

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 межрегиональ-
ном территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массо-
вых 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 редак-
тора, Михайлуц А.П., Разумов А.С. – ответственный секре-
тарь, 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 № 6 - 2004



Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 6-2004: 20 июня – День Медицинского работника. Материалы, посвященные актуальным вопросам здравоохранения. – Кемерово: Изд. Дом “Медицина и просвещение”, 2004. – 72 с.

В сборнике, посвященном Дню медицинского работника, содержатся материалы о научной и практической деятельности специалистов, работающих в системе здравоохранения Кузбасса и Российской Федерации. Материалы дают общее представление о достижениях и проблемах медицины. Материалы могут представлять интерес для широкого круга читателей, прямо или косвенно связанных с медициной.

**Материалы подготовлены к публикации по инициативе
Администрации Кемеровской области.**

Ответственные за выпуск:
Е.А. Воронина
О.Л. Рытенкова

Дорогие друзья!

Сердечно поздравляю вас с профессиональным праздником Днем медицинского работника!

День медицинского работника стал праздником не только для тех, кто посвятил себя гуманному делу исцеления человека от недуга. Он стал действительно всенародным, так как нет ничего дороже жизни и здоровья людей. Именно на Вас – работников здравоохранения возложена огромная ответственность за сохранение этого бесценного достояния наших граждан.

Кузбасские медики – истинные подвижники, отдающие избранному делу все свои силы, знания, энергию, опыт. Не случайно, Кузбасское здравоохранение по своему развитию опережает многие регионы России.

Забота о поддержке здравоохранения остается одной из приоритетных задач Администрации области. Принимаются необходимые меры, чтобы сохранить действующую систему медицинских учреждений и оптимизировать ее. Выделяются средства на приобретение современного оборудования, развитие современных технологий, со-



циальную поддержку медицинских работников. Финансовые вложения и трудовые затраты в этой области многократно окупаются здоровьем и благополучием кузбассовцев.

Уверен, что совместными усилиями мы преодолеем трудности и выведем Кузбасское здравоохранение и медицинскую науку на мировой уровень.

Пусть душевная теплота и внимание, которые дарите вы своим пациентам, возвращается вам сторицей, а ваш благородный труд всегда ценится по достоинству. Пусть в вашей медицинской практике и в жизни будет меньше поводов для огорчения. Примите слова глубокой признательности и искренние пожелания большого человеческого счастья, семейного благополучия и крепкого здоровья.

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping 'A' followed by a series of loops and a final vertical stroke.

С уважением,
Губернатор Кемеровской области
А.Тулеев



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Вторая половина двадцатого века характеризуется исключительно бурным развитием методов лабораторной диагностики. Это привело к тому, что на рубеже столетий лабораторная диагностика становится основой клинической диагностики.

Лабораторная диагностика может и должна играть большую роль в обеспечении здоровья населения. Лаборатория не может вылечить больного, но она может дать диагностическую информацию, которая поможет врачу и пациенту принять правильное решение в отношении лечения, оценить его эффективность, а во многих случаях и предотвратить возникновение заболевания, благодаря обнаружению патологии на ранней стадии развития.

Важной основой лабораторной диагностики является и то, что она дает информацию о состоянии организма пациента на клеточном и молекулярном уровне. Это позволяет врачу более глубоко понять этиологию и патогенез заболевания.

Эффективность деятельности лаборатории оценивается по информативности, надежности (достоверности) и своевременности получаемых в ней результатов. Обеспечение эффективности достигается за счет внедрения новых, более информативных тестов, повышения квалификации кадров, автоматизации технологической процедуры анализа.

Клинико-диагностическая лаборатория ФГЛПУ "НКЦОЗШ" оснащена современным диагностическим оборудованием производства ведущих фирм США, Германии, Италии и Финляндии, которое позволяет быстро и эффективно проводить исследования различных биологических материалов с целью дифференцированного определения картины заболеваний и фиксирования нарушений различных метаболических процессов. За счет внедрения автоматизированных методов лабораторной диагностики во много раз выросла производительность — за день лаборатория может выполнить исследования сотни биологических проб по многим десяткам показателей.

В настоящее время клинико-диагностическая лаборатория ФГЛПУ "НКЦОЗШ" выполняет более 50000 исследований в месяц, 90 % из них проводятся на автоматических анализаторах. Спектр исследований представлен более 400 видами исследований практически по всем диагностическим направлениям. В лаборатории имеются 4 пункта забора крови, высококвалифицированные врачи клинической лабораторной диагностики, сеть врачей-клиницистов для оказания консультативной и лечебной помощи нашим пациентам. Активно проводится работа с добровольными медицинскими страховыми компаниями.

