилепсии и определение ее формы, согласно современной классификации; адекватный подбор противоэпилептических препаратов; оказание неотложной помощи детям, страдающим эпилепсией и другими пароксизмальными состояниями; комплексное обследование больных с использованием преимуществ детской больницы в целях получения достоверной диагностической информации в минимально короткие сроки; создание базы данных, включая информацию по применению лекарственных препаратов с целью их рационального использования.

В обследовании детей с неврологической патологией используются как возможности диагностических служб МУЗ ДГКБ № 5 (ультразвуковая диагностика, электрофизиологические методы, рентгенография и др.), так и возможности других лечебно-диагностических учреждений (компьютерная томография, магнитнорезонансная томография). На базе психо-неврологического отделения № 2, установлен единственный в г. Кемерово энцефалограф “Нейрон-Спектр-4”, позволяющий проведение исследования – видео-энцефалографии (круглосуточный видео-ЭЭГ-мониторинг) для диагностики эпилепсии.

Т.к. родильный дом МУЗ ДГКБ № 5 специализирован по оказанию помощи при преждевременных родах, 10 % среди родившихся детей составляют недоношенные, в том числе с типичной для этой категории новорожденных патологией – внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК). Оказа-

ние помощи этой категории больных остается проблемным до настоящего времени. Только консервативное ведение детей с такой патологией неминуемо приводит к инвалидизации и ранней смерти в младенческом возрасте.

Нейрохирургами МУЗ ДГКБ № 5 разработаны щадящие, минимально инвазивные методики наружного дренирования боковых желудочков мозга при ВЖК у новорожденных для ранней санации ликворных пространств. В случае развития постгеморрагической гидроцефалии, шунтирование выполняется дренажными системами с щелевидным клапаном собственной конструкции, что позволило отказаться от дорогостоящих зарубежных систем и получить экономический эффект. В последнее время детям с массивными ВЖК оказание нейрохирургической помощи начинается на уровне родильного дома, и продолжается в неонатологических или нейрохирургическом отделениях стационара. Внедрение новых методов лечения и активная тактика привели к снижению процента развития постгеморрагической гидроцефалии и летальности.

Усиление конкуренции между различными службами, сокращение ассигнований на содержание больниц, при постоянном увеличении числа больных детей, привели к поиску новых форм оказания медицинской помощи детям с неврологической патологией. Примером развития стационар-замещающей медицинской помощи может служить дневной стационар при поликлинике МУЗ ДГКБ № 5. Основным направлением работы дневного стационара является реабилитация детей с перинатальным поражением нервной системы, в том числе новорожденных, начиная с 2-х недельного возраста. В дневном стационаре применяются высокоэффективные, мало- и неинвазивные методы диагностики и лечения неврологической патологии, найдены новые решения в использовании гидрокинезотерапии, мануальной терапии, краниосакральных техник, иглорефлексотерапии.

Основной проблемой в организации неонатологических дневных стационаров является необходимость неукоснительного соблюдения специального санитарно-противоэпидемического режима отделения для новорожденных. Дневной стационар для новорожденных МУЗ ДГКБ № 5 располагается в изолированном помещении с отдельным входом. Лечебные подразделения представлены в виде боксов. Выделены комнаты отдыха для матерей с детьми. Организация работы и санитарно-противоэпидемический режим отделения строятся в соответствии с приказами № 440 МЗ СССР от 20.04.83 г. "О дополнительных мерах по совершенствованию медицинской помощи новорожденным детям".

Направление новорожденных детей для проведения лечения в условиях дневного стационара осуществляется врачами-неврологами отделений новорожденных родильных домов, неврологом консультативной поликлиники и врачами неонатологических отделений стационара (для проведения этапного лечения), после установления диагноза. Пребывание матери и ребенка в условиях дневного стационара, не нарушая привычного образа жизни семьи, создает благоприятный эмоциональный фон, улучшая процесс выздоровления.

Дневной стационар организован в январе 2002 года. В течение 2-х лет в отделении прошли реабилитацию около 250 новорожденных детей с перинатальным поражением ЦНС легкой или средней степени тяжести. Эффективность лечения составила 98 %. В связи с открытием дневного стационара неврологического профиля для новорожденных сократилась очередь на перевод детей из родильных домов в психоневрологическое отделение № 1 круглосуточного пребывания. Удельный вес больных, госпитализированных в психоневрологическое отделение для новорожденных круглосуточного пребывания, со средней степенью тяжести перинатального поражения ЦНС, уменьшился с 86,4 % в 2001 году до 68,5 % в 2003 году. Косвенный экономический эффект в течение 2-х лет составил свыше 1 млн. рублей, за счет уменьшения использования фармакологических препаратов, сокращения времени пребывания детей в стационаре, снижения риска развития детского церебрального паралича.

Система организации неврологической помощи в МУЗ ДГКБ № 5 весьма эффективна. Так, катамнестическое наблюдение детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией показало, что около 80 % больных в течение первого года жизни, под воздействием комплексной терапии, полностью восстановили психомоторные функции.

ЗУЕВА К.В., КОЧКИНА Т.В., ШИБАИНКОВА А.Б., ЕВГЕНОВА О.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой, Поликлиника № 10

РОЛЬ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ОЗДОРОВЛЕНИИ ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В студенческой поликлинике № 10 в 2003 году наблюдались 12864 подростков. Заболеваемость среди подростков составила 1211 случаев на 1000, что привело к увеличению количества подростков, нуждающихся в лечении и оздоровлении в амбулаторно-поликлинических условиях и, в том числе, в дневном стационаре (ДС).

ДС расположен в отдельном крыле поликлиники, что исключает контакт с инфекцией и, одновременно, обеспечивает возможность создания необ-

ходимого лечебно-охранительного режима. Работа ДС осуществляется в две смены, что позволяет равномерно распределить поток пациентов, выбрать удобное для них время посещения процедур и, в то же время, обеспечить необходимую интенсивность работы ДС. Уютная и спокойная обстановка в ДС, доброжелательное отношение медперсонала, наличие комнаты отдыха, буфета, строгое соблюдение лечебно-охранительного режима способствуют расслаблению и нормализации психоэмоциональной сферы подростков и помогают повысить комплаентность лечения.

Основной задачей ДС в 2003 году было осуществление комплекса лечебных мероприятий при острых заболеваниях и в период обострения хронических. Для каждого подростка составлялся план лечебно-оздоровительных мероприятий, с учетом анамнеза, тяжести состояния и ранее проводившейся терапии, который включал в себя несколько этапов:

- бесплатное медикаментозное лечение, согласно существующим современным стандартам,
- широкий спектр физиотерапевтических процедур,
- ЛФК и массаж,
- фитотерапия (лечебные и общеукрепляющие сборы), кислородные коктейли.

Все лечебные и реабилитационные мероприятия координирует врач ДС, который ежедневно проводит оценку динамики клинического состояния подростка и коррекцию лечения. При необходимости, проводятся консультации узких специалистов и дополнительное обследование пациента на базе поликлиники, что позволяет в максимально короткие сроки уточнить диагноз, внести коррекцию в лечение и, таким образом, сократить срок пребывания пациентов на ДС. По окончании лечения подростку составляется план дальнейших профилактических мероприятий, которые осуществляет подростковый врач-терапевт, совместно с фельдшером учебного заведения.

В 2003 г. в ДС пролечены 238 подростков, что составило 21,4 % от общего числа пролеченных больных и 100 % от числа нуждающихся в лечении. Структура заболеваемости среди подростков, пролеченных в ДС, отражает общие тенденции заболеваемости среди молодежи: ведущее место занимают болезни органов дыхания (БОД) – 29 %, затем заболевания ЖКТ – 27,5 %, нервной системы – 22 %, мочевыделительной системы – 10,5%, сердечно-сосудистой системы – 6 %, далее – заболевания других органов и систем – по 1-1,5 %. Основную массу пролеченных составили подростки с хроническими заболеваниями в стадии обострения.

В 2004 году планируется использовать ДС как профилакторий для оздоровления подростков в период зимних и летних каникул, что должно снизить количество обострений хронических заболеваний, а также позволит оздоровить категорию часто болеющих подростков и инвалидов. Для снижения количества подростков с дефицитом массы тела и астеническими состояниями, планируется использование сбалансированных питательных смесей и витаминных продуктов. Осуществлять оздоровительные мероприятия планируется за счет средств учебных заведений, не имеющих своих профилакториев.

Учитывая, что болезни органов дыхания в структуре заболеваемости в ДС занимают ведущее место, в 2004 году планируется внедрить современные методы диагностики и лечения БОД у подростков – небулайзеротерапия с использованием бронхолитиков и мукорегуляторов; ведение дневника пикфлоуметрии при обструктивных состояниях; проведение ФВД в начале и в конце лечения, с обязательными пробами для выявления гиперреактивности бронхов при подозрении на бронхиальную астму и при рецидивирующих обструктивных бронхитах; обучение подростков правильной технике ингаляций и пользованию спейсерами, методикам перкуторного массажа в дренажных положениях и др.

Для пациентов с БОД в 2004 году планируется на базе ДС организовать выездные консультации врача-пульмонолога КГПЦ и циклы занятий Астма-школы.

КОЧКИНА Т.В., ШИБАИНКОВА А.Б., ЕВГЕНОВА О.В., АБРОСОВА О.Е.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой, Поликлиника № 10

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ПОДРОСТКОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, КАК НОВОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ

В 2002 году, после завершения реконструкции студенческой поликлиники, под ее наблюдение были переданы учащиеся профтехучилищ, техникумов и колледжей (согласно приказу № 690 от 06.11.02 г. МУ Управление здравоохранения администрации г. Кемерово). Общая численность прикрепленного населения увеличилась с 29000 до 46000, из них подростков – 12836 чел., что составляет 48 % от общей численности подростков г. Кемерово.

В связи с увеличением численности прикрепленного подросткового населения, для совершенство-

вания оказания медицинской помощи данной категории пациентам и выполнения приказа о Всероссийской диспансеризации, на базе студенческой поликлиники было организовано отделение диспансеризации и медицинских осмотров подростков, основными задачами которого является оценка состояния здоровья, выявление причин роста заболеваемости с последующим анализом и определением плана лечебно-оздоровительных мероприятий.

Отделение расположено на первом этаже, в отдельном блоке. Работу отделения планирует и координирует заведующая отделением диспансеризации подростков. Под ее руководством работает бригада, состоящая из подросткового терапевта, хирурга, гинеколога, офтальмолога, отоларинголога, невролога, нарколога, клинического лаборанта и лаборанта функциональной диагностики.

Работа отделения строится в две смены, для каждого учебного заведения составляется индивидуальный график медицинских осмотров, который согласовывается с администрацией, с учетом расписания занятий.

Перед проведением медицинского осмотра фельдшером здравпункта и подростковой медицинской сестрой подбираются амбулаторные карты для предварительного ознакомления с ними врача.

Комплексный осмотр начинается с кабинета доврачебного приема, где проводится измерение антропометрических данных, гемодинамических показателей, динамометрия, пневмотахометрия, по показаниям – ЭКГ. Тут же в отделении имеется кабинет для забора материала на клинические анализы.

Из доврачебного кабинета подростки направляются в кабинеты специализированного приема, оснащенные в соответствии с предъявляемыми требованиями. Работа с каждым подростком осуществляется индивидуально. Все это создает более доверительное отношение между врачом и подростком и направлено на качественный осмотр и диагностику заболеваний.

По завершению медицинского осмотра амбулаторная карта направляется на компьютерную обработку по программе Всероссийской диспансеризации подростков.

По выходным формам создается индивидуальный план лечебно-оздоровительных мероприятий, выполнение которого осуществляется врачами поликлиники.

По окончании отчетного периода проводится оценка эффективности диспансеризации, с последующим обсуждением на совместных заседаниях с администрацией учебных заведений, студенческими советами. Результаты медицинских осмотров используются и при совместной работе с военкоматами.

Опыт работы отделения диспансеризации и медицинских осмотров подростков показал преимущества данной формы работы:

- произошло разделение потоков больных, обратившихся в поликлинику по заболеванию и проходящих профилактический осмотр;
- ведется строгий учет базы данных; так, в 2002 г. было установлено 579 заболеваний на 1000 подростков, из них впервые – 22,5, в 2003 г. – 1067 заболеваний на 1000 подростков, из них впервые – 30,8;
- выходные формы учета результатов медицинских осмотров определяют исходную точку работы всех специалистов поликлиники с данной категорией пациентов, и являются координирующим и контролирующим моментом сохранения репродуктивного здоровья девушек и в работе с юношами призывного возраста.

Несмотря на малый срок работы отделения, полученные результаты подтверждают эффективность и целесообразность его организации, цель которой – сохранение здоровья учащейся молодежи подросткового возраста.

ЛАСТОЧКИНА Л.А., АБРОСОВА О.Е., ЕВГЕНОВА О.В., НЕСТЕРОВ Ю.И.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой, Студенческая поликлиника

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДОСМОТРОВ

Студенческая поликлиника централизованно обслуживает учащихся начального профессионального и среднего специального образования (ПТУ, колледжи, техникумы), основная масса которых – подростки. В рамках программы "Здоровье подрастающего населения" все подростки подлежат динамическому наблюдению.

Заболевания эндокринной системы не занимают ведущие места в общей заболеваемости среди всего населения, но, по результатам проведенных в 2003 г. медосмотров учащихся 28 профтехучилищ и средних специальных учебных заведений, выявлено значительное количество подростков, имеющих патологию эндокринной системы.

Всего за весенний и осенний медосмотры 2003 г. осмотрено 15367 подростков, (50,5 % – юноши, 49,5 % – девушки). Заболевания и состояния, связанные с нарушением обмена веществ, выявлены у 12,7 % осмотренных (1949 чел.), из них, 62 % составили юноши, 38 % – девушки.

В структуре эндокринной патологии у подростков основную массу (84,5 %) составили нарушения веса: снижение массы тела – 64,9 % всей эндокринной патологии (8,2 % всех осмотренных на медосмотре подростков), повышение массы тела (ожирение, гипоталамический синдром, подростковый диспитуитаризм) – 16,6 % (2,1 % осмотренных). На третьем месте по частоте среди эндокринной патологии оказались заболевания щитовидной железы (с сохранной и пониженной функцией) – 11,4 % подростков. Задержка физического и полового развития отмечена у 5,6 % осмотренных, имеющих патологию эндокринной системы. Остальные заболевания – сахарный диабет, субнанизм, адреногенитальный синдром – выявлялись редко и составили 1 % от всей эндокринной патологии.

При оценке распределения патологии эндокринной системы в зависимости от пола отмечены следующие особенности. Снижение массы тела выявлено у 75,3 % юношей, значительно чаще, чем у девушек (48 %). Повышение массы тела у девушек выявлялось почти в два раза чаще, чем у юношей – 23,5 % и 12,3 %, соответственно. Заболевания щитовидной железы у девушек также выявлялись чаще – у 23,5 % девушек и у 3,5 % юношей.

Нарушение веса часто сопровождается патологическими состояниями и заболеваниями. Так, дефицит массы тела в 7-10 % сопровождался плоскостопием, нарушением осанки и сколиозом, миопией. Достаточно высокая частота нарушений веса, преимущественно в сторону понижения, у юношей, которым предстоит служба в армии, и девушек, состояние здоровья которых важно для будущего материнства, а также заболеваний и патологических состояний щитовидной железы, требует целого комплекса мероприятий, направленных на нормализацию веса.

В связи с этим, в студенческой поликлинике разрабатывается план реабилитационных мероприятий по нескольким направлениям. Во-первых, организация лечебного питания в учебных заведениях для подростков с недостаточной массой тела – применение пищевых белковых добавок для лиц с дефицитом веса, йодированных напитков при патологии щитовидной железы за счет средств поликлиники и учебных заведений. Во-вторых, создание системы лечебной физкультуры в учебных заведениях – обучение преподавателей физкультуры инструктором ЛФК, а в перспективе – преподавателями кафедры физкультуры и спортивной медицины КемГМА; проведение занятий в подготовительной и специальной физкультурных группах с элементами лечебной физкультуры.

Таким образом, результаты медосмотров позволяют дифференцированно подходить к оздоровлению подростков с нарушением обмена веществ.

ЛЁН О.А., КАЗАНЦЕВА Т.В.
МУЗ Наркологический клинический диспансер

НОВЫЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. КЕМЕРОВО

На сегодняшний день проблема наркологических заболеваний среди детей и подростков является одной из актуальных проблем общества (Короленко Ц.П. с соавт., 1998; Кошкина Е.А., 2001; Дмитриева Т.И., 2001).

Специалисты, занимающиеся проблемами алкоголизма и наркомании, единодушно признают, что без применения специальных реабилитационных программ, лечение детско-подросткового контингента с наркологическими проблемами малоперспективно (Батищев В.В., Нетериш Н.В., 1999; Тактаров В.Г., Новиков И.А., 2001; Никольская Л.Д., 2002).

Детско-подростковый наркологический стационар в составе МУЗ Наркологический диспансер г. Кемерово начал свою работу как первое такого рода специализированное стационарное подразделение в Кемеровской области с 1998 г., и сразу же с этого времени специалисты стационара начали работать в направлении развития лечебно-реабилитационных программ.

Для этого нами были изучены и практически освоены многие действующие программы ведущих реабилитационных наркологических центров России и зарубежья (Англия, Италия и др.). Тщательно изучив многие программы, мы остановили свой выбор на 12-шаговой программе Анонимных Алкоголиков, как наиболее эффективной и перспективной.

Поскольку 12-шаговая программа изначально рассчитана на выздоровление людей более старшего возраста (с 18 лет), а мы занимаемся лечением детей и подростков, то нам пришлось видоизменить ее, и адаптировать на более молодые возрастные группы, т.е. для несовершеннолетних.

В результате, уже с ноября 1999 г. на нашей базе началось использование лечебно-реабилитационных программ с идеологией 12- шаговой.

Под реабилитацией обычно понимают восстановление функций, утраченных в результате болезни. Важно подчеркнуть, что понятие "реабилитация" в наркологии существенно отличается от принятого в других областях медицины. В прошлом у наркологических пациентов было нечто такое, что привело их к употреблению наркотиков, алкоголя, и если мы вернем их после лечения в ту же среду без изменений, спустя какое-то время, произойдет срыв, рецидив заболевания.

Поэтому, важно провести реконструирование личности. Речь идет не о восстановлении прежних поведенческих и эмоциональных стереотипов, а о создании новых, и о развитии таких способов реагирования, которые не приведут к срыву и продолжению употребления психоактивных веществ. И, если учесть детско-подростковый возраст пациентов нашего стационара, когда человек становится зависимым, еще не став личностью, то в этом случае приходится не только реконструировать личность, но формировать и развивать у несовершеннолетних больных новые, ранее отсутствовавшие навыки, способы реагирования и функционирования в макро- и микро-социумах. Лечебная работа в детско-подростковом наркологическом центре построена на активном психотерапевтическом воздействии, целью которого является сознательный отказ от потребления психоактивных веществ (ПАВ).

В целях повышения эффективности проводимых мероприятий, с ноября 2002 г. на базе детско-подросткового наркологического центра открылось реабилитационное отделение "Фламинго", которое подразумевает применение интенсивной психотерапевтической программы, которая помогает создать и поддержать здоровый и трезвый образ жизни. Курс лечения длительный и составляет 3-6 мес. и более.

Выздоровление от химической зависимости – это длительный процесс. "Стержнем" выздоровления от зависимости служит выздоровление в духовной сфере. Это новый взгляд на себя, свои отношения с миром, формирование у пациента собственной, подлинной системы ценностей.

Задача специалистов Программы "Фламинго" – помочь пациенту противостоять влечению к наркотику и алкоголю не только во время лечения, но и после него, и поэтому после прохождения курса реабилитации пациентам рекомендуется продолжать выздоровление по программе "12 шагов" в группах АА, АН, одновременно получая поддержку в послелечебной программе.

В лечении зависимостей от ПАВ используется эффективная модель выздоровления, включающая в себя стационарное лечение; совместную работу с использованием идеологии программы "12 шагов"; групповую, индивидуальную психотерапию; посещение групп самопомощи; сеансы семейной психотерапии.

В расписание курса реабилитационных мероприятий входят групповая и индивидуальная психотерапия; лекции; тренинги; индивидуальные консультирования; медитации; занятия йогой; дыхательная гимнастика на аппарате Фролова; семейная психотерапия; занятия и беседы с родственниками; самостоятельная работа, выполнение домашнего задания, ведение дневников анализа чувств, чтение специальной литературы; просмотр и обсуждение специальных видеофильмов; занятия спортом.

В центре внедрен реабилитационный режим, который в обязательном порядке включает в себя на-

сыщенный и жесткий распорядок дня; самоуправление среди подростков; трудотерапия по типу лечебно-трудовых мастерских; занятия по учебным дисциплинам; спортивные и воспитательные мероприятия.

В результате обеспечивается занятость больных, что является одним из важных условий реабилитации несовершеннолетних. Терапия "занятостью" и режим дня придают реабилитационному процессу своеобразный смысловой ритм и развивают у детей и подростков с аддиктивным поведением такие качества, как организованность, ответственность, терпеливость, умение ценить личное свободное время, уважение к труду, умение общения.

В программе "Фламинго" "12-шаговая" идеология дополняется необходимыми элементами классической психотерапии – рациональной, когнитивной; гештальт; нейро-лингвистическое программирование; трансактный анализ; игровой психотерапией; телесно-ориентированной; арт-терапией; сказко-терапией; медитациями и др.

Специалисты программы "Фламинго" стремятся помочь пациентам избавиться от ложного чувства вины и стыда, помочь им понять, как можно сделать трезвую жизнь полноценной и счастливой. Для реализации реабилитационной программы имеется комплекс с психотерапевтическими подразделениями; производственные мастерские (столярные, керамические, швейные); сельскохозяйственные (теплицы, зелёное хозяйство, садовое хозяйство); животноводческие (птицеводство) подразделения. Также имеются изостудия, мастерская бересты, керамическая мастерская, спортивные комплексы.

Все это, в конечном счете, и позволяет реализовать весь объём реабилитационных технологий.

Программа имеет многочисленные правила, регламентирующие поведение и взаимоотношения в группе. Важным звеном в работе является включение пациентов в сообщества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов (АА, АН), принцип которых основан на само- и взаимопомощи. В стационаре выделены специальные дни для проведения собраний этих групп, на которых участники решают свои проблемы, связанные как с болезнью, так и с другими социальными вопросами.

Значительное место в создании и развитии реабилитационного процесса отводится семейной психотерапии. Заинтересованность членов семьи по проблемам исхода лечения, построения дальнейшей совместной жизни являются прогностическим признаком длительной и устойчивой ремиссии.

Родители пациентов посещают обязательный курс лекций о заболевании, тренинги по продолжению со-зависимости и сеансы семейной психотерапии с учётом выявленных нарушений взаимоотношений в семье.

Такая модель восстановления является ключом к самопознанию. Она может помочь восстанавливающимся людям понять, с чем они столкнутся в будущем и определить сильные и слабые стороны их текущих планов восстановления. Программа "Фламинго" учит жить осмысленно и удобно, не испытывая нужды в психоактивных веществах.

Восстановление – это больше, чем отказ использовать алкоголь и наркотики. Оно означает рост и развитие, в ходе которых люди учатся полностью реализовать себя. "Реализация" означает достижение чего-либо реального через действие. Восстановление является процессом возвращения нас самих к реальности посредством намерений и действий, которые мы совершаем.

Таким образом, разработанная реабилитационная программа, применяемая в детско-подростковом наркологическом стационаре, направлена на создание психотерапевтической среды, каждый элемент которой имеет дифференцированное лечебное значение и подразумевает прохождение больного всего реабилитационного периода по индивидуальному плану.

КОКОРИНА Н.П.

Кемеровская государственная медицинская академия, МУЗ Наркологический клинический диспансер

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

За последнее десятилетие большинство исследователей, изучающих проблемы молодежи и подростков, отмечают рост наркомании и токсикомании за счет увеличения распространенности этих заболеваний среди детско-подросткового населения, утверждая, что наркотики стали частью "подростковой культуры" (Егоров В.Ф., 1997; Иванец Н.Н., 1997; Рохлина М.Г. с соавт., 1998; Кошкина Е.А., 2001).

Наркологическая ситуация в г. Кемерово, являющемся областным центром Кузбасса, по темпу роста распространенности детско-подростковой наркологической патологии превосходит большинство крупных городов Западной Сибири. По данным НИИ МВД России, Кемеровская область входит в число 10 регионов страны с наибольшим количеством несовершеннолетних потребителей наркотиков. В связи с этим, в г. Кемерово в 1998 г. создана городская детско-подростковая наркологическая служба, включающая в себя сеть районных амбулаторных кабинетов и стационарный лечебно-реабилитационный комплекс. Штаты службы укомплектованы в соответствии с Приказом МЗ РФ № 287 от 29.09.97 г.

Всего открыто 9 кабинетов – в каждом районе города. Каждый кабинет расположен в жилом здании с отдельным входом и фактически представляет собой специализированную поликлинику в составе кабинета врача, кабинета психолога, процедурного кабинета, помещения групповой психотерапии, служебной комнаты и вспомогательных помещений, где работают нарколог, медицинский психолог, специалист по социальной работе, медицинская сестра, санитарка. Кабинеты направляют выявленных пациентов в стационарный лечебно-реабилитационный комплекс на 55 коек, который включает в себя отделения интенсивной терапии, активной терапии и реабилитации.

Отделение интенсивной терапии в составе 15 коек представляет собой подразделение для проведения детоксикации и купирования абстинентного синдрома, для чего в его составе действует палата интенсивной терапии, оснащенная всеми современными методами эфферентной хирургии. После купирования абстинентного синдрома пациенты, в зависимости от состояния, переводятся либо в отделение активной терапии с круглосуточным пребыванием, либо в реабилитационное отделение с полустационарным режимом, где с ними проводится комплекс психотерапевтических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий. Выписываются пациенты вновь под наблюдение амбулаторных районных кабинетов.

За 3 года работы наркологического стационара (с декабря 1998 г. по январь 2002 г.) курс лечения прошли 1681 детей и подростков с наркологическими расстройствами в возрасте от 8 до 17 лет. В отделении организована реабилитационная работа со всеми детьми, которая осуществляется специалистами. Это мастерская по бересте, керамическое искусство, швейная мастерская, столярное дело, изостудия, кукольный театр. На территории больницы организовано подсобное хозяйство, включающее в себя сад, клумбы, выращивается морковь, картошка, капуста и т.д.; есть курятник, ведутся работы по уборке в самом стационаре и на его территории.

Организация специализированной детско-подростковой наркологической помощи способствовала активному выявлению детей и подростков с наркологическими проблемами, что обусловило резкое увеличение учтенных несовершеннолетних с наркологической патологией. Количество впервые взятых с 1998 г. под наблюдение детей и подростков достигло максимальных величин, превышая аналогичные показатели 1988 г. почти в 20 раз. В дальнейшем, с 1999 г. по 2002 г., динамика распространенности несовершеннолетних с наркологической патологией, с небольшой тенденцией к увеличению, отражала стабилизацию процесса на уровне умеренной степени напряженности по наркомании и алкоголизму, а относительно токсикомании демонстрировала даже незначительную тенденцию к снижению: в 1998 г. – 134,4; в 1999 г. – 98,2; в 2000 г. – 64,4; в 2001 г. – 55,2 на 10 тыс. детско-подросткового населения.

Анализ распространенности лиц с наркотической зависимостью среди детско-подросткового населения показал следующее. В 1991 году болезненность среди несовершеннолетних составляла 2,4 на 10 тыс. детско-подросткового населения, в 1998 г. этот показатель увеличился до 63,1 на 10 тысяч населения соответствующего возраста, а в 2002 г. составлял 50,8. Также увеличились показатели распространенности хронического алкоголизма среди несовершеннолетних. В 1991 г. число несовершеннолетних, злоупотребляющих алкоголем, составляло 51,8 на 10 тысяч детско-подросткового населения, в 1999 г. – 472,2.

Большинство специалистов утверждают, что данные показатели не могут отражать реальность ситуации потребления психоактивных веществ и алкоголя населением, хотя они дают точную картину о подростках, обратившихся за помощью. По данным ряда исследователей, соотношение обратившихся за помощью к не выявленным составляет 1 : 10. Причиной, по которой эти показатели не соответствуют истинной распространенности, многообразны. Это боязнь социальных последствий обращения к наркотикам, низкий уровень культуры родителей, недостатки в организации наркологической помощи несовершенолетним, неподготовленность педагогов по выявлению и профилактике наркотизма среди подростков и другие.

В связи с этим, при анализе наркологической ситуации в Кемерове, интерес представляют данные, характеризующие профилактический учет детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и алкоголем.

Анализ группы детей и подростков, состоящих на профилактическом учете по поводу злоупотребления наркотическими веществами, свидетельствует о значительном росте интенсивных показателей, (в 1991 г. – 35,0 на 10 тысяч детско-подросткового населения, в 2002 г. – 111,9).

Аналогичная тенденция отмечается и в группе лиц, злоупотребляющих алкоголем. Интенсивный показатель за последние 10 лет увеличился почти в 4 раза, составляя в 1991 г. – 51,8, а в 2002 г. – 472,7 на 10 тысяч детско-подросткового населения.

Что касается детей и подростков, состоящих на профилактическом учете по поводу злоупотребления токсикоманическими веществами, то показатель распространенности лиц, злоупотребляющих токсическими веществами среди несовершеннолетних, в 1991 г. составил 20,1, а в 2002 г. – 55,2 на 10 тысяч населения соответствующего возраста.

Реально существующая специализированная помощь несовершеннолетним с аддиктивным поведением зачастую ограничивается краткосрочным лечением острых расстройств. Отсутствие реабилитационных наркологических учреждений ведет к тому, что подростки, злоупотребляющие психоактивными веществами, выпадают из сферы общего и профессионального образования, ведут маргинальный образ жизни, совершают значительное количество правонарушений.

Для решения вопросов оказания несовершеннолетним с наркологическими расстройствами эффективной лечебно-реабилитационной помощи, в г. Кемерово, на базе учебно-производственного комбината (УПК) "Смена", организовано полустационарное реабилитационное отделение для несовершеннолетних подростков мужского пола с аддиктивными расстройствами на 25 мест.

Для обучения подростков по программе средней школы, в соответствии с индивидуальным образовательным уровнем, была привлечена средняя школа № 47. Координировал всю работу отделения наркологический диспансер. Методическую работу отделения обеспечила кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровской государственной медицинской академии. Было разработано положение об отделении, в котором определены его цели и задачи, созданы индивидуальные программы реабилитации пациентов.

Расходы, связанные с обучением и занятостью пациентов на базе УПК, частично взял на себя городской модельный центр занятости, с которым каждый подросток заключал договор на работу. При этом всем несовершеннолетним старше 16 лет гарантировалось в течение учебного года получение профессиональных трудовых умений по специальностям, приобретаемым в УПК. Подростки до 16 лет получали трудовые навыки. Двухразовое питание пациентов оплачивала социальная служба г. Кемерово. Все подростки направлялись в реабилитационное отделение после прохождения стационарного обследования и лечения. До поступления в отделение они не учились и не работали. При оформлении в отделение все пациенты были ознакомлены с принятым распорядком дня, согласно которому определялась их занятость, время отдыха, психотерапевтические занятия, дежурства, учеба и спортивные мероприятия. Все подростки принимали на себя определенные обязанности и права, была разработана система поощрений, ответственности и наказаний за проступки. За период 2001-2002 гг. только 3 подростка были отчислены из отделения в связи нарушением режима, остальные успешно прошли курс реабилитационной программы.

Рассмотренный опыт работы реабилитационного наркологического отделения для несовершеннолетних уже сейчас позволяет сделать предварительные выводы о важности и результативности такой деятельности. Это тем более актуально, что на сегодняшний день такое отделение продолжает оставаться единственным реабилитационным наркологическим учреждением в Кемеровской области.

ЗОРОХОВИЧ И.И., ЗАРУБИНА Н.Г., ЛОПАТИН А.А., КОКОРИНА Н.П.
МУЗ Наркологический клинический диспансер, Кемеровская государственная медицинская академия

МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ (ИТОГИ РАБОТЫ ГОРОДСКИХ КАБИНЕТОВ ЭКСПЕРТИЗЫ ОПЬЯНЕНИЯ ЗА 2003 Г.)

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) в нашей стране ежегодно уносят тысячи жизней, десятки людей получают в них ранения и травмы. По материалам Всероссийского селекторного совещания, опубликованного в газете ГИБДД "Стой", в 2001 г. на дорогах страны погибло 30916 и ранено 187790 человек.

Довольно часто (16,7 %) ДТП совершают водители в нетрезвом состоянии. В связи с этим, действенной мерой профилактики аварий, совершаемых нетрезвыми водителями, является отстранение их от управления транспортными средствами.

На законодательном уровне предусмотрены следующие профилактические мероприятия:

1. Не разрешается управлять транспортными средствами водителям, у которых в медицинских учреждениях устанавливается наличие заболевания алкоголизмом или наркоманиями.

2. Закон не разрешает управлять транспортными средствами в состоянии опьянения.

3. Не допускаются к управлению транспортными средствами водители, работающие по найму, если перед началом работы у них в выдыхаемом воздухе определяется наличие алкоголя.

Наряду с водителями автотранспортных средств, КоАП предусматривает медицинское освидетельствование для граждан, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача, несовершеннолетних в связи с вовлечением в употребление спиртных напитков или одурманивающих веществ, граждан в связи с распитием алкогольной или спиртосодержащей продукции, либо потребляющих наркотические средства или психотропные вещества в общественных местах, при появлении в общественных местах в состоянии опьянения, появлении в состоянии опьянения несовершеннолетних.

Кроме этого, Трудовой кодекс РФ предусматривает возможность расторжения работодателем трудового договора в случае появления на работе работника в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

В г. Кемерово в течение 2-х лет в структуре Кемеровского городского клинического наркологического диспансера функционируют 2 кабинета экспертизы опьянения.

Анализ работы этих кабинетов показал, что в 2003 г. в этих кабинетах было проведено 10171 ме-

дицинских освидетельствований, что на 63,0 % больше, чем в предыдущем году. По направлению ГИБДД освидетельствовано 9716 водителей автотранспортных средств (95,5 %), из них 8156 (80,2 %) – по подозрению в управлении транспортным средствам в нетрезвом состоянии, 1560 (15,3 %) – в связи с дорожно-транспортными происшествиями.

Правоохранительными органами, в том числе управлением Госнаркоконтроля, на медицинское освидетельствование было направлено 190 чел. (1,9 %), что, по сравнению с прошлым годом, выросло почти в 4 раза. По направлению руководителей организаций, учреждений, предприятий, а также по личному обращению граждан было освидетельствовано 455 человек (4,5 %).

Анализ проведенных освидетельствований показал, что среди всех освидетельствованных доля мужчин составляла 98,5 %. По возрасту все освидетельствованные распределялись следующим образом: лица до 18 лет – 0,6 %, 18-50 лет – 95,2 %, старше 50 лет – 4,2 %. По профессиональной принадлежности среди освидетельствованных 4,9 % были водители общественного транспорта, 1,9 % – сотрудники правоохранительных органов, 93,2 % – водители личного транспорта, лица, работающие в различных организациях, либо не работающие.

По результатам медицинского освидетельствования, состояние опьянения было установлено у 3909 освидетельствуемых (38,5 %), из них алкогольное опьянение диагностировано в 2501 случае (24,6 %), наркотическое – в 1408 случаях (13,9%). Трезвыми были признаны 2954 человека (29 %), по соматическому неблагополучию отстранены от управления транспортными средствами 1870 человек (18,4 %). Отказались от прохождения медицинского освидетельствования 1438 человек (14,1 %), которые, в соответствии с КОАРП РФ, были привлечены к административной ответственности, как находящиеся в нетрезвом состоянии.

Таким образом, рост количества медицинских освидетельствований на состояние опьянения можно рассматривать, как показатель продолжающегося роста потребления психоактивных веществ среди взрослого населения города. Тем более значимое место в таких условиях приобретает процедура медицинского освидетельствования и последующее за ней отстранение гражданина от управления транспортным средством, от работы с источником повышенной опасности, привлечение к административной или уголовной ответственности. Все это, в свою очередь, является действенной мерой профилактики дорожно-транспортных происшествий, аварий и травматизма на производстве, появления лиц в состоянии опьянения или потребления ими психоактивных веществ в общественных местах города.

КОКОРИНА Н.П., МЕДВЕДЕВА М.А., ШЕВЦОВА М.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Наркологический клинический диспансер, Областной клинический Госпиталь ветеранов войн

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Вооруженные конфликты второй половины XX века не оставили Россию в стороне. В течение последних десятилетий на территории бывшего СССР значительно увеличилось число граждан, подвергшихся психотравмирующему воздействию факторов боевого стресса в различных локальных войнах и вооруженных конфликтах. Среди военных событий особое место, как по продолжительности, так и по числу участников, занимают война в Афганистане и боевые действия в Чеченской республике.

Пребывание в зонах вооруженных конфликтов характеризуется повышенными информационными нагрузками, высоким психо-эмоциональным напряжением и возросшими расходами функциональных резервов адаптации. Это обуславливает необходимость совершенствования мероприятий медицинского контроля за состоянием здоровья военнослужащих и их профессиональной работоспособностью, разработку способов психологической коррекции и реабилитации для предупреждения возникновения нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний.

По данным ряда авторов, в изучаемой группе лиц гораздо чаще встречаются такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца (Falger, 1992; Kapla , 1992), гипертоническая болезнь с кризовым течением, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (MeFall, 1992), сахарный диабет (Eberly, 1991).

Подобные больные нуждаются в специально разработанной программе профилактики и лечения, а также психологической, психосоматической и психосоциальной реабилитации, начатой как можно в более ранние сроки на базе медицинских учреждений (например, госпиталь ветеранов войн).

Целью работы было сравнительное изучение психосоматических расстройств у лиц, перенесших военные действия, как на отдалённых этапах, так и в ближайшие годы.

Всего обследовано 104 человека мужского пола. Первую группу составили 60 ветеранов войны в Афганистане, в возрасте от 30 до 52 лет, средний

возраст – 41,6 лет. Во вторую группу вошли участники боевых действий в Чечне в количестве 44 человека в возрасте от 20 до 35 лет. Средний возраст – 26,3 лет.

Проведенные исследования показали, что группа ветеранов войны в Афганистане была значительно старше, максимальное количество участников относились к возрастной группе 35-44 года (71,7 %). Среди пациентов, перенесших БД в Чечне, основную долю составляли лица в возрасте 20-29 лет (84,1 %).

Длительность воздействия боевой психической травмы на пациентов первой группы была более продолжительной, чем у пациентов второй группы. Практически все участники БД в Афганистане находились в зоне вооружённого конфликта 1-2 года, максимальное количество приходится на срок 19-24 мес. – 53,4 % (32 человека). Среди участников БД в Чечне только 9,1 % (4 человека) длительно находились в зоне военных действий, основная же масса обследуемых (88,6 % или 39 человек) проходили военную службу в течение 6 месяцев и менее.

Всем пациентам было проведено соматическое обследование, включающее клинические и биохимические исследования крови и мочи, ЭКГ, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и почек. Исследование НР-теста проводилось у 22 человек, ЭХО-КС – 18 пациентам. В обязательном порядке все участники БД были осмотрены невропатологом.

Клиническая верификация психосоматических расстройств проводилась в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10). В группе ветеранов Афганской войны психосоматическая патология была выявлена у 46 человек (76,7 %). Среди участников БД в Чечне психосоматические заболевания обнаружены у 32 пациентов (72,7 %).

В процессе наблюдения не было получено чёткой и достоверной картины давности развития патологических процессов. В большинстве случаев, несмотря на болезненные проявления, ветераны не обращались за медицинской помощью, и соответствующая патология обнаруживалась лишь в процессе диспансеризации. Подобное отношение является, прежде всего, следствием "комбатантной анозогнозии" (Сидоров П.И., Лукманов М.Ф., 1997), когда в процессе войны люди постоянно сталкиваются с несоизмеримостью смерти и собственного здоровья.