Главный принцип нашей работы — **“минимальные сроки выполнения исследований с максимально достоверным результатом, при безопасном взятии крови”**.

Для осуществления массового скрининга населения используются методы лабораторных исследований, обладающие высокой производительностью, малой инвазивностью и недорогие.

Современный гематологический анализатор позволяет из небольшого объема крови определить 18 показателей, характеризующих состояние эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Это большой объем информации, позволяющий выявлять широкий спектр заболеваний (анемии, тромбоцитопении, воспалительные процессы и др.). На исследование одной пробы крови требуется 1 минута.

Анализ мочи с использованием “сухой химии” (индикаторные тест-полоски) позволяет выявить как заболевания мочевыводящей системы, так и ряд других патологий (сахарный диабет, заболевания билиарной системы). Анализ состава мочи является обязательным в мониторинге за состоянием почек (содержание белка, глюкозы, форменных элементов крови).

Имеющееся в лаборатории оборудование позволяет проводить экспресс-диагностику неотложных состояний. Лабораторная экспресс-диагностика имеет специфический характер, как с точки зрения диагностических задач, так и с точки зрения техники выполнения исследований. Техническая особенность лабораторной экспресс-диагностики состоит в том, что должны применяться методы, не отнимающие много времени и требующие минимальных объемов крови. Частота осложнений, сопровождающих различные патологические состояния (кровопотери, ДВС-синдром, тромбозы, почечная недостаточность и др.), постоянно растет. Поэтому лабораторный комплекс, поддерживающий мероприятия интенсивной терапии, должен быть в каждой больнице. Он включает анализатор кислотно-основного равновесия и газов крови, анализатор электролитного состава, коагулометр, агрегометр, тромбоэластограф, биохимический анализатор (для определения концентрации метаболитов и активности ферментов). Современный автоматический биохимический анализатор для выполнения большинства тестов требует 2-10 мкл сыворотки крови, из одной пробы крови одномоментно (в течение 30 минут) можно выполнить до 30 исследований.

Например, для диагностики острого инфаркта миокарда исследуется активность кардиоспецифических ферментов — КФК, МВ-КФК, ЛДГ, ЛДГ-1, АСТ, АЛТ.



В арсенале современной лабораторной медицины имеется целый ряд тестов, которые позволяют объективно оценивать процесс свертывания крови. Это необходимо, например, при кровопотере, когда, с одной стороны, происходит повышение коагуляционного потенциала (увеличивается концентрация фибриногена, повышается активность ряда факторов, ответственных за образование фибрина), а с другой стороны, в соответствии с принципом равновесия, в системе гемостаза начинают активизироваться противосвертывающие механизмы, сдерживающие тромбообразование. Представление о состоянии свертывающей и фибринолитической системы крови в целом можно получить с помощью тромбоэластограммы.

Тонкое равновесие в системе гемостаза может быть нарушено из-за наличия патологии собственно системы гемостаза (при дефиците факторов свертывания – гемофилиях), при тромбоцитопениях и тромбоцитопатиях, вследствие иной патологии. Имеющееся в лаборатории оборудование позволяет обнаруживать причину нарушения свертывания крови.

Клинико-диагностическая лаборатория ФГЛПУ «НКЦОЗШ» – единственная лаборатория в Кузбассе, где в повседневную практику внедрены уникальные анализы, позволяющие оценивать репродуктивную функцию, диагностировать заболевания щитовидной железы, анемию, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, системные заболевания скелета, инфекционные заболевания, определять опухолевые маркеры, проводить лекарственный мониторинг и т.д. Это стало возможным благодаря приобретению иммунохемилюминесцентного анализатора «Immulite».

Репродуктивная функция

Интенсивное развитие биологии репродукции в последние годы во многом обусловлено появлением новых технологий, позволяющих быстро и корректно измерять факторы, определяющие функционирование системы репродукции. Прогресс в клиническом применении методов лабораторной диагностики целиком зависит от развития автоматических аналитических систем, особенно систем, позволяющих проводить индивидуальное экспресс-обследование пациентов. Тем самым, в клинической практике появилась реальная возможность быстрого, всестороннего и достоверного обследования пациентов, страдающих любыми формами нарушения фертильности. Следует подчеркнуть, однако, что основные исследования репродукции человека касаются физиологии и патологии женской репродуктивной системы. При этом предметом изучения стала не только непосредственно репродуктивная система, но и вся физиология женского организма в разные возрастные периоды.

Гораздо меньше внимания традиционно уделяется физиологии мужчины. Состояние репродуктивной системы мужчины можно оценить по спермограмме, уровню тестостерона, ЛГ и ФСГ в крови.