В обеих группах преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, представленные хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью, а также патология сердечно-сосудистой системы в форме НЦД и гипертонической болезни. При проведении сравнительного анализа по группам обследуемых оказалось, что у участников БД в Чеченской республике превалировал хронический гастродуоденит, тогда как среди ветеранов Афганских событий удельный вес язвенной болезни и хронического гастродуоденита был примерно одинаков. Среди патологии сердечно-сосудистой системы лидирующее положение в первой группе занимает гипертоническая болезнь, что, по-видимому, обусловлено более старшим возрастом обследуемых. Во второй группе ведущее место занимает НЦД, что объясняется как более молодым возрастом участников, так и небольшой давностью от момента стрессорного воздействия БПТ.

При сравнении патологии в обеих группах бросается в глаза, что среди участников БД в Чечне в 50 % случаев отмечается употребление и злоупотребление алкоголем. В группе ветеранов Афганистана лиц с наркологическими проблемами на настоящий момент достоверно значительно меньше, несмотря на то, что в анамнезе у них часто встречалось эпизодическое употребление наркотических средств. Данная проблема требует дальнейшего изучения.

Таким образом, проведенные исследования показали, что военные действия наносят не только непосредственные психические и физические травмы лицам, принимающим в них участие, но и способны оказывать своё дальнейшее повреждающее действие в течение многих десятков лет, проявляясь в виде различных психосоматических расстройств.

ЯКИМЕНКО Н.А., МОЗЕС К.Б.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5, Кемеровская государственная медицинская академия

ОСОБЕННОСТИ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НАРКОМАНИИ

Влияние наркотиков на организм человека, его жизнедеятельность и функции разнообразно. Они оказывают токсическое воздействие на все внутренние органы и системы. Это проявляется развитием новых заболеваний и/или изменением течения уже имеющейся патологии.

Нами были проанализированы медицинские карты амбулаторных больных, страдающих наркоманией, одного терапевтического участка. Это преимущественно мужчины (77 %), в возрасте 20-43 лет. Стаж употребления наркотиков от 1 года до 15 лет. Все они относятся к третей группе диспансерного наблюдения, как часто длительно болеющие и страдающие различными хроническими заболеваниями. Из них 27 % являются инвалидами III-й группы.

В структуре заболеваний лидируют поражение системы дыхание (66 %): частые острые респираторные вирусные инфекции, трахеиты, бронхиты, пневмонии, далее патология печени (63 %) – вирусные гепатиты В, С или их сочетание, острые и хронические. Амбулаторно наиболее часто пациенты обращались к хирургам (45 %) с постинъекционными осложнениями (инфильтраты, абсцессы различной локализации: голени, плечи, предплечье, надключичная область), ЛОР-врачам с синуситами (30 %), травматологам (27 %) с травмами, ожогами.

Поводами для госпитализаций были желтушные формы вирусных гепатитов (54 %), развитие генерализованных инфекций (18 %) – сепсис, инфекционный эндокардит.

При объективном осмотре выявлены следующие характерные признаки: дефицит массы тела, изменение окраски кожных покровов и видимых слизистых (бледность, желтушность), наличие следов инъекций и рубцов по ходу вен, гипотония, тахикардия. В лабораторных тестах – анемия, лимфоцитоз, ускорение СОЭ, гипербилирубинемия, увеличение тимоловой пробы и трансаминаз (преимущественно АСТ). По данным элекрокардиографии – синусовые тахикардия, аритмии, нарушения проводимости по правой ножке пучка Гисса, дисметаболические изменения миокарда.

При наркомании выделены следующие особенности течения заболеваний: стертое начало, атипичная клиника, затяжное течение, частое развитие осложнений. Причинами развития осложнений являются иммунодефицитные состояния, поздняя обращаемость, отказ от госпитализации, отсутствие средств для приобретения лекарств.

ЯКИМЕНКО Н.А., МОЗЕС К.Б.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5, Кемеровская государственная медицинская академия

НАРКОМАНИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА

Лица, страдающие наркоманией, относятся к группе повышенного риска по развитию тяжелой висцеральной патологии, приводящей обычно к инвалидизации и ранней смерти больного.

Диагностика наркомании вызывает определенные трудности в практике участкового врача терапевта. О том, что пациент употребляет наркотики, участковый врач узнает от родственников, соседей, выписки из стационара (инфекционного, хирургического, терапевтического профиля), редко от самого больного.

Цель исследования: выявить социально-медицинские особенности лиц, страдающих наркоманией.

Нами было проанализированы медицинские карты амбулаторных больных, страдающих наркоманией, одного терапевтического участка. Это преимущественно мужчины (77 %), средний возраст в группе составил 29 лет. Лиц младше 25 лет было 33 %.

У более половины обследованных образование неполное среднее или среднее специальное. В настоящее время большинство не работают, 27 % – инвалиды III-й группы. Семейная наркомания (брат и сестра, сестры, мать и дочь) зарегистрирована 28,5 % случаев. Стаж употребления наркотиков – от 1 года до 15 лет.

Наиболее часто пациенты обращаются к терапевтам (66 %) с частыми ОРВИ, осложненные трахеитами, бронхитами, пневмониями; хирургам (45 %) с постинъекционными осложнениями (инфильтраты, абсцессы) различной локализации (голени, предплечья, плечи, надключичная область); ЛОР-врачам (30 %) с синуситами, травматологам (27 %) с травмами, ожогами.

При объективном осмотре выявлены следующие особенности: дефицит массы тела, изменение окраски кожных покровов и видимых слизистых (бледность, желтушность), наличие следов инъекций и рубцов по ходу вен, гипотония, тахикардия. В лабораторных тестах – анемия, лимфоцитоз, ускорение СОЭ, гипербилирубинемия, увеличение тимоловой пробы и трансаминаз (преимущественно АСТ). По данным элекрокардиографии – синусовые тахикардия, аритмии. Нарушения проводимости по правой ножке пучка Гисса, дисметаболические изменения миокарда.

Выводы: Лица, страдающие наркоманией, имеют свои медико-социальные особенности, знание которых поможет участковому врачу в диагностике и лечении данной категории больных.

ЛОПАТИН А.А.
МУЗ Наркологический клинический диспансер

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ, ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

В 1991 г., по заказу администрации г. Кемерово, сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии Кемеровского государственного медицинского института были подготовлены проекты перспективного развития медико-психологической (суицидологической) и наркологической служб города. Необходимость этого объяснялась следующим: с конца 80-х – начала 90-х гг. прошлого века у жителей областного центра психическое здоровье характеризовалось высоким уровнем завершенных суицидов и парасуицидов, а также значительным уровнем распространенности потребления и злоупотребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотические средства и т.п.), значительно превышающим общероссийские показатели. Особенно неблагоприятным моментом являлось то, что наблюдался ежегодный рост распространенности этих психических и наркологических расстройств, а наркологических – особенно среди детско-подросткового контингента населения.

Как Кузбасс в целом, так и областной центр в частности, являются зонами повышенного суицидального риска. Распространенность завершенных суицидов, начиная с конца 80-х и на начало 90-х гг., в г. Кемерово превышала таковую в среднем по стране в два раза. Так, интенсивный показатель завершенных самоубийств к моменту открытия службы в 1993 г. в г. Кемерово составил 40,7 случаев на 100 тыс. населения, в то время как в соседних областных центрах – городах Томске и Новосибирске на этот же период он не превышал 17 случаев на 100 тыс. населения. Также неблагоприятной на начало 90-х гг. была и динамика суицидов – для сравнения, в 1988 г. в г. Кемерово распространенность завершенных суицидов составляла 26,5 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели завершенных суицидов в столице Кузбасса отмечались в группах молодого и среднего трудоспособного возраста. Высокие цифры смертности от самоубийств также наблюдались и среди старших возрастных групп.

Данные кафедры психиатрии и наркологии КГМИ, анализ вызовов бригад Станции городской скорой помощи и других ЛПУ города по поводу суицидальных мыслей и намерений свидетельствовал о том, что лица с суицидальным поведением, в большинстве случаев, являются психически и социально сохранными и никогда не обращались в психиатрическую службу. Поэтому Городской центр медико-психологической помощи (ГЦМПП), как территориально, так и административно, создавался раздельно с психиатрической службой города, и, в результате, состоялся как самостоятельное специализированное муниципальное учреждение. При этом самостоятельная суицидологическая служба вне стен психиатрических больниц являлась на тот период времени первой не только в России, но и в странах бывшего СССР.

Уже в 1993 г. в г. Кемерово был организован Городской Центр медико-психологической помощи (Суицидологический центр). Центр намного опередил свое время. Это подтвердило появление только в 1998 г. соответствующего приказа МЗ РФ от 06.05.98 г. № 148 "О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидоопасным поведением", где официально были прописаны принципы организации региональной суицидологической службы, примененные в г. Кемерово уже в 1993 г.

В структуру ГЦМПП вошли следующие подразделения: круглосуточный Телефон Доверия (ТД), кабинеты социально-психологической помощи, стационарное отделение кризисных состояний на 30 коек.

ТД начал функционировать с июня 1993 г. Телефонными консультантами являются врачи-психотерапевты, либо медицинские психологи, имеющие психотерапевтическую подготовку. Анализ многолетней работы этого подразделения позволил выявить и проследить наиболее значимые для населения города проблемы, имеющие психотравмирующее влияние и способствующие формированию психогенных депрессий, или так называемых кризисных состояний, коррекция и лечение которых приводит к снижению риска появления суицидоопасных состояний. Одной из актуальных проблем для жителей города является проблема употребления алкоголя и психоактивных веществ среди несовершеннолетних (около 35 % звонков касались этой проблемы).

Актуальны также проблемы физического и психического здоровья, низкого материального уровня, безработицы, физического и нравственного насилия. Консультанты ТД проводят срочную и долгосрочную телефонную психотерапию, консультативную помощь, помогают абонентам выбрать правильный путь решения их проблем.

Кабинеты социально-психологической помощи оказывают как очную консультативную, так и амбулаторную лечебную помощь пациентам с кризисными состояниями. В кабинетах можно пройти курс лечения анонимно, при этом обязательного динамического учета не существует. Сотрудники кабинетов социально-психологической помощи имеют тесную связь с токсикологическими и реанимационными отделениями городских больниц, выявляя среди контингента этих лечебных учреждений лиц с кризисными состояниями. На протя-

жении всех лет работы учреждения поддерживается постоянная связь со станцией скорой помощи, что также способствует раннему выявлению психогенных депрессивных состояний и профилактике суицидального поведения.

Отделение кризисных состояний рассчитано на 30 коек. В нем работают как врачи-психиатры с психотерапевтической подготовкой, так и медицинские психологи. За время функционирования отделения пролечено более 4500 больных. Сложился контингент больных данного отделения. Это пациенты с ситуационными депрессивными реакциями, обусловленными пихотравмирующей обстановкой в семье и на работе, потерей значимого близкого, разводами, угрозой потери работы, конфликтами в семье, связанными с наркологическими проблемами. Это больные депрессиями различного уровня – от невротического до психотического, возникшими в связи с неизлечимыми соматическими болезнями, физическим и нравственным насилием. Это также молодые люди, побывавшие в "горячих" точках, побывавшие в плену, пережившие и видевшие насилие и т.д.

В отделении разработаны различные лечебно-реабилитационные программы, в зависимости от состояния больного, возрастных критериев, характера психотравмы. Большой удельный вес в лечебно-реабилитационных программах отводится психотерапевтическому воздействию. В отделении внедряются новейшие методы терапии депрессивных состояний, такие как компьютерная психотерапия, светотерапия. Применяются современные психофармакологические препараты – антидепрессанты и транквилизаторы.

Десятилетний опыт работы Кемеровской муниципальной суицидологической службы позволяет говорить о том, что отсутствие в ее работе непривлекательных для населения форм и методов психиатрического наблюдения, широкое проведение городских антикризисных программ способствовали раннему выявлению кризисных состояний и суицидального поведения у социально и психически сохранных пациентов, традиционно остававшихся вне поля зрения психиатров, а также разработке стратегии и тактики ранней и эффективной специализированной помощи для этих лиц.

Важным показателем деятельности суицидологической службы является количество повторных суицидов среди пациентов, состоящих на учёте. В связи с этим установлено, что среди лиц с парасуицидами в анамнезе, наблюдавшихся суицидологической службой, повторные суициды встречались в 3,4 раза реже, чем среди лиц с суицидальными попытками в анамнезе, оставшихся без наблюдения.

Сравнительный анализ динамики завершенных суицидов среди населения крупных городов Кемеровской области, в целом схожих как по половозрастному составу населения, так и по социально-экономической инфраструктуре (гг. Кемерово и Новокузнецк), свидетельствует о достоверном снижении уровня распространенности завершенных суицидов в г. Кемерово, в котором функционирует городская суицидологическая служба, в то время как в г. Новокузнецке, где служба психического здоровья представлена лишь традиционной формой (городская психиатрическая больница), изменения интенсивных показателей за рассматриваемые годы не достоверны.

С середины 90-х гг. прошлого века наркологическая ситуация в стране значительно ухудшилась. В это время можно говорить о том, что молодое поколение Кемеровской области, как, впрочем, и всей РФ, переживает серьезнейший социально-психологический кризис, порожденный исчезновением прежних норм поведения, жизненных ценностей, на фоне непонимания смысла происходящего. При этом новые нормы вырабатываются хаотично, бессистемно. В результате у молодого человека не формируются эффективные жизненные навыки, которые позволили ему сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровую жизненную позицию. На этом фоне постоянно возрастающие и изменяющиеся требования социальной среды вызывают появление массовых состояний психоэмоционального напряжения, лавинообразного увеличения различных форм саморазрушающего поведения, на первое место из которых вышла наркотизация подростков и молодежи, а также иные виды злоупотреблений ПАВ.

Отсутствие знаний, навыков и современных социально адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения (родителей, педагогов) не позволяет им оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку. Молодые люди оказались одиноки и психологически беспомощны в связи с утраченными связями со старшем поколением. Профессиональные группы лиц, работающие с детьми и подростками (учителя, школьные психологи, инспектора ИДН и др.), сами нуждаются в выработке совершенно нового подхода к взаимодействию со своими подопечными.

Для того чтобы обучить их новым формам поведения, сформировать стрессоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, требуется, во-первых, самим обладать для этого качествами и демонстрировать их в процессе профессионального взаимодействия с молодежью, а во-вторых, обладать знаниями, умениями и навыками обучения способности эффективно преодолевать жизненные проблемы, развивать стереотипы здорового поведения.

В связи со значительным ростом распространенности среди населения г. Кемерово наркологических расстройств, в первую очередь, среди несовершеннолетних, и отсутствием в городе муниципальной наркологической службы коллективу центра в соответствии с Постановлением администрации г. Кемерово от 17.03.97 № 74 "О создании городской подростковой наркологической службы" было поручено создать указанную специализированную службу. И уже в мае 1997 г. в структуре ГЦМПП бы-

ла развернута наркологическая служба, работающая по следующим основным направлениям:

1. **Первичная профилактика:** внедрение идей здорового образа жизни, сознательный отказ от наркотиков, позитивное влияние на молодежную субкультуру, в том числе моду, работа с организованными детскими и молодежными коллективами и др.
2. **Вторичная профилактика**: работа с группами риска, организация уличной социальной работы, ювенальные технологии, изменение стандартов поведения правоохранительной системы в отношении подростка-правонарушителя и др.
3. **Третичная профилактика:** работа с химически зависимыми людьми, направленная на профилактику рецидива заболевания, т.е. лечение и реабилитация.

Основным инструментом при этом выступает муниципальная целевая программа, принятая городским Советом депутатов. При работе по указанным направлениям наркологическая служба учитывает следующие моменты.

Первичная профилактика должна помочь в решении главного, что основной идеей должна быть идея здорового и трезвого образа жизни. При этом первичная профилактика не сводится к запугивающим акциям, которые, как правило, не достигают основной цели – внедрения принципов и идеалов здорового образа жизни в сознание ребенка. Первичную профилактику можно разделить на 2 основные технологии: технологию, влияющую на позитивный выбор личности, и технологию, влияющую на позитивный коллективный выбор.

В первом случае используются те формы работы с конкретным подростком, молодым человеком, которые направлены на его саморазвитие и самоутверждение, на формирование навыков сопротивления негативным влияниям. Во втором случае необходимо использовать технологию коллективного отказа от употребления наркотиков на основе позитивного личного выбора.

И, наконец, отдельно нужно подчеркнуть важность обучения педагогов, родителей основам профилактической работы, а также разработку и внедрение программ для школ (училищ, колледжей) – как наиболее всеохватывающих и эффективных форм антинаркотического просвещения.

Вторичная профилактика должна быть основана на понимании цельности личности ребенка, подростка, молодого человека во всех его позитивных и негативных проявлениях. Это общепризнанный подход. В связи с этим нельзя отдельно решать проблемы детской безнадзорности, детской наркомании, детской преступности или иных форм асоциального поведения несовершеннолетних. Недопустимо пытаться отделить “плохих” детей от “хороших” с целью защиты последних. Необходимо защищать абсолютно всех детей. Работа с детьми группы риска должна начинаться с доверительного контакта с ребенком. Это основа всех технологических подходов, прежде всего при организации уличной социальной работы, которая на сегодня в области только начинает развиваться.

Основной целью вторичной профилактики является возвращение ребенка в биологическую семью, при невозможности реализации данной задачи – устройство ребенка в суррогатную семью или семейную детскую группу.

Третичная профилактика это, прежде всего, формирование реабилитационной среды для пациентов, страдающих химической зависимостью на основе развития реабилитационного направления в наркологической службе и групп самопомощи (например, Анонимные Наркоманы – АН; Анонимные Алкоголики – АА).

Муниципальная наркослужба представлена 9 кабинетами наркологической и медико-психологической помощи для детей и подростков, наркологическим детско-подростковым стационаром на 55 мест, реабилитационным отделением на 25 мест, двумя кабинетами экспертизы опьянения и современной химико-токсикологической лабораторией.

Детско-подростковый наркологический стационар предназначен для оказания плановой интенсивной, наркологической, психологической и психотерапевтической медицинской помощи несовершеннолетним, страдающим алкоголизмом, токсикоманиями и наркоманиями, с эпизодическими и систематическими приемами алкоголя и психоактивных веществ, девиантным поведением.

Лечебный процесс в отделении построен на активном психотерапевтическом воздействии, целью которого является сознательный отказ несовершеннолетнего от потребления ПАВ. В целях повышения эффективности проводимых мероприятий лечение структурируется на основании трехэтапной схемы.

Задача первого этапа – обрыв наркотизации, купирование абстинентного синдрома, полное клиническое обследование пациента. На данном этапе в отделении применяют экстрокорпаральные методы лечения (плазмоферез, гемосорбция, ультрафиолетовое облучение крови, лазерная и магнитная обработка крови), позволяют в короткие сроки купировать проявления физической зависимости.

На втором этапе лечения основные мероприятия направлены на коррекцию постабстинентных расстройств и купирования компульсивного влечения, выработку у пациентов установки на отказ от употреблении ПАВ.

Основными средствами для выработки антинаркотической установки являются психотерапевтические мероприятия. Важное место в психокоррекции занимает групповая и индивидуальная психотерапия, аутотренинг, гипноз, НЛП. В стационаре разработана и введена лечебно-реабилитационная программа “Фламинго” для работы с психической зависимостью, основанная на принципах программы “12 шагов”. После прохождения курса лечения и реабилитации пациенты продолжают занятие по программе “12 шагов” в группах АА и АН при диспансере.

На третьем этапе проводится поддерживающая терапия, формирование ремиссии и профилактика рецидивов. Большая работа проводится с родственниками пациентов. Семейная психотерапия предполагает эмоциональную и поведенческую реорганизацию отношения в семье, что способствует нормализации семейных связей, восстановлению контакта между родственниками. Все родители пациентов посещают обязательный курс лекций и занятий о наркомании.

Пациенты, получая лечение, параллельно занимаются с учителями по школьной программе, с воспитателями в кружках по интересам, трудотерапией в отделении и на территории больницы. Силами самих сотрудников стационара организованы мастерская по бересте, керамическое производство, швейная мастерская, столярное дело, также работают изостудия, кукольный театр, организовано подсобное хозяйство, включающее в себя сад, клумбы, где летом выращивается морковь, картошка, капуста и другие овощи, есть курятник, пациентами ведутся работы по уборке в самом стационаре и на его территории.

В 2000 году в структуре учреждения на базе УПК "Смена" Заводского района г. Кемерово открыто первое в Кемеровской области наркологическое реабилитационное отделение на 25 мест. В этом отделении несовершеннолетние находятся около 9 месяцев. Находясь под наблюдением психиатров-наркологов, психологов, воспитателей, педагогов как сотрудников диспансера, так и работников учебно-производственного комбината они получают профессиональную подготовку.

С 2001 года между администрацией МУЗ "НД" и городским центром занятости населения заключен договор о совместной работе по организации трудоустройства несовершеннолетних пациентов на временную работу. Дети и подростки, проходящие лечение в детско-подростковом стационаре работают по специальности разнорабочий, получая за это материальное вознаграждение. По данному договору только в 2001 году было трудоустроено 75 человек. Данная практика показала хорошие результаты. Материальное стимулирование за работу с одновременным наблюдением и психотерапевтическими программами удерживало пациентов на амбулаторном этапе и давало хорошие длительные ремиссии.

В 2001 г. в структуре диспансера открыты два кабинета экспертизы на алкогольное и наркотическое опьянение и химико-токсикологическая лаборатория, оснащенная самым современным оборудованием, позволяющим производить тонкие анализы на присутствие следов наркотических веществ в организме. Также на базе МУЗ "Наркологический диспансер" с 2001 г. функционирует областной химико-токсикологический центр Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

Наркологическая и медико-психологическая служба г. Кемерово не стоит на месте, а постоянно развивается и повышает эффективность своей работы, принося ощутимую пользу здоровью кемеровчанам. В то же время существующие в настоящее время ее подразделения не могут в полной мере охватить всех жителей областного центра. Поэтому в настоящее время перед службой стоят следующие основные задачи:

1. Создание поликлинического отделения для взрослого населения.
2. Создание самостоятельного реабилитационного наркологического центра.
3. Разработка городской антиалкогольной программы.
4. Повышение эффективности работы медико-психологического отделения.

ЛОПАТИН А.А., КОКОРИНА Н.П., КАЗАНЦЕВА Т.В., КИРИНА Ю.Ю.
МУЗ Наркологический клинический диспансер
Кемеровская государственна медицинская академия, Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

МОДЕЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ЦЕНТРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

В настоящее время существующие государственные учреждения и ведомства, в компетенцию которых входит работа с детьми и подростками, строят свою деятельность преимущественно по принципу территориальной принадлежности ребенка и сводят её к пресечению правонарушений и безнадзорности несовершеннолетних, а также к приведению состояния ребенка в соответствие с установленными образовательными и иными нормативами. Ведомственная разобщенность, а также отсутствие современных механизмов в управлении социальной сферой, приводят к низкой эффективности использования этих средств. Нет структуры, которая бы отслеживала весь процесс реабилитации дезадаптированного ребенка, и отвечала бы за конечные результаты.

Таким образом, назрела реальная необходимость осуществления межведомственного подхода к лечебно-реабилитационному процессу, что обеспечит непрерывность в работе с детьми и подростками с аддиктивными формами поведения, с момента их обнаружения до полного восстановления.

В г. Кемерово в течение последних 3-х лет функционирует межведомственная модель службы психического здоровья для детей и подростков с аддиктивным поведением, которая представляет собой территориальную систему учреждений, служб, ведомственных структур, общественных организаций, принимающих участие в профилактике, лечении, реабилитации этих несовершеннолетних. Служба, в целом, предназначена для обеспечения единства и непрерывности лечебно-реабилитационного процесса, включающего профилактику, раннее выявление несовершеннолетних с аддиктивными формами поведения, проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на ресоциализацию и адаптацию таких детей и подростков.

В структуру службы входят система административно-территориального управления города (комиссии по делам несовершеннолетних территориальных управлений администрации города, координационный совет, управления образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры и спорта), учреждения системы образования (психолого-медико-педагогические районные центры, школы, интернаты, детские дома, ПТУ, техникумы, приюты), учреждения системы здравоохранения (детский наркологический центр с амбулаторными кабинетами медико-психологической и наркологической помощи для детей и подростков, детско-подростковая психиатрическая служба, реабилитационные центры, центр реабилитации детей с ограниченными возможностями), подразделения по делам несовершеннолетних отделения внутренних дел, службы по работе с учащимися в общеобразовательных школах, учреждения социальной службы (центр социальной помощи семье и детям, социальный приют для детей и подростков, социально-реабилитационный центр для детей и подростков с приютом, районные отделения социальной защиты), центр охраны репродуктивного здоровья, центр профессиональной ориентации молодежи и психологической поддержки населения, учреждения культуры и спорта, пункты охраны общественного порядка, общественные организации.

В связи с доминированием аддиктивной патологии у обследованного контингента несовершеннолетних, одной из координирующих служб в межведомственном центре является детско-подростковая наркологическая служба для детей и подростков, которая представляет собой многоуровневый лечебно-реабилитационный комплекс. Она представлена амбулаторными районными кабинетами медико-психологической и наркологической помощи для детей и подростков, дневным стационаром, стационаром, реабилитационными подразделениями, телефоном Доверия.

В рамках профилактической работы еженедельно в учебных заведениях г. Кемерово сотрудниками амбулаторных кабинетов для учащихся проводятся беседы, диспуты, семинары, круглые столы, просмотры фильмов по проблемам, возникающим при употреблении ПАВ. Сотрудники кабинетов работают в тесной связи с органами внутренних дел, районными администрациями города, территориальными отделами образования, органами социальной защиты, молодежной биржей труда, службами организации досуга молодёжи. Для этого в начале каждого года и ежеквартально разрабатываются и утверждаются планы совместной работы по каждому району.

Разработана специальная программа по работе врачей-наркологов и психологов со школами района.

Сотрудники кабинетов участвуют в АКДН (административная комиссия по делам несовершеннолетних) при районных администрациях, школьных советах профилактики. Организован лекторий для психологов, педагогов и родителей. Совместно с инспекторами ОППН (отдел по предупреждению правонарушений среди несовершеннолетних), сотрудниками ОБНОНа сотрудники кабинетов проводят рейды с целью выявления мест распространения и употребления наркотиков.

Разработана и действует программа профилактики аддиктивных форм поведения в условиях летнего отдыха для детей и подростков. Эта программа осуществляется совместно с детским отделом управления здравоохранения города и муниципальным управлением "Отдых", организующим работу летних оздоровительных лагерей, которые расположены в трех пригородных зонах вокруг города. В каждой зоне находится постоянно действующий кабинет медико-психологической и наркологической помощи, который патронирует 3-4 загородных лагеря. В кабинетах работают врачи психиатр-нарколог, психолог, психотерапевт, которые проводят профилактическую работу, занимаются выявлением "групп риска", оказывают несовершеннолетним наркологическую, психотерапевтическую и психологическую помощь. Совместно с сотрудниками летних лагерей отдыха проводят вечерние рейды, обучают педагогический коллектив лагерей летнего отдыха методикам первичной диагностики употребления ПАВ, тактике антинаркотического поведения.

В рамках межведомственной модели городского центра психического здоровья для детей и подростков с девиантным поведением с целью организации отделения социальной и медицинской реабилитации для детей и подростков с девиантными формами поведения было заключено пятистороннее соглашение с управлениями образования, социальной защиты, здравоохранения, молодежной биржей труда и учебно-производственным комбинатом (УПК) "Смена" с целью организации отделения социальной и медицинской реабилитации для детей и подростков с девиантными формами поведения. Опыт работы наркологического реабилитационного отделения для несовершеннолетних на базе УПК позволяет сделать выводы о важности и результативности такой формы реабилитации. Возможность закрепления навыков систематической заня-

тости, образовательной и профессиональной подготовки с получением профессии и дальнейшим трудоустройством при одновременном наблюдении психолога и психиатра-нарколога, а при необходимости проведение противорецидивного лечения является уникальным элементом в реабилитации наркозависимых.

Степень участия в лечебно-реабилитационных программах каждой из вышеперечисленных структур зависит от формы аддиктивного поведения, наличия коморбидной патологии, микросоциального окружения. В зависимости от выраженности нарушенного поведения и степени социального риска пациента уточнялись место и задачи каждого ведомства, учреждения, общественных и других организаций, отвечающих за работу с несовершеннолетними в системе реабилитации.

Таким образом, создание и внедрение модели городского межведомственного центра психического здоровья для несовершеннолетних свидетельствуют о новом "интегративном" подходе к проблеме аддиктивного поведения.

Только при такой интеграции можно ожидать возможное решение проблемы, а к проводимым мероприятиям необходимо подходить как к лечебно-реабилитационным.

АЙЗЕНШТАДТ О.Ю., КОТУРГА Л.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ

Дисциркуляторная энцефалопатия – постепенно прогрессирующее органическое изменение мозговой ткани, возникающее вследствие хронической мозговой сосудистой недостаточности, обусловленной различными заболеваниями (гипертонической болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом и др.), проявляющееся целым рядом нарушений – клинических неврологических, нейропсихологических, а в ряде ситуаций, психических.

В патогенезе большую роль играет поражение глубинных отделов и белого вещества полушарий головного мозга, а возникновение неврологических и нейропсихологических нарушений нередко обусловленно, так называемым феноменом разобщения лобных и субкортикальных отделов.

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), возникающая при различных заболеваниях, имеет много общего, как в характере клинических проявлений, так и в течении, однако некоторые её особенности зависят всё же от этиологического фактора.

Особенностями ДЭ в гериатрии является клиническое многообразие нарушений.

Лечение ДЭ у пожилых пациентов представляет значительные трудности, ввиду наличия сопутствующей соматической и психической патологии, предусматривает стационарный и амбулаторный этапы.

Нами проведен анализ 86 историй болезни пациентов городского госпиталя участников войн ГКБ № 3, пролеченных за 2003 год.

Пациенты, по 43 человека, в возрасте 70-77 лет, выделены в контрольную группу, где проводилась плановая терапия, и группу комбинированной плановой терапии с курсом рефлексотерапии.

Возраст пациентов и состав по половому признаку отличался несущественно.

В качестве рефлексотерапевтического воздействия использовалась акупунктура по аурикулярной методике, корпоральной и скальпотерапии. Выбор метода лечения и подбор точек для рецепта был строго индивидуальным и с учетом ведущего симптома, а так же сопутствующей патологии.

Основными зонами воздействия в краниопунктурной методике были: моторная, сосудодвигательная, вестибуло-кохлеарная, психомоторная, психоаффективная зоны, и зона равновесия.

Основными точками выбора в корпоральной методике были точки каналов сердца, перикарда, трёх обогревателей, печени, тонкого кишечника, желудка, поджелудочной железы и задне-срединного канала (нэй-гуань, да-лин, сань-инь-цзяо, цзянь-чжуншу, тай-чун, гунь-сунь, цюй-чи, шэнь-мэнь, вай-гуань, жань-гу, цзу-линь-цзы, ян-линь-цюань, куньлунь, бай-хуэй, цзу-сань-ли).

В аурикулярной методике: 19 (гипертония), 59 (гипотензивная), 21 (сердца), 22 (железы внутренней секреции), 51 (симпатическая нервная система), 34 (кора головного мозга), 33 (лоб), 35 (висок), 55 (шэнь-мэнь), 25 (ствол мозга) и др.

Методы использовались как самостоятельные виды рефлексотерапии, так и в сочетании. Например, широко использовалась аурикулярная рефлексотерапия + корпоральная, а так же краниопунктура + корпоральная методика.

На фоне проводимого лечения и последующего динамического наблюдения за больными в амбулаторных условиях были получены следующие результаты:

1. Улучшение самочувствия, проявляющееся в уменьшении синдрома вестибулопатии, краниалгии, нормализация психо-соматического состояния и артериального давления, улучшение сна и восстановление когнитивных функций наблюдалось у всех пациентов, но в контрольной группе на 7-10-е сутки лечения, а в группе больных, получающих иглорефлексотерапию, после 3-5 сеанса, т.е. на 5-6 день.
2. Динамическое наблюдение за пациентами (продолжительностью от трёх до шести месяцев) позволяет говорить о более длительно сохраняющемся адаптационном периоде у больных с комплексной терапией и рефлексотерапией от трёх до пяти месяцев, тогда как в контрольной группе больных этот срок значительно меньше – 1-3 месяца.

Таким образом, комбинированная терапия сосудорасширяющими средствами, ноотропами, гипотензивными препаратами с курсом иглорефлексотерапии позволяет быстрее достичь и длительнее сохранять активность и социальную реабилитацию, улучшить качество жизни у пациентов возрастной категории старше 70 лет с дисциркуляторной энцефалопатией сложного генеза.

АЙЗЕНШТАДТ С.Я., БЕССАРАБОВА Н.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА КАРИПАЗИМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ

В настоящее время существует два подхода к лечению межпозвонковых грыж – хирургический и консервативный. Хирургическое удаление грыжи дает быстрое избавление от боли, но проводится в тех случаях, когда другие возможности лечения исчерпаны.

Консервативное лечение (массаж, лечебная гимнастика, мануальная терапия, физиотерапия, грязелечение, медикаментозная терапия) уменьшает отек и напряжение окружающих тканей, укрепляет мышцы, ответственные за стабилизацию позвоночника, улучшает кровообращение, за счет этого устраняя болевой синдром. Но эффект от обычного консервативного лечения в большинстве случаев кратковременный, в среднем, 1-4 месяца. Кроме того, эти способы не останавливают прогрессирование дегенеративных изменений в межпозвоночных дисках.

Институт им. Бурденко предложил неоперативный метод патогенетического лечения – лечение карипазимом (полученным из латекса дынного дерева). В состав карипазима входят биологически активные вещества растительного происхождения (папаин, химопапаин, протеиназа) и муколитический фермент – лизоцим, содержащий в своих активных центрах сульфгидрильные группы. В определенной концентрации карипазим, введенный методом электрофореза, влияет на саму грыжу. Она начинает постепенно уменьшаться, становится мягкой. Этого порой бывает достаточно, чтобы освободить нервные окончания, которые она защемляет, и боли в позвоночнике постепенно проходят. В меньшей степени лекарство действует на весь межпозвоночный диск. Он становится более эластичным, "упругим", увеличивает высоту, как бы "омолаживается". Препарат усиливает регенерацию тканей диска, который восстанавливает свою нормальную форму и функцию амортизатора.

Вводимый карипазим действует на несколько соседних межпозвонковых дисков, восстанавливая целый отдел позвоночника. Этот препарат нельзя применять внутривенно и внутримышечно в инъекциях, он вводится только путем электрофореза.

Необходимым компонентом комплексного лечения является специальная лечебная гимнастика, укрепляющая мышцы спины, живота, шеи, конечностей, создающая "мышечный корсет" и дополнительно стабилизирующая позвоночник, что позволяет больному легче переносить физические нагрузки. Кроме того, при необходимости, применяется массаж, мягкое вытяжение, осторожная мануальная терапия, противовоспалительная медикаментозная терапия. Между курсами больным рекомендуются занятия в бассейне. При применении карипазима возможны аллергические реакции. В этих случаях проводят десенсибилизирующую терапию. При повышенной чувствительности, проявляющейся зудом и повышением температуры, проводится антигистаминная терапия (тавегил, диазолин и др. местная обработка гидрокортизоном, мазью "линин").

Лечение курсовое, по 20-30 процедур. Допускаются перерывы в 1-2 дня между процедурами. Повторные курсы через 30-50 дней.

В условиях нашего отделения, из стационара ГКБ № 3, консультативной поликлиники МУЗ ГКБ № 3 и поликлиник города, за период 2001-2003 гг. нами наблюдались 37 пациентов – 20 мужчин и 17 женщин в возрасте 30-60 лет. Пациенты были разделены на две группы. В одной группе (20 человек) мы проводили лечение по методике, предложенной институтом нейрохирургии им. Н. Бурденко.

В другой группе (17 человек), у больных с выраженным болевым синдромом, мы сочетали методику электрофореза карипазима с лазеротерапией: некоторым (5 человек) делали последовательно курс лазеротерапии, затем курс электрофореза карипазима; остальным (12 человек) одновременно проводили лазеротерапию и электрофорез, в один день. Мы отметили, что сочетание этих методик более результативно и эффективно.

Так как электрофорез применяется в подострой стадии заболевания, а у многих больных с межпозвонковыми грыжами выражен именно болевой синдром, то лазеротерапия в этот период просто незаменима. Эти методы удачно дополняют друг друга.

Улучшение наступало уже по окончании 1-го курса (20 процедур). Некоторые пациенты (5 человек) ограничились одним курсом. 27 пациентов прошли два курса электрофореза и также отметили стойкое улучшение. У трех пациентов, к сожалению, процедуры пришлось прервать ввиду развившейся аллергической реакции.

Ухудшения заболевания не было. Лучшие результаты получены у людей молодого возраста, с меньшей давностью и степенью заболевания.

Таким образом, можно отметить эффективность и полезность данной методики для лечения межпозвонковых грыж, а для снятия болевого синдрома – в сочетании с лазеротерапией.

АЙЗЕНШТАДТ С.Я., БЕССАРАБОВА Н.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПАЙЛЕРТЕРАПИЯ В ХИРУРГИИ

Использование света для лечения организма имеет давнюю историю. Древние греки и римляне первыми поняли, что солнечный свет играет большую роль для жизнедеятельности организма, хотя их знаний было недостаточно, чтобы понять, почему это важно.

Современное использование светотерапии не является феноменом нашего времени. В 1903 году, когда ученые впервые поняли, что свет может быть использован для лечения, датский врач Нильс Р. Финзет был удостоен нобелевской премии за работу по светотерапии. Различные формы терапии, основанной на использовании солнечного света, были популярны в Европе до конца 1930-х годов. Однако после открытия пенициллина в 1938 г., их популярность снизилась.

В послевоенном периоде медики отдавали предпочтение использованию фармацевтических средств. Сегодня высокая стоимость медицинского обслуживания привела к смене приоритетов, еще раз подчеркнув большой интерес к медицинским средствам для профилактики заболеваний. Все больше и больше научных открытий в физике используются для разработки систем лечения, которые "копируют" благотворное влияние природы на биологические системы.

Среди этих разработок – современная светотерапия.

В аппарате светотерапии "Биоптрон" используется линейно-поляризованный, некогерентный свет в видимом и инфракрасном отрезке спектра, так называемый "пайлер-свет"; который не содержит ультрафиолетовых лучей, вызывающих повреждение кожи.

Было обнаружено, что именно поляризация света является одним из основных факторов, регулирующих активность мембран клеток. Свет "Биоптрон" поляризован таким образом, что волны распространяются в параллельных плоскостях, оказывая выраженный терапевтический эффект.

В условиях нашего стационара "пайлертерапия" наиболее проявила себя для лечения пролежней и ран у пациентов хирургического профиля.

В 2003 г. было пролечено 6 человек со спинальной травмой из нейрохирургического отделения, у которых послеоперационный период осложнился массивными пролежнями. Все они получали лечение поляризованным светом от лампы "Биаптрон-2".

8 пациентов из отделения общей хирургии получали пайлертерапию при гнойных ранах.

Улучшение наступило у всех пациентов: у 3-х пациентов на 3-й процедуре отмечалось заживление ран. У 7 пациентов – на 6-й процедуре в области раны появились чистые грануляции. У 2-х пациентов с наиболее обширными ранами заживление наступило на 12-й процедуре. У 2-х пациентов рана осталась открытой, но уменьшилась в диаметре на 2/3.

Таким образом, клинические наблюдения, показали, что пайлертерапия эффективна для лечения пролежней и ран у пациентов хирургического профиля.

ХОМЕНКО Н.П., КУЗНЕЦОВА Н.Н., ЛУНЕГОВ В.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

МЕТОДЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Разнообразные схемы и продолжительные курсы лечения предлагаются различными авторами для лечения больных хроническим простатитом. Актуальным моментом всех этих схем на сегодня является комплексный подход к больному. Хронический простатит (ХП) рассматривается как полиэтиологическое и многофакторное заболевание, в патогенезе которого играет большую роль нарушение кровоснабжения и иннервации предстательной железы (Арнольди Э.К.,1999; Келли Ф., 2000; Donovan P., 1993).

Классические методы лечения хронического простатита включают в себя обязательные компоненты: этиопатогенетическое лечение, нормализацию функции эндокринной системы, повышение иммунологической реактивности организма, общеукрепляющее лечение, психотерапию и нетрадиционные методы лечения, которые дают хороший эффект в комбинации с классическими (Малюков С.А., 2001). Иглоукалывание, прижигание, мануальная терапия, ректальная фитотерапия в сочетании с пальцевым массажем простаты применяются как в нашей стране, так и за рубежом (Селезнев Г.Г., 1983; Табеева Д.М., 1989).

Нами разработана методика проведения пролонгированной иглотерапии, которая была включена в комплекс лечения больных хроническим простатитом. Совместно с урологом и врачом-рефлексотерапевтом исходно составляется индивидуальный алгоритм лечения для больного, включающий медикаменты, физиопроцедуры и блок рефлексотерапии. На первые 15 дней лечения больному устанавливаются серебряные микроиглы на точки: V23, V31, 32, 33, RP6.

Проанализированы две группы больных с применением пролонгированных микроигл (n = 80) – I-я группа, и без микроигл (n = 70) – II-я группа. До лечения, и через 3 месяца после него, больным проводилось анкетирование с включением шкалы IPSS, УЗИ с определением объема простаты и объема остаточной мочи, выполнялись реопростатография и урофлуометрия. В I-й группе до лечения нарушения мочеиспускания легкой и средней степени отмечались у 24 больных (31 %), а во II-й – у 20 больных (29 %). Через 3 месяца в I-й группе ирритативная симптоматика отмечалась у 4-х больных (5 %), а во II-й – у 8 (12 %). Средний объем предстательной железы по УЗИ в I-й группе уменьшился на 30 %, а во II-й – на 27 %; объем остаточной мочи, соответственно, на 80 % и 50 %.

Максимальная объемная скорость потока мочи (Qmax) в I-й группе повысилась на 60 %, во II-й – на 43 %. По данным реографии, после лечения в I-й группе отмечена более выраженная тенденция к улучшению кровообращения в предстательной железе, чем во II-й группе. Пульсовое кровенаполнение увеличилось в 1,5 раза, венозный отток улучшился в 1,3 раза.

Нарушения психоэмоционального статуса у больных ХП – не менее характерный симптом, чем боль и затруднение мочеиспускания. Больные становятся раздражительными, угрюмыми, развивается депрессивное состояние. Окончание депрессии – первый признак положительного эффекта от лечения ХП. Улучшение психоэмоционального состояния больных в I-й группе наступало, в среднем, в течение 3-х дней, во II-й группе этот период составлял 2-3 недели.

Кроме пролонгированных игл, к больным применялись индивидуально подобранные рецепты иглорефлексотерапии, с учетом доминирующей симптоматики. При нарушении сна, раздражительности, боли в поясничной области применялось воздействие на точки: 7C + 6MC + 15V + 23V + 3R. Для повышения общего тонуса и сопротивляемости организма: 6MC + 6RP; 36E + 4GI + 6MC + 6RP; 14VC + 11GI + 4GI; 23V + одна из точек переднесрединного канала. При боли внизу живота – 3VC, 2VC, 4VC, 4VG, 3VG, 26E, 23V, 28V, 7R, 9RP, в промежности – 45T, 6RP, 3R, 1VC, 2VC (1VC прогреть), в крестце – 54V, 30V, 28V6 3VG, 23V прогреть, 4VG, 8RP – тонизировать. При иррадиации болей в половой член – 6RP, 29E, 2F6 47V, 10R, 31VB, 4GI, 2P, 26VB, 11F.

Выводы: ИРТ в сочетании с пролонгированными иглами, в комплексе с традиционными методами лечения хронического простатита усиливает лечебный эффект за счет стабилизации обменных и регенеративных процессов в предстательной железе. Применение элементов рефлексотерапии при медикаментозном лечении ускоряет положительную динамику течения заболевания и сокращает курс лечения, в связи с чем уменьшается объем медикаментозных средств, употребляемых пациентом.

АЙЗЕНШТАДТ С.Я., БЕССАРАБОВА Н.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ РЯДА ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ (ПАЙЛЕР-ТЕРАПИИ, УФО, ДАРСОНВАЛИЗАЦИИ) ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЯХ

Мы проанализировали истории болезни пациентов, пролечившихся в нашем отделении с диагнозом “Опоясывающий лишай”. В основном, наблюдались пациенты из неврологического отделения нашего стационара.

Внимание уделялось не только больным с диагнозом “Herpes zoster”, но и “Herpes simplex”. Интересно было сравнить эффективность лечебного действия ряда физических факторов, а именно Пайлер-терапия от аппарата “Биоптрон”, ультрафиолетовое облучение и дарсонвализация от аппарата “Искра”. Пролечившихся пациентов можно разделить на 3 группы.

В одной группе (12 человек) мы проводили дарсонвализацию области высыпаний. Под действием токов д’Арсонваля повышается порог чувствительности экстерорецепторов, прежде всего болевых, к внешним раздражителям, что дает обезболивающий эффект. Один из наиболее характерных для местной дарсонвализации эффектов – вегето-сосудистая реакция, улучшающая кровообращение. Этот метод лечения обладает также противовоспалительным и противозудным действием.

В первые 2-3 дня заболевания, методом “холодной искры” с воздушным зазором, мы добились прижигающего действия искры. Везикулы лопались и подсыхали. С 4-5 процедуры мы переходили на контактную лабильную методику. На 8-10 процедуре пациенты практически поправлялись.

Но минусом этого физического фактора является масса противопоказаний к электролечению у пациентов.

Во второй группе пациентов (20 человек) мы применяли ультрафиолетовое облучение области высыпаний и, сегментарно, в зоне прекции пораженных ганглиев.

УФО оказывает выраженное противовоспалительное действие за счет повышения фагоцитарной активности лейкоцитов. Хороший обезболивающий эффект эритемы объясняется созданием

новой доминанты в коре головного мозга. УФ-эритема оказывает также выраженное трофико-регенеративное, десенсибилизирующее, бактерицидное действие. Многие больные поступали из отделения с произведенной обработкой области высыпаний бриллиантовой зеленью, которая уменьшает количество проникающих ультрафиолетовых лучей, что является существенным минусом этого лечебного фактора.

Мы также наблюдали улучшение самочувствия в виде снижения жгучих болей и приостановления дальнейшего распространения папулезно-везикулезной сыпи. 3-х пациентов пришлось перевести на другой вид лечения (поляризованным светом), так как улучшение не отмечалось, и больных беспокоили сильные боли. У остальных пациентов улучшение отмечалось на 7-8 процедуре.

В третьей группе (15 человек) мы проводили лечение поляризованным светом от аппарата "Биоптрон". Одним из важнейших эффектов биоптронтерапии является ее биостимулирующее, противоотечное, противовоспалительное, иммуностимулирующее и болеутоляющее действие.

Улучшение у пациентов наступало уже на 3-4 процедуре: уменьшались боли, которые мучили пациентов, вызывая бессонницу, приостанавливалось дальнейшее распространение везикуло-папулезной сыпи. В последующие 5 процедур папулы подсыхали и исчезали. Ухудшения заболевания не было.

Вывод: Все физические факторы (Пайлер-терапия, ультрафиолетовое облучение, дарсонвализация) эффективны при лечении опоясывающего лишая.

Но, при сравнении этих методов, мы отдаем приоритет пайлер-терапии. Этот метод более эффективен по результатам исследования, более щадящий (практически не имеет противопоказаний) и, кроме противовоспалительного, обезболивающего, трофического и противозудного действия, имеет мощное иммуностимулирующее действие.

АЙЗЕНШТАДТ О.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ

Гипогалактия – одна из наиболее известных и распространенных проблем периода грудного вскармливания. Становление лактации – это гормонально обусловленный процесс, осуществляемый рефлекторным путем через взаимодействие нейроэндокринных и поведенческих механизмов. Секреция молока регулируется гипоталамо-гипофизарной системой, и состоит из двух взаимосвязанных рефлексов: молокообразование и выделение молока.

В литературе имеются сообщения об использовании рефлексотерапии при лечении гипогалактии. Под влиянием акупунктуры отмечается заметное улучшение кровообращения в молочной железе. Исследования в данном направлении показали, что под воздействием акупунктуры происходит повышение уровня пролактина в крови, связанное с активацией серотонинэргической системы.

В кабинете рефлексотерапии были пролечены 31 женщина с гипогалактией. Подходы в лечении были различны, что зависело от причины, вызывающей снижение лактации. Так, можно выделить группу (20 человек), где причина снижения лактации была механическая (трещины сосков). Травма соска вызывает отёк и, как следствие, задержку истечения молока, вызывая тем самым лактостаз и, по механизму обратной связи, физиологическое подавление выработки молока. Данной группе женщин проводилось "окуривание" соска полынной сигарой один раз в день, и только потом, после нормализации состояния соска, проводились процедуры иглорефлексотерапии, тем самым подавался сигнал в центральную нервную систему. Иглоукалывание проводилось по второму возбуждающему методу. Как правило, молоко появлялось уже по окончании процедуры.

Вторую группу составили 11 человек с так называемой гормональной гипогалактией. Причины возникновения гипогалактии в данной группе также были различны: наличие в анамнезе ЧМТ, соматическая патология, стрессовые ситуации и др. При данном варианте иглорефлексотерапия проводилась сразу. Точками выбора были (учитывая анамнез) точки канала печени, почек, мочевого пузыря, а также локально-сегментарные и точки воротниковой зоны. Или проводилась аурикулярная рефлексотерапия по точкам: 22 (ЖВС), 23 (яичник), 44/1, 44/2 (грудная железа), 28 (мозг), 58 (матка), 97 (печень), 55 (шэнь-мэнь) и др. Процедуры проводились ежедневно, курс составлял, в среднем, 6 процедур. У всех женщин отмечалось улучшение лактации.

Проанализировав данную ситуацию, можно отметить, что рефлексотерапия при гипогалактии является достаточно эффективным методом лечения при своевременном обращении внимания на эту проблему.

БОЛОШКО В.Л., ЗАУЗЕЛКОВА Е.А., МАЛИНОВСКАЯ С.Ю., ГОРЮНОВА М.Э.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КРИОТЕРАПИИ С АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИЕЙ И КРИОТЕРАПИИ С МАГНИТОТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОХОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника является одной из главных причин ограничения физической активности пациентов, временной нетрудоспособности и инвалидности.

Реабилитация больных остеохондрозом поясничного отдела – актуальная проблема клинической медицины.

При данном заболевании в Клинической поликлинике № 5 г. Кемерово обращаемость за медицинской помощью составляет 43 % от общего числа обратившихся больных в возрасте 20-60 лет, то есть в период наиболее активной трудовой деятельности.

Это обуславливает необходимость проведения комплексных восстановительных мероприятий, одним из которых является криотерапия. Терапевтическая эффективность криотерапии выражается в аналитическом, анестезирующем, спазмолитическом, противоотечном, репаративно-регенеративном, вазопрессорном эффекте.

В физиотерапевтическом отделении МУЗ Клиническая поликлиника № 5 было проведено последовательное лечение больных поясничным остеохондрозом криотерапией с амплипульстерапией и магнитотерапией.

Целью работы явился анализ лечения больных поясничным остеохондрозом последовательным применением криотерапии с амплипульстерапией и криотерапией с магнитотерапией. Пролечено 40 больных, 18 женщин и 22 мужчины, в возрасте 20-60 лет.

По клинико-неврологическим проявлениям поясничного остеохондроза больные были со следующими синдромами:

- люмбалгии – 8 человек;
- люббоишалгии – 10 человек;
- радикулопатии – 16 человек;
- кокцигодемии – 8 человек;

Больные были разделены на 2 группы по 20 человек.

1-я группа больных принимала криотерапию и амплипульстерапию. Лечение проводилось в последовательном применении криотерапии (замороженная до –4оС вода в пластиковых пакетах) накладыванием на пояснично-крестцовый отдел позвоночника (Ĺ1 – Ş1) и на зоны иррадиации боли нижних конечностей.

Время воздействия – 3-7 мин, через 40 мин проводили амплипульстерапию аппаратом “Амплипульс-5”. Электроды располагали паравертебрально на пояснично-крестцовую область и затем на бедро и голень, чередуя.

Параметры СМТ – режим 1, род работы III, IV, частота модуляции 100-80 гц, глубина модуляции 50-75 % по 3 мин каждого рода работы. Длительность полупериода 2-3 сек, курс лечения 10 процедур.

2-я группа больных принимала последовательно криотерапию и магнитотерапию.

Лечение криотеропией проводили наложением криопакета на пояснично-крестцовую область и зоны иррадиации боли (бедро и голень) на 3-7 мин, затем (через 40 мин) делали магнитотерапию аппаратом “Полюс-1”. Индукторы устанавливали паравертебрально на пояснично-крестцовую область и зоны иррадиации боли. Ток: синусоидальный, режим: непрерывный, интенсивность напряжения: II-III, длительность процедуры: по 10 мин на каждую область, ежедневно, продолжительность курса лечения: 10 процедур, эффект оценивался после проведения лечения.

В результате лечения отмечено значительное улучшение по важным клиническим критериям (снятие болевого синдрома, уменьшение мышечно-тонического синдрома, расстройства чувствительности, увеличение подвижности позвоночника и двигательной функции).

Ухудшения заболеваний не было.

Наилучшие результаты получены у людей более молодого возраста и с меньшей давностью заболевания.

Таким образом, последовательное применение криотерапии с амплипульстерапией наиболее эффективно при лечении больных с поясничным остеохондрозом, чем последовательное применение криотерапии с магнитотерапией.

ЮРИНА Л.Я., ОСЬКИНА Т.П.
МУЗ Городская больница № 1 им. М.Н. Горбуновой

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Купирование болевого синдрома у неврологических, травматологических больных является важной задачей физиотерапии. Нами был использован метод транскраниальной электростимуляции (ТЭС) аппарата "Трансаир-01" для лечения болевых синдромов различной локализации.

Особенностью электрического воздействия, проводимого с помощью аппарата "Трансаир-01", является то, что стимуляция головного мозга осуществляется электрическим сигналом в виде биполярных прямоугольных импульсов тока фиксированной частоты и длительности (частота 77 Гц, длительность импульса 3,5-4 мсек). Обезболивающий эффект при транскраниальном электрическом воздействии обусловлен активацией опиоидных систем центральной нервной системы, в том числе, элементов антиноцицептивной системы. В результате, поток восходящих болевых импульсов частично или полностью блокируется на разных уровнях проведения.

Мы пролечили методом ТЭС 124 больных (92 женщины, 32 мужчины) в возрасте от 21 до 73 лет со следующей патологией: невралгия тройничного нерва (9 чел); невралгия затылочного нерва (2 чел); стомалгия (2 чел); арахноидит головного мозга (5 чел); мигрень (4 чел); остаточные явления ЧМТ (6 чел); постгерпетический неврит (8 чел); остеохондроз шейногрудного отдела (12 чел); остеохондроз поясничного отдела (33 чел); остеохондроз поясничного отдела после операции (25 чел); контрактуры суставов (18 чел).

Продолжительность заболевания – от 1 мес. до 12 лет. ТЭС производили через накожные металлические фронтальные и ретромастоидальные электроды с прокладками, смоченными теплой водопроводной водой. Для первого сеанса величина тока выбиралась минимальной и составляла 0,5-1 мА, длительность первой процедуры – 20 мин. В последующие процедуры время воздействия увеличивали до 30-40 мин, а силу тока – на 0,4-0,8 мА, по сравнению с предыдущим сеансом, и изучали клинический эффект и состояние пациента после каждой процедуры. Если процедура переносилась легко, а эффект был незначительный, то силу тока увеличивали. Если лечебный эффект проявлялся отчетливо, то последующие процедуры проводили с тем значением силы тока, на котором был достигнут лечебный эффект.

Курс лечения состоял из 7-12 процедур, проводимых ежедневно. Лечебный эффект проявлялся при токе 1,4-1,7 мА. Контакт и ориентировка пациентов во время процедуры оставались сохранными, нередко больные отмечали сонливость и начинали дремать. Обезболивающий эффект проявлялся чаще с третьей процедуры, а при невралгиях тройничного и затылочного нервов обезболивающий эффект наблюдали уже после первой процедуры. При церебральном арахноидите и мигрени обезболивающий эффект проявлялся даже при многолетнем течении болезни. При лечении болей у пациентов с остеохондрозом пояснично-крестцового и шейно-грудного отдела обезболивающий эффект ТЭС был более выраженным при небольшом сроке заболевания.

У 98 % пролеченных пациентов боль стала значительно меньше или купировалась полностью. Обезболивающий эффект по длительности нарастал с увеличением количества процедур. Осложнений при проведении процедур ТЭС не отмечено.

Процедура ТЭС не вызывала каких-либо побочных явлений. В период применения ТЭС у больных отмечался некоторый седативный эффект и улучшение ночного сна, что может быть следствием уменьшения болей. У больных с артериальной гипертензией отмечали снижение АД, что также может быть следствием устранения боли.

Таким образом, ТЭС эффективна у пациентов разного возраста, с различным характером болевого синдрома и длительностью анамнеза заболевания.

ГАРАФУТДИНОВ Д.М., САВИЦКАЯ Г.В.
МУЗ Клиническая стоматологическая поликлиника № 4

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ

Маркетинговые технологии завоевывают в мировой практике все большую популярность. Ряд авторов считают, что эволюция концепции маркетинга началась в начале XX века в США. Однако в других литературных источниках можно найти сведения о том, что маркетинг впервые появился в Японии в середине XVII века.

Маркетинг может быть определен как ведущая область хозяйственного управления, в сферу которой входит организация и руководство целой совокупностью видов деятельности, связанной с превращением покупательной способности потребителя и эффективном спросе на специфическое изделие или услугу, а также с доведением этого изделия (услуги) до конечного или промежуточного потребителя, для обеспечения организации определенной нормы прибыли или достижения других целей (Л. Роджер, 1968).

Маркетинговые технологии включают в себя следующее:

- изучение исходной позиции компании с наличием плюсов и минусов;
- установление цели и строгое следование ей;
- наличие работоспособной команды;
- наличие преданного, лояльного и ответственного штата, который бы гордился в хорошем смысле слова своей профессией;
- корпоративная культура организации;
- постоянный управленческий контроль за всей производственной и хозяйственной деятельностью;
- тщательное изучение потребителей, их нужд с учетом социальной принадлежности;
- клиент всегда прав – жизненное кредо компании.

Первые примеры использования маркетинга в стоматологии за рубежом появились примерно 20 лет назад, но более широкое распространение маркетинг получил в последние годы. Весомым фактором недостаточного применения маркетинга в стоматологии и других сферах здравоохранения было представление о неэтичности этой деятельности, так как до 1979 г., по правилам Американской Медицинской Ассоциации, реклама профессиональных услуг запрещалась. К тому же, количество практикующих дантистов было ограничено. По воспоминаниям Д. Боброва, Президента Американской стоматологической ассоциации, его отец и дядя были единственными практикующими стоматологами во всем округе Северного Чикаго и им было достаточно сообщить время и место, где принимает дантист.

Растущее в наши дни количество дантистов говорит о том, что деятельность многих из них вынуждена будет полагаться не только на устное распространение информации об их услугах. Сложившаяся практика показывает, что даже наличие высокотехнологичного оборудования, новых технологий, радиовизиографов, карпульной анестезии не способствует ожидаемому успеху и приросту новых пациентов.

Основой маркетинга в стоматологии за рубежом является продвижение стоматологических услуг с помощью адекватной рекламы и техники продаж. Сегодня государственные медицинские организации поддерживают строгие параметры, которых должны придерживаться специалисты, занятые частной практикой. Поэтому, в интересах частнопрактикующих стоматологов вначале ознакомиться с этими правилами, прежде чем применять свой маркетинговый план. Необходимо также учитывать, что потребители услуг скептически относятся к рекламе и считают, что она, как минимум, на 50 % недостоверна.

Большинство маркетинговых программ в стоматологии содержит два компонента: уведомление и убеждение. Убеждению принадлежит ощутимая значимость, так как оно помогает реализовать конкретную цель дантиста – обеспечить общество услугой высокого качества.

Кроме того, может быть использован внутренний, внешний и институциональный маркетинг. К внутреннему маркетингу прибегают в случае налаживания связей со своими потребителями. Внешний маркетинг нацелен на уведомление и побуждение к потреблению услуг среди потенциальных клиентов. Маркетинг, где элемент убеждения отсутствует, называется институциональным. Его единственная цель – передать информацию и соответствующий имидж деятельности врача.

В Англии, например, стоматологи часто размещают свою рекламу в телефонных книгах. И, когда у человека возникает потребность обратиться к стоматологу, он невольно обращает внимание на эту рекламу.

Своеобразной рекламой является и мнение пациента, посетившего стоматологический кабинет. О качественной работе врача он расскажет друзьям и знакомым, которые могут стать потенциальными пациентами. Большое значение также имеет разработка собственного стиля, имиджа.

Широкое распространение получил Интернет. Он предоставил быстрые и экономичные средства для целей маркетинга, так как при помощи электронной почты и интернет-технологий электронное письмо может быть отправлено тысячам людей, доставлено за секунды, и при этом не надо платить за услуги связи и конверты.

Интернет также позволил стоматологам улучшить состояние своего бизнеса при помощи подключенных к сети компьютеров, используя электронный маркетинг. Доктор Жерар Гурьон, практикующий стоматолог, эксперт по стоматологическому маркетингу и управляющий делами более 100 работающих с успехом стоматологических кабинетов по всей Европе, считает, что интернет-маркетинг способен помочь создать взаимоотношения с социально-экономическим окружением, используя новые информационные технологии. Каждый из стоматологов должен предпринять определенные шаги для того, чтобы использовать интернет-маркетинг в своем учреждении.

Интернет-маркетинг был в полной мере опробован в других профессиях, и показал свою бесспорную эффективность. Проводя интернет-маркетиг, нельзя забывать об этической стороне вопроса и не делать слишком крутой поворот в сторону коммерции. Стоматологи не должны забывать, что в центре внимания стоит пациент и, следовательно, целью маркетинга также является пациент.

В настоящее время каждая стоматологическая клиника должна иметь свой сайт, разработать который может студия дизайнеров.

Работая в условиях конкуренции, любая из стоматологических фирм занимает определенную рыночную позицию, которая определяется, в конечном итоге, отличительностью ее имиджа в сознании клиента среди множества предлагаемых ему вариантов.

Рыночную позицию можно определить, исходя из качества выполняемых работ, рабочей территории, характера клиентуры. То есть, необходимо знать, кто является потребителем услуг, с учетом социального положения в обществе. Стоматологи должны всегда точно знать, на кого конкретно рассчитана их помощь.

Закончить обзор зарубежной литературы по использованию маркетинга в стоматологии можно обращением к стоматологам – доктор Лео Юркив, г. Ноттингем, Великобритания, фирма "ДентАрт" обращается ко всем стоматологам:

"Помните – время посредственности ушло. Сегодня пациенты хорошо информированы в вопросах стоматологии, поэтому они многого ожидают от вас. Вот почему клиника не может руководствоваться только выгодами стоматолога. Первенство сегодня принадлежит пациенту. Следовательно, очень важно, чтобы все сотрудники думали о том, как ему быть полезным. Успех выживания клиники – качество во всем.

Если вы хотите добиться успеха, надо работать не тяжелее, а мудрее. Важно не только выполнять работу правильно, а выполнять правильные работы. В условиях жесткой конкуренции не только отдельных клиник, кабинетов, но и отдельных врачей одной практики, каждый из нас должен бороться за своего пациента.

Мы, стоматологи, должны отвоевать пациента, убедить его в том, что куда важнее вложить деньги в собственное здоровье, чем в покупку престижного "Мерседеса". Я понимаю, что сделать это очень и очень сложно. Но мы должны делать это для того, чтобы процветал наш бизнес, и мы были обеспечены работой".

КИРЕЙЧУК В.П., КАРПОВА Н.С., КОНОВАЛОВА Т.И.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра стоматологии детского возраста,
Городская стоматологическая поликлиника № 11

ЭТИОЛОГИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) играют большую роль в формировании внешнего вида, эстетике зубного ряда, психического и нравственного развития ребенка. Скученность зубов, их отсутствие во фронтальном отделе, диастема, тремы оказывают негативное влияние на формирование личности ребенка. Он перестает общаться со сверстниками, старается скрыть улыбку, чувствует себя неполноценным членом общества.

Аномалии зубочелюстной системы могут быть обусловлены не только отсутствием зубов, но и патологией мягких тканей. Мелкое преддверие полости рта, короткие уздечки верхней и нижней губ, языка, щечно-десневые тяжи в области отдельных зубов, также приводят к патологии зубочелюстной системы. Этиологическими факторами патологии мягких тканей, наряду с врожденными, можно считать наличие вредных привычек в раннем возрасте – длительное применение пустышек (более года), искусственное вскармливание, сосание языка, губ, пальцев, карандашей, ручек и т.д.

Короткая уздечка верхней губы приводит к нарушению формы зубного ряда и часто сопровождает диастему. Она довольно часто встречается не только в сменном прикусе, но и в постоянном, и составляет 7,8 % от всех аномалий ЗЧС.

Скученность зубов развивается в результате недоразвития челюстных костей, макродентии, а также сильных уздечек губ и языка, которые сдерживают не только рост костной ткани, но и приводят к патологии тканей пародонта.

У таких пациентов наблюдается кровоточивость десен, рецессия десневого края и подвижность зубов.

Короткая уздечка языка (анкилоглоссия) ограничивает его подвижность. Дети неправильно произносят "шипящие" звуки и буквы "р", "л", кроме того, затрудняется прием пищи. При анкилоглоссии развивается деформация зубных рядов в виде укорочения челюсти, уплощения альвеолярного отростка во фронтальном отделе, а также наблюдается рецессия десны в области зубов 31 и 41 с язычной стороны.

Аномалии ЗЧС в детском возрасте требуют не только ортодонтического лечения, но и этиотропной хирургии. К специальным методам хирургического лечения относятся френуло- и вестибулопластики. Эти мероприятия могут быть осуществлены только в условиях высококвалифицированного лечебного учреждения.

Целью нашего сообщения является раннее выявление данной патологии среди детей разных возрастных групп, и своевременное проведение хирургического вмешательства.

При выполнении операции френулопластики используются методики Ф. Хорошилкиной и А. Лимберга. При наличии диастемы на верхней челюсти, кроме френулопластики, часто выполняем кортикотомию в области сренинного шва.

Одним из важных методов хирургического лечения заболеваний тканей пародонта, обусловленных скученностью зубов, является коррекция тканей преддверия полости рта, т.е. вестибулопластика. Вестибулопластика выполняется в ГСП № 11 на кафедре детской стоматологии с 1989 года. Мы в течение 12 лет для коррекции преддверия полости рта применяли методику по Эдлан, которая зарекомендовала себя высокой эффективностью и стабильными результатами. Недостатком этой операции, с нашей точки зрения, была обширная раневая поверхность, которая часто сопровождалась кровотечениями и болями. С 2002 года вестибулопластику стали выполнять по методике ЦНИИС (Москва). При данной методике границы операционного поля сведены к минимуму, это исключает кровотечение и сокращает сроки послеоперационного лечения до 7 суток.

Устраняя щечно-десневые тяжи, короткие уздечки губ и языка, мы восстанавливали не только морфофункциональные нарушения в костной ткани, но и создавали благоприятные условия для ортодонтического лечения.

Из вышеизложенного можно сделать заключение, что при осмотре полости рта у детей необходимо обращать внимание не только на патологию твердых тканей зубов. Рекомендуется проводить комплексное обследование ребенка с изменением глубины преддверия полости рта, осмотром уздечек губ и языка.

В целях профилактики ЗЧА, необходимо исключать:

- длительное пользование сосками,
- сосание губ и языка,
- держание во рту карандашей и ручек.

КОКРЯЦКАЯ М.В., ПОКАТИЛОВА Н.В., ИСАЙЧИКОВА Т.Л.,НАЗАРЕВИЧ Л.С.
МУЗ Клиническая стоматологическая поликлиника № 11

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА МЕТОДОМ ДЕПОФОРЕЗА ГИДРООКИСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ

Многочисленные экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют о том, что каналы, как правило, имеют сложную анатомическую структуру. Инфицированные каналы представляют собой места инкубации и источники микроорганизмов, особенно анаэробов, которые хорошо обеспечены мертвыми органическими субстанциями.

Инструментальная обработка главного канала приводит лишь к некоторому уменьшению степени бактериального загрязнения канальной системы. Не происходит и сколько-нибудь значимого проникновения дезинфицирующих средств в латеральные канальцы во время промывания канала, так как диффузия раствора в пульпу – это очень медленный, многодневный процесс.

Через оставшиеся открытыми отверстия многочисленных латеральных каналов, а также через полость зуба велика вероятность реинфицирования корневого дентина. Попытки максимально повысить эффективность химико-инструментальной эндодонтии привели к возникновению ряда требований к эндодонтическому лечению, а отсюда – критериев его качества (конусовидная форма канала, пломбирование до апекса и др.) Однако даже самое тщательное выполнение всех этих требований не приводит к достижению главной цели эндодонтического лечения – обеспечению перманентной стерильности канальной системы и дентина корня. Поэтому даже после тщательной, далеко небезопасной механической обработки главного канала, вертикальной и латеральной конденсации гуттаперчи, а также пломбирования до верхушки (сопряженных в ряде случаев с ослаблением стенок корня, перфорациями, вертикальными фрактурами) эффективность лечения составляет всего 30-60 %.

Микробы, сохраняющиеся при традиционном лечении, недостижимы для защитных механизмов организма из-за деструкции пульпы и отсутствия кровоснабжения. Через многочисленные отвер-

стия они поддерживают состояние хронического воспаления в периапикальной области, оказывают отрицательное воздействие на различные системы организма пациента. Из-за геометрических особенностей расположения, воспаление далеко не всегда выявляется рентгенологически. Поэтому так называемый "успех" после традиционного лечения не может рассматриваться как излечение.

Принимая во внимание вышеуказанные обстоятельства, для обеспечения полной и постоянной стерильности всей канальной системы и физиологического закрытия многочисленных отверстий, нами был выбран принципиально новый метод эндодонтического лечения, а именно депофорез гидроокиси меди-кальция.

Основными противопоказаниями для проведения данного метода являются аутоиммунный тиреодит, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, вторичные иммунодефициты, аллергическая реакция на медь, обострения хронических периодонтитов в стадии гнойного воспаления, наличие в корневом канале серебрянного штифта.

Данный метод применяли при лечении пульпитов, после девитализации пульпы, различных форм периодонтитов, в том числе острых и обострений хронических, в стадии серозного воспаления, радикулярных кист зубов, осложненных перфорациями корней, отломом эндодонтического инструментария в корневых каналах.

Для проведения депофореза использовали аппарат "Оригинал-II". Лечение проводили чаще всего по классической методике, суть которой заключается в обработке каждого корневого канала количеством электричества 15 ма/мин. за 3 сеанса, проводимых с интервалом 8-14 дней. Предварительно раскрывали полость зуба, расширяли корневые каналы до № 030-040 по VSO, на глубину 1/3-2/3 его длины. Промывали высокодисперсной гидроокисью меди-кальция в дистиллированной воде. Заполняли корневые каналы взвесью гидроокиси меди-кальция (во фронтальной группе зубов – смесью гидроокиси меди-кальция и гидроокиси кальция в соотношении 1 : 10) на глубину не более 2/3 длины корневого канала.

Активный электрод вводили в корневой канал, пассивный фиксировали за щекой. Подавали ток до появления у пациента каких-либо ощущений. Чаще всего сила тока составляла от 0,5 до 1,5 ма.

Сеанс продолжался до тех пор, пока количество электричества, прошедшее через корневой канал, не равнялось 5 ма/мин. При больших деструктивных процессах в периапикальных тканях общее количество электричества через корневой канал увеличивали до 20-25 ма/мин путем увеличения силы тока, длины сеанса, либо количества сеансов.

При лечении истинных корневых кист с эпителиальной выстилкой, количество электричества через корневой канал доводили до 50 ма/мин, причем гидроокись меди-кальция выводили за верхушку корневого канала и силу тока увеличивали до 3,5-4 ма.

После проведения последнего сеанса депофореза, полностью проходимые к/каналы пломбировали АН + с гуттаперчевыми штифтами или термофилом, а не полностью проходимые – атацамитом, с последующей реставрацией коронки зуба. При больших деструктивных процессах в периапикальной области реставрацию проводили отсрочено, через 3-4 месяца после лечения, когда на контрольной R-грамме отмечалась положительная динамика деструктивного процесса. R-контроль проводили через 3, 6, 12 и 18 месяцев.

При отсутствии положительной динамики дополнительно проводили 2-3 сеанса депофореза. Очень важным условием для восстановления очага деструкции является отсутствие перегрузки причинного зуба. Этот момент учитывался при проведении протезирования в период реабилитации.

Отдаленные результаты лечения осложненного кариеса, через 12-18 месяцев после проведения депофореза, по данным ГКСП № 11 за 3 года отражены в таблице.

	Всего	Положительный результат	Отрицательный результат
Пульпитов	132	132	-
Хронический фиброзный периодонтит	741	740	1 (0,1 %)
Хронический гранулирующий периодонтит, в том числе:	692	665	27 (3,9 %)
- с перфорацией корня	152	145	7 (4,6 %)
- с отломом эндодонтического инструмента в к/к	138	130	8 (5,7 %)
Хронический гранулематозный периодонтит, в том числе:	475	462	13 (2,7 %)
- кист	20	16	4 (20 %)
Итого:	2040	1999 (98 %)	48 (2 %)

Таким образом, всего методом депофореза гидроокиси меди-кальция было пролечено 2040 зубов, из них 132 зуба по поводу пульпита. Ни в одном из 132 случаев через 18 месяцев после лечения рентгенологически не было отмечено изменений в периапикальных тканях, а из 1167 зубов с деструктивными формами периодонтитов полное восстановление очагов деструкции произошло в 1127 случаях.

Всего процент излеченности осложненного кариеса методом депофореза составил 98 %. Два процента отрицательных результатов лечения составляют обширные апикально-пародонтальные процессы, чаще при наличии свища, и отказ пациен-

тов от дальнейшего лечения. Депофорез гидроокиси меди-кальция в настоящее время является единственным и уникальным методом лечения осложненного кариеса, позволяющим добиться высокого процента выздоровления, при условии обязательного соблюдения основных противопоказаний при проведении данного метода, а также в период реабилитации.

НАЗАРЕВИЧ Л.С., ЕГОРОВА Т.В., НИКУШОВА В.С., МАЗУРЕНКО Н.А., ТОРГАШИНА Л.В.
Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 11,
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра терапевтической стоматологии

КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИДРООКИСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ, КАК АЛЬТЕРНАТИВА ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

С внедрением в лекарственный арсенал пародонтологов гидроокиси меди-кальция появилась уникальная возможность консервативного лечения пародонтальных карманов глубиной более 5 мм.

Данный метод занял определенное место в комплексе лечебных мероприятий прогрессирующих пародонтитов, и представляет собой альтернативу хирургическим методам лечения (кюретаж, открытый кюретаж, лоскутная операция). Метод основан на уникальных биофизических и химических свойствах данного препарата.

Гидроокись меди-кальция обладает бактерицидной активностью в отношении всех микроорганизмов, включая анаэробные, споры, грибки; отсутствием развития резистентности бактерий к данному препарату; способностью лизнровать патологически измененные ткани, т.е. грануляции и выросший эпителий пародонтального кармана, не повреждая при этом здоровые ткани; создает условия и стимулирует регенерацию тканей пародонта, вплоть до круговой связки зуба; не вызывает аллергических реакций.

Метод практически не имеет противопоказаний. Основные показания к проведению химического кюретажа – П/к глубиной до 5 мм; глубокие одиночные П/к; наличие сочетанных апикальных и пародонтальных очагов хронического воспаления; боязнь пациента хирургических вмешательств на пародонте (лоскутные операции); наличие тяжелых общесоматических заболеваний (гипертоническая болезнь, диффузный остеопороз, онкологические заболевания).

В нашей поликлинике консервативный метод лечения П/к гидроокисью меди-кальция или, иначе, химический кюретаж П/к применяется с февраля 2002 года.

Всего было пролечено 211 человек (514 зубов) в возрасте 17-60 лет, из них с пародонтитом средней степени тяжести – 85 человек (232 зуба), с тяжелой степенью – 65 человек (262 зуба), с сочетанными апикальными и пародонтальными очагами хронического воспаления – 11 человек (20 зубов).

В комплекс лечебных мероприятий пародонтитов включались профессиональная гигиена полости рта, обучение гигиене полости рта; местный и общий курс медикаментозной терапии; химический кюретаж П/к гидроокисью меди-кальция; избирательная пришлифовка зубов по показаниям; этиотропные пластические операции; ортодонтическое лечение; шинирование, протезирование; лоскутные операции.

Химический кюретаж проводили после тщательной профессиональной гигиены. В П/к до 5 мм гидроокись меди-кальция вносили в консистенции густой сметаны под повязку.

При глубоких П/к использовали х/б нити толщиной 1-1,5 мм, пропитанные суспензией гидроокиси меди-кальция, которые вводили в пародонтальные карманы, и на место их локализации накладывали повязку Voco или Barricade. Пациентов предупреждали о необходимости убрать нить, если повязка потеряет фиксацию. Повторное посещение назначали через 2 недели. Таких процедур проводили две-три (при необходимости, до четырех-пяти, если сохранялось гнойное отделяемое).

При сочетанных апикальных и пародонтальных очагах хронического воспаления химический кюретаж гидроокисью меди-кальция проводили совместно с депофорезом к/каналов.

Во всех случаях в процессе лечения уменьшались клинические симптомы воспаления: гиперемия, отек, десна уплотнялась, отмечалась стабилизация подвижных зубов. R-логический контроль проводили через 3, 6, 12 месяцев после лечения. Уже через 3 месяца на всех рентгенограммах четко прослеживалась стабилизация процесса, появлялась вуаль из очажков костеоброзования в области резорбированной кости.

Через 12 месяцев – полное восстановление костной альвеолы при средней степени пародонтита и частичное – при тяжелой степени.

Из 65 человек с тяжелой степенью пародонтита только у 5 человек (пациенты с БПП, множественными П/к глубиной 8-10 мм и рецессией десны до 10 мм) были проведены лоскутные операции в сроки от 3-х до 5 месяцев после проведенного комплексного лечения, включавшего химический кюретаж П/к гидроокисью меди-кальция, т.к. сохранилась глубина зондирования до 8-10 мм.

Таким образом, если в 2001 г. мы прооперировали 18,4 % пациентов с прогрессирующими пародонтитами из числа получивших комплексное лечение, то в 2002 г., после внедрения химического кюретажа, прооперировали всего 12,4 % таких пациентов.

Из 20 зубов с сочетанными апикальными и пародонтальными очагами хронического воспаления, пролеченных химическим кюретажем и депофорезом, у 18 отмечалось полное восстановление очагов деструкции через 12 месяцев после лечения. И только двоим пациентам был проведен открытый кюретаж П/к, с одновременным выскабливанием периапикального очага хронического воспаления, так как не было отмечено положительной динамики через полгода после проведенного консервативного лечения.

Таким образом, консервативный метод лечения пародонтальных карманов с применением гидроокиси меди-кальция можно рекомендовать, как альтернативный пародонтальным хирургическим операциям (кюретаж, открытый кюретаж, лоскутные операции), а в некоторых случаях (тяжелые соматические заболевания, аллергические реакции) – как единственно возможный метод устранения пародонтальных карманов.

При сочетанных апикальных и пародонтальных очагах хронического воспаления метод химического кюретажа можно совмещать с депофорезом к/каналов.

НИКОНОВИЧ С.Д, ЗЕМЛЯНУХИН Э.П., ТАРАСОВ Н.И.
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи

ПУТИ ПРАКТИЧЕСКОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ, ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КЕМЕРОВСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ

За последние 10 лет число вызовов скорой медицинской помощи увеличилось на 30 %, а доля больных, госпитализированных в экстренном порядке, возросла почти в 3 раза. Особая тяжесть ургентных больных, скоротечность развития неотложных состояний обусловливают высокую летальность, длительную утрату трудоспособности и увеличивающийся уровень инвалидизации.

Более 90 % больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации. Самыми частыми причинами смерти, составляющими 40-60 % всех случаев, являются сердечно-сосудистые заболевания, несмотря на последние достижения кардиологии, которые касались, в основном, совершенствования госпитальных кардиологических служб.Так, внедрены методы ранней реперфузии миокарда, мониторного наблюдения и дефибрилляции в блоках интенсивной терапии, отработана стратегия стационарного ведения пациентов с инфарктом миокарда и другими острыми состояниями.