Низкий уровень тестостерона и низкая концентрация гонадотропинов свидетельствует о центральных нарушениях системы, а высокий уровень гонадотропинов при дефиците тестостерона – о первичном нарушении функции гонад.

Сегодня мы можем проводить экспресс-определение эстриола в крови. Это высокоинформативный способ контроля за состоянием плода. Динамическое измерение уровня эстриола в крови беременных женщин дает четкое представление о степени благополучия плода.

Тиреоидная группа

Во всем мире заболевания щитовидной железы являются наиболее распространенной эндокринной патологией и занимают второе место после сахарного диабета. Эффективные лабораторные стратегии основываются на первичном измерении уровня ТТГ в сыворотке крови (выявление гипотиреоза новорожденных, диагностика первичного и вторичного гипотиреоза, диагностика клинического гипертиреоза, слабовыраженных и субклинических состояний и нетиреоидных заболеваний, тонкое регулирование заместительной терапии при гипотиреозе и после удаления щитовидной железы). Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы требует дополнительного измерения уровня свободного Т3 и Т4, аутоантител.

Анемия

Анемии давно стали неотъемлемой частью нашей жизни. Редко можно встретить человека, особенно живущего в городе, кто не знает на своем опыте, что такое анемия. Анемия не обходит стороной никого: ни детей, ни стариков, ни беременных женщин. Но именно для этих трех категорий людей наличие анемии наименее желательно. С ней приходят слабость, повышенная утомляемость и, как следствие, болезни. Однако, не все так плохо. К счастью, большинство вариантов анемий поддаются простому, недорогому лечению. Единственная проблема – как узнать, какая у вас или вашего пациента анемия?

На этот вопрос может частично ответить простой анализ крови, выполненный на гематологическом анализаторе и включающий в себя количество эритроцитов, гемоглобина и характеристики эритроцитов (средний объем, средняя концентрация гемоглобина в одном эритроците, степень анизоцитоза эритроцитов). Общий анализ крови позволяет провести предварительную дифференциальную диагностику анемии и направить дальнейшие исследования в нужное русло. Дальнейшие исследования могут заключаться в исследовании обмена железа или желчных пигментов (на биохимическом анализаторе «Hitachi», ферритина, витамина В12, фолиевой кислоты или эритропоэтина на аппарате «IMMULITE»).

Метаболиты костной ткани

В настоящее время ВОЗ ставит проблему остеопороза по его социально-экономической и меди-



цинской значимости на 4-е место, вслед за сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и диабетом. Остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящее к увеличению хрупкости костей и повышению риска переломов даже после небольших травм. Остеопороз возникает в результате нарушения баланса между процессами резорбции и ремоделирования кости.

Клиническая значимость биохимических маркеров заключается в том, что они позволяют оценить риск переломов костей, являются важными параметрами для оценки эффективности терапии, позволяют выявить быструю потерю костной массы, играют важную роль при проведении мероприятий по профилактике остеопороза, позволяют прогнозировать скорость потери костной массы, могут использоваться при проведении скрининговых исследований, в том числе и популяционных.

Внедрение в практику комплекса методов диагностики остеопороза показало их эффективность, как в постановке диагноза, так и в оценке адекватности терапии.

Опухолевые маркеры

В последнее десятилетие в практику онкологических учреждений стали внедряться методы определения, так называемых, “маркеров опухоли” – антигенов, синтезируемых опухолевой тканью. Корректная оценка результатов этих анализов дает реальную возможность дифференциации злокачественных и доброкачественных опухолей по содержанию соответствующего антигена. Стал доступным и мониторинг больных, т.е. систематическое наблюдение за эффективностью проводимой терапии и выявлением рецидивов заболевания по изменению уровня онкомаркера в процессе лечения.

Показано также, что у больных доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников и матки приблизительно в 60 % случаев регистрируются повышенные уровни онкомаркеров, по сравнению с гинекологически здоровыми женщинами. При эндометриозе яичников в 30 % случаев уровень СА 125 (маркера рака яичников) превышает дискриминационное значение концентрации. Определение уровня нескольких специфических онкомаркеров позволяет повысить эффективность диагностики новообразований.

Из группы плацентарных антигенов наиболее известны хориогонин (ХГ), плацентарный лактоген (ПЛ) и альфа-гликопротеин беременности. К метаболическим маркерам относятся щелочная фосфатаза, гамма-эстераза, ферритин, простагландины. В группу онкофетальных антигенов входят альфа-фетопrotein (АФП) и раковый эмбриональный антиген (РЭА). Среди антигенов, ассоциированных с мембранами опухолевых клеток, наибольшее диагностическое значение приобрели антиген серии СА-СА 12-4, СА 15-5, СА 19-9, СА 125 и др., а также серии LSA и MCA.