Вместе с тем, стандартизация подходов к больным с острыми и неотложными состояниями практически не коснулась этапа догоспитальной помощи. Это связано с рядом факторов – малым количеством клинических исследований, посвященных данной проблеме; отсутствием финансируемых государственных программ и т.д.

Современные литературные данные свидетельствуют о том, что около 80 % больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы умирают вне стационара. Во многих странах созданы специальные службы, деятельность которых позволила снизить этот показатель. Развитая система врачебной догоспитальной помощи в России создает благоприятные условия для ускорения времени и улучшения качества оказания квалифицированной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией и, в частности, острыми форм ИБС. Это, в свою очередь, может содействовать существенному улучшению прогноза больных с наиболее распространенной патологией.

Внедрение современных технологий при оказании скорой и неотложной помощи кардиологическим больным продиктовано жизненной необходимостью и обосновано отраслевой программой "Скорая медицинская помощь", утвержденной МЗ РФ от 11.03.2003 г. Совершенствованию догоспитальной диагностической и лечебной помощи больным должны способствовать современные научные достижения, а внедрение методик и программ в практическую деятельность скорой и неотложной помощи должно быть безопасным и научно обоснованным.

Кроме того, улучшение качества оказания скорой и неотложной помощи больным должно быть основано на совершенствовании материально-технической базы, дополнительными финансовыми затратами, в первую очередь на приобретение современного оборудования, лекарственных препаратов и финансирования клинических исследований.

В связи с этим, основными научно-практическими направлениями совершенствования скорой и неотложной помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются:

1. Создание организационно-методического центра на базе Кемеровской станции скорой помощи, основной деятельностью которой будет являться разработка, внедрение научно обоснованных, безопасных программ и методик в практическую деятельность СМП. Руководство и координация научной деятельности и клиническими исследованиями, проводимыми на базе Кемеровской СМП.

2. Улучшение преемственности в деятельности догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи.

3. Улучшение взаимодействий с научными и практическими учреждениями областного и федерального значения.

4. Проведение тематических конференций городского и областного значения, с приорететной направленностью на догоспитальный этап диагностики и лечения больных.

5. Разработка и внедрение в практику формулярного списка основных лекарственных препаратов для линейных и специализированных бригад скорой медицинской помощи.

6. Разработка и внедрение в практику формулярного списка необходимой медицинской аппаратуры для использования в условиях линейных и специализированных бригад СПМ.

7. Издание специальной литературы: методических пособий, монографий, статей.

КРИВОПОЛЕНОВ В.А., НИКОНОВИЧ С.Д., ТАРАСОВ Н.И.
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи

ОПТИМИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности комбинированной терапии обзиданом, нитроглицерином, гепарином (при внутривенном введении), аспирином у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) на догоспитальном этапе. В исследование включили 44 больных, средний возраст 63,2 ± 2,3 года, с клиническими и ЭКГ-признаками острого инфаркта миокарда, диагностированного врачами скорой помощи в первые 6 часов от развития ангинозного состояния.

Методом случайной выборки больные разделены на 2 группы. Группа А из 23-х пациентов, которым, кроме обычной антиангинальной терапии и аспирина по 250 мг, с целью профилактики осложнений, вводили обзидан по 2,5 мг, гепарин по 5000 ЕД внутривенно струйно, 0,01 % раствор нитроглицерина из расчета 30-40 капель в мин, под контролем АД и мониторинга ЭКГ. Пациентам группы Б проводили обычную терапию, включающую анальгетики, гепарин 5000 ЕД, аспирин 250 мг.

Группы не различались достоверно по возрасту, полу, локализации ИМ, осложнениям (зарегистрированным при первичном обследовании), цифрам АД. Эффективность терапии оценивали в течение времени транспортировки в стационар и госпитального периода, по наличию и количеству осложнений, рецидивов ИМ и смертельных исходов.

Во время транспортировки больных в стационар у больных обеих групп не было зарегистрировано осложнений, связанных с использованием лекарственных препаратов. Продолжительность госпитального периода в группах А и Б существенно не различалась, и составила, в среднем, 14,9 ± 2,2 дня и 13,2 ± 2,3 дня, соответственно. За этот период между группами не выявлено статистически достоверных различий по изучаемым клиническим признакам течения заболевания, включая рецидивы ИМ и госпитальную летальность. Вместе с тем, в группе А отмечено меньшее число случаев пароксизмальных аритмий, в т.ч. желудочковых, рецидивов ИМ, смертельных исходов не было. В группе Б умерли двое из 21 больных.

Следовательно, комбинированная терапия острого ИМ в условиях кардиологических бригад СП, включающая внутривенную инфузию нитроглицерина и боллюсное введение обзидана под контролем гемодинамических показателей, безопасна, способствует профилактике осложнений и снижению госпитальной летальности.

НИКОНОВИЧ С.Д., ТАРАСОВ Н.И., МАЛИНОВСКИЙ С.В.
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В решении проблемы своевременного лечения АГ и ее осложнений большое значение придается экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе, а также раннему выявлению этой патологии, диагностике и профилактике осложнений в условиях амбулаторно-поликлинической службы и скорой медицинской помощи.

Имеющиеся литературные данные, касающиеся совершенствования диагностики и лечения АГ на догоспитальном этапе, взаимодействия и преемственности поликлиник, станций скорой и неотложной помощи и стационаров, крайне немногочислены и освещают лишь отдельные аспекты этой проблемы. Вместе с тем, в настоящее время около половины всех обращений в поликлиники и СП связаны с АГ и ее осложнениями, это, в свою очередь, заставляет искать новые пути решения сложной и многогранной проблемы лечения и профилактики АГ.

Целью настоящего исследования явилось создание модели организации медицинской помощи больным артериальной гипертензией на догоспитальном этапе на основе внедрения информационных технологий и современных медицинских подходов к лечению.

Анализу подвергнуто 492 зарегистрированных обращений в ССМП с поводом “высокое артериальное давление”. При этом 92 % обратившихся имели длительный анамнез артериальной гипертензии (АГ) и установленный диагноз, у остальных 8 % АГ отмечена впервые пациентами или их родственниками.

Возраст пациентов варьировал от 32-х до 90 лет. Основное количество обратившихся в ССМП зарегистрировано с 16 до 23 ч.

Из всех обратившихся с установленным диагнозом АГ и рекомендованными врачебными назначениями, лишь 32 % следовали этим рекомендациям.

62 % пациента связывали эпизоды повышения АД с предшествующими стрессовыми ситуациями, а 38 % – с неадекватной гипотензивной терапией. Из всех обратившихся в ССМП, 48 % было достаточно рекомендации врача-консультанта по телефону о необходимых лечебных мероприятиях, эффективность которых отмечали по контрольному звонку по истечении 30-40 мин.

Лишь 34 % обратившихся потребовался выезд врачебной или фельдшерской (18 %) бригады ССМП, в связи с отсутствием эффекта от полученных рекомендаций врача-консультанта.

Таким образом, основная часть пациентов с установленной АГ не придерживается современной стратегии регулярного, постоянного приема лекарственных препаратов, а 42 % пациентов получают монотерапию, что также ставит под сомнение эффективность лечения. Большой части пациентов выезд бригады ССМП не требуется. Его может заменить консультация по телефону квалифицированного врача, что открывает перспективы для уменьшения нагрузки на выездные бригады ССМП и сокращения финансовых затрат, связанных с их материально-техническим обеспечением.

НИКОНОВИЧ С.Д., МАЛИНОВСКИЙ С.В.
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время, в силу ряда социальных причин, увеличилось количество вызовов к пациентам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, что составляет значительную часть работы СМП, а ежегодная тенденция к росту этой группы обращений приводит к уменьшению эффективности использования средств налогоплательщиков, снижению оперативности работы выездных бригад, что, в конечном счете, сказывается на качестве оказания экстренной помощи больным при угрожающих жизни состояниях.

Для предметного изучения этой проблемы нами проанализированы 32 тысячи выездных карт, составляющих 17 % от всех выполненных вызовов в течение года. Количество случаев, которым сопутствует алкогольное опьянение в этой совокупности – 5388 (10,5 %), из них, 26 % составляют женщины, 74 % – мужчины. Трудоспособный возраст (19-60 лет) занимает 90 %. При среднем времени обслуживания бригадой одного вызова 43 минуты, они составили 2489 часов, то есть 4,5 круглосуточных бригады из 45 работают только с пациентами в состоянии алкогольного опьянения. Это, в свою очередь, ведет к снижению оперативной активности остальных бригад, увеличению времени ожидания помощи пациентами с ургентной патологией. Для понимания особенностей в ведении таких больных, рассмотрим структуру всех случаев по основным нозологиям.

Первая группа – обострения соматических заболеваний на фоне алкогольного опьянения (гипертоническая болезнь, ИБС, заболевания верхних дыхательных путей, желудочно-кишечные заболевания) составляют 536 случаев (15 % от всех с а/о). При оказании помощи таким больным, для медицинского персонала СМП возникает ряд дополнительных трудностей в определении диагноза и тактических действий. В основном, это связано со следующими факторами – атипичное начало и течение заболевания, отсутствие полного набора симптомов на фоне а/о, преодоление социально-психологических барьеров при оказании экстренной помощи лицам в а/о, этико-деонтодогические (конфликные), связанные с психоэмоциональным возбуждением, неадекватной реакцией больного. Это, в конечном итоге, часто приводит к ошибочной трактовке состояния пациента, неверной тактике.

Вторая группа – травмы в а/о (ЧМТ, скелетные), состояния, причинно обусловленные приемом алкоголя (1610 случаев или 46 %). Экономические затраты на этих пострадавших обусловлены не только выездом СМП, но и значительным числом дней нетрудоспособности в восстановительном периоде.

Третья группа – отравления суррогатами алкоголя и алкогольные галлюцинозы – 382 вызова (15 %). На первое место здесь выходят безвозвратные потери, летальность таких больных до прибытия бригады достигает 8 %, что значительно превышает смертность при ИБС, наркомании, ДТП.

Четвертая группа – алкогольное опьянение без сопутствующей патологии – 860 вызовов (24 %). Это те случаи, когда врач (фельдшер) скорой помощи документально фиксирует факт алкогольного опьянения, который не трубует оказания медицинской помощи. Наибольшие потери здесь несет сама служба СМП, при средней стоимости вызова 364 руб., нерациональные затраты в исследуемой группе составили 313 тыс. руб. (ежемесячно – 156 тыс. руб.).

На этапе приема вызова и формирования повода диспетчером невозможно точно определить состояние предполагаемого больного, поэтому в данной

ситуации возникает справедливый вопрос об экономической ответственности вызывающего за такой вызов. К сожалению, законодательно-правовые нормы не дают нам возможности реально изменить ситуацию в подобных случаях. Как уже говорилось выше, у пациентов в а/о количество тактико-диагностических ошибок в два раза выше в сравнении с аналогичными больными без а/о. Для их устранения нами предлагается следующий алгоритм ведения таких больных.

1. Пациенту в состоянии алкогольного опьянения необходимо динамическое наблюдение в условиях приемного отделения профильного стационара.

2. При неадекватном поведении больного следует решать вопрос о его госпитализации через старшего дежурного врача смены.

3. В выездной карте больного, помимо основной патологии, должно быть отражено:

- наличие (отсутствие) телесных повреждений,
- состояние зрачков,
- уровень гемодинамик , уровень сознания, клиническое описание алкогольного опьянения с указанием степени и выраженности нарушений витальных функций,
- тяжесть состояния больного.

4. При госпитализации в стационар необходимо проводить опись вещей больного.

Таким образом, фон алкогольного опьянения при обострении соматических заболеваний, несчастных случаях, оканчивающихся травмой, является основной причиной тактико-диагностических ошибок при ведении пациентов на догоспитальном этапе. Вызовы с констатацией алкогольного опьянения, как конечного состояния, ведут к значительной потере ресурсов, снижению оперативной активности выездных бригад СМП.

ДРЕМИНА Л.А., НИКОНОВИЧ С.Д.
МУЗ Клинический диагностический центр, МУЗ Городская станция скорой медицинской помощи

АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ОБРАЩАЕМОСТЬЮ НА СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЛИКЛИНИКИ МУЗ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. КЕМЕРОВО

Скорая медицинская помощь (СМП) является зеркалом участковой службы. Недостатки в организации медицинской помощи на дому увеличивают поток вызовов СМП. Проведение качественного анализа стало возможным только после получения оперативной информации по электронной почте от СМП о вызовах, выполненных за предыдущие сутки к больным из зоны обслуживания поликлиники. Были определены цели и задачи взаимодействия со службой СМП.

Цели:

1. Экономия финансовых затрат по обращаемости населения на СП.

2. Оказание больным своевременной патогенетической медицинской помощи.

Задачи:

1. Улучшение качества оказания медицинской помощи.

2. Оптимизация деятельности каждого участкового врача, врача ОВП.

Мы использовали автоматизированную систему, основанную на персонифицированном учете населения, обеспечивающую как внутреннее, так и внешнее информационное пространство. Имея банк данных на пациентов по медицинским, социальным и экономическим аспектам, у каждого врача появилась еще и возможность автоматизированного контроля обращаемости на СМП за любой промежуток времени, как территориального, так и прикрепленного населения. Обращаемость прикрепленного населения за 8 месяцев 2003 г. составила 66 чел. на 1000 населения, при нормативе 318,0. С августа 2002 г. в динамике отмечено ежемесячное сокращение вызовов на 12-15 %.

Для автоматизированного контроля количества вызовов и их динамики, сделаны следующие выходные формы:

1. Автоматизированный анализ результатов вызовов СМП. Детально рассматривается группа больных, оставленных на месте. При активном посещении устанавливаются причины обращения. Причинами обращений явились:

- невыполнение больными назначенного лечения – 20 %,
- хроническое непрерывное рецидивирующее течение заболеваний (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма) – 28 %,
- невозможность приобретения медикаментов, в том числе по льготным рецептам – 36 %,
- несвоевременность перевода больных на стационарный этап или стационар-замещающие технологии – 1 %,
- несвоевременная коррекция лечения – 8 %,
- больные с хронической болью (онкологические) – 0,3 %,
- необоснованные вызовы – 5,2 %.

Для предотвращения вызовов врачом определяется этап ведения больного. При анализе “смерти до прибытия” оценивается качество оказывав-

шейся ранее больному медицинской помощи. При анализе экстренной госпитализации учитывается адекватность проводившихся ранее профилактических, лечебно-оздоровительных мероприятий. Экстренная госпитализация с острой патологией составила 83 %, с обострением хронических заболеваний – 17 %.

2. Автоматизированный анализ количества вызовов по половозрастной структуре:

- оценка динамики вызовов за любой временной промежуток,
- сравнение количества вызовов по участкам, отделениям,
- анализ вызовов по полу в каждой возрастной группе, оценка их процентного соотношения.

Анализ вызовов по возрасту позволяет выявить группы пациентов, наиболее часто обращающихся на скорую помощь, оценить работу участкового врача на дому, в том числе с лицами "старшего поколения". 50 % вызовов осуществляется к "старшему поколению", имеющему полиорганную патологию.

3. Автоматизированный анализ кратности вызовов позволяет:

- знать конкретных больных, часто обращающихся на скорую помощь, и выявить причины вызовов,
- сравнить кратность вызовов за любой временной промежуток после проведенных лечебных мероприятий,
- выявить наибольшую кратность вызовов по нозологиям,
- провести анализ кратности вызовов по полу, возрасту: 3 и более вызовов зарегистрировано в 66 % случаев у женщин, 2 и более вызовов у лиц "старшего поколения" в 89% случаев, с августа 2002 г. в 2 раза уменьшились многократные вызовы.

4. Автоматизированный анализ вызовов по заболеваниям позволяет:

- определить структуру вызовов по заболеваниям (на первом месте стоят вызова с гипертонической болезнью, на втором – вызова с хронической ИБС, на третьем – с заболеваниями органов дыхания);
- оценить качество диспансерного наблюдения;
- выявить несвоевременность перевода больного на стационарный этап или стационар-замещающие технологии.

Таким образом, автоматизированный анализ обращаемости населения поликлиники на станцию скорой медицинской помощи позволяет оптимизировать деятельность каждого участкового врача, улучшить качество оказания медицинской помощи, предотвратить финансовые затраты.

ДАШКИНА Н.П., НИКОНОВИЧ С.Д., ЗЕМЛЯНУХИН Э.П.
Городской отдел медицины катастрофю Городская клиническая станция скорой медицинской помощи

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Практика ликвидации медико-санитарных последствий ЧС показывает, что, в основном, они носят локальный и местный характер. Поэтому важное место при проведении лечебно-профилактических мероприятий в ЧС отводится службе медицины катастроф местного уровня, силы и средства которых первыми начинают ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС.

Скорая медицинская помощь является основой службы медицины катастроф на местном уровне, т.к. бригады СМП более чем в 99 % случаев первыми прибывают на место катастрофы и проводят лечебно-эвакуационные мероприятия при ликвидации ЧС.

В целях совершенствования системы службы ЭМП населению города при ЧС, в сентябре 2001 года, на базе ГКССМП г. Кемерово был создан городской отдел медицины катастроф (далее Отдел).

Основными задачами Отдела являются:

1. Организация медико-санитарного обеспечения населения города при ликвидации медицинских последствий ЧС.
2. Координация и руководство формированиями и ЛПУ, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.
3. Обеспечение готовности органов управления здравоохранения, системы связи и оповещения ЛПУ к действиям в ЧС.
4. Сбор, обработка, обмен и представление информации медико-санитарного характера о последствиях ЧС.
5. Участие в подготовке населения и спецслужб по оказанию первой медицинской помощи в ЧС.
6. Организация контроля по созданию и рациональному использованию резервов медицинского назначения для работы ЛПУ в ЧС.

Отдел является структурным подразделением ГКССМП. Оснащение Отдела составляет современное офисное оборудование – два компьютера, лазерный принтер, факс, сканер, множительная техника, что позволяет быстро и беспрепятственно обработать информацию по ЧС, получить ее из других учреждений, создать и ввести в базу данных необходимую информацию и документацию.

В зависимости от обстановки, деятельность Отдела предполагает работу в режиме повседневной деятельности, повышенной готовности и в режиме "ЧС".

С учетом поставленных задач, определились основные направления работы Отдела:

- информационно-статистическое и аналитическое;
- организационно-методическое и учебное.

Одним из документов, позволяющих отслеживать ЧС до ее завершения, отработан "Журнал учета и контроля ЧС", где регистрируется краткое описание ЧС, количество пострадавших и документация, которая должна быть представлена для отчета из ЛПУ в Отдел до конечного итога состояния пострадавших (выписка или смерть).

В базе данных имеется информация по всем ЧС, произошедшим в городе, и пострадавшим в них. Создана база данных на ЛПУ-формирователи.

Наличие большого количества предприятий химической промышленности, а так же взрыво-, пожароопасных объектов на территории города, потребовало создания постоянных сил и средств ЭМП.

Приказом УЗА г. Кемерово № 679 от 11.12.2001 г. утверждены ЛПУ-формирователи, в количестве 10, на базе которых созданы формирования СМК, в количестве 11:

- БЭМП (врачебно-сестринских) – 6;
- БЭСМП (специализированных) – 5.

В связи с тем, что на базе ЛПУ г. Кемерово созданы штатные БЭСМП ПГ областного центра медицины катастроф (ОЦМК), в количестве 8, в случае возникновения масштабной ЧС (при необходимости), по распоряжению ОЦМК, городская СМК может располагать этими силами и средствами.

Отделом разработана, и утверждена УЗА г. Кемерово, "Инструкция действий ЛПУ в ЧС" при различных катастрофах.

В распоряжении Отдела имеется хорошо оборудованный учебный класс, оснащенный компьютерной техникой с тестовыми и учебными программами по медицине катастроф, телеаппаратурой, учебными роботами-тренажерами, на которых практически отрабатывается методика СЛР и оказание ЭМП при механической травме, стендами с цветными плакатами действий в ЧС. В классе обучаются штатные БЭМП ПГ, водители ГКССМП, спасатели службы "05".

За отчетный период Отделом было проведено 6 учений со службой медицины катастроф ЛПУ города.

На основе информационно-аналитической работы Отдела "ЧС", можно сделать вывод, что в большом промышленном городе, где с каждым годом растет количество транспортных средств, возрастают скорости движения при неудовлетворительном состоянии дорог, нарушении правил эксплуатации и транспортной дисциплины на дорогах, дорожно-транспортные ЧС занимают первое место и составляют 58 %, что соответствует также и областным данным. Далее, на 2-м месте, по виду "ЧС" стоят драки и разбойные нападения – 12,8 %, что указывает на прогрессирующую социально-бытовую криминализацию общества.

Эта и другая аналитическая информация используются при проведении совещаний и учебных семинаров с работниками ЛПУ, специально уполномоченными решать вопросы СМК.

Существование Отдела в течение двух лет позволило систематизировать поступление информации о ЧС, её обработку и предоставление в вышестоящие инстанции СМК; обеспечить более качественную подготовку ЛПУ и формирований к работе в ЧС. Это позволяет считать, что Отдел работает в соответствии с поставленными задачами и направлениями.

В последующем эти направления следует продолжать, совершенствовать в плане обобщения имеющегося материала и анализа качества оказания ЭМП, в первую очередь на догоспитальном этапе.

БАКУЛИН В.С., ШАПОРЕВ А.Г., ГРАНКИНА Г.С.,
ДУБОВЦЕВА Г.Ш., АЛЕКСЕЕВА С.В., МАСЛОВА Г.А., МАРХАНОВА Н.Д.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ В Г. КЕМЕРОВО

В последние годы, начиная с 1999 г., в г. Кемерово регистрируется самая высокая заболеваемость псевдотуберкулезом (180-200 случаев на 100 тыс. населения), как в сравнении с другими городами (г. Новокузнецк – 70-110 случаев), так и в целом по области (показатель 90-100 случаев на 100 тыс.). Исключением явился 2003 год, когда уровень заболеваемости в городе снизился более чем в два раза, по сравнению с 2002 г., и составил 84 случая на 100 тыс. населения.

Причины высокого уровня заболеваемости псевотуберкулезом, с резким снижением заболеваемости в 2003 году, требуют своего объяснения.

По нашему мнению, высокий уровень заболеваемости связан с высоким уровнем клинической диагностики, так как в эти годы в официальную регистрацию стали включаться заболевания с клиническим диагнозом, которые в сумме псевдотуберкулеза составляли 30 % и более. К тому же, примерно у 20 % больных за лабораторное подтверждение диагноза принималось однократное исследование сыворотки крови при наличии даже низкого уровня антител (в разведении сыворотки 1/50 и менее). Тем не менее, несмотря на низкий процент лабораторного подтверждения псевдотуберкулеза (не более 50 %), есть основания считать, что регистрирующиеся высокие показатели заболеваемости еще не отражают истинной циркуляции возбудителя.

Известно, что псевдотуберкулез протекает с полиморфной клинической картиной. Диагностируются же, в основном, только типичные формы заболеваний, проявляющиеся как дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка. Кроме этого, очень высока активность пищевого пути передачи, который при псевдотуберкулезе является ведущим, что подтверждается результатами эпидемиологической диагностики, проводимой при обследовании очагов. Более 90 % заболевших связывают возникновение заболевания с употреблением салатов из сырых или вареных овощей (капусты, моркови, свеклы и др.), свежих немытых фруктов, помидор, огурцов и даже сухофруктов. Это подтверждается и результатами исследования смывов методом ИФА на присутствие иерсиний. Положительные результаты получены при исследовании свежей капусты, яблок, сухофруктов, ядер грецких орех, картофеля и с оборудования пищеблоков. Большая распространенность псевдотуберкулезных микробов во внешней среде, и способность их размножаться в овощных блюдах при комнатной температуре и даже в условиях холодильника, должны сопровождаться высоким уровнем заболеваемости среди организованных детей и школьников. Это подтверждается тем, что эти контингенты в структуре заболеваемости при высоком уровне составляют 70-75 %.

В то время как очагов с двумя и более случаями заболеваний почти не выявляется в квартирных очагах, а территориальные вспышки совсем не регистрируются, за исключением одной молочной вспышки, имевшей место в 2000 году. Основная же масса случаев псевдотуберкулеза регистрируются как спорадические, с зимне-весенне-осенней сезонностью, характерной для данного заболевания.

На неорганизованных детей от 0 до 6 лет приходится менее 10 % от всех регистрируемых случаев. У взрослых псевдотуберкулез диагностируется также сравнительно редко, и в структуре заболевших они занимают менее 20 %.

Из указанных эпидемиологических особенностей псевдотуберкулеза следует, что высокий уровень заболеваемости в городе, на наш взгляд, еще не отражает истинной циркуляции возбудителей этой инфекции. Если более широко применять современные методы лабораторного подтверждения (такие как ИФА, ПЦР), обследовать больных в эпидемических очагах, заболеваемость должна еще более возрасти. Падение заболеваемости псевдотуберкулезом в 2003 году связано, как мы предполагаем, с какими-то условиями, которые оказались эффективными в снижении заболеваемости, в первую очередь, среди организованных детей и школьников. В структуре заболеваемости эти контингенты заняли менее 65 %, по сравнению с 75 % в предшествующие годы.

ГЛЕБОВА Л.А., ЗАЙЦЕВ В.И., АЛЕКСЕЕВА Л.Д.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН Г. КЕМЕРОВО

В связи со сложившейся демографической депопуляцией населения в г. Кемерово, вопросы охраны репродуктивного здоровья женщины в настоящее время являются актуальными, так как это отражается на естественном воспроизводстве населения и, соответственно, на обеспеченности города трудовыми резервами. По литературным данным, на формирование репродуктивного здоровья оказывают влияние экологические, социальные, экономические, культурные факторы, а также наличие у женщины соматических и других заболеваний.

Целью нашего исследования было изучение состояния репродуктивного здоровья беременных женщин в зависимости от экологических и социально-бытовых факторов.

Изучение проводилось в два этапа: первый этап – изучение здоровья беременных женщин и новорожденных, проживающих на территориях с разной интенсивностью загрязнения атмосферного воздуха (санитарно-защитная зона (СЗЗ) Заводского и Кировского промышленных узлов – основная группа, п. Кедровский – контрольная группа) за период 1996-2000 гг. Для анализа использовались истории родов, индивидуальные карты беременных, истории развития новорожденных. Изучены материалы по первой группе территорий на 1237 женщин и детей, по второй группе – на 595. Второй этап – проведено углубленное изучение здоровья беременных женщин, в зависимости от социально-бытовых факторов, образа жизни, по специально разработанной анкете – по 52 вопросам (опрошено 1100 женщин) за период 1999-2003 гг.

Город Кемерово является крупным промышленным центром с развитой химической промышленностью и энергетикой. При оценке комплексной антропотехногенной нагрузки на окружающую среду (атмосферный воздух, питьевая вода, почва), на долю влияния атмосферного воздуха приходится, в целом по городу, 48 %, по отдельным районам – от 26,6 % до 45,2 %, а в санитарно-защитной зоне – до 82,2 %. В связи с этим, было проведено изучение влияния атмосферного воздуха на состояние здоровья беременных женщин и новорожденных.

При анализе полученных данных было установлено, что показатели заболеваемости в основной группе достоверно выше, чем в контрольной группе по таким нозоформам, как болезни щитовидной железы – в 3,3 раза, сердечно-сосудистой системы – в 2,1 раза, кольпитам – в 1,5 раза, прочие заболевания мочеполовой системы (МПС) – в 1,3 раза. Однако ведущей патологией на обеих территориях являются заболевания МПС.

Выявлен достоверно более высокий уровень осложнений течения беременности в основной группе ($P < 0,05$) по таким состояниям, как угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, анемия и преждевременные роды с кратностью различия в 1,6-1,5 раза.

Анализ состояния здоровья новорожденных позволил выявить, что на обеих территориях подавляющее число детей (79,8-83,8 %) рождается с той или иной патологией. Однако на территории II-й группы достоверно чаще рождаются здоровые дети (кратность различия в 1,3 раза, $t = 2,4$; $P < 0,05$), а на территории I-й группы чаще рождаются дети с различными перинатальными состояниями (кратность – в 1,1 раза, $t = 2,1$; $P < 0,05$). Хотя по отдельным видам перинатальных состояний достоверных различий на изучаемых территориях не выявлено.

Результаты информационно-энтропийного анализа позволили установить, что показатели состояния здоровья беременных женщин на обеих территориях имели тенденцию к росту, но в I-й группе темп тенденции был почти в два раза выше и составил 0,11 (во II-й группе – 0,06). Корреляционный анализ информационно-энтропийных показателей не выявил зависимости между изучаемыми территориями, ни по состоянию здоровья женщин, ни по состоянию здоровья новорожденных. В то же время внутри каждой территории выявлена прямая сильная корреляционная зависимость между состоянием здоровья женщин и новорожденных.

Проведенное социально-гигиеническое исследование (по анкетным данным) показало, что распределение по социальному положению женщин, родивших детей, следующее: домохозяйки – 37,3 %, служащие – 32,2 %, рабочие – 19,2 %, студенты – 11,3 %. Среди студентов отмечается достоверное превышение частоты анемии (на 15,6; $t = 4,5$). По занятости в отраслях народного хозяйства наибольший удельный вес приходится на работников образования – 18,1 %, далее медицинские работники – 15,8 %, служащие – 13,5 %, работники частных фирм – 10,2 %. При характеристике образовательного ценза, среди женщин, родивших детей, среднее специальное образование имели 39,6 %, среднее – 29,9 %, высшее – 19,4 %, начальное – 5,5 %. Достоверных различий в осложнении беременности в зависимости от образования и вида деятельности не установлено.

Большинство опрошенных женщин на момент родов состояли в зарегистрированном браке – 68,1 %, жили вместе, но брак не зарегистрирован у 24,3 %, не замужем или в разводе – 7,6 %. Основную долю обследованных составили женщины в возрасте от 20 до 30 лет (68,9 %). При этом наибольший удельный вес зарегистрированных и не зарегистрированных браков приходится на возраст 20-24 года (48,4 % и 39,1 %, соответственно), а больше разводов и не живет с мужем отмечено в возрасте 25-29 лет (38,5 %).

Для здоровья будущего ребенка имеет значение желанная беременность или нет. При планированной беременности достоверно чаще (в 2 раза, $t = 3,5$) рождаются дети без врожденной патологии.

Во время беременности курили 16,8 % женщин, употребляли алкоголь 18,5 %, среди них достоверно чаще регистрируется хроническая гипоксия плода ($t = 2,9$).

Оценка качества питания показала, что употребление мясо-молочных продуктов реже 2-х раз в неделю отмечено у 22% женщин, недостаток фруктов и овощей – у 21 %, при этом 60 % женщин ежедневно употребляли сладости. Среди женщин, которые во время беременности реже 4-х раз в неделю употребляли в пищу фрукты и овощи, отмечено достоверное превышение частоты анемии и ХГП ($t = 3,2$).

Среди опрошенных, 73,4 % женщин имеют доход на 1 члена семьи ниже прожиточного уровня. Однако не выявлены достоверные различия в частоте осложнений беременности в зависимости от дохода семьи.

Факторы жилищной среды (по литературным данным) могут оказывать свое влияние на состояние здоровья женщин. По данным опроса, в индивидуальных домах проживали 15 % беременных, в отдельных квартирах – 50,2 %, в общежитиях – 17,4 %. Средний размер жилой площади на 1 человека – 9,1 м2. Мебель из древесностружечного материала имеется у 82,3 % опрошенных женщин, синтетические ковры и дорожки – у 67,9 %, газовые плиты – у 8,2 %. Среди женщин, имеющих в квартире синтетические ковры и дорожки, отмечается достоверное превышение частоты анемии и ХГП (на 12 %), по другим факторам достоверные различия не обнаружены.

Проведенный анализ показывает, что на репродуктивное здоровье женщин могут оказывать влияние не только экологические, но и социально-бытовые факторы.

Таким образом, в нынешней экономической ситуации (отсутствие финансирования мероприятий по оздоровлению окружающей среды), основной акцент в профилактике заболеваемости женщин должен быть сделан на проведение эффективной пропаганды здорового образа жизни, правильного подхода к планированию беременности.

Кроме того, необходимо уделить особое внимание на сохранение репродуктивной функции у девочек.

КАЛИНИНА Н.Э., АЛЕКСЕЕВА Л.Д., ГЛЕБОВА Л.А.
ГУ Центр Госсанэпиднадзора в г. Кемерово

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В Г. КЕМЕРОВО

Смертность детей до года – младенческая смертность (МС) – индикатор состояния общественного здоровья, уровня культуры, экономического и социального развития страны.

Показатель МС в г. Кемерово с 1996 г. по 2003 г. ниже, чем в Кемеровской области и РФ, лишь в 2002 г. достиг их уровня. Линия тренда и уравнение аппроксимации демонстрируют незначительный рост показателей МС в г. Кемерово, а снижение в 2001 г. можно считать случайным.

Динамика перинатальной смертности (ПС) в г. Кемерово за 1996-2003 гг. – стабильная (темп тенденции – (-)0,1); средний многолетний показатель ПС – 12,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

В структуре МС первое место принадлежит асфиксии и болезням органов дыхания – 32,8 %, второе – ВПР (18,8 %), третье – инфекционным болезням (18,2 %), четвертое – кровоизлияниям в головной мозг (14,4 %).

В структуре причин перинатальной смертности в Кемерове по средним многолетним данным также первое место занимают гипоксия и асфиксия в родах и дыхательные нарушения (40 %); второе – кровоизлияния в головной мозг (20,5 %); третье – ВПР (18 %); четвертое – внутриутробные инфекции (11,4 %).

Мальчики в возрасте до 1 года умирают достоверно чаще девочек ($t = 2,42$).

МС выше в Рудничном и Кировском районах (средний многолетний показатель – 24,81 и 20,43, соответственно). Показатель МС в Рудничном районе достоверно выше, чем в Заводском (12,6), Ленинском (10,4), Центральном (10,5) районах ($t = 3,476$; $t = 4,116$; $t = 4,063$, соответственно). Показатель МС в Кировском районе достоверно выше, чем в Заводском, Ленинском и Центральном районах ($t = 3,754$, $t = 4,831$, $t = 4,236$, соответственно). Различие показателя МС Кировского района не достоверно с показателями МС Рудничного района ($t = 1,231$) и санитарно-защитной зоны Кировского промышленного узла (средний многолетний показатель МС -19,5) ($t = 1,188$). Тем не менее, показатели комплексной антропогенной нагрузки в Кировском районе (14,25-42,55) значительно выше, чем в Рудничном районе (6,41-29,63). На основании этих данных можно предположить, что на МС в Кировском и Рудничном районах влияют одинаковые, возможно, не только экологические причины.

Показатели помесячной МС в г. Кемерово за период 1996-2003 годы не имеют достоверного различия, т.е. сезонность в МС не отмечена.

Таким образом, МС – интегральный показатель, отражающий здоровье матерей, качество медицинской помощи женщинам и детям.

Пропаганда здорового образа жизни будущих матерей; госпитализация беременных женщин с высокой степенью риска в специализированные отделения, где в случае необходимости возможно оказание экстренной помощи как матери, так и новорожденным; оказание высококвалифицированной помощи при родовспоможении; высокий уровень организации отделений выхаживания новорожденных, включая недоношенных младенцев с экстремально низкой массой тела – основные меры предупреждения МС в г. Кемерово.

ПРЫГУНОВА Т.И., РОЩИНА Г.А., БРАИЛОВСКИЙ В.В., ФРОЛОВА Н.А.,
КОВАЛЕНКО Т.А., СТУКАЛОВА В.В., ЧЕРНЫШЕВА Н.Г., УСКОВА Н.С.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИКСОДОВЫМ КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ В Г. КЕМЕРОВО

Иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) – трансмиссивная природно-очаговая инфекция. Как известно, ИКБ широко распространен на территории РФ и имеет высокую вероятность формирования хронических форм заболевания, приводящих к длительной нетрудоспособности и инвалидности. Это позволяет отнести ИКБ к числу наиболее важных проблем в современной инфекционной патологии.

Проблема ИКБ в г. Кемерово является актуальной по нескольким причинам: наличие природного очага; отсутствие вакцины; незначительные площади противоклещевых обработок в последние 20 лет; активность контакта населения с природным очагом.

Официальная регистрация ИКБ в г. Кемерово, как и в России, начата с 1992 года. За последующие 12 лет в городе зарегистрировано 599 больных. Вместе с тем, в период 1994-2003 гг. в лечебные учреждения города за медицинской помощью по поводу присасывания клещей обратились более 70 тысяч человек. Госпитализированы с клещевыми нейроинфекциями 2761 человек. У 23 % госпитализированных диагностирован КЭ, у 17 % – ИКБ. В том числе зарегистрировано 35 случаев микст-инфекций (КЭ + ИКБ). За весь указанный период средний показатель заболеваемости КЭ составил 12,4 ± 1,73 на 100 тысяч населения, а ИКБ – 8,9 ± 0,93.

Анализ динамики заболеваемости ИКБ и КЭ показал, что имеется тенденция к снижению обеих нозоформ, при этом темп тенденции ИКБ в 2,9 раза меньше и составляет - 0,54, темп тенденции КЭ - 1,49.

Есть основания полагать, что приведенные цифры в отношении ИКБ не вполне отражают реальную ситуацию, т.к., с одной стороны, в природных условиях, согласно литературным данным, клещи чаще заражены боррелиями, чем вирусом КЭ. С другой стороны, в течение 4-х лет (1999-2002 гг.) диагностика ИКБ в г. Кемерово проводилась лишь на основании клинических проявлений, без иммунологического подтверждения диагноза. Полиморфность клинической картины как острого периода ИКБ, так и хронической стадии, нередко затрудняет распознавание заболевания, особенно безэритемных форм, доля которых у больных в г. Кемерово составляет 42 %.

Поскольку к числу важных эпидемиологических факторов распространения ИКБ относятся ландшафтно-географические условия и, учитывая, что в последнее десятилетие продолжается интенсивный контакт населения с природным очагом, нами проведено картографирование мест покусов клещами, а также мест заражения КЭ и ИКБ.

Установлено, что Кемеровский район представляет неоднородную территорию и включает такие природные комплексы, как лесостепь, таежные леса, а также долину реки Томь с луговой и кустарниковой растительностью.

Анализ полученных данных позволил установить, что удельный вес заражений ИКБ достоверно выше в лесостепной зоне, чем в таежной, и равен 67 % от всех случаев заражения.

Средний показатель удельного веса заражений ИКБ от числа покусов за изучаемый период составил 0,5 %, для КЭ – 0,43 %.

Всего за последние 10 лет места заражения ИКБ и КЭ зарегистрированы на 25 условных территориях (из 66 изучаемых). Установлено, что, несмотря на схожесть ландшафтно-географических условий, на 7 изучаемых территориях таежной зоны заражение ИКБ не выявлено, в то время как случаи заражения КЭ регистрируются. На остальных 18 территориях зарегистрированы заражения обеими нозоформами.

Анализ частоты заражения ИКБ на различных территориях показывает, что достоверно чаще заражение происходит в районе населенных пунктов: Мазурово (14,9 % от числа зарегистрированных больных), Журавлево (12,8 %), Березово (10,6 %), Подъяково (7,5 %). Следует отметить, что указанные места заражения ИКБ совпадают с наибольшей частотой заражения КЭ.

В доступной литературе нам не удалось обнаружить информацию о результатах исследований клещей на зараженность боррелиями, как собранных в природных биотопах Кемеровского района, так и удаленных с пострадавших людей. Внедрение данных исследований в городе крайне важно для оценки напряженности природного очага и организации экстренной профилактики.

Для раннего выявления и своевременного оказания медицинской помощи больным ИКБ, предотвращения осложнений заболевания, необходимо проведение обязательного серологического обследования всех больных клещевыми нейроинфекциями.

Результаты работы по профилактике ИКБ и КЭ во многом будут зависеть от совместных усилий клиницистов, работников лабораторий, паразитологов и энтомологов, а также от проведения целенаправленной санитарно-просветительной пропаганды с привлечением всех средств массовой информации.

ТУРГЕНЕВА И.А., БРАИЛОВСКИЙ В.В., БРУСИНА Е.Б., Н. Н. АКСЕНОВА, ОГОРОДНИКОВА Т.С., ЕНИНА Е.В., ГОРЛАНОВА Л.Л., ЛЯХ Н.А.
ГУ Дезинфекционная станция в г. Кемерово, ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово
Кемеровская государственная медицинская академия, Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД
Городской центр по профилактике и борьбе со СПИД

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПАРИКМАХЕРСКИХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ УСЛУГ В Г. КЕМЕРОВО

За последние годы увеличилось количество кабинетов маникюрных, педикюрных и косметических услуг. Увеличился диапазон косметологической помощи, изменилась система подготовки специалистов в этой области – без акцента на вопросы предупреждения инфицирования клиентов и профессиональных заболеваний у персонала.

Цель работы – оценка риска инфицирования клиентов в данных учреждениях.

Материалы и методы. По разработанной нами анкете проведен опрос опытной и контрольной групп населения. В опытную группу вошли лица пользующиеся, в контрольную – не пользующиеся услугами изучаемых учреждений. В исследование включено 898 человек, из которых опытную группу составили 339 чел., контрольную – 559 человек. Возрастной, половой и социальный состав в обеих группах примерно одинаковый.

Сделано 25 посещений в 19 учреждений для изучения микробной обсемененности поверхностей в рабочей зоне мастеров; проведено 908 исследований предметов внешней среды, воздуха, инструментария. Вся лабораторная часть исследования проведена в соответствии с утвержденной нормативной документацией.

Статистическая обработка проводилась средствами компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Установлен высокий уровень травмирования кожных покровов при оказании услуг в парикмахерских и косметических салонах – 861,4 ± 19,0 человек из 1000 опрошенных. Показатель травмирования составил 604,7 ± 26,6 на 1000 опрошенных. Эти травмы возникают всего лишь в 1,42 раза реже, чем травмы кожи при самых распространенных бытовых травмирующих факторах. В среднем, почти 2000 человек в год в каждом из подобных салонов имеют риск инфицирования через поврежденные кожные покровы.

Выявлено достоверное различие между интенсивными показателями и частотой травмирования, как по видам услуг, так и между мужчинами и женщинами ($p < 0,05$).

Среди всех опрошенных лиц опытной группы выявлена достоверно самая высокая частота травмированния в четырех возрастных группах: 45-49 лет (14,8 ± 4,9 %), 25-29 лет и 30-34 г. (по 11,4 ± 5,0 %), 15-19 лет (10,8 ± 5,0 %). При этом, в более молодом возрасте частота травмирования выше у мужчин, а в старших возрастных группах – у женщин. Следует отметить, что у мужчин, с увеличением возраста от 15 до 50 лет, частота травмирования имеет выраженную тенденцию к снижению (темп тенденции – 2,74), а у женщин в том же возрастном диапазоне, наоборот, тенденция частоты травмирования к росту (темп тенденции – 1,33).

Проведенный опрос группы больных вирусным гепатитом В и инфицированных ВИЧ показал, что в 100 % случаев они пользовались всеми видами услуг в изучаемых учреждениях, и в 43,8 ± 12,4 % случаев получили травмы кожи.

Во всех обследованных учреждениях выявлены нарушения правил дезинфекции инструментария, а этап предстерилизационной очистки не проводился ни в одном учреждении. Не проводился и самоконтроль качества отмывания инструментария от белкового загрязнения и следов моющих средств.

Бактерицидные лампы для обеззараживания воздуха либо не использовались, либо отсутствовали совсем.

С целью дезинфекции инструментария в большинстве учреждений использовался виркон. Однако дезинфицирующие растворы готовились с нарушением правил. Исследования инструментария на скрытую кровь ни в одном случае не дали положительных результатов, но в 4,5 ± 2,2 % случаев наблюдалось неспецифическое окрашивание индикатора, что объясняется наличием коррозии, которая, как известно, приводит к более стойкому загрязнению инструментария остатками крови.

Частота загрязнения внутренних поверхностей бактерицидных камер составила 59,5 ± 8,1 %, выделена споровая и условно-патогенная микрофлора. А инструментарий из бактерицидных камер в 18,5 ± 5,3 % оказался не стерильным.

В 53,8 ± 2,3 % смывов выделена условно-патогенная и патогенная микрофлора. Наиболее часто микробное загрязнение определялось в смывах с рук мастеров, с ванн для педикюра и спецодежды (90 ± 17,3 %, 88,9 ± 10,5 %, 71,9 ± 8,2 %, соответственно). Во всех пробах воздуха выделены дрожжевые и плесневые грибы в количестве, превышающем норму в 4-54 раза.

В исследованных масках выявлены не только бактерии группы кишечной палочки, но и Pseudomonas aeruginosa.

Выводы:

1. Выявлена высокая частота травмирования кожных покровов среди клиентов парикмахерских, косметологических салонов, маникюрных и косметических кабинетов.

2. В изучаемых учреждениях установлен высокий уровень микробной обсемененности предметов и

воздуха рабочей зоны мастеров, как следствие нарушения дезинфекции и стерилизации.

3. Учреждения по оказанию парикмахерских и косметических услуг несут существенный дополнительный риск инфицирования возбудителями контактных и гемоконтактных инфекций.

БАКУЛИН В.С., ГРАНКИНА Г.С., МЕДВЕДЕВА Н.В., МАСЛОВ А.К.,
ТУРДАКИНА Н.А., АКСЕНОВА Н.Н., КУЗЬМИНЫХ Т.В.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия

СОСТОЯНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В Г. КЕМЕРОВО

Ежегодно в г. Кемерово регистрируются 4-6 тысяч случаев заболеваний острыми кишечными инфекций (ОКИ), и первоочередной задачей эпидотдела центра ГСЭН является своевременное обследование возникающих очагов, с постановкой обоснованного и достоверного эпидемиологического диагноза, т.е. установление действующих путей и факторов заражения с последующим проведением эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В 2003 году на территории города зарегистрировано 3901 случай заболеваний ОКИ. Из числа заболевших специалистами отделения кишечных и других инфекций было обследовано 2569 очагов с детальным опросом по выяснению.

По результатам проводимого опроса в прошедшем году (как и во все предшествующие годы), ведущая роль в заражении ОКИ принадлежит пищевым продуктам (блюдам), с нарушением технологии приготовления и сроков реализации в домашних условиях. На пищевой путь заражения приходится 58 % от числа всех опрошенных больных. Водный путь передачи установлен лишь у 24 % опрошенных, хотя 60-70 % от числа заболевших указывают на употребление сырой водопроводной воды. Диагностировать водный путь заражения при эпидемиологическом обследовании очагов практически невозможно, так как заболевшие и контактные в очаге не отмечают каких-либо изменений в качестве воды, перерывов в ее подаче, и отсутствуют объективные лабораторные данные, которые бы указывали на несоответствие ее микробиологических показателей. В то же время, на наш взгляд, вытекающий из результатов проводимого оперативного и ретроспективного эпидемиологического анализа, водный путь передачи ОКИ в нашем городе является ведущим, а заражение с водой может происходить не только при употреблении ее для питья, но и при других контактах с водой. Кроме того, с участием загрязненной воды может происходить контаминация возбудителями пищевых продуктов и других предметов быта.

На реальность данного предположения указывает высокий уровень заболеваемости ОКИ среди детей младшего возраста, на которых приходится 35-40 % заболеваний от их общего количества за год. Вода горячего водоснабжения, как возможный фактор заражения кишечными инфекциями, в условиях города нами исключается на основании ее соответствия микробиологическим стандартам, так как технология ее получения предусматривает нагрев выше 100°С.

В современных условиях нами в проведении эпидемиологического анализа используются разные компьютерные программы, которые позволяют своевременно выявлять различные изменения в проявлениях эпидемического процесса при регистрации заболеваний ОКИ. Поэтому мы не ставим на сегодня обязательной задачей полное и своевременное установление эпидемиологического диагноза при расследовании очагов ОКИ, но обращаем при этом внимание на тщательный сбор эпидемиологического анамнеза, выясняя какие продукты питания и воду употреблял заболевший за 3-4 и более дней перед возникновением заболевания. Результаты опроса заболевших оперативно вводятся в компьютерные программы, что позволяет отслеживать частоту в структуре потребления ех или иных пищевых продуктов и контактов с водой в динамике по неделям года, по месяцам. Такое слежение, вместе с другими данными оперативного анализа, позволяют более обоснованно выставлять эпидемиологический диагноз в каждом конкретном случае заболевания, что существенно отражается на результатах эпидемиологической диагностики.

Известно, что эпидемиологическая диагностика проводится не только при обследовании очагов возникающих заболеваний, но и при проведении оперативного эпидемиологического анализа в целом по городу и его отдельным территориям. При его проведении анализируется не только динамика и структура заболеваемости, а требуется еще анализ состояния микробиологического качества эпидемиологически важных субстратов внешней среды: питьевой воды и воды открытых водоемов, молочных продуктов, продуктов детского питания и других.

Проведение микробиологического контроля качества внешней среды обеспечивает эпидемиологов объективной информацией о возможной роли тех или иных потенциальных факторов заражения. Однако практическое осуществление такого контроля является трудоемкой и дорогой в денежном выражении задачей для санитарно-эпидемиологической службы. В последние годы существенно

снижено количество проб объектов внешней среды для микробиологических исследований и даже те пробы, которые отбираются, исследуются не на все регламентированные показатели.

Особенно это проявилось на исследования питьевой водопроводной воды, количество отбираемых проб в 2003 году сократилось, по сравнению с 2001 годом, в три раза, а пробы исследуются в основном только на общие колиформные бактерии и очень редко на кишечные бактериофаги и споры сульфитредуцирующих бактерий. В результате количество нестандартных проб водопроводной воды резко сократилось, хотя процент проб воды несоответствующего бактериологического качества остается примерно на постоянном уровне и составляет в год 2-4 %.

Указанные изменения в осуществлении лабораторного контроля качества водопроводной питьевой воды существенно отражаются на результатах эпидемиологической диагностики, как в эпидемических очагах, так и на достоверности и обоснованности эпидемиологического диагноза о действующих путях и факторах заражения при проведении оперативного анализа и в целом по городу и по его районам.

Для преодоления указанных негативных явлений, в осуществлении лабораторного контроля за эпидемической опасностью объектов внешней среды, необходимы как дополнительные денежные средства, которые могут быть реально вложены лишь из бюджета города, а также поиск внутренних резервов, с пересмотром подходов в организации проводимого контроля, с изменением кратности и выбора стационарных точек отбора проб. Что касается возможности использования результатов лабораторных исследований в системе оперативного слежения за эпидважными факторами внешней среды (водой, пищевыми, молочными продуктами), проводимых ведомственными службами контроля, то это может быть реализовано при существенном повышении достоверности получаемых ими результатов.

По всей видимости, можно рассмотреть вопрос об использовании бактериологических лабораторий лечебно-профилактических учреждений. Реализация предложенных мер по оптимизации лабораторного контроля за эпидопасными объектами внешней среды может существенно отразиться на достоверности эпидемиологической диагностики путей распространения острых кишечных инфекций.

БРАИЛОВСКИЙ В.В.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

ГРУППЫ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. КЕМЕРОВО

Целью данного исследования было выявление возрастных, социальных и профессиональных групп риска и факторов риска, способствующих возникновению ССЗ в этих контингентах.

Проводился опрос больных ССЗ (1223 человека) и лиц контрольной группы (924 человека) по разработанной нами эпидкарте. Опытная группа – больные кардиологических отделений с окончательным диагнозом. Контрольная группа – больные стационаров города, у которых ССЗ не установлено. Оценка артериального давления и уровня холестерина в крови проводилась по результатам обследования больных в стационаре.

В обеих группах более 90 % опрошенных проживают в городе свыше 10 лет. Анализ по месту работы не выявил преобладания каких-либо предприятий. Максимальный удельный вес в опытной группе (5,4 %) составили больные, работающие на п/о "Азот" (в контрольной группе – 5,5 %). Больные, работающие в химических производствах, в опытной группе составили лишь 11,4 %, в контрольной группе – 14,0 %.

Анализ структуры опрошенных по возрастно-социальным группам показал, что для мужчин группами риска в г. Кемерово следует считать – неработающих 5 лет и более, рабочих различных предприятий, руководящих работников с высшим образованием и водителей автотранспорта. Для женщин группами риска являются неработающие 5лет и более, лица, занятые на сидячей работе в помещении.

При оценке числа одновременно действующих факторов риска на одного человека установлено, что в опытной группе достоверно меньше, чем в контрольной, лиц с числом факторов менее 11 – у мужчин в 1,8 раза, у женщин – в 1,7 раза, и достоверно больше лиц с числом факторов более 15 – у мужчин в 1,8 раза, у женщин – в 2,1 раза. Минимальное число действующих факторов риска на 1 человека в опытной группе: мужчины – 6; женщины – 4; максимальное число: мужчины – 25; женщины – 26. В контрольной группе – 3, 4, 23, 21, соответственно.

Для оценки значимости каждого фактора проведен расчет относительного риска. В зависимости от величины этого показателя нами выделены факторы, не влияющие на возникновение ССЗ (показатель менее 1); малозначимые факторы (показатель от 1 до 1,5); значимые факторы (показатель более 1,5).

В группах риска значимые факторы риска распределились следующим образом (ранжированы по величине относительного риска, указанного в скоб-

ках); * – показатель относительного риска выше, чем в целом у мужчин и женщин опытной группы:

1. Мужчины – Руководящие работники с высшим образованием: Избыточный вес – 100,0*; наличие конфликта перед заболеванием – 11,22*; высокое диастолическое давление – 8,02*; высокое систолическое давление – 7,54*; у родственников инфаркт миокарда – 3,11*; частая смена работы – 2,67*; наличие лысины – 2,1; у родственников гипертония – 2,08*; частое употребление мяса – 1,84*; начало употребления алкоголя в подростковом возрасте – 1,81*; частое употребление на ужин мясных и мучных продуктов – 1,71*; частое употребление вина – 1,7*.

2. Мужчины – Рабочие различных предприятий: Избыточный вес – 20,85; высокий уровень холестерина в крови – 10,06*; высокое диастолическое давление – 2,85; высокое систолическое давление – 2,81; наличие конфликта перед заболеванием – 2,78*; частая смена работы – 2,33*; убежденность в правильности образа жизни – 2,23*; нелюбовь к животным – 2,08*; у родственников инфаркт миокарда – 1,92; у родственников гипертония – 1,85*; много солит готовые блюда – 1,55*.

3. Мужчины – Водители автотранспорта: Избыточный вес – 25,71; высокий уровень холестерина в крови – 5,8; наличие лысины = 4,63*; высокое систолическое давление – 3,71*; высокое диастолическое давление – 3,45*; убежденность в правильности образа жизни – 3,33*; мала физическая нагрузка во время учебы – 2,96*; частое употребление на ужин мясных и мучных продуктов – 2,49*; частая смена работы – 2,4*; частое употребление мяса – 2,36*; убежденность, что кругом злые люди – 2,18*; обильная еда непосредственно перед сном – 2,11*; редкое употребление фруктов и овощей – 2,09*; у родственников инфаркт миокарда – 2,04*; начало употребления алкоголя в подростковом возрасте – 1,83*; редкое употребление молочных продуктов – 1,8*; частое употребление вина – 1,74*; нарушения сна – 1,51.

4. Мужчины – Неработающие 5 и более лет: Избыточный вес – 100,0*; высокий уровень холестерина в крови – 6,35; напряженные отношения с родственниками – 2,78*; у родственников инфаркт миокарда – 2,66*; частое употребление на ужин мясных и мучных продуктов – 2,55*; много солит готовые блюда – 2,38*; частое употребление вина – 2,04*; у родственников гипертония – 1,83*; начало курения в детском возрасте – 1,71*.

5. Женщины – Занятые на сидячей работе в помещении: Избыточный вес – 525,0*; высокое систолическое давление – 84,3*; высокий уровень холестерина в крови – 50,0*; высокое диастолическое давление – 20,35*; наличие хронического пиелонефрита – 8,33; убежденность в правильности образа жизни – 2,7*; у родственников гипертония – 2,43*; у родственников инфаркт миокарда – 2,13*; нарушения сна – 2,06; мала физическая нагрузка в период учебы – 2,03*; наличие сахарного диабета – 1,97; наличие конфликта перед заболеванием – 1,74*; отсутствие удовлетворенности в труде – 1,51*.

6. Женщины – Неработающие 5 и более лет: Избыточный вес – 112,68*; наличие хронического пиелонефрита – 8,94; наличие сахарного диабета – 8,73*; высокое систолическое давление – 3,23; высокий уровень холестерина в крови – 3,21; высокое диастолическое давление – 2,39; много солит готовые блюда – 2,31*; нелюбовь к животным – 1,57*.

Таким образом, на основе проведенного исследования составлены методические рекомендации по проведению мониторинга за ССЗ, а также предложены рекомендации по профилактике ССЗ на популяционном уровне и в различных группах риска.

ИВАНОВ С.В., БАКУЛИН В.С., ГРАНКИНА Г.С., МЕДВЕДЕВА Н.В., МАСЛОВ А.К.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В 90-Е ГОДЫ XX ВЕКА ПО Г. КЕМЕРОВО

Проблема заболеваемости диарейными инфекциями как в Кемеровской области, так и в г. Кемерово, является одной из важнейших, и по показателям заболеваемости, и по объему затрат со стороны практического здравоохранения.

Уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) в г. Кемерово на протяжении многих лет остается на высоком уровне и превышает и областные показатели, и показатели в других городах области, кроме г. Юрги и г. Междуреченска. Средняя заболеваемость за последние годы в показателях на 100 тыс. населения составила: в г. Кемерово – 802 случая, по Кемеровской области – 651,3 сл., в г. Юрге и в г. Междуреченске – более 900 сл.. Можно так же отметить, что по уровню заболеваемости ОРЗ, важнейшей проблемы в инфекционной патологии человека, г. Кемерово находится на 2-м месте после г. Юрги. Известно, что под диагнозом ОРЗ могут протекать кишечные инфекции, в том числе рота- и энтеровирусной этиологии.

Многолетняя динамика ОКИ отмечается на высоком уровне с периодическими всплесками. В годы

подъема показатели заболеваемости возрастают в 2 раза и более. Подъемы заболеваемости отмечены в 1994 г., 1999 г., и были обусловлены резкой активизацией заболеваемости дизентерией Зонне, и менее значительным приростом заболеваемости кишечными инфекциями не установленной этиологии. Следует отметить, что на протяжении многих лет в городе около 50 % в структуре ОКИ занимают кишечные инфекции не установленной этиологии, основную часть которых, возможно, составляют рота- и энтеровирусные кишечные инфекции, лабораторная диагностика которых не проводится.

Является характерным и постоянным признаком проявлений ОКИ сезонный подъем заболеваемости, приходящийся на летне-осенний период года. За 3 мес. сезонного подъема (август-октябрь) регистрируются 30-40 % случаев от общей заболеваемости за год. Уровень заболеваемости в сезонный подъем определяет годовой показатель заболеваемости. Резко выраженный сезонный подъем в отдельные годы определяет и существенное возрастание годовых показателей заболеваемости. Так, в 1999 г. из 5682 сл. суммы ОКИ в период с августа по октябрь было зарегистрировано 2393 сл. заболеваний кишечных инфекций (42 %). Интересно отметить, что в зимнее время уровень дизентерии Зонне значительно снижается, а в отдельные месяцы вообще не регистрируется.

В последние 4 года отмечается нетипичный зимний подъем заболеваемости острыми кишечными инфекциями, который может быть обусловлен активизацией водного пути передачи рота- и энтеровирусных инфекций, для которых характерен эпидемический подъем в зимнее время.

Наибольший уровень заболеваемости ОКИ в городе отмечается среди детей младших возрастов, особенно среди детей от 0 до 2-х лет, который определяется высокой восприимчивостью детей и высокой обращаемостью за медпомощью.

При общей тенденции к снижению заболеваемости ОКИ в последние годы, отмечается рост показателей заболеваемости среди детей младшего возраста (в 1990 г. среди детей до 1 г. показатель заболеваемости суммой ОКИ составил 124,4 на 1000, в 2002 г. – 170,2 на 1000 нас. данной возраста). Отмечается также увеличение удельного веса заболеваемости детей до 3-х лет в структуре ОКИ (в 1990г. в сумме ОКИ заболеваемость детей до 3-х лет составила 33 %, а в 2002 г. – 45 %), что может объясняться существенной активизацией пищевого и предметно-бытового путей заражения, при выраженном снижении обращаемости за медицинской помощью взрослого населения.

Самой эффективной мерой профилактики ОКИ является, по нашему мнению, знание и соблюдение населением мер личной (индивидуальной) профилактики заражения, что должно достигаться при правильной организации и проведении санитарно-просветительской работы врачами лечебно-профилактических учреждений.

Уровень госпитализации больных ОКИ составляет менее 40 %, что существенно отражается на полноте лабораторного подтверждения диагноза из-за нарушений правил отбора проб фекалий, сроков отбора, и доставки материала для исследования.

Так, по результатам проведенного анализа состояния микробиологической диагностики в лечебно-профилактических учреждениях города, выявлено, что уровень лабораторного подтверждения у больных при амбулаторном лечении в 2-3 раза ниже, чем у госпитализированных больных. В стационарных условиях подтверждение диагноза у больных, направленных на госпитализацию из разных ЛПУ, составляет от 45 % до 85 %, в то время как у лечившихся в амбулаторных условиях лабораторное подтверждение диагноза находится лишь на уровне от 10 % до 45 %.

Увеличение уровня лабораторного подтверждения диагноза, регистрирующихся острых кишечных инфекций, является актуальной задачей медицинской службы города. Требуется освоение и внедрение методов диагностики рота- и энтеровирусной инфекций, кампилобактериоза, криптоспоридиоза и других широко распространенных ОКИ, что позволило бы более аргументированно воздействовать на пути и факторы распространения кишечных инфекций.

АЛЕКСЕЕВА Л.Д., ГЛЕБОВА Л.А.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ Г. КЕМЕРОВО

Дефицит железа (ДЖ) – одна из основных проблем в мире. Наиболее подвержены ему дети с грудного до 2-х летнего возраста, подростки и беременные женщины. ДЖ приводит к развитию у населения железодефицитной анемии (ЖДА).

По данным ВОЗб железодефицитная анемия у женщин составляет, в среднем, 8-15 %, а у детей – 20-25 %.

Особенно велика разница частоты железодефицитной анемии в развитых и развивающихся странах: процент больных детей 0-4 лет составляет 12,0 % и 51 %, соответственно, а беременных – 14,0 % и 59 %, соответственно.

У нас в городе, как и по России, ситуация по анемии отличается от данных ВОЗ. Согласно официальной статистике, в РФ в 2001-2002 гг. ЖДА зарегистрирована у 2-3 % детей. В г. Кемерово этот про-

цент равен 2,5 % в 2002 г. и 2,8 % в 2003 г., что не отражает истинного положения с заболеваемостью анемией.

Нами проведен анализ железодефицитной анемии за 10 лет среди беременных женщин и детей. Процент беременных с ЖДА за 10 лет вырос с 40 % до 67 %, т.е. в 1,7 раз.

Среди детей тенденция заболеваемости железодефицитной анемией так же положительна. В 1994 г. показатель заболеваемости анемией с диагнозом, установленным впервые, составлял 5,5 на 1000 детей до 14 лет, в 2003 г. – 19,4. Рост в 3,5 раза. Уровень заболеваемости детей в 10-30 раз достоверно ($p < 0,05$) выше, чем подростков и взрослого населения, соответственно.

Заболеваемость анемией не одинакова по территориям. Так, в Кировском и Ленинском районах она составляет 20,2 и 36,3, соответственно, что в 1,7-3 раза превышает заболеваемость Центрального района – 12,9. При просмотре 240 историй новорожденных и выписок из них, установлено, что средний уровень гемоглобина (Нв) составляет у новорожденных в 1-3 сутки 189 г/л при норме 180-230 г/л. Но при этом 22 % детей рождаются с анемией (Нв ниже 170 г/л). В детских дошкольных учреждениях уровень заболеваемости детей до 3х летнего возраста выше в 2-7 раз, чем в возрасте 3-7 лет.

Нами проанализированы данные обследования здоровых детей на гемоглобин с профилактической целью в 24-х детских учреждениях Центрального и Ленинского районов, всего 936 человек. Установлено, что дети 2-х лет в 100 %, а 3-летнего возраста в 91 % случаев, имеют гемоглобин ниже нормы, в пределах 118-124 г/л (норма 130-134 г/л).

В возрасте 4-5 лет удельный вес детей с гемоглобином ниже нормы и составляет 83 %.

К 7 годам число детей с уровнем гемоглобина ниже нормы останется 6 %.

Обращает внимание разница в количестве детей с пониженным содержанием гемоглобина в крови в отдельных учреждениях, в частности, среди семилеток: от 5,9 % до 39 % от числа обследованных на гемоглобин.

Известно, что дефицит железа в организме ребенка приводит к нарушению иммунитета, что проявляется в частых заболеваниях органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и других. И в том, что заболеваемость органов пищеварения и дыхания у детей дошкольных учреждений в возрасте до 3 лет выше, чем у детей 3-7 лет, и ежегодно растет, наряду с другими причинами, немалая роль принадлежит и дефициту железа.

Из вышеизложенного следует, что работа по профилактике анемии нуждается в корректировке перспективного плана по профилактике анемии у беременных женщин и детей первых лет жизни.

В плане необходимо предусмотреть ежегодное обследование детей до 3-х лет на гемоглобин, а также лечение беременных и детей “группы риска по анемии”.

РЕЗВАНОВ Р.А., ДРОЗДОВА О.М., МАСЛОВ А.К.

ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия

ОСОБЕННОСТИ БЕЗЖЕЛТУШНЫХ ФОРМ ВГА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ВОДЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ ИЗ ОТКРЫТОГО ВОДОЕМА – Р. ТОМЬ, ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ АНТРОПОГЕННОМ ЗАГРЯЗНЕНИИ

Важнейшей характеристикой эпидемического процесса вирусного гепатита А (ВГА) в городе Кемерово с 1988 по 2002 гг. является ведущая роль детей в формировании заболеваемости.

С учетом накопившихся знаний по ВГА, возраст больного имеет большое значение в отношении тяжести течения заболеваний (Debray D. и соавт.,1997; Allen C.D. и соавт., 2000; Блохина Н.П. и соавт., 2002).

У детей, как правило, гепатит А протекает в виде безжелтушных и бессимптомных форм. Вместе с тем, существуют общие моменты в клиническом проявлении ВГА, как у детей, так и у взрослых – начальный (преджелтушный) период, обычно характеризующийся гриппоподобным, реже диспепсическим или астеновегетативным вариантами (Koff R.S. и соавт., 1992; Соринсон С.Н., 1996; Лобзин Ю.В. и др., 2002).

Таким образом, острый респираторный и диспепсический синдромы являются основным проявлением безжелтушного варианта ВГА. В таких случаях гепатит протекает под маской ОРЗ или острой кишечной инфекции. Для подтверждения диагноза ВГА у таких больных диагностические исследования не проводятся. Больной, в свою очередь являясь потенциальным источником инфекции, продолжает контактировать с окружающими его людьми, подвергая их риску инфицирования и возникновению групповых эпидемических вспышек. В качестве примера, может служить ситуация, возникшая в одном из детских домов г. Москвы, во время которой манифестной формой инфекции заболел 31 ребенок, а источником инфекции послужили дети с безжелтушным течением гепатита А, который протекал по типу острого респираторного заболевания (Тибекин А.Т. и др., 1999).

Известно, что безжелтушные формы ВГА формируются при действии различных путей передачи, в том числе водного.

Целью данного исследования явилось выявление роли водного фактора в распространении безжелтушных форм ВГА. При этом проведен сравнительный анализ заболеваемости кишечной инфекцией неясной этиологии, ОРЗ и гриппом, под маской которых может скрывается ВГА, в г. Кемерово с городами Новокузнецк и Юрга за 12 лет (1991-2002 гг.). Оба города используют р. Томь в качестве общего источника водоснабжения при единственном существенном различии, что г. Новокузнецк расположен на более чем 200 км (по прямой) выше, а г. Юрга – на 70 км ниже по течению реки, в отношении г. Кемерово.

Одним из основных эпидемиологических признаков, указывающих на ведущую роль воды в распространении ВГА, является рост заболеваемости в городах, объединенных единым источником водоснабжения, вниз по течению рек.

При ретроспективном эпидемиологическом анализе статистически достоверных среднеарифметических показателей заболеваемости в городах, использующих р. Томь в качестве единого источника водоснабжения, было выявлено нарастание уровней заболеваемости острыми кишечными и респираторными заболеваниями вниз по течению реки, что указывает на участие водного фактора в качестве источника кишечных инфекций, в т.ч. ВГА, на территории г. Кемерово.

Проведенный анализ позволяет предположить, что на территории г. Кемерово имеет место регистрация вирусного гепатита безжелтушной формы как острой респираторной инфекции и кишечной инфекции неясной этиологии.

Кроме этого, нами установлено, что заболеваемость ВГА на территории г. Кемерово повышается спустя два с половиной месяца после ухудшения качества водопроводной и речной воды, в то время как теоретический средний инкубационный период равен 30 дней. Известно, что ухудшение качества воды в весенний период вызывает, по-видимому, увеличение стертых и безжелтушных форм инфекции, а дальнейшее нарастание вирулентности возбудителя ВГА происходит при его пассажах через восприимчивое население.

К сожалению, к началу 2000 г., в связи с повсеместным снижением заболеваемости ВГА с 1983 года, клиницисты уделяют данной инфекции незаслуженно мало внимания. Однако, наметившаяся с 2000-2001 гг. неблагоприятная тенденция к не прогнозировавшемуся и не получившему адекватного объяснения росту заболеваемости ВГА в городах Кемеровской области (Новокузнецк, Междуреченск, Гурьевск и др.) и по РФ в целом, подтверждает, что вопросы эффективной профилактики ВГА остаются не решенными. В не установленных очагах безжелтушных форм инфекции не проводятся какие-либо противоэпидемические мероприятия.

Таким образом, для предотвращения массовых заболеваний ВГА в г. Кемерово, и с целью своевременной локализации очага инфекции, специалистам клинического профиля необходимо уделить особое внимание вопросам диагностики атипичных форм ВГА. При обращении населения (особенно детей) в ЛПУ г. Кемерово с симптомами острого респираторного или кишечного заболевания, необходим сбор эпидемиологического анамнеза, для исключения возможных контактов с инфекционными больными. У всех этих больных, при малейшем подозрении на безжелтушные формы, необходимо проведение биохимического и серологического анализа крови, с целью выявления активности печеночных трансаминаз и анти-ВГА Ig M.

Выполнение всех этих мероприятий, позволит сохранить стабильную динамику заболеваемости ВГА в г. Кемерово, поскольку к настоящему времени это одна из немногих территорий, на которой не отразился всеобщий подъем заболеваемости ВГА.

ЗАЙЦЕВ В.И.

ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАБОТЫ РОДИТЕЛЕЙ НА ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ

Спецификой формирования показателей заболеваемости детей на территориях с развитой, много лет эксплуатируемой химической промышленностью, является то, что среди них имеется та или иная доля тех, для которых в анамнезе вероятны увеличение степени контакта и времени воздействия вредных веществ и, в конечном счете, повышение "груза химической нагрузки". Это дети, родители которых работали на химических производствах, или проживающие в нескольких поколениях на территории с развитой химической промышленностью. Постановка вопроса подобным образом допустима, если учесть наблюдаемое при воздействии химических загрязнений окружающей среды состояние здоровья, получившее название "синдром множественной химической чувствительности".

Изучалась заболеваемость детей в зависимости от работы родителей на химических производствах. Испытуемую группу составили 270 детей, родители которых работали на химических производствах, в группу сравнения вошло 223 ребенка. Состав обеих групп был идентичным по таким показателям, как процент проживающих в Заводском, Ленинском

и Центральном районах г. Кемерово, доли проживающих в благоустроенном жилье, доли посещавших детские дошкольные учреждения, равенство по среднедушевому доходу в семье.

У каждого из детей изучалась заболеваемость по обращаемости в 3-х возрастных периодах: до 1 года; 1-6 лет; 7-14 лет. Обе группы детей не отличались друг от друга по таким показателям, как процент родившихся с диагнозом того или иного заболевания (38,6 % и 43,9 %); процент болевших детей в возрасте до 1 года, в возрасте 1-6 лет, в возрасте 7-14 лет (78,9 % и 79,7%).

В изучаемой и контрольной группах во всех возрастных периодах не отмечено достоверных различий по уровню болезней органов дыхания. В то же время, в изучаемой группе у детей в возрасте до 1 года были выше уровни болезней эндокринной системы, нарушения обмена веществ на 61 %, болезней крови на 24 %. Уровень врожденных аномалий развития в изучаемой группе достиг 7,4 случая на 1000, в контрольной группе их не отмечено. В возрасте 1-6 лет в изучаемой группе суммарный уровень заболеваемости был выше на 6,3 %, имелись различия по уровню врожденных аномалий развития. В возрасте 7-14 лет у детей изучаемой группы была выше заболеваемость по болезням эндокринной системы, нервной системы (в 2,2 раза), органов пищеварения (в 1,5 раза) и сумме болезней (11,9 %).

Следовательно, можно считать, что работа родителей на химических производствах сказывается на уровне заболеваемости детей. Кроме того, имеются различия в динамике заболеваемости у детей изучаемой и контрольной групп.

При оценке зависимости количества случаев заболеваний у ребенка изучаемой группы в возрасте 7-14 лет от числа случаев болезней в предшествовавшие периоды (до 1 года и 1-6 лет) видно, что ведущая роль принадлежит возрасту 1-6 лет, и даже единичные случаи заболеваний в этом возрасте влияют на заболеваемость в возрасте 7-14 лет. Иная картина влияния у детей контрольной группы.

На количество случаев болезней в возрасте 7-14 лет у ребенка контрольной группы оказывает влияние число случаев болезней в возрасте 1-6 лет, но начиная с количества 14 случаев и более. Т.е. у детей контрольной группы предшествовавшая заболеваемость в возрасте до 1 года и 1-6 лет меньше сказывается на заболеваемости в возрасте 7-14 лет, тогда как у детей изучаемой группы перенесенные заболевания в возрасте до 1 года и 1-6 лет влияют на количество случаев заболеваний в возрасте 7-14 лет.

С применением спектрального анализа Фурье определялась спектральная плотность частот заболеваний у детей изучаемой и контрольной групп во всех возрастных периодах. Из сравнения спектральной плотности частот заболеваний у детей изучаемой и контрольной групп в возрасте до 1 года следует, что спектральная плотность частот заболеваний детей изучаемой группы имеет значительно большее разнообразие. Это может рассматриваться как повышение вероятности развития заболеваний в связи с влиянием разнообразных факторов.

Из сравнения спектрограмм частот заболеваний у детей контрольной и изучаемой групп в возрасте 1-6 лет видно, что спектральная плотность частот заболеваний детей изучаемой группы отличается однообразием, но в спектре выделяются частоты с высокой спектральной плотностью. Это может свидетельствовать о повышении числа случаев заболеваний в ответ на воздействие факторов и обстоятельств у детей изучаемой группы.

Спектральная плотность частот заболеваний у детей контрольной группы в возрасте 7-14 лет отличается однообразием, дети с большим количеством случаев заболеваний встречаются редко. В то же время, для спектральной плотности частот заболеваний детей изучаемой группы в возрасте 7-14 лет характерны значительное количество частот с высокой спектральной плотностью заболеваний, увеличение частот с большим количеством случаев заболеваний.

Следовательно, результаты спектрального анализа свидетельствуют о существенных различиях изучаемой и контрольной групп по встречаемости внутри них детей с различным количеством случаев заболеваний. В изучаемой группе чаще встречаются дети со значительным количеством случаев заболеваний.

БАКУЛИН В.С., СЛЕСАРЧУК В.Ф., ГАЛАКТИОНОВА Л.И.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

К ВОПРОСУ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

По данным социально-гигиенического мониторинга, уровень заболеваемости болезнями органов дыхания детей города Кемерово возрос за последние 5 лет более чем на треть. В течение года у каждого ребенка, проживающего в городе, регистрируется то или иное заболевание органов дыхания (даже без учета ОРЗ и гриппа). Уровень заболеваемости органов дыхания является самым высоким, по сравнению с патологией других органов и систем. Достаточно высокими (0,01-0,02 на 1000 детей в возрасте 1-14 лет) остаются показатели смертности от этого вида патологии. В городе Кемерово в 2 раза чаще, чем в среднем по области, регистрируются врожденные пневмонии.

В структуре общей заболеваемости детей, посещающих детские дошкольные учреждения, также

ведущее место занимают болезни органов дыхания – 80 %. Темп прироста этой патологии к 1992 г. составил более 30 %. Среди детей, посещающих детские учреждения, отмечается рост заболеваемости миндалин и аденоидов. Темп прироста заболеваемости отдельными нозоформами, по сравнению с 1992 годом, превысил 100 % уровень. Так, прирост заболеваемости пневмониями составил более 100 %, бронхиальной астмой – около 300 %. Прирост заболеваемости бронхитами – 30 %. В возрасте до 3-х лет острый бронхит в 2002-2003 годах перенес каждый десятый ребенок, пневмонией переболели 10-12,5 детей из 1000.

Второе место по уровню заболеваемости среди детей занимают инфекционные заболевания, около 80 % из которых приходится на воздушно-капельные инфекции, клиническое течение которых, как правило, сопровождается поражением дыхательных путей, а при осложнениях – развитием бронхитов, пневмоний и т.п.

Реальность сегодняшнего дня такова, что вопросы профилактики основных воздушно-капельных инфекций у нас в городе, как в целом по стране, решаются достаточно успешно. Прививки против кори, коклюша, краснухи, эпидемического паротита являются важным звеном профилактики, как самих этих заболеваний, так и их наиболее тяжелых осложнений – пневмонии, менингита и т.п.

Сегодня охват прививками против инфекций, управляемых средствами иммунопрофилактики, составляет в городе 97-99 %, что обусловило стабилизацию заболеваемости этими инфекциями на низком уровне. А вот вопрос профилактики заболеваний, вызываемых пневмококками, проблема гемофильной инфекции вызывают обоснованную тревогу педиатров и эпидемиологов.

В России пневмококк является причиной 94 % пневмоний у детей. Пневмококки - основная причина (до 50 % случаев) острого среднего отита у детей, до 30 % всех гнойных бактериальных менингитов. Они являются причиной (до 20 % обострений) бронхитов. Пневмококк – причина № 1 госпитализации по поводу пневмонии. Медицинские расходы на лечение одного случая пневмонии составляют около 200 долларов. В России пневмококки вызывают до 40 % ОРЗ. А, значит, можно предположить, что только у нас в городе они являются причиной 40-50 тыс. ОРЗ. По данным ВОЗ, пневмококки являются одной из наиболее распространенных причин смертности и заболеваемости, особенно среди детей младшего возраста и пожилых.

Пневмококковая инфекция, таким образом, представляет одну из ведущих проблем здравоохранения, что требует незамедлительного решения вопроса о специфической профилактике данной инфекции. Во многих странах мира, включая Россию, крайне актуальной проблемой является гемофильная инфекция. В настоящее время известно более 20 различных ее клинических форм, включая пневмонию, менингит, септицемию. По материалам исследования, проведенного в г. Красноярске, гемофиллюс инфлюэнце тип В (ХИБ) является этиологическим фактором в формировании 28,8 % крупов, 30 % гнойных менингитов у детей, госпитализированных на стационарное лечение. При этом следует отметить, что возбудитель поражает, в основном, детей раннего возраста. С учетом высокой актуальности инфекций, вызываемых двумя этими возбудителями, во многих государствах прививки против пневмококковой, гемофильной и менингококковой инфекций включены в обязательный календарь прививок, в России в настоящее время прививки против менингококковой инфекции, в соответствии с календарем, проводятся по эпид. показаниям.

За последние 3 года в России проведен ряд исследований по эпидемиологической оценке эффективности иммунизации против пневмококковой инфекции вакциной Пневмо-23 и гемофильной инфекции вакциной Акт-ХИБ. Исследованиями, проведенными в Красноярском крае и Тюменской области, доказано, что иммунизация детей раннего возраста в детских учреждениях вакциной Акт-ХИБ позволяет снизить заболеваемость пневмониями в 1,5-2 раза, острыми бронхитами – в 2,8 раз, уровень бактерионосительства снизился в 4,8 раз.

В Санкт-Петербурге, на Дальнем Востоке была доказана эпидемиологическая эффективность (62,1-73,4 %) вакцины Пневмо-23 в профилактике пневмонии. Вакцина Пневмо-23 более эффективна и в отношении других заболеваний, часто пневмококковой этиологии: острых бронхитов, синуситов и т.п. Заболеваемость острыми бронхитами среди привитых была в 2,4-4,8 раза ниже, чем у непривитых. В 1,3-2 раза снизилась заболеваемость ОРЗ.

Учитывая высокий уровень заболеваемости детского населения города болезнями органов дыхания, считаем целесообразным провести в городе изучение значимости гемофильной и пневмококковой инфекций в этой группе болезней за счет совершенствования методов лабораторной диагностики. Параллельно с этим необходимо провести эпидемиологическую оценку использования вакцин АктХИБ и Пневмо-23 на примере одного из закрытых детских учреждений. На этом этапе считаем перспективным использование средств спонсоров.

Следующим этапом работы, которая позволит существенно снизить заболеваемость детей, будет постановка вопроса перед администрацией города о необходимости выделения средств для иммунизации против гемофильной и пневмококковой инфекций в группах риска. Все этапы работы должны проводиться с широким использованием методов гигиенической пропаганды среди населения.

ИВАНОВ С.В., ЗАЙЦЕВ В.И., БАКУЛИН В.С.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО

В 2003 г. осуществлен ряд организационных и практических мероприятий, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения г. Кемерово. В городе действуют 14 территориальных программ, направленных на обеспечение санэпидблагополучия населения и улучшение экологической обстановки. На их реализацию израсходовано 124 млн. рублей.

В результате проведенных мероприятий санэпидобстановка в городе в целом стабильная, удалось сдержать наиболее негативные тенденции ее развития.

Вместе с тем, санитарно-эпидемиологическая обстановка остается напряженной, а ее влияние на здоровье населения оценивается как существенное. Степень напряжения санитарно-гигиенической ситуации оценивается как "кризисная" за счет высокого уровня загрязнения окружающей среды и высокой заболеваемости населения города и его отдельных групп.

Наиболее острыми проблемами здоровья населения г. Кемерово являются низкий уровень рождаемости (10,6 человек на 1000), высокая смертность (15,7 человек на 1000), особенно в связи с травмами и отравлениями, отрицательный естественный прирост населения (-5,1 на 1000 человек). Причем, показатель смертности является одним из наихудших за последние 10 лет.

Крайне негативным демографическим показателем является снижение доли детского населения. Так, за последние 10 лет доля детей до 14 лет в структуре населения города сократилась с 22,1% до 15,9% (всего 84,2 тыс. человек), а доля пенсионеров увеличилась до 26%.

Обращает на себя внимание тенденция ухудшения показателей заболеваемости взрослых за последние 10 лет с 1265,1 на 1000 человек в 1994 г. до 1340,0 в 2002 г., в т.ч. по инфекционным и паразитарным заболеваниям, болезням эндокринной системы, болезням системы кровообращения, органов пищеварения, мочеполовой системы, осложнениям беременности и родов. Причем, в 2002 г. уровень заболеваемости по этим группам болезней был самым высоким за последние 10 лет.

Уровень заболеваемости по обращаемости детей в 2002 г. составил 2136,9 человек на 1000, и достиг самого высокого уровня за последние 10 лет. Продолжается тенденция роста по болезням эндокринной системы, расстройству питания, обмена веществ; болезням крови, системы кровообращения, органов пищеварения, мочеполовой системы, болезням кожи и подкожной клетчатки, врожденным аномалиям и порокам развития.

За период с 1992 по 2002 гг. количество учащихся с нарушением осанки увеличилось в 7 раз – с 4,3 случая на 100 осмотренных детей до 30,7 случаев, а темп прироста детей с нарушением зрения составил за этот период +72,2 %. Доля школьников, состоящих на диспансерном учете, увеличилась с 33 % до 60,8 %.

Остается напряженной в городе ситуация с онкологической заболеваемостью населения, которая имеет ярко выраженную тенденцию к росту. Растет профессиональная заболеваемость трудящихся. За 2002 год зарегистрировано 113 профзаболеваний, в основном среди рабочих угольной промышленности – 39,8 %, строительной – 11,5 %, текстильной – 11, 5% от всех случаев профзаболеваний. Ведущим вредным фактором, приводящим к профессиональным заболеваниям, являются физические перегрузки – 39,8 % и физические факторы – 21,2 %.

По-прежнему одной из основных задач санэпидслужбы города и органов здравоохранения остается профилактика инфекционных заболеваний. В 2003 году ситуация по инфекционной заболеваемости улучшилась, с сравнении с прошлым годом. Количество случаев заболеваний, относящихся к классу инфекционных и паразитарных болезней, без гриппа и ОРЗ, снизилось на 3,8 %.

Всего в 2003 г. было зарегистрировано 25380 заболеваний, показатель на 100 тыс. населения составил 4869. Из 100 заболеваний, подлежащих учету, отмечается снижение заболеваемости по 25 нозологическим формам (в области – по 27), в том числе: сальмонеллезы – на 10 %, острые кишечные инфекции неустановленной этиологии – на 5 %, острые вирусные гепатиты – на 22 %, в т.ч. вызванные вирусом гепатита В – на 39 % и С – на 20 %, скарлатина – на 4,5 %, эпидемиологический паротит – на 31 %, краснуха – в 2,5 раза, клещевой энцефалит – в 2,7 раза, сифилис – на 35, ВИЧ-инфекция – на 29, лямблиоз – на 15 %.

Вместе с тем, отмечался рост заболеваемости дизентерией на 57 %, коклюшем – на 63%, ветряной оспой – на 21 %, описторхозом – на 22 %. В 2003 году не зарегистрировано брюшного тифа и паратифа. В течение последних 3-х лет отмечена стабилизация заболеваемости ОКИ. В 2003 году было зарегистрировано 8 вспышек кишечных инфекций (52 пострадавших), в т.ч. 1 – псевдотуберкулеза и 1 – сальмонеллеза. Причины вспышек установлены, противоэпидемические мероприятия проведены в полном объеме и своевременно.

Большая работа, проводимая по предупреждению инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, привела к снижению практически всех заболеваний этой группы. Не зарегистрирована дифтерия, корь. Заболеваемость краснухой снизилась в 2,5 раза. Не регистрируется столбняк, полиомиелит, врожденная краснуха.

В 2003 году снизилась заболеваемость гриппом в 3,6 раза. В феврале 2003 г. в городе зарегистрирова-

на вспышка гриппа. За период эпидемии переболели 1,4 % населения города, прививками от гриппа были привито 5,7 % населения, этого недостаточно, нужно минимально 10 %.

Эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам благополучная. Снижается заболеваемость острыми гепатитами и носительство вирусов гепатита, а также хроническими вирусными гепатитами. Следует отметить, что третий год в городе проводится плановая иммунизация против ВГВ новорожденных в роддомах. На начало 2004 года в городе привито от ВГВ более 43 тыс. человек, в т.ч. более 4-х тысяч взрослого населения, в 2003 году закончена вакцинация против ВГВ всех медработников группы "риска".

Из социально-значимых инфекций, на 29 % снизилась ВИЧ-инфекция и на 35 % уменьшилась заболеваемость сифилисом, туберкулез на 11 % снизился, в т.ч. бациллярного туберкулеза на 10 %. Улучшает эпидемическую обстановку снижение на 40 % количество больных туберкулезом детей, в целом 41,5 % больных туберкулезом – это асоциальное население.

За последние 5 лет в г. Кемерово регистрируется до 150-180 случаев ВБИ (в 2003 г. – 145). При этом их уровень неуклонно снижается (с 0,81 до 0,76 на 1000 пролеченных). Основной удельный вес занимают внутрибольничные инфекции в родовспоможении (40-55 %), в детских стационарах (30-35 %). В 2003 году ситуация несколько изменилась за счет регистрации послеоперационных гнойно-септических осложнений.

Вместе с тем, это очень низкий уровень заболеваемости ВБИ и причины – недоучет ВГИ. В городе регистрируются единичные ВБИ мочеполовой системы, пневмоний и других инфекций верхних дыхательных путей. Регистрируются единичные случаи гнойно-септических осложнений в хирургии, среди родильниц.

Наша общая задача до 1 июня 2004 года – обеспечить выполнение решения коллегии МЗ РФ, постановления Главного госсанврача РФ Онищенко Г.Г., совместного приказа Департамента охраны здоровья и областного ЦГСЭН по вопросам профилактики внутрибольничных инфекций.

Отмечается высокий уровень суммарного загрязнения атмосферного воздуха, которое оценивается как "опасное" для здоровья населения. По-прежнему наиболее загрязнена атмосфера в Кировском районе города. В этой ситуации в городе продолжается сокращение количества загородных лагерей отдыха детей и детских дач. За 10 лет их количество уменьшилось с 56 до 13, т.е. в 3,5 раза. В результате в детских загородных учреждениях отдохнуло только 5,7 % от общего количества детей и подростков в возрасте до 15 лет. За последние 10 лет значительно снизился показатель охвата детей в школах горячим питанием с 80 % до 42,7 %. 20 % школьников вместо горячего питания получают буфетную продукцию, а 34 % вообще не питаются.

Профилактика заболеваний, укрепление здоровья населения – это конкретная проблема, и требует она тесного сотрудничества органов управления, здравоохранения и санэпидслужбы. И если по профилактике инфекционных заболеваний мы ведем профилактическую работу совместно с лечебной сетью, то в профилактике неинфекционной патологии пока нет единой политики.

Хотя тот аналитический материал, которым сегодня располагает санэпидслужба, должен использоваться и в профилактической работе специалистов лечебной сети города.

ХРОМОВА Н.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ

Современные медицинские учреждения представляют собой сложные экологические системы. Работающие в них сотрудники ежедневно контактируют с различными факторами инфекционной природы, несомненно, оказывающими влияние на их здоровье и работоспособность.

Существующие рекомендации по охране здоровья медицинских работников не охватывают всей проблемы инфекционной безопасности больничной среды. В основном это касается профилактики несчастных случаев, и часто сводится к проведению формального инструктажа по ТБ. Между тем, по данным многих авторов, профессиональная заболеваемость среди медицинских работников превышает таковую во многих других отраслях промышленности.

Среди множества профессиональных заболеваний и патологических состояний особое место занимают инфекционные заболевания. Наибольшую опасность для медицинского персонала представляют следующие инфекционные заболевания: вирусный гепатит В, вирусный гепатит С, ВИЧ-инфекция, краснуха, туберкулез, дифтерия. Кроме того, высок риск передачи медицинскому персоналу таких инфекций, как легочная чума, геморрагические лихорадки, вирусные конъюнктивиты, ветряная оспа, чесотка, дизентерия, атипичная пневмония. Следовательно, в медицинских учреждениях должны быть программы обеспечения профессиональной инфекционной безопасности и охраны здоровья сотрудников. Создание данной программы в каждом конкретном ЛПУ будет гарантировать качество безопасности больничной среды.

Для организации успешной программы необходима поддержка и заинтересованность администрации больницы, достаточные финансовые ресурсы, действующая система инфекционного контроля в больнице.

Данная программа должна будет включать в себя следующие компоненты:

1. Скрининг медицинских работников на наличие инфекционных заболеваний: перед приемом на работу, плановый периодический, при возникновении вспышек и аварийных ситуаций.

2. Обучение и консультации сотрудников: обучение мерам профилактики, таким как мытье рук, использование перчаток, барьерные меры предосторожности (спец. одежда, фартуки из непромокаемого материала, маски, экраны, очки, респираторы, защитные костюмы, кольчужные и удлиненные перчатки); обучение правилам работы с антибиотиками и цитостатиками, соблюдение правил работы с биологическими жидкостями, инфицированными и потенциально инфицированными материалами, колющими и режущими предметами, контагиозными пациентами; обучение правилам личной гигиены. Консультации медицинского персонала по путям передачи инфекции, возбудителям инфекции, эпидемиологической опасности пациента, последствиям несоблюдения мер предосторожности при работе в ЛПУ.

3. Предупреждение и лечение профессиональных заболеваний и поражений: иммунизация сотрудников от гепатита В и Д, гриппа, дифтерии, недопущение к работе не иммунных сотрудников, в отдельных случаях вплоть до выдачи листка нетрудоспособности, применение стандартных мер профилактики при уколах и порезах, при аварийных ситуациях, проведение экстренной профилактики (иммуноглобулин, азидотимидин, ретарпен и т.д.).

4. Лечение всех остальных инфекционных заболеваний и отстранение от работы медицинского персонала, имеющего контагиозные инфекционные заболевания. Появление на работе нездоровых сотрудников увеличивает риск возникновения профессиональных заболеваний, как для самого сотрудника, так и для его коллег по работе.

5. Разработка стандартов выполняемых медицинских манипуляций. В настоящее время у нас в области имеется стандарт работы в процедурном кабинете, где отражена также профессиональная безопасность медицинского персонала. Ведется работа по подготовке стандартов по работе в перевязочных, при работе с катетерами периферических вен.

6. Профилактические мероприятия: соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, проведение санитарно-просветительской работы с пациентами и их посетителями, правильное обращение с отходами, особенно с инфицированными и потенциально инфицированными, организация изоляционно-ограничительных мероприятий.

7. Оценка и контроль факторов окружающей среды: оценка уровней микробного загрязнения в ЛПУ, проведение бактериологических мониторингов, выявление резервуаров возбудителей инфекционных заболеваний, проведение адекватных дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

Таким образом, чем больше в каждом конкретном ЛПУ задействовано вышеперечисленных мероприятий по охране здоровья медицинского персонала, тем больше будет инфекционная безопасность больничной среды для всех сотрудников данного лечебного учреждения.

ХРОМОВА Н.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ИНФЕКЦИОННЫЙ РИСК МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Изучение инфекционного риска применяемых медицинских технологий проводилось в условиях крупного многопрофильного лечебно-диагностического комплекса, а именно в МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово. Больница является многопрофильным лечебным учреждением, рассчитанным на 765 коек, имеющим 19 специализированных и 16 вспомогательно-диагностических отделений.

Эпидемиологическое наблюдение для оценки инфекционного риска велось в отделениях эндоскопической хирургии и отделении печеночной хирургии Областного Гепатологического Центра (ОГЦ), входящего в состав МУЗ ГКБ № 3. Отделение печеночной хирургии ОГЦ развернуто на 45 коек. Врачами-хирургами ОГЦ выполняется, в среднем, 1100 операций в год, из которых до 400 и более – лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) (40-46 %). ЛХЭ представляет собой оперативное удаление пораженного желчного пузыря с использованием эндоскопической аппаратуры. За период 1996-2003 гг. выполнено 2653 ЛХЭ. Начиная с периода освоения ЛХЭ, техника проведения операций не изменялась.

По степени агрессии лечебно-диагностического процесса медицинские технологии в отделении печеночной хирургии разделяются две группы:

- высокотравматичные – традиционные “открытые” операции, проводимые в отделении;

- малотравматичные – эндоскопические технологии, включающие в себя ЛХЭ и лапароскопию, выполняемые в отделении.

Критерием отнесения операций в ту или иную группу являлось отсутствие или наличие широ-

кого полостного разреза, который определяет более высокую степень травматизации тканей и, как следствие, большую выраженность хирургического стресса.

По степени инвазии, применяемые в отделении печеночной хирургии медицинские технологии, были отнесены к следующим группам:

- высоко инвазивные, куда вошли эндоскопические операции, выполненные на органах брюшной полости, в частности ЛХЭ,
- низко инвазивные – традиционные открытые операции в этом же отделении, в частности традиционная "открытая" холецистэктомия.

Сравнение степени инвазии традиционных "открытых" холецистэктомий и ЛХЭ проводилось на примере отделения печеночной хирургии, где среднемноголетний (1996-2003 гг.) показатель удельного веса использования в лечебно-диагностическом процессе ЛХЭ составляет 90-95 %.

Высокая степень инвазии данной технологии объясняется использованием большого количества разнообразной аппаратуры и устройств: троакаров, клипс, электроотсосов, электродов, лапароскопов, воздуховодов и др., которые применяются для проведения операции, исключая широкий полостной разрез. При этом остаются проблемы с дезинфекцией и стерилизацией высокочувствительной аппаратуры, которые могут нести высокий вероятный риск инфицирования пациентов потенциальными возбудителями внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Дезинфекция металлических инструментов при проведении ЛХЭ осуществлялась 6 % раствором перекиси водорода 1 час, эндоскопического инструментария – 2,4 % раствором "Дезэффект" – 30 минут.

Стерилизация металлических инструментов, мягкого и резинового материалов осуществлялась паровым методом. Стерилизация эндоскопической аппаратуры при проведении ЛХЭ выполнялась газовым пароформалиновым методом в нестандартных условиях (температура и концентрация паров формальдегида не являлась постоянным параметром). Экспозиция составляла 4 часа. Для стерилизации эндоскопического оборудования также использовалась озоновая камера "Орион", полный цикл стерилизации составлял 45 минут.

Отделение эндоскопической хирургии ежегодно выполняет свыше 900 эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте, из которых до 40 % составляет проведение операции ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), а также эндоскопическая папиллотомия. РХПГ представляет собой прямой доступ в желчные пути при помощи эндоскопа, с последующим одновременным проведением рентгеноскопического и/или рентгенографического исследования. Данные оперативные вмешательства проводятся больным с осложнениями холецистита и желчнокаменной болезни, и поэтому в основном (80 % случаев и более) выполняются пациентам отделения печеночной хирургии. За период 1996-2002 гг. всего выполнено 2499 РХПГ.

РХПГ является малотравматичной, высоко инвазивной медицинской технологией. Малая степень хирургической агрессии обусловлена выполнением оперативного вмешательства через естественные физиологические отверстия. Метод является инвазивным, так как сопровождается использованием оборудования, которое трудно адекватно дезинфицировать и стерилизовать.

При дезинфекции инструментов в отделении эндоскопической хирургии использовался 1 % раствор "Виркона" в течение 10 минут.

Стерилизация металлических инструментов, мягкого и резинового материалов осуществлялась паровым методом. Обработка эндоскопической аппаратуры при проведении РХПГ ограничивалась проведением дезинфекции высокого уровня (1 % раствор "Виркона" в течение 10 минут, двукратное протирание 70о этиловым спиртом с интервалом 15 минут).

Широкое внедрение инвазивных диагностических и лечебных вмешательств неизбежно приводит к росту ВБИ, связанных с ними. Применение малотравматичных эндоскопических вмешательств позволило существенно снизить послеоперационные осложнения, в том числе и связанные сВБИ.

Таким образом, использование в современных клиниках эндоскопического оборудования, с одной стороны, приводит к уменьшению ВБИ, с другой стороны, ставит проблемы ее обработки и, как следствие, возможный рост ВБИ. До настоящего времени по-прежнему остается нерешенной проблема обработки эндоскопической техники, используемой во время диагностических и лечебных процедур, и являющейся возможным фактором передачи ВБИ.

Для уменьшения заболеваемости ВБИ необходимо проводить оценку инфекционного риска медицинских технологий.

Для этого нужно иметь представление о факторах риска инфекционных осложнений, который несет данный вид медицинских технологий в конкретном стационаре, о возбудителе инфекции и его чувствительности к антибиотикам, о возможной контаминации стерильных изделий и распространении возбудителей инфекции во внешней среде стационара при нарушении асептики и антисептики. Сведения такого порядка определяют первоочередность профилактических мер и финансовых затрат, позволяют выделить группу риска и эффективно и быстро изменить ситуацию по ВБИ.

С целью выявления факторов передачи ВБИ, определяющих риск инфекционных осложнений проводится бактериологическое мониторирование эндоскопических операций. Оно включает в себя поэтапный бактериологический контроль изучаемых материалов, применяемых на протяжении ЛХЭ и РХПГ. Отбор проб материала на стерильность проводился на разных этапах операций: в начале, в середине, в конце операций. Метод микро-

биологического мониторирования позволял контролировать как эффективность стерилизации, так и качество асептической работы персонала.

Таким образом, оценка инфекционного риска является необходимым условием безопасного применения сложных медицинских технологий.

ШИКШИНА Ю.А., КУДАШКИНА С.В., СОБИН Г.В., БАКУЛИН В.С.
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА СТРОИТЕЛЬСТВОМ И РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В Г. КЕМЕРОВО

В медицинских учреждениях города Кемерово существует большое количество нерешенных проблем – превышение проектных и нормируемых мощностей, дефициты площадей и помещений как для оказываемой помощи, так и для развития новых технологий, несовершенство систем вентиляции, водоснабжения, освещения и т.д., которые могут быть решены только путем строительства и реконструкции.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за строительством и реконструкцией лечебно-профилактических учреждений города Кемерово осуществляет отделение санитарно-эпидемиологического надзора за ЛПУ, созданное на базе эпидемиологического отдела, в комплексе со специалистами других отделов (коммунальной гигиены, гигиены и физиологии труда, радиационной гигиены, лаборатории). За период 1993-2003 гг. структура и качество предоставляемых на согласование материалов существенно изменилась.

В течение 1993-1998 гг. вопросам строительства и реконструкции лечебно-профилактических учреждений не уделялось достаточного внимания, и значительная часть рассмотренных проектов не находила практического применения, что отражало общую экономическую ситуацию в стране. При этом, до 50 % представляемых на согласование проектов приходилось на новое строительство. В 1999-2002 гг. увеличилось количество рассмотренных проектов с 16 до 35 в год, и основную часть составляют проекты реконструкции и перепрофилирования существующих зданий и лечебных корпусов (80-94 %). При этом все проектные разработки воплощаются в жизнь в течение 1-3 лет.

Расширение сети лечебных учреждений в настоящее время происходит, главным образом, за счет частных учреждений: они составляют до 48 % представленных на рассмотрение проектов (в 1993-1999 гг. – 6 %). В то же время в государственной сети лечебных учреждений работы по капитальному ремонту, реконструкции и перепрофилированию отдельных подразделений также ведутся достаточно активно и стабильно – количество ежегодно рассматриваемой проектной документации возросло в 2000-2003 гг. до 15 в год.

Существенно снизилось количество проектов, отклоненных от согласования, с 50 % (1993-1998 гг.) до 15 %. При этом доля проектов, согласованных при первом рассмотрении, возросла с 73 % до 86 %. При отсутствии типовых проектов размещения лечебно-профилактических учреждений на приспособленных площадях или на площадях медицинских учреждений, построенных согласно устаревшим в настоящее время нормам и правилам, показала свою целесообразность практика согласования предпроектных разработок. Предварительная разработка и предоставление для экспертизы “эскизных” проектов архитектурно-планировочных решений снижает вероятность последующего отклонения окончательного варианта проекта от согласования в 3-4 раза, а для небольших проектов – позволяет полностью избежать отклонений от действующих санитарно-гигиенических норм и правил.

Практика работы с проектами реконструкции и строительства лечебных учреждений показала целесообразность участия врачей-эпидемиологов в рассмотрении проекта. Наличие опыта работы в лечебных учреждениях, знакомство с технологиями проведения медицинских манипуляций и исследований, обработки инструментария и т.п. позволяет своевременно выявлять замечания по поточности технологических процессов, обеспеченности технологическим оборудованием (в том числе, дезинфекционным и стерилизационным). Проектирование рационального воздухообмена, инсоляции, взаимного размещения подразделений, оборудования позволяет организовать профилактику внутрибольничных инфекций не только “у постели больного”, но и на самых ранних этапах.

Одной из особенностей настоящего момента является наличие большого количества отделочных материалов, в том числе изготовленных за рубежом или по зарубежным технологиям, которые отсутствуют в перечне материалов, разрешенных к применению в лечебных учреждениях. Поэтому вопросы отделки требуют индивидуального подхода на всех этапах проектирования и строительных работ.

До 2002 г. вопросы реконструкции, расширения площадей и капитального ремонта выдавались ле-

чебным учреждениям в виде планов по улучшению санитарно-гигиенического состояния и противоэпидемического режима. С момента выхода Закона РФ № 134 "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении контроля (надзора)", данные вопросы включаются в Предписания главного государственного санитарного врача, которые оформляются на основании материалов плановых проверок на имя руководителя учреждения.

Однако следует отметить, что решение вопросов строительства и реконструкции в большей степени зависит от финансовой политики Администрации Кемеровской области и города Кемерово. Так, в течение 2002-2003 гг. проведены капитальные ремонты и реконструкции в отдельных подразделениях крупных лечебных учреждений – Кемеровском онкологическом диспансере, Кемеровской областной офтальмологической больнице, Областном госпитале ветеранов войн, Городской больнице № 1 (межвузовской поликлинике), Городской больнице № 2, Городской инфекционной больнице № 8, поликлинике № 20 и др. В то же время, имеется ряд ЛПУ и их подразделений, где вопросы реконструкции и ремонта стоят наиболее остро: Областной туберкулезный диспансер, Областная психиатрическая больница, Областной наркологический диспансер, Городская клиническая больница № 2 (отделения ожоговое, терапевтические, переливания крови, роддом) и др.

На основании проанализированных тенденций, в будущем можно ожидать некоторого снижения количества проектов открытия небольших частных лечебно-профилактических учреждений и аптек, и возрастания доли проектов по реконструкции и модернизации существующих крупных муниципальных и областных медицинских учреждений в городе Кемерово.

ЧЕРНО С.П., САПЕГИНА Е.В.
МУЗ Центр медицинской профилактики

ИНФОРМАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЦЕНТРОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА СЛУЖБЕ ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ КЕМЕРОВЧАН

В последние годы у населения все отчетливее формируется социальный заказ на здоровье и здоровый образ жизни. В Кемерове, как и во всей России, продолжает снижаться ожидаемая продолжительность жизни, остаются высокими показатели общей смертности и, связанная с ними, естественная убыль населения. Отмечается рост общей заболеваемости населения, а также значительный рост социально значимых заболеваний. Резко увеличилось количество курящего населения, особенно среди молодых людей в возрасте 20-35 лет, обострились проблемы алкоголизма, наркомании, уменьшилось число лиц, занимающихся физкультурой и спортом, нерациональное питание, и как следствие этого, наличие избыточного веса у значительной части населения. За последнее десятилетие резко обострилась проблема психического здоровья. В настоящее время более 70 % взрослого населения испытывают состояние хронического психологического стресса.

Сложившаяся ситуация требует последовательного проведения профилактических мероприятий. Важнейшими из них являются гигиеническое обучение и воспитание с целью формирования здорового образа жизни, укрепления здоровья, профилактика социально-значимых заболеваний.

В феврале 2001 г. городские телефонные сети предложили городскому Центру медицинской профилактики вести информационное наполнение новой телефонной услуги третьего поколения – "Виртуального госпиталя" (ВГ), с качествами информации: ненавязчивость, индивидуальность, доступность в любое время суток.

Основной целью и задачей работы ВГ стала пропаганда здорового образа жизни, медико-гигиенических знаний, а вследствие этого – повышение уровня знаний и санитарной культуры населения города. ВГ доступен каждому набравшему номер, соответствующий параметрам нормальной температуры тела человека – 366-367.

Информационная обеспеченность ВГ поначалу проводилась согласно календарю событий, информация менялась с учетом знаменательных дат и эпидемиологической обстановки в городе, примерно 2-3 раза в месяц. Посещаемость данного канала была весьма низкой – 2-3 обращения в сутки. Затем было предложено менять информацию 2 раза в неделю, посещаемость увеличилась до 10 обращений в сутки. По анализу заболеваемости в г. Кемерово, в январе 2003 года Городским Центром медицинской профилактики был разработан и внедрен новый график обновления информации на канале ВГ. Понедельник – информация о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Вторник – профилактика болезней органов дыхания. Среда посвящена аспектам ЗОЖ – рациональное питание, закаливание, профилактика стрессов, факторов риска. Четверг – информация по профилактике социально-значимых, основных инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также, куда обратиться в случае необходимости для получения квалифицированной помощи. Пятница – информация о здоровье ребенка на различных этапах его развития. Суббота и воскресение – эксклюзивная информация. Населению предоставляется возможность узнать об услугах медицинских центров, функционирующих "Школах содействия здоровью", что позволило повысить посещаемость до 50 обращений в сутки.

Виртуальный госпиталь имеет трехфайловую структуру, каждый выпуск состоит из трех блоков. Первый – анонс-приветствие, второй – тематический – определенная днем недели тема, третий – подборка ответов на звонки абонентов, прослушав всю информацию, желающие могут задать свой собственный вопрос. Все поступившее вопросы на автоответчик ВГ тщательно анализируются и обобщаются. Так, в структуре вопросов наибольшее число пришлось – сексология 19 %, далее педиатрия 11 %, здоровый образ жизни 10 %, заболевания органов дыхания 8 %, сердечно сосудистые заболевания 8 %, дерматология 7 %. Подобная структура позволила специалистам ЦМП разработать и внедрить на основании поступающих от населения вопросов, проведенных маркетинговых исследований новые рубрики Виртуального госпиталя – "Буратино", "Музыкальная релаксация", вечерняя рубрика "Интим" (сексуальное здоровье), советы психолога.

По анализу поступающих от населения вопросов о здоровье детей, большая половина посвящена вопросам о детях до года, на основании этого была введена новая рубрика "Буратино". Её начало сопровождается песней из одноименного кинофильма.

С учетом проблемы психического здоровья, состояния хронической усталости, стрессов среди населения появился новый проект с рубриками "Советы психолога родителям", "Домашний психотерапевт", "Музыкальная релаксация", "Музыкальная релаксация по странам мира".

Сексуальное здоровье является неотъемлемой частью жизни мужчины и женщины, поступающие от населения вопросы по данной проблеме составили существенную долю от всех вопросов, что послужило к созданию вечерней ежедневной рубрики "Интим". В осенне-зимний период для профилактики гриппа и ОРЗ была введена рубрика "Когда вокруг простуда и грипп", в которой даются неболь-

шие рекомендации по профилактике простудных заболеваний, методах и правилах лечения.

С января 2004 по просьбе ГТС г.Кемерово специалистами ЦМП была разработана информация специально для маленьких слушателей телефонного канала "Сказка" – присказка, которая начинается словами: "Совет дадут сестрички полезные привычки Чистюлька и Крепышка девчонкам и мальчишкам". На будущее городской Центр медицинской профилактики планирует создание сайта "Здоровым быть модно" в системе городского интернета, а также разработку информационной странички о здоровье на телефонном канале "Курсы валют" для деловых людей.

ЧЕРНО С.П., САПЕГИНА Е.В.
МУЗ Центр медицинской профилактики

ОХРАНА И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ НОВЫХ ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Важным звеном в развитии медицинской профилактики и пропаганде медико-гигиенических знаний среди населения является работа первичного звена здравоохранения. Ежегодно более 70 % детей и 65 % взрослого населения, по тем или иным причинам, обращаются в лечебно-профилактические учреждения. Данные социологических опросов, проводимых Центром медицинской профилактики, показали высокую потребность населения в знаниях по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Выборочный опрос медицинских работников ЛПУ показал снижение объема профилактической работы в повседневной деятельности, слабые знания в вопросах медицинской профилактики. Первичное звено здравоохранения должно использовать готовность населения заботиться о своем здоровье и их деятельность должна быть целенаправленной, с конкретным содержанием и советами. На приеме у врача, ограниченном временными рамками, пациенты получают рекомендации по дозировке и кратности применения лекарственных препаратов, но больные нуждаются в полной, достоверной и профессиональной информации о своем заболевании.

Новой, здоровьеформирующей технологией в первичном звене здравоохранения можно считать обучение пациентов в "Школах содействия здоровью". Основной целью и задачами этих школ является улучшение результатов лечения, повышение уровня знаний, формирование партнерских отношений между врачом и пациентом, мотивации к сохранению здоровья, повышение качества жизни больного.

В городе Кемерово во взрослой лечебно-профилактической сети существуют пятьдесят различных школ содействия здоровью, наибольшая доля приходится на "школы больных артериальной гипертонией" (18 %), "школы больных сахарным диабетом" (16 %), "школы будущих матерей" (16 %), "школы бронхиальной астмы" (10 %). Всего в школах проучено 13777 пациентов, 30 % из этого числа приходится на обученных в "школах будущих матерей", 16 % в "школах здоровья", 14 % в "школах больных артериальной гипертонией" и по 8 % в "школах больных сахарным диабетом", "астма-школах".

В детских ЛПУ 36 школ, первое место в структуре которых занимают "школы родителей" (38 %), далее "школы будущих матерей" (16 %), "школы больных бронхиальной астмой" (14 %), "школы больных гастро-заболеваниями" (8 %), все остальные школы здоровья; "школа больных сахарным диабетом", "нефрошколы", "школа отцов" занимают в структуре по 3 %. Общее число обученных составило 15565 человек, более 60 % были обучены в "школах родителей", 17 % в "школах будущих матерей", 6 % в "школах больных гастро-заболеваниями", в остальных школах охват составил менее одного процента.

В 2002 и 2003 гг. городским Центром медицинской профилактики, совместно с МУ Управление здравоохранения, проведены конкурсы проверки на лучшую организацию "школ больных артериальной гипертонией" и "школ больных сахарным диабетом". Цель конкурсов: стимулировать медико-гигиеническую работу по вопросам профилактики артериальной гипертензии и сахарного диабета. Повысить роль и место немедикаментозных методов профилактики и лечения. Формирование мотивации у пациентов и лиц с риском развития заболеваний к изменению (оздоровлению) поведения и здорового образа жизни. Данные школы на сегодняшний день имеют схожие проблемы в организационных вопросах: Ограниченное количество иллюстрированного материала; наборы памяток для больных, буклеты, брошюры, слайды, плакаты, видеофильмы, в которых отражены и представлены в доступной форме основные положения занятий. Не во всех ЛПУ имеется оборудованный кабинет для проведения системных форм работы (школ). Отсутствуют методические рекомендации по организации и проведению занятий и финансирование "школ содействия здоровью". В конкурсе участвовали 16 "школ содействия здоровью", и только 8 из них отвечали предъявляемым требованиям, в остальных отмечена положительная медико-профилактическая работа в виде лекториев для пациентов. Не в одной из представленных школ не

отслеживается эффективность проводимых профилактических мероприятий, между тем оценка качества профилактической услуги является выполнением профессиональных медицинских стандартов, и должна оцениваться с первого года работы школы.

Городской Центр медицинской профилактики предлагает следующие параметры оценки качества и полноты охвата:

- количество обученных человек в данном лечебно-профилактическом учреждении:
- охват в процентах обученных пациентов к числу зарегистрированных с данной патологией;
- доля обученных больных, прошедших полный курс обучения на территории обслуживания ЛПУ;
- показатели обученных на 100 человек, к впервые выявленным в данном году.

Необходимо отслеживать динамику по всем вышеперечисленным показателям. Использовать медико-социологические опросы в сфере востребованности, восприятия и качества предоставляемой новой здоровьеформирующей услуги. Новые, здоровьесберегающие технологии в последующем требуют усовершенствования и накопления опыта, для выработки в дальнейшем единой системы оценки качества профилактической медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, что позволит усовершенствовать качество предоставляемой профилактической услуги и вследствие этого улучшить здоровье и качество жизни пациентов.

ЧЕРНО С.П., САПЕГИНА Е.В.
МУЗ Центр медицинской профилактики

ИНФОРМАЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. ОПЫТ И АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ С МЕСТНЫМИ СРЕДСТВАМИ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Стратегия образования населения при разработке политики профилактики является одной из ведущих профилактического вмешательства. От того, какую информацию по вопросам укрепления и охраны здоровья получит население, во многом будет зависеть степень культуры и здоровья человека и вследствие этого уровень жизни. Влияние средств массовой информации на знания в сфере укрепления здоровья эффективны, если воздействия не одномоментные, а рассчитаны на долгосрочную перспективу. На сегодняшний день очень сложно применять методы директивного планирования работы средств массовой информации. Из-за нехватки финансовых средств, затруднено использование эфирного времени в целях рекламы мероприятий по укреплению здоровья и пропаганды здорового образа жизни.

Специалистами городского Центра медицинской профилактики ежегодно проводится анализ заболеваемости населения города Кемерово, на основании, которого строятся дальнейшая стратегия образования населения и разработка мероприятий позволяющих привлечь средства массовой информации. Пути сотрудничества со средствами массовой информации различны – выступления ведущих специалистов, беседы, интервью, всевозможные публикации, пресс-конференции, освещение крупномасштабных профилактических акций.

За отчетный период организованно 62 телепередачи; 40 % посвящены профилактике вредных зависимостей, 24 % – вопросам здорового питания, по 10 % – профилактике сердечно-сосудистой патологии и заболеваний органов дыхания, 6 % – сексуальному здоровью, по 3 % – профилактике туберкулеза, травм и отравлений, вопросам медицинской экологии. Проведено 40 радиопередач, тематика которых была посвящена аспектам здорового образа жизни. Опубликовано в газетах 47 материалов по охране здоровья. Расширен спектр сотрудничества с печатными изданиями, такими как газеты “Свежий ветер”, “Кузбасс”, “Медицинская газета”, “Врачебная газета”, “Кемерово”, “Наша газета”, “Комсомольская правда в Кузбассе”. Ежемесячно в газете “Кемерово” выходит страница “Будьте здоровы”, подготовленная при помощи врачей Центра, в журнале “Здоровье Кузбасса” публикуется рубрика “Здоровый образ жизни и его составляющие”.

Ко Всемирному Дню без табачного дыма, совместно с каналом телевидения СТС “Кузбасс” программой “Средь бела дня” проведен месячник. В этот период проходили конкурсы рисунков для школьников, конкурс частушек и четверостиший для взрослого населения посредством “Виртуального госпиталя”. Программой “Средь бела дня” был подготовлен рекламный ролик о проходящем месячнике по курению, поступившие на телестудию рисунки еженедельно демонстрировались в передаче. Заключительная передача состоялась 20 ноября во “Всемирный день отказа от курения”, с награждением победителей конкурсов. За этот период было проведено 24 телевизионных передачи с рекламными роликами, поступило 47 рисунков, 59 стихов.

Параллельно этим мероприятиям, проходила акция среди детей, “Напиши письмо – Я не курю и мне это нравится”. О конкурсе было объявлено

через газету "Кемерово" и областное радио, акция освещалась телеканалом NTSC в новостях. В адрес Центра поступило более 40 писем от детей различных возрастных групп. В областной газете "Кузбасс" были подведены итоги прошедших конкурсов и опубликована серия рисунков, по итогам этих мероприятий выпущены календарики на 2004 год "Курению нет" с рисунками победителей.

Для образования пациентов медикам необходимо иметь различные пособия – брошюры, буклеты, памятки. Однако на сегодняшний день ситуация такова, что материалов, имеющих четкую адресность и конкретные рекомендации по профилактике заболеваний и укреплению здоровья, рассчитанных на различные социальные группы населения, крайне недостаточно.

Специалистами Центра медицинской профилактики разработаны тексты и дизайн памяток, миниплакатов, брошюр. В прошедшем году выпущено 18 наименований раздаточного материала, тиражом 18000 экземпляров. Наибольшее количество посвящено профилактике социально значимых заболеваний и аспектам здорового образа жизни – 27 %. Профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и вопросам питания попосвящено по 20 % изданий, профилактике саморазрушающих форм поведения – 15 %, экологии и здоровью – 7 %.

Одним из средств массовой информации можно по праву считать "Виртуальный госпиталь". Анализируя заболеваемость кемеровчан, врачами разработана и внедрена структурная модель информационного канала, что позволило повысить посещаемость до 50 обращений в сутки.

"Виртуальный госпиталь" – телефонная медицинская газета, каждый выпуск которой представлен тремя блоками. Первый – анонс, приветствие, второй – тематический – определенная днем недели тема, третий – подборка ответов на звонки абонентов. Все поступившие на автоответчик вопросы, тщательно анализируются и обобщаются. Долевая структура вопросов представлена: сексология 19 %, педиатрия 11 %, здоровый образ жизни 10 %, по 8 % – заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, дерматология 7 %.

На основании маркетинговых исследований разработаны новые рубрики "Виртуального госпиталя" – "Буратино" (родителям о детях до года), "Музыкальная релаксация", советы психолога, вечерняя рубрика "Интим" (сексуальное здоровье). Это позволило увеличить обращения до 600 в сутки, за год показатель посещений "Виртуального госпиталя" составил около 25000 обращений.

В условиях новой, не всегда благоприятной для здравоохранения, экономической реальности, как никогда ранее, значима роль СМИ в профилактической деятельности учреждений здравоохранения. На сегодняшний день сложилось устойчивое мнение населения о том, что СМИ играют решающую роль в формировании здорового образа жизни, профилактики заболеваний.

Здоровое поведение – это моральный долг каждого индивида. Работа со СМИ приобретает особое значение при проведении профилактических акций и Всемирных дней здоровья. При этом мы придерживаемся следующих направлений: решение организационных вопросов, разработка системы взаимодействия, информационного обеспечения. СМИ охватывают значительное количество населения, отсюда, спланированные нами мероприятия направлены на конкретные социальные группы населения, чтобы научить людей снижать риск утраты здоровья.

РАЗДЕЛ IV

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Адаптация здравоохранения к условиям рыночных отношений, развивающихся во всех сферах социально-экономической жизни нашего общества, обусловливает необходимость разработки и потребность внедрения новых организационных, информационных и прочих технологий, направленных на быстрейшее проведение реформ, развитие современных форм и методов управления в новой экономической и медико-социальной ситуации.

Внедрение концепции маркетинга в систему здравоохранения предопределено тем, что в настоящее время в ней реально существуют государственный, муниципальный и частный секторы, сформировалась система обязательного медицинского страхования, способствующая становлению элементов рыночных отношений.

Основными предпосылками возникновения маркетинга медицинских услуг явились:

- изменение методов финансирования медицинских учреждений, с развитием нового хозяйственного механизма;
- развитие коммерческих медицинских учреждений, функционирование которых предполагает получение прибыли от реализации услуг;
- появление новых источников финансирования, независимых от государства, в лице страховых компаний, самих покупателей медицинских услуг;
- увеличение затрат медицинских учреждений на оказание услуг в связи с применением новых технологий лечения, более совершенного оборудования, новых лекарственных средств;
- повышение требований к качеству медицинских услуг в условиях роста объема платных услуг;
- ухудшение состояния здоровья населения, в связи с уменьшением его обращаемости в медицинские учреждения вследствие осложнения экономической ситуации и социальной нестабильности в стране.

В связи с этим, очень важно оптимизировать объем и структуру потребления медицинских услуг, сбалансировать спрос и потребности на них, что имеет особое значение в условиях медицинского страхования – системы, учитывающей интересы как производителей, так и потребителей медицинских услуг.

Именно с помощью маркетинга можно овладеть необходимой информацией о том, какие медицинские услуги и почему хотят получить пациенты, сколько они готовы заплатить за них, где наиболее высокий спрос на конкретные медицинские услуги, каким образом можно добиться более высокого объема и качества оказываемых медицинских услуг, получать более высокие доходы в отличие от конкурентов и т.д.

Что же представляет собой концепция маркетинга? Это, прежде всего, эффективный инструмент перестройки подхода к управлению учреждением, перехода от ориентации на рост объемов производства к ориентации на максимальное удовлетворение потребностей.

Существует много определений маркетинга, но ни одно из них не может определить в целом многосторонность и сложность этого явления. Каждое из них будет дополнять другое.

Маркетинговая деятельность предполагает несколько основных подходов или концепций. Подход самого последнего времени – это концепция социально-этичного маркетинга. Его задачей является установление нужд и интересов целевых рынков, обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными и продуктивными способами, с одновременным сохранением и укреплением благополучия и безопасности потребителя, общества в целом.

В отличие от “чистого” маркетинга, социально-этичный маркетинг подразумевает сбалансированность прибылей производителей, покупательских потребностей и благосостояния общества. Данная концепция должна быть использована, прежде всего, в системе здравоохранения, поскольку именно она призвана обеспечить качественное улучшение здоровья как общества в целом, так и каждого человека.

Таким образом, формируется новая система, когда большую власть на рынке имеют потребители, возникает рынок покупателя. Производство и сбыт в условиях рынка покупателя и составляют содержание маркетинговой деятельности. Потенциальные пациенты, потребители медицинских услуг производят свой “маркетинг”, когда выбирают подходящие ЛПУ, форму медицинского обслуживания, конкретных медицинских работников.

В отличие от сбыта, маркетинг делает упор на анализ и удовлетворение потребностей, он адаптирует производство к изменяющимся потребностям, ориентирован на долгосрочную перспективу.

Реализуя маркетинговый комплекс в условиях многопрофильной больницы, следует учитывать специфику, присущую медицинской услуге.

К характеристикам медицинских услуг относятся неосязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества, несохраняемость. Неосязаемость услуг – в том, что их невозможно увидеть, ощутить другими органами чувств. В ряде случаев можно дать какое-либо представление о характере оказываемой услуги. Например, продемонстрировать косметологические успехи пациентов, которым были проведены пластические операции.

Если товар существует сам по себе, то услуга не существует без того субъекта, который ее оказывает.

Поэтому для привлечения клиентов иногда важнее указывать не сам набор услуг, а тех специалистов (особенно если они достаточно известны), которые работают в данном учреждении (неотделимость от источника).

Естественно, что чем более опытен специалист, оказывающий услугу, тем она будет более высококачественной. Поэтому качество одних и тех же услуг может варьировать в достаточно широких пределах (непостоянство качества). Более того, в зависимости от состояния пациента (общесоматического, психического) может отличаться качество (результат) услуги даже у одного и того же специалиста.

Услугу невозможно сохранить. Например, при проведении массажа больной с остеохондрозом позвоночника чувствует облегчение, однако по истечении времени эффект проходит.

Следует подчеркнуть важность для медицинских услуг такого свойства, как эмоциональность. Многочисленные социологические опросы показывают, что, характеризуя качество оказанной помощи, пациенты, в первую очередь, оценивают отношение к себе лечащего врача, а также других медицинских работников.

Маркетинговая деятельность будет тем более успешной, чем в большей степени учтены все особенности среды, в которой она протекает. К маркетинговой среде относят следующие объекты:

- собственно ЛПУ;
- поставщики, обеспечивающие ЛПУ материальными (оборудование, медикаменты и пр.) и финансовыми (банки, страховые компании и др.) ресурсами;
- конкуренты – другие производители аналогичных медицинских услуг;
- рынок медицинских услуг (потребители, пациенты);
- маркетинговые посредники – организации, помогающие в продвижении, сбыте, распространении услуг. К ним могут быть отнесены кредитно-финансовые учреждения; рекламные агентства.

Основные требования к посредникам: компетентность, независимость от медицинских учреждений, конкурентная основа. Успешная маркетинговая деятельность невозможна без четкого знания всех вышеперечисленных составляющих. Например, при анализе рынка необходимо уметь его рационально сегментировать, то есть разделить на более мелкие составляющие (с учетом возрастных, половых, социальных особенностей и т.д.).

На основании углубленного анализа маркетинговой среды (состояние рынка в целом, его сегментов, факторов среды, роли и места в ней самого ЛПУ, его конкурентов) разрабатывается общая программа развития ЛПУ, стратегическая цель и конкретные задачи, подлежащие реализации в рамках определенной цели. Далее конкретизируются исполнители (и их специфические задачи), планируются те или иные показатели (которые необходимо достичь при выполнении плана). Все это составляет сущность маркетингового цикла.

Анализ маркетинговой среды иначе называется маркетинговыми исследованиями, которые проводятся на основании изучения существующей статистической информации, экспертных оценок, социологических опросов.

Например, предлагая на рынок новую медицинскую услугу, мы должны знать, будет ли она пользоваться спросом. При этом мы должны располагать конкретными данными о потребности в данном виде услуг в определенном населенном пункте. Поскольку официальная статистическая информация по данному вопросу отсутствует, могут быть проведены специальные исследования, включающие:

- изучение уровня физического развития, уровня заболеваемости той или иной патологией;
- социологический опрос (для изучения субъективного мнения о своем физическом развитии и степени готовности – психологической и финансовой – к его коррекции).

Пока такая задача обычно решается приблизительно, однако, по мере увеличения числа конкурирующих частных предприятий, она станет очень актуальной и потребует специальных расчетов. Каждая организация будет поставлена перед необходимостью найти свою "нишу" – специализацию, сферу и регионы активной деятельности.

Важным элементом маркетингового комплекса является система распространения услуг, деятельность, обеспечивающая попадание услуг от производителя к потребителям. Часто в данной системе участвуют посредники. При непосредственном общении врача с пациентом, в процессе поиска потенциального потребителя, говорят о прямом товародвижении, при привлечении специализированной организации (посредника) – о косвенном.

Чтобы услуга появилась на рынке, была востребована, необходимо, чтобы о ее достоинствах знал потребитель. Доведение информации до покупателя достигается с помощью коммуникативной политики, которая включает в себя:

- рекламу;
- личную продажу (устное представление услуги потенциальным покупателям, установление и поддержание личностных отношений с возможными покупателями);
- стимулирование сбыта (активизация и поощрение покупателей с помощью сезонных, других ценовых скидок, дисконтных карт и т.д.);
- паблик рилейшнз (планируемые, продолжительные усилия, направленные на создание и поддержание доброжелательных отношений и взаимопонимания между организацией и ее общественностью, где под "общественностью организации" понимаются работники, партнеры и потребители).

Для того чтобы рекламная деятельность была успешной, необходимо соблюдение ряда условий:

1. Наличие четкой информации о возможных потребителях (их составе, потребностях, уровне информированности о предлагаемой услуге, мнении об ЛПУ, предлагающем данную услугу), конкурен-

тах (их сильных и слабых сторонах), услугах, пользующихся максимальным спросом.

2. Выбор основных целей, задач, ведущей темы рекламы (например, пропаганда красивой фигуры или новых возможностей в лечении каких-либо заболеваний).

3. Определение вида рекламы (объявление в газете, на радио, выступление на радио, телевидении; наружная реклама; плакаты, листовки и т.д.).

4. Разработка ее формы, определение веских аргументов в пользу предлагаемой услуги.

5. Определение объема денежных средств для проведения рекламной компании, соотнесение их с объемом планируемой прибыли.

6. Длительность рекламной компании и время ее проведения.

7. Оценка эффективности рекламы.

Важно отметить: прежде чем реклама сработает, услуга должна стать такой, какой она нужна потребителю. В качестве примера активного и целенаправленного проведения маркетинговой и рекламной деятельности приведем опыт Кемеровской городской клинической больницы № 3 им. М.А. Подгорбунского. Речь в данном примере идет о 1999-2002 гг., периоде стабилизации деятельности учреждения. Его характеризуют рост числа пролеченных пациентов до 25 тыс. в год, сокращение пребывания в стационаре до 10,5 койко-дней, активное внедрение современных технологий и методик лечения в подавляющем большинстве отделений, рост квалификации персонала.

Благодаря относительной финансовой стабильности, был сформирован рекламный бюджет. На основании данных исследования аудитории, в качестве основных рекламоносителей были выделены: печатные СМИ – региональные вкладки в "Комсомольскую правду" и "Аргументы и Факты", электронные СМИ – радио Кузбасса и II-й канал телевидения (программа "36,6").

Сезонно рекламная активность в печатных СМИ распределялась следующим образом: период максимальной активности – февраль-май, сентябрь-декабрь. Соответственно, рекламная активность снижалась в периоды летних отпусков и новогодних праздников. В то же время, во время рождественских и новогодних праздников активно использовались телевизионные заставки с информацией о скидках и круглосуточной работе токсикологического отделения и стоматологического кабинета.

Месячный медиаплан включал в себя: первая-третья неделя – рекламные статьи в "Комсомольской правде" объемом 1/2 полосы, вторая-четвертая неделя – рекламные статьи в "Аргументах и Фактах" объемом 1/2 полосы, дважды в неделю – выступления специалистов ГКБ № 3 на областном радио, дважды в месяц – программа "36,6". Благодаря этому, удалось обеспечить максимальный охват целевых групп воздействия.

После выхода статьи или телепередачи, в обязательном порядке производился мониторинг обращений, количества телефонных звонков, для определения эффективности рекламного воздействия.

Помимо этого, проводится регулярное анкетирование пациентов с целью выяснить их потребности в части, касающейся качества предоставляемых услуг, сервиса, отношения персонала.

Для стимулирования сбыта в маркетинговом плане предусмотрен выпуск дисконтных и клубных карт, дающих право на скидку при повторном посещении, как уже было сказано выше – объявление праздничных скидок на услуги, не предусмотренные программой государственных гарантий, а также сувениры – карманные календари с телефонами служб больницы.

Важным аспектом в реализации маркетинговых задач является внутренняя среда в коллективе, мотивация персонала на качественное предоставление услуги, достойное отношение к пациентам. Из этого вытекает важность и необходимость упомянутой нами составляющей коммуникативной политики – паблик рилейшенз, состоящей из внутреннего и внешнего PR. Внешний паблик рилейшнз включает в себя мониторинг и анализ общественного мнения, взаимодействие со средствами массовой информации, формирование информационной политики лечебного учреждения.

В задачи внутреннего паблик рилейшнз входит формирование корпоративной культуры сотрудников. Для этого проводится анкетирование различных групп персонала, сформулирована философия больницы, цели и средства их реализации. Утвержден Свод этических правил для сотрудников. Издается корпоративная газета. В течение последних лет неотъемлемой частью одного из корпоративных праздников – Дня медицинского работника – стало награждение лучших сотрудников почетным знаком "За вклад в развитие больницы".

Следует отметить, что в действительности набор средств для достижения маркетинговых целей более обширен, в силу их сочетания и взаимодействия. Сегодня, говоря о продвижении услуг на рынке, уже не выделяют тот или иной способ, речь идет об Интегрированных маркетинговых коммуникациях.

Таким образом, с изменением экономических отношений в здравоохранении, формированием рынка, развитием платных услуг, наличием учреждений разных форм собственности с конкурирующими взаимоотношениями между ними, стала актуальной задача не просто оказания каких-либо услуг, но приведения их в соответствие с реальными потребностями и пожеланиями пациентов. Именно это и составляет сущность маркетинговой деятельности, с необходимостью которой, раньше или позже, в той или иной степени, столкнется каждое лечебно-профилактическое учреждение.

СТАРЫХ В.С.
Кемеровская государственная медицинская академия
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского
Департамент охраны здоровья населения администрации Кемеровской области

ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВО В МЕДИЦИНЕ И ЭКОНОМИКА ЛПУ

Медицинские работники до перестройки твёрдо знали, что изобретения – рычаг научно-технического прогресса в здравоохранении. С вступлением в силу Патентного закона в Российской Федерации, патенты на изобретения стали товаром.

Перед каждым юридическим или физическим лицом – чиновником, врачом, санитаром, студентом или пенсионером – открылась возможность получать дополнительные доходы от изобретательства. Владелец патента на изобретение может заняться коммерческой реализацией, как патента, так и лицензий. Использовать же чужое запатентованное изобретение правомерно только с разрешения патентообладателя.

Финансовые результаты лицензионной торговли в мире очень высоки. Например, в США в 1950 году объем лицензионной торговли составил 350 миллионов долларов, в 1980 году – 30 миллиардов, в 1990 году – 400 миллиардов, а в 2000 году – триллионы долларов.

Патентно-лицензионная торговля стала одним из самых прибыльных бизнесов в мире. В университетах США активно изобретают и патентуют. Так, в одном 1994 году по 4534 лицензионным соглашениям университеты получили доход в размере 421,8 млн. долларов, а объём продукции, произведенной на основе университетских лицензий, превысил 20 млрд. долларов.

Интеллектуальная собственность – ресурс, который при определённых условиях становится реальным фактором экономического развития (Т.И. Матвеева). В России известен случай, когда в качестве вклада в уставный фонд создаваемого совместного предприятия, стоимость патента одного российского запатентованного изобретения была оценена иностранным инвестором в 34 миллиона долларов США.

Пренебрежение же патентной защитой перспективных и высокоэффективных изобретений наносит экономический ущерб государству, производителям, патентообладателям и авторам-изобретателям. Генеральный директор Роспатента А.Д. Корчагин в 1998 году привел историю с отечественными истребителями "МИГ" новейшей конструкции, которые пользуются спросом на мировых рынках. После первой же продажи за рубеж самолет был разобран, и в нем выявлено 16 оригинальных узлов, не имеющих патентной охраны за рубежом. А они позволяли нашему "МИГу" опережать все зарубежные аналоги. Иностранные производители стали копировать и тиражировать наши незащищённые в "МИГе" новейшие технические решения, и получать доходы без учетов интересов России.

Размеры ущерба, нанесённого нашей стране, можно представить.

Россия готовится присоединиться к Всемирной торговой организации. Этот вопрос по своей остроте стал главным для российской экономики. После присоединения России к ВТО, её законам придётся подчиняться. При этом надо принять во внимание, поскольку в Европейском союзе к 2010 году намечается повышение стоимости регистрации патента на изобретение до 25000 евро, себестоимость изобретений и продажная цена патентов и лицензий может резко возрасти. Поэтому до вступления России во ВТО актуальной становится необходимость охраны интеллектуальной собственности, чтобы занять ею ещё не захваченные ниши на российском рынке сбыта медицинской изобретательской продукции.

Пока мы над этим начинаем задумываться, иностранные изобретатели уже интенсивно патентуют свои изобретения в России. Приобретаем дорогостоящие зарубежные технологии, как правило, за счёт налогоплательщиков. Доход от применения их также идёт от внутреннего потребителя – населения. Так что и приобретение, и использование новых зарубежных технологий ложится финансовым бременем на население, что может отражаться на уровне его жизни. Поэтому необходимы собственные разработки на уровне мировой новизны. Выход же российских производителей с конкурентоспособной медицинской продукцией на внешний рынок, с получением прибыли от других стран, возможен за счёт использования в них новейших изобретений.

Медицинские учреждения Кемеровской области и областного центра – Кемерово располагают значительным творческим потенциалом, способным производить интеллектуальную продукцию, которая может стать ценной собственностью, приносящей прибыль.

Интеллектуальные возможности людей неиссякаемы. Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области принимает меры по организации изобретательской деятельности, а руководители ЛПУ начинают осознавать необходимость стимулирования изобретательского творчества и патентной защиты высокоэффективных изобретений на имя ЛПУ, с приобретением учреждениями интеллектуальной собственности.

Необходимой станет и организация профессионального маркетинга в патентно-лицензионной торговле для получения прибыли ЛПУ, владеющими патентами на изобретения. Многое зависит не только от того, как качественно, но и как быстро мы это сумеем сделать. Изобретательский застой и стабильность в нём ведёт к отставанию. Максималь-

ное стимулирование изобретательства в медицинских учреждениях и рациональное использование его продукции – один из факторов, способных при умении и старании принести дополнительные доходы и открыть новые экономические возможности ЛПУ.

КОБА В.И., САВКИНА С.А., ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К., ТОРОЧКИНА Г.П., ВОРОСЦОВА Т.Г.
МУЗ Детская клиническая больница № 1, Кемеровская государственная медицинская академия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ

С 2000 года стационар круглосуточного пребывания больных работает по принципу многоуровневой системы госпитализации Дети, нуждающиеся в неотложной помощи, с признаками токсикоза, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, в зависимости от тяжести состояния, поступают на этап коррекции неотложных состояний в анестезиолого-реанимационное (АРО), инфекционное или педиатрическое отделения.

По стабилизации состояния, они из АРО переводятся на этап интенсивного лечения в инфекционное, либо педиатрическое отделения. После нормализации температуры, купирования симптомов дыхательной недостаточности, больные наблюдаются на этапе круглосуточного пребывания. В результате такой организации работы, 93 % больных получали лечение на этапе интенсивного лечения, при этом пребывание больного на этом этапе снижено с 6,1 койко-дней в 1999 г. до 5,5 в 2002 г., а на этапе круглосуточного наблюдения – с 4,3 до 3,8 койко-дней.

Данный факт можно объяснить более эффективно проводимым лечением, с использованием современных методик: небулайзера для лечения обструктивного синдрома при бронхиальной астме и обструктивных бронхитах, особенно у детей раннего возраста, применением базисной терапии у больных с бронхиальной астмой, использованием ингаляционных кортикостероидов при стенозирующих ларинготрахеитах, дифференцированному назначению анитибиотиков при пневмониях в зависимости от возраста и предполагаемой этиологии, широкому использованию противовирусных препаратов и титрованных иммуноглобулинов при ОРВИ.

По окончании лечения на этапе круглосуточного наблюдения, дети переводятся на долечивание, в зависимости от нозологической формы и течения заболевания, в дневной стационар – 22,1 % либо амбулаторный этап – 78 %, с соответствующими рекомендациями.

Многоуровневая система организации работы стационара позволила снизить среднее пребывание пациента с 11,0 в 2000 г. до 9,3 в 2003 г., что уменьшило расходы на содержание больных и позволило более дифференцированно использовать имеющийся коечный фонд для лечения наиболее тяжелых форм заболеваний бронхо-легочной системы с применением современных технологий, новых лекарственных препаратов и средств их доставки.

КАТКОВА М.А., ЮЗМЕЕВ В.Х.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ЛЕГОЧНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ (В РАННИХ СТАДИЯХ ЕГО РАЗВИТИЯ), ДЛИТЕЛЬНО КОНТАКТИРУЮЩИХ С НЕКОТОРЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АЗОТА

Раннее выявление и своевременное лечение хронического бронхита у длительно работающих с некоторыми производными азота (аммиак, азотная кислота, окислы азота), в концентрациях на уровне пороговых и надпороговых доз, позволяют длительно сохранять трудоспособность квалифицированным кадрам химической промышленности.

Цель работы – при помощи лучевых методов изучить легочную вентиляцию у 244 длительно работающих с надпороговыми дозами некоторых производных азота, с момента установления диагноза хронического бронхита и после первичного его лечения.

Изучение легочной вентиляции проводилось при помощи рентгенопневмополиграфии (РППГ), по показаниям использовалась функциональная КТ легких. Полученные данные сравнивались с результатами спирографии, перфузионной сцинтиграфии, рентгенографии и КТ легких, бронхоскопии (в том числе, бронхобиопсии), селективной бронхографии.

Ретроспективный анализ полученных результатов показал, что выраженность нарушения легочной вентиляции зависела от стадии процесса (обострение или ремиссия). При обострении, по данным РППГ, выявлялись зоны с гиповентиляцией за счет затрудненного выдоха, которые чередовались с участками гипервентиляции. На функциональной КТ легких в зонах гиповентиляции определялись воздушные ловушки и одиночные эмфизематозные буллы. По данным перфузионной сцинтиграфии – локальные нарушения микроциркуляции в легких. Селективная бронхография в участках со сниженной вентиляцией определяла утолщение стенок бронхов, наличие слизи, мелкие бронхиолоэктазии. При ремиссии заболевания (после первичного лечения) зоны с нарушением легочной вентиляции уменьшались, и чередовались с участками гипер- и нормальной легочной вентиляцией.

Таким образом, в ранних стадиях развития хронического бронхита у больных, длительно контактирующих с производными азота, нарушения легочной вентиляции частично обратимы, что позволяет эффективно применять медикаментозную терапию.

КАТКОВА М.А., ЮЗМЕЕВ В.Х.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (ХРОНИЧЕСКИЙ ГАЙМОРИТ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ), КОНТАКТИРУЮЩИХ С ОКИДАМИ АЗОТА

Среди химических веществ, используемых в народном хозяйстве, значительное место занимают токсические вещества, оказывающие раздражающее действие на организм, что способствует более раннему возникновению и более тяжелому течению заболеваний дыхательных путей. Одной из групп таких веществ являются оксиды азота.

При помощи клинических, функциональных и лучевых методов изучалось состояние дыхательных путей у 541 больного, страдавшего сочетанным поражением дыхательных путей в виде хронического гайморита с различными формами хронического бронхита (ХГ + ХБ), с момента установления диагноза, и на протяжении 2-14 лет диспансерного наблюдения.

Из 541 больного, 329 человек были заняты в производстве оксидов азота, и они составили основную группу, а 212 человек работали на том же предприятии, но не имели контакта с вредными веществами (контрольная группа). Все они обследовались по единой программе, с момента поступления на работу, во время прохождения медицинской комиссии, где они были признаны практически здоровыми, годными для работы на химическом предприятии. ПДК в воздухе рабочей зоны при контакте с оксидами азота периодически превышала норму в 1,5-5 раз.

Комплексное клиническое и лучевое исследование дыхательных путей во время ежегодных профосмотров, а после выявления сочетанного заболевания, и диспансерного наблюдения, складывались из углубленного осмотра врачами основных специальностей – цехового терапевта, оториноларинголога, лучевого и функционального диагностов. По показаниям проводились консультации пульмонолога, рентгенография легких, рентгенопневмополиграфия, рентгенография придаточных пазух носа, высокоразрешающая КТ легких и пазух, в том числе, и функциональная КТ легких, гайморография, бронхография. Полученные данные сравнивались с результатами бронхобиопсии, спирографии, оперативными и секционными наблюдениями. Анализ заболеваемости сочетанным заболеванием дыхательных путей (ХГ + ХБ) показал, что в основной группе оно диагностировалось на 10-15 лет раньше, чем в контрольной.

На момент установления диагноза ХГ + ХБ рентгеноморфологических изменений со стороны легких не выявлялось, со стороны ППН в этих группах они были идентичными, однако в основной группе чаще ($P < 0,05$), верхнечелюстные пазухи поражались с двух сторон. Рентгенофункциональные изменения по данным РППГ и КТ зависели от формы хронического бронхита, и проявлялись от чередования зон гипер-, гиповентиляции, до выключения целых отделов легких из акта дыхания, появления "воздушных ловушек". Все нарушения легочной вентиляции протекали по эмфизематозному типу.

Первичное лечение рецидива ХГ и различных форм ХБ и наступление ремиссии позволило полностью нормализовать легочную вентиляцию при хроническом необструктивном функционально нестабильном бронхите (ХНФНБ), и улучшить ее при хроническом обструктивном бронхите легкой степени тяжести (ХОБ)

Дальнейшее динамическое диспансерное наблюдение выявило, что первые рентгеноморфологиче-

ские изменения со стороны легких стали выявляться через 6-7 лет после контакта с нитрогазами и через 8 10 лет после контакта с аммиаком, в виде склероза в междольковых перегородках (на КТ), преимущественно в базальных сегментах легких. Ренгенофункциональные изменения на протяжении первых 5 лет в основной группе оставались стабильными. При одновременном рецидиве ХГ + ХОБ нарушения легочной вентиляции были наиболее значительными, чем при рецидиве ХГ + ХНФНБ или изолированном рецидиве любой из форм ХБ. После лечения и наступления ремиссии все основные показатели легочной вентиляции существенно не отличались от результатов, полученных при ремиссии в предыдущие годы.

Через 8-10 лет диспансерного наблюдения у 58 % больных основной группы с ХГ + ХНФНБ после наступления ремиссии стали выявлять непроходящие нарушения легочной вентиляции, появление "воздушных ловушек", лобарного склероза, что было расценено как переход одной формы хронического бронхита (ХНФНБ) в другую (ХОБ), с преобладанием обратимого компонента бронхиальной обструкции. В этот период стал наблюдаться и рост числа рецидивов ХБ, ухудшение результатов спирографии, однако они носили статистически недостоверные различия с нормой. Рост числа рецидивов ХГ + ХОБ ЛС, ухудшение рентгенофункциональных показателей заставили вывести этих лиц из цехов с вредными условиями труда. Дальнейшее наблюдение показало, что через 2-3 года после прекращения контакта отмечалось уменьшение числа рецидивов ХБ, значительное улучшение показателей легочной вентиляции.

У больных контрольной группы с идентичными заболеваниями дыхательных путей за время диспансерного наблюдения отрицательной динамики легочной вентиляции не наблюдалось, а основные их показатели имели статистически достоверные различия с основной группой.

Таким образом, контакт с надпороговыми дозами оксидов азота у больных с сочетанным заболеванием дыхательных путей вызывает более выраженные нарушения легочной вентиляции, чем у идентичных больных контрольной группы. Возможно, это объясняется возникновением у них патологического ринобронхиального и ольфакторного рефлексов, способствующих более выраженной обструкции бронхолегочной системы. Прекращение контакта с оксидами азота способствует их исчезновению, что существенно уменьшает обструкцию дыхательных путей.

КОЛПИНСКАЯ Т.Д., КАТКОВА М.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

МЕТОДИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПО НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ (ЩВЕЙЦАРИЯ)

Использование новых технологий при остеосинтезе диафизарных переломов костей невозможно без предварительного рентгенологического исследования, так как только после него идет подбор гвоздя и моделирование. Для UFN (бедро) — измерение проводится по здоровой конечности, от верхушки большого вертела до рентгеновской щели коленного сустава, с измерением диаметра костно-мозгового канала (он должен быть не менее 8 мм).

Рентгенограмма проводится в прямой проекции с расстояния 115 см.

Для UFN (голень) – измерение по рентгенограмме здоровой конечности в прямой проекции с расстояния 115 см проводится от межмыщелковой зоны большеберцовой кости до рентгеновской щели голеностопного сустава, и также с измерением диаметра костно-мозгового канала.

Кроме того, проводится статическое и динамическое блокирование шурупами с обеих концов гвоздя, через специальные отверстия в нем, которые обеспечивают оптимальное восстановление ротационного смещения и длины кости. Местоположение введения шурупов определяется по рентгенограмме, с использованием специальной измерительной линейки (в прямой проекции, с расстояния 115 см).

Операция проводится под контролем ЭОПа. Контрольное рентгенологическое исследование проводится через 24 часа после операции, и через 6-8-12-16 недель.

Через 8-12 недель линия перелома должна исчезнуть, вследствие первичного мозолеобразования. Если она видна (остеолиз) – это показание к прекращению нагрузки, по необходимости продолжать мобилизацию близлежащих суставов в течение четырех недель, с последующим рентгенконтролем.

Появление "облаковидной" (ирритационной) мозоли между костными фрагментами указывает на нестабильность в зоне перелома, и является показанием для "динамизации" гвоздя посредством удаления одного из блокирующих шурупов в проксимальном фрагменте кости, что позволяет увеличить осевую нагрузку и ускоряет образование костной мозоли, так как при несвоевременном снижении нагрузки возможен "перелом" блокирующих шурупов. Таким образом, необходимо подчеркнуть

важность и своевременность рентгенологического исследования пациентов при использовании современных технологий (UFN, UFN), до полного восстановления функции конечности.

КОЛПИНСКАЯ Т.Д., КАТКОВА М.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ПРЕИМУЩЕСТВА ОСТЕОСИНТЕЗА ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПО НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ

В 1958 году Роберт Данис (Robert Danis) объединил вокруг себя группу ортопедов-хирургов под названием АО (ассоциация по исследованию внутренней фиксации – остеосинтеза). В течение 20 лет Роберт Шнайдер был председателем Швейцарской группы АО, опубликовал около 40 научных работ.

В 1981 году была опубликована монография по замещению тазобедренного сустава. В течение последнего десятилетия стало особенно ощутимым, что раннее лечение травмы дает не только лучшие результаты лечения местных повреждений, но и снижает частоту возникновения СДНВ (синдром дыхательной недостаточности взрослых) и ПОН (полиорганной недостаточности).

Кроме того, три фактора – циркуляторные нарушения, воспаление и боль – приводят к так называемой, "болезни перелома", которая проявляется отеком, атрофией мягких тканей и очаговым остеопорозом. Эти фиброзирующие процессы приводят к образованию нефизиологических сращений между костной и фасциальной тканью, что приводит к потере подвижности в нежных суставах и к частичной или полной инвалидизации. Существуют четыре принципа лечения по Швейцарской технологии:

1. Анатомическая репозиция фрагментов кости, особенно при внутрисуставных переломах.

2. Стабильная внутренняя фиксация, удовлетворяющая местным биологическим требованиям (гаверсового образования костной мозоли между точно репонированными костными фрагментами).

3. Сохранение адекватного кровоснабжения кости и мягких тканей, посредством атравматичной хирургической технологии.

4. Ранняя, активная и безболезненная мобилизация мышц и суставов, смежных с переломом, – предотвращение развития "болезни перелома".

Для остеосинтеза диафизарных переломов бедренной и большеберцовой костей используется интрамедуллярный гвоздь – UFN (бедро), UTN) голень, TEL (плечо). У детей, в связи с возможным повреждением "зоны роста, его использование не рекомендуется. Преимущества технологии:

- не обнажается место перелома, не нарушается кровоснабжение мягких тканей (атравматичность);
- все операции проводятся под контролем ЭОПа;
- не проводится скелетирование, не нарушается кровоснабжение кости;
- не рассверливается костно-мозговой канал;
- гвоздь с блокированием шурупами способен выполнить функцию эндопротеза кости;
- сокращаются сроки заживления;
- восстановление функции близлежащих суставов идет параллельно или даже опережает процессы сращения; пассивные движения становятся возможными в первые 24 часа;
- гвоздь "мягкий", из сплава титан, моделируется по ходу костно-мозгового канала;
- гвоздь асептический, не вызывает реакции кости (можно не удалять);
- наличие гвоздя не является противопоказанием для проведения МРТ.

Таким образом, технология UFN, UTN – это методика АО – мировой лидер в лечении травматологических больных.

ГКБ № 3 является единственным в области ЛПУ, где используются эти технологии.

ХАРИНА Т.М., КРЫШТАЛЕВ К.И., КАТКОВА М.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

МЕТОДИКА ЦИСТОВИРСУНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Последние годы характеризуются увеличением количества больных хроническим и острым панкреатитом, осложненным формированием псевдокист. Своевременная и оптимальная диагностика во многом определяют выбор адекватной хирургической тактики в лечении данной патологии. Современные неинвазивные методы лучевой диагностики предоставляют мало информации о протоковой системе поджелудочной железы.

Тем не менее, информация о состоянии протоковой системы, в том числе о наличии её связи с ки-

стозными образованиями, важна для определения оптимальной тактики ведения больных. В частности, для выбора того или иного оперативного вмешательства.

С целью оценки состояния протоковой системы поджелудочной железы, а также выявления её связи с кистозными образованиями, была предложена методика цистовирсунгографии (патент № 2175215 от 27 марта 2000 года "Способ исследования протоковой системы поджелудочной железы").

Метод основан на совместном использовании чрезкожной пункции протока поджелудочной железы и/или псевдокисты под контролем ультразвука и введении контрастного вещества под контролем рентгеновского электронно-оптического усилителя (ЭОПа). Метод позволяет оценить диаметр главного панкреатического протока, наличие и протяженность стриктур, наличие конкрементов в его просвете, наличие связи кистозных образований с протоковой системой поджелудочной железы.

Нами было исследовано 76 больных. У 36 больных выявлены стриктуры панкреатического протока, у 15 чел. – конкременты, у 20 больных при вирсунгографии выявлена связь панкреатического протока с кистой поджелудочной железы. При цистографии связь кисты с панкреатическим протоком выявлена у 19 больных.

Таким образом, показана диагностическая ценность применения метода цистовирсунгографии, а также его роль для определения оптимальной хирургической тактики в лечении осложнений острого и хронического панкреатита.

ГРЕКОВ Д.Н., КАЛИШ О.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского
Кемеровская государственная медицинская академия

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТЕХНОЛОГИИ ХИМИОНЕВРОЛИЗА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ СПВ

В последнее время в литературе стали появляться сообщения о возможности химической денервации кислотопродуцирующей зоны желудка (Панцырев Ю.М. с соавт., 1990; Лобанов Н.Н., 1994; Анищенко В.В., Поздняков А.В., 1999; Толстев В.К., 1999).

Данные исследования проводились как в эксперименте, так и в клинической практике. Точкой приложения служила малая кривизна желудка со стороны серозной оболочки – от "гусиной лапки" до дна желудка. Со стороны слизистой границы введения определялись внутриполостной pH-метрией. Путь введения химического агента (в основном, этилового спирта) осуществлялся посредством лапаротомии и ФГДС, соответственно. Причем, процент вводимого этилового спирта имел широкий диапазон: от 25 % до 50 %.

В клинике госпитальной хирургии на базе ГКБ № 3 мы провели эксперимент на 20 крысах-самцах. Предполагалось уточнить концентрацию этилового спирта при его субсерозном введении в стенку желудка, при которой наступает невролиз без грубых морфологических изменений других слоев.

В асептических условиях под фторотановым наркозом выполнялась лапаротомия. Начиная от угла желудка по малой кривизне, с захватом дна желудка, субсерозно, вводился раствор этилового спирта. Инфильтрационный вал занимал около 1/3 ширины желудка с переходом на малый сальник. Использовался спирт 24 %, 32 %, 36 %, 48 %, 60 %, 72 % и 96 %.

Через 2 недели после операции крысы декапитировались, стенка желудка иссекалась и подвергалась гистологическому исследованию с окраской гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону. При оценке результатов выявлены следующие изменения:

24 % – подострое воспаление и умеренный склероз в подслизистом слое, дистрофические изменения нервных сплетений.

32 % – подострое воспаление и фиброз в подслизистом слое, дистрофические изменения нервных сплетений.

36 % – подострое воспаление в подслизистом и мышечном слоях, фиброз подслизистого слоя; более выраженная дистрофия нервных сплетений.

48 % – некроз подслизистого и местами верхних отделов мышечного слоя; гибель нервных клеток в зоне некроза, резкая дистрофия в прилежащих отделах, клеточная реакция вокруг зоны некроза.

60 % – некроз слизистого, подслизистого и до половины мышечного слоя; гибель нервных клеток. Резкая дистрофия в прилежащих отделах, клеточная реакция вокруг зоны некроза.

72 % – некроз слизистого, подслизистого и большей части мышечного слоя; гибель нервных клеток, клеточная реакция вокруг зоны некроза.

96 % – практически тотальный некроз стенки с клеточной реакцией вокруг; гибель нервных клеток.

Таким образом, дистрофические изменения нервных сплетений наблюдали при введении этанола концентрации 24-36 %, (умеренная дистрофия при введении 24-32 % и выраженная – при применении 36 % спиртового раствора). Очаговые некрозы стенки появляются при введении этанола концентрации 48-72 %, тотальный некроз стенки желудка наступает после введения 96 % спирта.

Полученные данные позволяют сделать вывод о целесообразности применения в клинике 24-36 % растворов этилового спирта для выполнения СПВ методом химионевролиза.

ГАТИН В.Р., ЧЕПРОВ А.Г., ДУБОВОЙ А.В., МИТЮКОВ А.Е., РИСОВЕР Р.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

В течение последних десятилетий отмечается увеличение числа повреждений позвоночника и спинного мозга, что связано с ростом производственного и дорожно-транспортного травматизма, на долю которого приходится до 64 % травм позвоночника и спинного мозга. Число травм позвоночника и спинного мозга составляет до 4 % всех травм. Поражение грудного и поясничного отделов позвоночника происходят в 85-90 % случаев. До 70 % больных с повреждениями грудного и поясничного отделов позвоночника имеют неврологические нарушения.

Основными принципами оперативного лечения травм позвоночника являются полноценное восстановление анатомических взаимоотношений, полноценная декомпрессия сосудисто-нервных образований позвоночного канала, надежная фиксация поврежденного сегмента, максимально ранняя активизация больного, минимальная внешняя иммобилизация или полный отказ от неё.

Типичным и самым распространённым доступом для декомпрессии спинного мозга и корешков конского хвоста на грудном и поясничном уровне является ламинэктомия. Ламинэктомия должна обязательно дополняться ревизией спинного мозга для выявления внутримозговых гематом, подоболочечных кровоизлияний, контузионных очагов. Оперативное вмешательство должно заканчиваться фиксацией поврежденного сегмента.

При анализе отдаленных результатов оперативного лечения с фиксацией проволокой, проволокой с протакрилом, пластинами Willson, Каплана, Харьковского НИИТО, в 25 % случаев выявлена несостоятельность фиксации, с образованием вторичной деформации и компрессии спинного мозга. Появление транспедикулярной фиксации позвоночника изменило подход к лечению травмы грудного и поясничного отделов позвоночника. Транспедикулярные конструкции позволяют не только осуществить стабильность фиксации, но и устранить деформацию позвоночного сегмента и стеноз позвоночного канала. Транспедикулярные фиксаторы стабилизируют только поврежденные сегменты.

В период 1997-2003 гг. с применением транспедикулярной фиксации в ГКБ № 3 оперировано 145 пациентов с повреждениями грудного и поясничного отделов позвоночника. Оперативные вмешательства проводились при повреждениях типа А (угол кифоза 30 градусов и более, снижение высоты тела более чем на 50 %) и нестабильных повреждениях типа В и С (по классификации АО/ASIF). Применялись системы "Медбиотех" (77 случаев), внутренний фиксатор АО (36 случаев), USS (31 случай), в одном случае выполнена фиксация по Roy-Camille.

Уровень неврологических нарушений оценивался по шкале ICSCI. Неврологические нарушения отмечены у 93 больных (64 %), из них синдром полного нарушения проводимости спинного мозга (группа А) – у 21 больного. Регресс неврологических нарушений в послеоперационном периоде произошел у 82 пациентов.

Транспедикулярные фиксаторы выполняют функцию репозиции и опоры. Имплантат позволяет производить компрессию, дистракцию или фиксацию в нейтральной позиции. Оптимальным верхним уровнем для введения винтов ТП6 позвонок. Однако если корень дуги не позволяет ввести винт, то на средне- и верхнегрудном уровне возможно экстрапедикулярное введение винтов через поперечный отросток и реберно-позвоночное сочленение в тело позвонка.

При переломах позвонков без повреждения задней стенки для репозиции достаточно было провести реклинацию. При переломах всех других типов, включая переломы с проникновением фрагментов тела в позвоночный канал, репозицию начинали с дистракции и осуществляли в дальнейшем реклинацию. Если во время оперативного вмешательства проводилась ламинэктомия, риск повреждения спинного мозга был меньше, т.к. манипуляции проводились под визуальным контролем. После окончания репозиции и закрепления элементов системы дополнительно устанавливались одна или две поперечные штанги.

При нестабильных взрывных переломах, переломах с выраженной дислокацией дорсального фрагмента в позвоночный канал вторым этапом выполнялся передний межтеловой спондилодез аутокостью или имплантатом из пористого никелида титана в сочетании с передней декомпрессией (39 случаев).

Хорошие репозиционные свойства транспедикулярных фиксаторов, прочная фиксация поврежденных сегментов позволяла нам активизировать пациентов в раннем послеоперационном периоде с минимальным использованием внешней иммоби-

лизации, проводить полноценный комплекс реабилитационных мероприятий.

Следует отметить, что применение немагнитных титановых конструкций дает возможность выполнения КТ и МРТ с незначительными артефактами, не имеющими существенного значения в детальной визуализации повреждений, как костных структур, так и спинного мозга

ИВАНОВ А.В., ИСТОМИН М.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНХОНДРОМ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИМПЛАНТАТОВ "SYNTHES"

Доброкачественные опухоли костей кисти и пальцев составляют, по данным разных авторов, от 7 до 13 % всех опухолей и опухолевидных поражений скелета. Наиболее часто встречаются энхондромы кисти с преимущественным поражением фаланг пальцев и пястных костей у лиц в возрасте 10-40 лет.

В течение многих лет энхондромы кисти лечатся оперативным путем по традиционной методике, которая заключается в экскохлеации или резекции опухоли, замещении дефекта трансплантатом, фиксации спицами Киршнера, аппаратами внешней фиксации, либо скобами из никилида титана, при этом часто используется внешняя иммобилизация гипсовой шиной.

В результате длительной иммобилизации, не менее 4-6 недель, страдает функция кисти, возникают стойкие артрогенные и тендогенные контрактуры пальцев. Использование металлоконструкций из низкокачественных металлов часто вызывает металлоз. Учитывая, что энхондромы кисти диагностируются чаще при возникших патологических переломах, то требуется не только замещение дефекта, но и стабильная фиксация перелома, ранняя функция кисти. Актуальность этой проблемы и желание устранить недостатки послужило причиной поиска нового метода оперативного лечения энхондром.

С появлением в нашей клинике оригинального мини-инструментария и имплантатов для погружного периферического остеосинтеза "Synthes" – "Модульная система для кисти" и технологии их использования, позволило внедрить новый метод оперативного лечения энхондром кисти.

За период 2000-2003 гг. нами выполнено 21 оперативное пособие в лечении энхондром кисти у пациентов в возрасте 15-34 лет с использованием миниимплантатов "Synthes". При этом проводится экскохлеация или резекция опухоли, замещение дефекта аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости и фиксация миниимплантатами "Synthes". Для фиксации пястных костей мы использовали пластины, фиксация основной и средней фаланг выполнялась с помощью пластин или винтов, либо их комбинацией, дистальные фаланги пальцев фиксировали винтами. Внешняя иммобилизация не применялась.

С первого дня после операции все пациенты начинали лечебную физкультуру, что позволило в короткие сроки восстановить функцию кисти и улучшить репаративные процессы.

В отдаленном послеоперационном периоде мы наблюдали полную перестройку регенерата и консолидацию перелома в сроки до 2-х месяцев с сохранением полной функции кисти.

Таким образом, результаты с использованием миниимплантатов "Synthes" в лечении энхондром кисти позволяют сделать следующие выводы:

1. Необходимо не только удаление опухоли, но и стабильная внутренняя фиксация, удовлетворительная компрессия, что позволяет отказаться от внешней иммобилизации и начать раннее восстановление функции кисти до сращения перелома и перестройки регенерата.

2. Данный метод фиксации позволяет избежать деформации кости в области трансплантата, наиболее полно этим условиям соответствуют имплантаты "Synthes".

3. Использование высококачественных имплантатов, прошедших тестирование путем химического анализа, физических и металлографических тестов, позволяет избежать металлоза.

4. Данная технология создает комфорт и удобство в раннем послеоперационном периоде.

5. Оперативное лечение энхондром данным методом позволяет в более короткие сроки вернуть пациента к полноценному качеству жизни и восстановить трудоспособность.

ДОЦЕНКО П.В., ВОЛНА А.А., КАЛАШНИКОВ В.В.,
КАЛАШНИКОВ В.ВЛ.,ДОСТОВАЛОВ Е.В., МОТИН С.Г., БОЯРИНОВ А.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского

ИМПЛАНТАТЫ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ

Современный динамичный стиль жизни является не только источником тяжёлых высокоэнергетических травм (автомобильные аварии, горные лыжи, сноуборд и т.д.), но и предъявляет свои требования к качеству лечения, срокам реабилитации, возможности скорейшего возвращения пациента к привычному образу жизни.

Эти требования применимы не только к пациентам трудоспособного возраста (для которых быстрое выздоровление – часто единственная возможность сохранить рабочее место), но и к пациентам пенсионного возраста, для которых качественно выполненная малотравматичная фиксация перелома и реабилитация, начатая в ранние сроки, является единственной возможностью избежать тяжёлых гипостатических осложнений (пневмонии, пролежни и т.д.) и шансом сохранить пациенту жизнь.

Небольшая продолжительность операции, малая травматичность, малая инвазивность, возможность ранней безболезненной реабилитации, быстрое возвращение к привычному образу жизни, раннее восстановление трудоспособности – всем этим требованиям в полной мере отвечает интрамедуллярный остеосинтез длинных трубчатых костей блокированными штифтами без рассверливания костномозгового канала (Unreamed nail) “SYNTHES”.

Данный способ фиксации переломов диафизов большеберцовой (UTN), бедренной (UFN), плечевой (UHN) кости является классическим золотым стандартом современной травматологии.

Однако, при околосуставных переломах (“низкие” и “высокие” переломы большеберцовой, бедренной и плечевой кости), и невозможности проксимального или дистального блокирования штифта (в зависимости от уровня и типа перелома), методом выбора является накостный остеосинтез.

Классические представления о сращении перелома после накостного остеосинтеза (абсолютная стабильность, прямое сращение, эндостальное мозолеобразование), в сравнении с интрамедуллярным остеосинтезом (относительная стабильность, непрямое сращение, экзостальное мозолеобразование), травматичности накостного остеосинтеза (открытая репозиция, фиксация по принципу “стягивающий винт + нейтрализующая (компремирующая) пластина”), изменились с созданием имплантатов с угловой стабильностью (LCP – Locking Compression Plate) “SYNTHES”.

Создание данной системы (блокирование головки винта в отверстии пластины) с образованием жесткой конструкции “пластина – винт”, с великолепными якорными свойствами, сравнимыми со стержневым аппаратом внешней фиксации, помещенным под ткани, открыло головокружительные перспективы и возможности остеосинтеза, особенно в случаях остеопороза, околосуставных многооскольчатых переломах большеберцовой и бедренной кости. Несмотря на достигаемую относительную стабильность при малоинвазивной технике остеосинтеза, опасность потери достигнутой репозиции и вторичных смещений в процессе реабилитации практически сведена к нулю.

Преимущества LCP:

- достижение угловой и ротационной стабильности костных фрагментов за счёт блокирования головки винта в отверстии пластины, а не за счёт придавливания пластины к кости (DCP, LC-DCP);
- сохранение периостального кровотока за счёт дистанцирования пластины от кости;
- отсутствие вторичных смещений, миграции фиксаторов в процессе реабилитации и сращения;
- широкие возможности использования при малоинвазивной (отсутствие открытой репозиции, сохранение оси, длинны и исключение ротационного смещения) технике остеосинтеза многооскольчатых переломов большеберцовой и бедренной кости, в том числе неполных суставных переломов (по классификации Мюллера);
- возможность использования LCP как для малоинвазивной фиксации перелома (относительная стабильность – непрямое сращение), так и для классической техники накостного остеосинтеза (открытая репозиция, фиксация перелома системой “стягивающий винт – нейтрализующая (компремирующая) пластина”);
- возможность ранней безболезненной нагрузки весом тела при незаконченном сращении перелома – раннее восстановление трудоспособности;
- ранняя безболезненная реабилитация (исключение в послеоперационном периоде постельного режима, активное восстановление движений в смежных суставах, ходьба с дозированной нагрузкой, отсутствие необходимости внешней иммобилизации);
- малоинвазивная техника остеосинтеза LCP сравнима по травматичности и инвазивности с остеосинтезом интрамедуллярным штифтом без рассверливания канала (Unreamed nail), однако при распространении перелома на метафизарную зону или неполном суставном переломе система LCP вне конкуренции.

Использование системы LCP существенно расширяет возможности хирурга, позволяет значительно сократить сроки нетрудоспособности и выздоровления, а зачастую – сохранить больному жизнь.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ, ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шпилянский Э.М.
ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО.....5

Шпилянский Э.М., Янец И.С., Краснова С.В., Головатова Л.В., Образцова Е.А.
МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. КЕМЕРОВО.....10

Шпилянский Э.М., Янец И.С., Образцова Е.А., Краснова С.В.
ОКАЗАНИЕ АДРЕСНОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ Г. КЕМЕРОВО НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОРОГОСТОЯЩИХ ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....12

Шпилянский Э.М., Ганичева Т.В.
УКРЕПЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ НА 2004-2007 ГГ.....12

Шпилянский Э.М., Янец И.С., Головатова Л.В., Краснова С.В.
ОПЫТ РАЗВИТИЯ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В Г. КЕМЕРОВО.....13

Шпилянский Э.М., Сушкевич Т.В.
ФОРМЫ РАБОТЫ С СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ.....14

Алексеева З.М., Смоляр О.М., Малин М.В., Конев В.Н.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ.....16

Темерханова Л.И., Смоляр О.М.
ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ.....17

Скребнева Н.Б.
ОРГАНИЗАЦИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. КЕМЕРОВО.....19

Темерханова Л.И., Смоляр О.М.
ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ.....19

Темерханова Л.И., Смоляр О.М.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПОЖИЛЫХ В МУЗ КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5.....20

Алексеева А.П., Ларькина С.Н., Кондратьева М.П., Печерина Е.К.
АНАЛИЗ ПЯТИЛЕТНЕГО ОПЫТА РАБОТЫ ДЕТСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г.КЕМЕРОВО.....21

Басманова Е.Д., Перевощикова Н.К., Коба В.И., Благовидова Н.П., Воеводина Г.В.
ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 2.....22

Вингерт С.А., Курзанцева О.М., Кошелева О.Г., Шкляева Т.П., Камышникова О.А.
ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛИКЛИНИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ “СТАРШЕЕ ПОКОЛЕНИЕ”.....23

Пирогова И.Н., Казакова-Казаковская Г.П.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАСТЫ “CALASEPT” В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ.....24

Траутер А.И.
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГБК “КЕМЕРОВО” В 2003 ГОДУ.....25

Гарафутдинов Д.М., Савицкая Г.В., Корчага О.Н., Носырев В.В., Кулешова Т.П., Токарев К.Н.
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА В МУНИЦИПАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ.....26

Гарафутдинов Д.М., Савицкая Г.В., Корчага О.Н., Носырев В.В., Кулешова Т.П., Токарев К.Н.
Колпинский Г.И., Пачгин И.В.
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА.....27

Колпинский Г.И., Вайман Е.Ф.
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА.....28

Шибаинкова А.Б., Ластовская Т.Г., Остапцева Л.М.
РОЛЬ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ.....29

Субботин А.В., Дремина Л.А., Колосова А.С.
К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....30

Субботин А.В., Дремина Л.А., Колосова А.С.
Шпилянский Э.М., Постникова Н.В.
О КАДРОВОЙ ПОЛИТИКЕ В СИСТЕМЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....30

Боярская А.В., Бакеева Р.З., Добрынина Г.А.
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....32

Боярская А.В., Бакеева Р.З., Добрынина Г.А.
РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННЫХ НАГУЗОК.....33

Костина И.Я. Солонинкина Л.Ф., Гапченко Н.В.
ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ.....34

Шульга Е.В., Карпенко С.М., Гордиенко В.П.
НАГРУЗКА И КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ.....35

Новикова Л.Г., Вдовченко О.Ю
КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТРА ВМАТОЛОГИИ.....36

Шпилянский Э.М., Куракина Е.И.
ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО.....37

РАЗДЕЛ II. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Бедин В.В., Ликстанов М.И., Лукин А.Ю., Краснова М.В.
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫВ УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА.....41

Казакова-Казаковская Г.П., Тимофеева А.А., Даниленко А.Н.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРИЕСА СРЕДИ ДЕТЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.КЕМЕРОВО.....41

Дубенский Ю.Ф., Даниленко А.Н.
ПРОБЛЕМЫ ЭРГОНОМИКИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....43

Лазарева О.А., Щербинин П.Т., Нестеров Ю.И.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И ГОСУНИВЕРСИТЕТА Г. КЕМЕРОВО.....44

Осипов А.Г., Костин В.И., Ликстанов М.И., Вострикова Е.А., Судакова Л.В.
ПРОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ОТМЕНЫ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА.....45

Осипов А.Г., Костин В.И., Ликстанов М.И., Вострикова Е.А., Багрова Л.О.
МОТИВАЦИЯ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА У РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ.....46

РАЗДЕЛ III. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Вавин Г.В.
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ИНТОКСИКАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЗИЦИОННОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.....49

Вавин Г.В., Бунина О.Г.
МОДИФИКАЦИЯ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО МЕТОДА ИЗУЧЕНИЯ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ.....49

Сичкарук Н.М., Вавин Г.В.
ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПУНКТАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА.....50

Коломендина Л.Ф., Колпинский Г.И., Вайман Е.Ф.
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.....51

Крышталев К.И., Архангельский В.В., Мальцева Е.Ю.
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ.....51

Кулышев В.О., Архангельский В.В., Мальцева Е.Ю.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПОЧЕК.....53

Колпинский Г.И., Вайман Е.Ф., Егоров А.А.
КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА “ЗОЛОТАЯ ОСЕНЬ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ”.....53

Колпинский Г.И., Вайман Е.Ф., Егоров А.А.
Филиппов П.Г., Архангельский В.В., Мальцева Е.Ю.
СЛУЧАЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЕДИНСТВЕННОЙ АРТЕРИИ ПУПОВИНЫ.....54

Демидова Т.В., Прудей Т.А.
ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ В ИССЛЕДОВАНИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА.....55

Грищенко Е.В.
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН.....56

Влад А.Р., Молдавская И.В., Тен С.Б., Семенов С.Е.
ВОЗМОЖНОСТИ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОАНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЗА ПОПЕРЕЧНОГО СИНУСА.....57

Чуйко О.Е., Калинин М.М., Макаров С.А.,Горбунова Е.В.
ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....58

Солодовник А.Г., Нестеров Ю.И., Помыткина Т.Е., Ласточкина Л.Е., Козубовская Р.Р., Мозес К.Б.
УЧАСТИЕ ПРОФИЛЬНОЙ КАФЕДРЫВ ФОРМИРОВАНИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА.....59

Шумакова Н.В., Котурга Л.И., Соломатина Е.Б., Кузнецова О.В.
КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....60

Простакишина Ю.М., Багрова Л.О., Судакова Л.В.
АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....60

Кузнецова О.В., Котурга Л.И., Шангина О.А., Соломатина Е.Б., Шумакова Н.В.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У РАБОТНИКОВ АММИАЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА.....61

Кузнецова О.В., Котурга Л.И., Шангина О.А., Соломатина Е.Б., Шумакова Н.В. Шангина О.А., Котурга Л.И., Литвиненко В.И., Губарева В.Ф., Торочкина Е.Г.
КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КАРДИОЛОГИИ МАЛЫМИ ДОЗАМИ АМИТРИПТИЛИНА.....62

Хорошая Л.Н., Нестеров Ю.И., Макаров С.А., Дремина Л.А.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ПОЛИКЛИНИКУ.....63

Торочкина Е.Е., Гуляева Е.Н., Шабалин А.В., Кожинова И.Н., Коновалова А.А., Губарева В.Ф., Образцова М.И.
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ В МИОКАРДЕ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....63

Торочкина Е.Е., Гуляева Е.Н., Шабалин А.В., Кожинова И.Н., Коновалова А.А., Губарева В.Ф., Образцова М.И. Мещерякова А.Я., Нестеров Ю.И., Тепляков А.Т., Малиновский С.В.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КРИЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....64

Михайлова И.А., Просекова Т.Ю.,Багрова Л.О.,Белых В.Н.
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....65

Полторацкая Е.В.
ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ АСТМА.....66

Шатохина Н.А., Иванова С.Н., Солодовник А.Г.
ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....67

Кузина М.К., Мирошниченко О.П.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....67

Полторацкая Е.В., Кузина М.К.
ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЛЕОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....68

Бахметьев А.Б, Голушко С.А., Морев В.А.
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ....69

Ханова А.Ф., Тачкова О.А., Костин В.И., Головатова Л.В., Шпилянский Э.М.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В Г. КЕМЕРОВО....69

Судакова Л.В., Михайлова И.А., Ликстанов М.И.
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ....70

Рыбников С.В., Артамонов В.А., Подолужный В.И.
ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ....71

Раскина Т.А., Филатова И.В., Бочарова Ю.В., Малкова Г.И., Юферова Г.В.
ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ....72

Раскина Т.А., Бочарова Ю.В., Филатова И.В., Малкова Г.И., Юферова Г.В.
ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ....73

Оленева И.Н., Зинчук С.Ф., Ликстанов М.И.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА....74

Курзанцева О.М., Вингерт С.А., Кошелева О.Г., Шкляева Т.П., Камышникова О.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ....75

Завразина М.В., Багрова Л.О., Судакова Л.В.
ЧАСТОТА ГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У УМЕРШИХ В СТАЦИОНАРЕ....76

Нестеров Ю.И., Лазарева О.А., Помыткина Т.Е.
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ....76

Багрова Л.О., Вострикова Е.А., Простакишина Ю.М., Пашуева З.Е.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У РАБОТНИКОВ “КУЗБАССЭНЕРГО”....78

Коваль И.А.,Багрова Л.О.,Вострикова Е.А.,Ликстанов М.И.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ С ДИОКСИДИНОМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНО-ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА....78

Черных М.В., Краснов А.В., Кулагина О.И., Васильева Г.Д.
СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С....79

Багрова Л.О., Вострикова Е.А., Головатова Л.В., Ликстанов М.И.
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА....80

Багрова Л.О., Головатова Л.В., Судакова Л.В., Простакишина Ю.М.
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА КЕМЕРОВО....81

Багрова Л.О., Головатова Л.В., Краснова С.В.
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ....82

Осипов А.Г., Ликстанов М.И., Малиновский С.В., Костин В.И., Курбатова Д.В., Михайлова И.А., Багрова Л.О.
ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ССМП В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА....83

Шакирова Л.М.
ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ КАБИНЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ....84

Коваленко А.В., Гилева О.А.
РЕГИСТР ИНСУЛЬТА – РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЗА 2003 ГОД....85

Гилева О.А., Коваленко А.В., Малиновская С.Ю.
ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНСУЛЬТА В Г. КЕМЕРОВО....86

Кочкина Т.В., Шибаинкова А.Б.,Шумилов О.Г., Дуда Е.Е.
ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ....87

Бутина Л.В.
КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ....88

Бутина Л.В. Смирнова И.М., Гусарова Т.Ю., Дрожжевская Н.Ф., Лончакова В.В.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ....89

Гилева О.А., Коваленко А.В., Малиновская С.Ю.
ПРОФИЛАКТИКА МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА – ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП РАБОТЫ АНГИОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 5....90

Шалякина Н.Ю., Коваленко А.В., Колпинский Г.И., Локтионова С.М.
СРОКИ РАЗВИТИЯ, ТЕЧЕНИЕ, СТРУКТУРА И ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНФАРКТА МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КАРОТИДНОЙ СИСТЕМЕ....91

Кочкина Т.В., Шибаинкова А.Б., Бутина Л.В., Арзуманов А.В., Яричин А.А.
ИТОГИ РАБОТЫ ПРОТИВОБОЛЕВОГО ЦЕНТРА ГБ № 1....93

Доценко О.А.
ДОНОРСТВО – ПРОБЛЕМА СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ....95

Котов М.С., Павленко В.В., Подолужный В.И.
О НЕОБХОДИМОСТИ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПОДБОРА ДИАМЕТРА ОКНА В СЕТЧАТОМ ПРОТЕЗЕ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ....95

Кислицин В.Н., Красильников Г.П., Андрейчук М.Е., Кузнецова Н.Н., Помешкин Е.В., Светикова Г.В., Троегубов Д.В.
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ОПУХОЛЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ....96

Павленко В.В., Воронин Ю.С., Пузакова О.Ю., Краснов О.А.
К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ К ГЕРНИОГРАФИИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ....97

Пузакова О.Ю., Чуркин М.В., Зайцев С.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН....98

Пельц В.А., Подолужный В.И.,
Лукин А.Ю., Калиш О.А.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ У КРЫС.....99

Тарабрин В.И., Борщ А.В.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....101

Андрейчук М.Е., Поликутина А.Т., Макаров В.А., Пушков В.В., Терехов С.Н.
УРЕТЕРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИИ.....102

Поликутина А.Т., Андрейчук М.Е., Макаров В.А., Пушков В.В.
АНАЛИЗ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ ГКБ № 3 ИМ. М.А. ПОДГОРБУНСКОГО.....102

Макаров В.А., Поликутина А.Т., Андрейчук М.Е., Пушков В.В.
К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ АЛГОРИТМОВ.....103

Зайцев С.А., Чуркин М.В., Пузакова О.Ю.
ДИНАМИЧЕСКИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ.....103

Зайцев С.А., Чуркин М.В., Пузакова О.Ю. Макаров В.А., Поликутина А.Т., Андрейчук М.Е., Пушков В.В.
Чуркин М.В., Зайцев С.А., Пузакова О.Ю.
ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ДУОДЕНОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....104

Радионов И.А., Бедин В.В., Зинчук Л.И., Краснова М.В., Кофман С.Л., Заболоцкая С.И., Баева В.Н., Ковешникова Н.И.
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ И БЕЗЗОНДОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРИ ПЕРВИЧНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....105

Подолужный В.И., Старченков С.Б., Зайцев С.А., Пузакова О.Ю., Калиш О.А.
ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ СОСУДОВ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ ЖЕЛУДКА, КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.....106

Бедин В.В., Шин И.П., Лукин А.Ю., Архангельский В.В., Чуркин М.В., Харина Т.М.
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....107

Краснов О.А., Ооржак О.В., Греков Д.Н., Иванов С.В.
ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.....109

Старченков С.Б., Павленко В.В.
МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ ОРИЕНТИРОВ НАДПАХОВОГО КОСОПОПЕРЕЧНОГО МИНИДОСТУПА ДЛЯ ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ.....110

Старченков С.Б., Павленко В.В., Краснов О.А., Калиш О.А.
МОРФОГЕНЕЗ ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПРЕДБРЮШИННОЙ ЭКСПЛАНТАЦИИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА.....111

Фролов Е.Б.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА Г. КЕМЕРОВО В 2003 Г.....112

Кричевский А.Л., Галеев И.К., Ардашев И.П., Дроботов В.Н., Лоскутников С.Ю., Крапивин Е.А., Вавин Г.В., Киреева Р.Ф., Мошкина Г.А., Горбунова А.И.
ПРОБЛЕМА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И СНИЖЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ СЛУЧАЙНЫХ РАНЕНИЯХ.....113

Волженин В.В., Володин В.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА.....114

Кислицин В.Н., Красильников Г.П., Рохленко Т.О, Федюнина Т.И., Шатохина М.Г., Помешкин Е.В., Светикова Г.В.
ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ К ОПЕРАЦИИ ТУР АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....115

Кармадонов А.В., Подолужный В.И., Калиш О.А., Журавлева И.Ю.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО КСЕНОПЕРИКАРДА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.....116

Мирошниченко Е.А., Волков И.Ф., Шешуков В.М.
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.....117

Бедин В.В., Краснов К.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБЬЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ.....118

Семенов В.В., Восьмирко Б.Н., Дубовой А.В., Сокол Е.А.
ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....119

Кузнецова Н.Н., Помешкин Е.В., Хорошавина Н.А., Лунегов В.А., Хоменко Н.П., Спивак А.В.
ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА БОЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ.....120

Шевелев В.В., Коваль С.С., Подолужный В.И.
ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.....121

Лукин А.Ю., Пельц В.А., Бедин В.В., Шин И.П., Архангельский В.В.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА.....122

Доценко О.А., Фанаскова Е.В.
ЛАБОРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАНФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....123

Торгунаков А.П., Торгунаков С.А.
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ОПЫТ.....123

Демидова Н.Ю., Григорьев Е.В., Разумов А.С., Шевелев В.В., Агафонникова Л.П., Тузовская К.Н.
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ВО ВРЕМЯ ОБШИРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....125

Заруцкая Н.В.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....126

Дроботов В.Н., Ардашев И.П.,Якушева Т.С.,Иванов А.В., Григорук А.А., Плотников Г.А., Оганесян Э.Б.
МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА.....128

Волокитин В.В., Коков А.Н., Пачгин И.В., Волокитин В.М., Колпинский Г.И., Шилов В.А., Вайман Е.Ф.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА.....128

Волокитин В.В., Коков А.Н., Пачгин И.В., Волокитин В.М., Колпинский Г.И., Шилов В.А., Вайман Е.Ф.
ОЦЕНКА МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА.....129

Волокитин В.В., Коков А.Н., Пачгин И.В., Волокитин В.М., Колпинский Г.И., Шилов В.А., Вайман Е.Ф.
ОЦЕНКА ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОПЕРЕЧНИКА ДИСКА ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА.....130

Волокитин В.В., Коков А.Н., Пачгин И.В., Волокитин В.М., Колпинский Г.И., Шилов В.А., Вайман Е.Ф.
УТОЧНЕНИЕ УРОВНЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА.....130

Стариков Т.Н., Стаценко О.А., Носков В.П., Иванов А.В.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ HALLUX VALGUS, ПОПЕРЕЧНОГО РАСПЛАСТЫВАНИЯ СТОПЫ.....131

Красильников Г.П., Кислицин В.Н., Гаврилко И.И. Андрейчук М.Е.
ТРАВМАТИЧЕСКИЕ РАЗРЫВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ.....131

Носков В.П., Стариков Т.Н., Колпинская Т.Д.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....133

Истомин М.В., Иванов А.В.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИМПЛАНТОВ “SYNTHES”.....133

Калашников В.В., Волна А.А., Носков В.П., Стаценко О.А., Мотин С.Г.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....134

Бояринов А.Г., Шмулевич М.В., Симагаев Р.О., Плотников Г.А.
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА.....135

Каменева Е.А., Шевелев В.В., Григорьев Е.В.
СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....136

Комков А.Р., Рудаев В.И., Сорокин П.Ю., Корнилов Ю.Г., Ким А.Л.
ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА.....138

Альтшулер Е.М., Запольнов Г.П., Сальский А.В., Шрайнер С.В., Денисов А.А., Гнедь М.А., Гнусарев И.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЙ.....139

Грудин Ю.В., Комков А.Р., Рудаев В.И.
АРТРОСКОПИЯ – РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ТРАВМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РАЗВИТОЙ СИСТЕМЫ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ КУЗБАССА.....140

Шмулевич М.В., Стаценко О.А., Бояринов А.Г.
СОВРЕМЕННЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ СУСТАВОВ 142

Пименов В.Ф., Дроботов В.Н., Баянов В.В., Кочкина Т.В., Московкина О.Э., Туранская О.В., Остольская Г.Б.
ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАНТОВ С ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА КОРОТКИХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....143

Иванов А.В., Истомин М.В.
ПОГРУЖНОЙ НАКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ AO/ASIF ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТОВ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ LCP В УСЛОВИЯХ ОСТЕОПОРОЗА.....143

Сорокин П.Ю., Комков А.Р., Рудаев И.В.
РАННЯЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ.....145

Стаценко О.А., Шмулевич М.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АО-ПЛАСТИН С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ (LCP) И СПЕЙСЕРА ИЗ СПЛАВА ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ.....146

Яровикова Г.А., Евгенова О.В., Шибаинкова А.Б.
РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК-ПЕРВОКУРСНИЦ.....148

Карась И.Ю., Рец Ю.В.
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ...148

Рец Ю.В., Карась И.Ю.
ОСОБЕННОСТИ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД-НОВОРОЖДЕННЫЙ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....149

Голубева И.М.
“БАРХАТНЫЙ” МЕТОД – ВЫБОР СОВРЕМЕННОЙЖЕНЩИНЫ.....151

Новикова О.Н., Григорук Н.П., Чернова Н.Т., Васютинская Ю.В.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ РОДОВОГО АКТА НА ФОНЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ.....152

Новикова О.Н., Григорук Н.П., Полторацкая Л.П.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА.....153

Голиков Г.Я., Богданова Н.Л., Елгина С.И., Переделкина О.Н., Демьянова Т.Н., Иванова Т.И., Филиппов П.Г.
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....154

Ушакова Г.А., Елгина С.И., Кочергина Ю.В., Высевко Н.М., Никулина Е.Н.
ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....154

Карась И.Ю., Равинг Л.С., Мухина В.В., Рец Ю.В.
СИРИНГОМИЕЛИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ.....170
Кочкина Т.В., Яровикова Г.А., Евгенова О.В., Шибаинкова А.Б.
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК.....171
Губарева В.Ф., Коновалова А.А., Кожинова И.Н., Образцова М.И.
СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....172
Перевощикова Н.К., Торочкина Г.П., Добряк Т.А., Болотникова О.Ю., Воросцова Т.Г.
КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХИТАМИ.....172
Белов С.А., Коба В.И., Разумов О.П., Перевощикова Н.К.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕИТОВ В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКО-РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.....173
Кобылянская Г.В., Коба В.И., Ровда Т.С., Торочкина Г.П., Кононова Г.А., Казаковцева В.С.
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕМЬИ.....174
Кобылянская Г.В, Коба В.И., Ровда Т.С., Торочкина Г.П., Кононова Г.А., Казаковцева В.С.
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....174
Кочетков С.Ю., Яровой В.В.
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРЫМИ ЭКЗОГЕННЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ.....175
Горланова Л.Л., Бородкина О.Д.
О РАБОТЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОЕКТА “РОСТОЧЕК НА ВЕТРУ”.....176
Кобылянская Г.В.,Ровда Т.С., Торочкина Г.П.,Зайцева О.А.
ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМАМИ СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....177
Тряпицина Ю.С., Мухина В.В.
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.....178
Ларькина С.Н., Алексеева А.П., Печерина Е.К., Привалова Ж.Ю.
РОЛЬ АСТМА-ШКОЛЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ДЕТЕЙ.....179
Сапегин А.В.
ВЛИЯНИЕ ПОНИМАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА НА ЛИЧНЫЕ УСТАНОВКИ ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА Г. КЕМЕРОВО.....179
Черновская О.В.
ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ..180
Ачкасова А.А., Давыдов Б.И., Протопопова Т.П., Анфиногенова О.Б., Трошкова И.Г., Иванов В.В., Макаренко Т.С.
ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. КЕМЕРОВО.....182
Шелепанов В.М., Баканова Т.А., Сутулина И.М., Жилинская Н.К., Фирсова Н.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №5.....183

Зуева К.В., Кочкина Т.В., Шибаинкова А.Б., Евгенова О.В.
РОЛЬ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ОЗДОРОВЛЕНИИ ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....184

Кочкина Т.В., Шибаинкова А.Б., Евгенова О.В., Абросова О.Е.
ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ПОДРОСТКОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, КАК НОВОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ.....185

Ласточкина Л.А., Абросова О.Е., Евгенова О.В., Нестеров Ю.И.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДОСМОТРОВ.....186

Лён О.А., Казанцева Т.В.
НОВЫЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКО- ПОДРОСТКОВОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. КЕМЕРОВО.....188

Кокорина Н.П.
ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ.....189

Зорохович И.И., Зарубина Н.Г., Лопатин А.А., Кокорина Н.П.
МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ (ИТОГИ РАБОТЫ ГОРОДСКИХ КАБИНЕТОВ ЭКСПЕРТИЗЫ ОПЬЯНЕНИЯ ЗА 2003 Г.).....191

Кокорина Н.П., Медведева М.А., Шевцова М.А.
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ.....192

Якименко Н.А., Мозес К.Б.
ОСОБЕННОСТИ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НАРКОМАНИИ.....193

Якименко Н.А., Мозес К.Б.
НАРКОМАНИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА.....194

Лопатин А.А.
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ, ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.....195

Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Казанцева Т.В., Кирина Ю.Ю.
МОДЕЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ЦЕНТРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ.....198

Айзенштадт О.Ю., Котурга Л.И.
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ.....201

Айзенштадт С.Я., Бессарабова Н.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА КАРИПАЗИМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ.....202

Айзенштадт С.Я., Бессарабова Н.Н.
ПАЙЛЕРТЕРАПИЯ В ХИРУРГИИ.....203

Хоменко Н.П., Кузнецова Н.Н., Лунегов В.Л.
МЕТОДЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА.....203

Айзенштадт С.Я., Бессарабова Н.Н.
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ РЯДА ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ (ПАЙЛЕРТЕРАПИИ, УФО, ДАРСОНВАЛИЗАЦИИ) ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЯХ.....204

Айзенштадт О.Ю.
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ.....205

Болошко В.Л., Заузелкова Е.А., Малиновская С.Ю., Горюнова М.Э.
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КРИОТЕРАПИИ С АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИЕЙ И КРИОТЕРАПИИ С МАГНИТОТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОХОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....206

Юрина Л.Я., Оськина Т.П.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 207

Гарафутдинов Д.М., Савицкая Г.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ.....208

Гарафутдинов Д.М., Савицкая Г.В. Кирейчук В.П., Карпова Н.С., Коновалова Т.И.
ЭТИОЛОГИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ.....209

Кокряцкая М.В., Покатилова Н.В., Исайчикова Т.Л.,Назаревич Л.С.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА МЕТОДОМ ДЕПОФОРЕЗА ГИДРООКИСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ.....210

Назаревич Л.С., Егорова Т.В., Никушова В.С., Мазуренко Н.А., Торгашина Л.В.
КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИДРООКИСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ, КАК АЛЬТЕРНАТИВА ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....212

Никонович С.Д, Землянухин Э.П., Тарасов Н.И.
ПУТИ ПРАКТИЧЕСКОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ, ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ.....214

Кривополенов В.А., Никонович С.Д., Тарасов Н.И.
ОПТИМИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....215

Никонович С.Д., Тарасов Н.И., Малиновский С.В.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....215

Никонович С.Д., Малиновский С.В.
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....216

Дремина Л.А., Никонович С.Д.
АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ОБРАЩАЕМОСТЬЮ НА СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЛИКЛИНИКИ МУЗ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. КЕМЕРОВО.....217

Дашкина Н.П., Никонович С.Д., Землянухин Э.П.
ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ.....218

Бакулин В.С., Шапорев А.Г., Гранкина Г.С., Маслова Г.А. Дубовцева Г.Ш., Алексеева С.В., , Марханова Н.Д.
ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ В Г. КЕМЕРОВО.....220

Глебова Л.А., Зайцев В.И., Алексеева Л.Д.
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ
ЖЕНЩИН Г. КЕМЕРОВО.....220

Калинина Н.Э., Алексеева Л.Д., Глебова Л.А.
МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В Г. КЕМЕРОВО.....222

Прыгунова Т.И., Рощина Г.А., Браиловский В.В., Фролова Н.А., Коваленко Т.А., Стукалова В.В., Чернышева Н.Г., Ускова Н.С.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИКСОДОВЫМ КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ В Г. КЕМЕРОВО.....223

Тургенева И.А., Браиловский В.В., Брусина Е.Б., Н. Н. Аксенова, Огородникова Т.С., Енина Е.В., Горланова Л.Л., Лях Н.А.
ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПАРИКМАХЕРСКИХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ УСЛУГ В Г. КЕМЕРОВО.....224

Бакулин В.С., Гранкина Г.С., Медведева Н.В., Маслов А.К., Турдакина Н.А., Аксенова Н.Н., Кузьминых Т.В.
СОСТОЯНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В Г. КЕМЕРОВО.....225

Браиловский В.В.
ГРУППЫ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. КЕМЕРОВО.....226

Иванов С.В., Бакулин В.С., Гранкина Г.С., Медведева Н.В., Маслов А.К.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В 90-Е ГОДЫ XX ВЕКА ПО Г. КЕМЕРОВО.....227

Алексеева Л.Д., Глебова Л.А.
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ
У ДЕТЕЙ Г. КЕМЕРОВО.....228

Резванов Р.А., Дроздова О.М., Маслов А.К.
ОСОБЕННОСТИ БЕЗЖЕЛТУШНЫХ ФОРМ ВГА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ВОДЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ ИЗ ОТКРЫТОГО ВОДОЕМА ПРИ АНТРОПОГЕННОМ ЗАГРЯЗНЕНИИ.....229

Зайцев В.И.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАБОТЫ РОДИТЕЛЕЙ
НА ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ.....230

Бакулин В.С., Слесарчук В.Ф., Галактионова Л.И.
К ВОПРОСУ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ.....231

Иванов С.В., Зайцев В.И., Бакулин В.С.
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО.....233

Хромова Н.Л.
ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ
БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ.....234

Хромова Н.Л.
ИНФЕКЦИОННЫЙ РИСК
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....235

Шикшина Ю.А., Кудашкина С.В., Собин Г.В.,Бакулин В.С.
ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА СТРОИТЕЛЬСТВОМ И РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.КЕМЕРОВО.....237

Черно С.П., Сапегина Е.В.
ИНФОРМАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЦЕНТРОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА СЛУЖБЕ ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ КЕМЕРОВЧАН.....239

Черно С.П., Сапегина Е.В.
ОХРАНА И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ НОВЫХ ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....240

Черно С.П., Сапегина Е.В.
ИНФОРМАЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. ОПЫТ И АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ С МЕСТНЫМИ СМИ.....241

РАЗДЕЛ IV. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Ликстанов М.И.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ.....245

Старых В.С.
ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВО В МЕДИЦИНЕ
И ЭКОНОМИКА ЛПУ.....248

Коба В.И., Савкина С.А., Перевощикова Н.К., Торочкина Г.П., Воросцова Т.Г.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ.....249

Каткова М.А., Юзмеев В.Х.
ЛЕГОЧНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ (В РАННИХ СТАДИЯХ ЕГО РАЗВИТИЯ), ДЛИТЕЛЬНО КОНТАКТИРУЮЩИХ С НЕКОТОРЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АЗОТА.....249

Каткова М.А., Юзмеев В.Х.
ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С ОКИДАМИ АЗОТА.....250

Колпинская Т.Д., Каткова М.А.
МЕТОДИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПО НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ 251

Колпинская Т.Д., Каткова М.А.
ПРЕИМУЩЕСТВА ОСТЕОСИНТЕЗА ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПО НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ.....252

Харина Т.М., Крышталев К.И., Каткова М.А.
МЕТОДИКА ЦИСТОВИРСУНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....252

Греков Д.Н., Калиш О.А.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТЕХНОЛОГИИ ХИМИОНЕВРОЛИЗА
ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ СПВ.....253

Гатин В.Р., Чепров А.Г., Дубовой А.В., Митюков А.Е., Рисовер Р.Л.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА.....254

Иванов А.В., Истомин М.В.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНХОНДРОМ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИМПЛАНТАТОВ “SYNTHES”.....255

Доценко П.В., Волна А.А., Калашников В.В., Калашников В.Вл.,Достовалов Е.В., Мотин С.Г., Бояринов А.Г.
ИМПЛАНТАТЫ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ.....256