Выделение в 1971 году из семенной жидкости, последующая идентификация в ткани предстательной железы и обнаружение в крови здоровых лиц и больных раком предстательной железы (РПЖ) простатспецифического антигена (ПСА) сделали возможным использование ПСА в качестве наиболее эффективного маркера для дифференциальной диагностики РПЖ и доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) а также для контроля за эффективностью лечения РПЖ.

В настоящий момент ПСА является единственным известным опухолевым маркером, который может использоваться для скрининговых целей.

Нарушение структуры простаты – наиболее частая возрастная проблема. То же самое относится и к злокачественным новообразованиям этого органа. Ежегодное исследование состояния предстательной железы после 45-40 лет – обязательный компонент профилактики. Методы определения суммарного и свободного антигена предстательной железы (с вычислением соответствующего индекса) вполне адекватны, и должны быть доступными для всех мужчин.

Инфекционные заболевания

Современные методы анализа с использованием иммунохемилюминесцентной технологии позволяют определять концентрацию специфических иммуноглобулинов к ряду вирусных инфекций, с целью выявления потенциальных рисков инфицирования ими (Anti-HBc IgM, IgG к цитомегаловирусу, IgG и IgM к вирусу краснухи, IgG и IgM к токсоплазме, IgG к вирусу герпеса I и II, H. Pylori IgG).

Достоверно установлен тот факт, что H. Pylori может быть причиной гастрита, дуоденита, язвенной болезни и рака желудка. Известно, что 95 % людей с язвой двенадцатиперстной кишки инфицированы H. Pylori. Для диагностики этой инфекции мы предлагаем чувствительным, специфичным и быстро реализуемым тестом на основе иммунохемилюминесцентного определения специфических иммуноглобулинов к H. Pylori.

Для диагностики инфицирования вирусом гепатита В используется определение маркеров завершения острой фазы инфекции, указывающие на формирование иммунитета к ВГВ (антител к белкам вируса гепатита В) и наличие поверхностных и ядерных антигенов вируса.

Кроме того, современные микробиологические методы позволяют выявлять широкий спектр бактериальной инфекции (аэробные инфекции, анаэробные инфекции, идентификация микроорганизмов, определение чувствительности к антибиотикам методом серийных разведений).

СТГ

Расширение сведений о роли соматотропного гормона в регуляции соматического статуса создало новое направление в лечении старения – заместительная терапия препаратами соматотропина. В связи с этим, определение уровня СТГ и формиро-



вание возрастных нормативов стало очередной задачей лабораторий, обладающих аналитической техникой.

Возможность точного, быстрого и относительно недорогого определения соматотропного гормона выявило высокую частоту гиперсоматотропных состояний, требующих соответствующей терапии.

Иммунохемилюминесцентная система “IMMULITE” позволяет проводить раннюю диагностику острого инфаркта миокарда (креатининкиназа-МВ, тропонин I, миоглобин), сахарного диабета (инсулин, С-пептид), выявлять нарушения функции надпочечников (кортизол, АКТГ), оценивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (гомоцистеин), осуществлять лекарственный мониторинг (фенобарбитал, фенитоин, карбамазепин, вальпроевая кислота, гентамицин, дигоксин, теофиллин).

В небольшой публикации, безусловно, невозможно сколько-нибудь полно отразить то огромное значение, которое может играть лабораторная диагностика в решении задач обеспечения здоровья населения. Цель статьи – обратить внимание на широкие возможности современной лабораторной диагностики и на ее эффективность, в том числе экономическую. Затраты на проведение оптимального комплекса лабораторных исследований позволяют во много раз сократить расходы на лечение тяжелых осложнений и хронических форм болезней.

Регулярное, доступное и своевременное обследование в лабораториях широкого профиля позволяет предупредить многие неприятности и реально улучшить качество жизни. Хорошо оснащенные лаборатории сделают труд врачей значительно более эффективным.

В.В. ЗАХАРЕНКОВ, Ю.А. ГРИГОРЬЕВ, Е.Н. РЕПИН, А.М. ОЛЕЩЕНКО, Г.И. ЧЕЧЕНИН
*ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
г. Новокузнецк*

О СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВЛАСТИ И БИЗНЕСА ЗА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ

Президентом Российской Федерации В.В. Путиным как важнейшее условие повышения благосостояния населения страны, определена одна из приоритетных задач до 2010 года – увеличить валовый внутренний продукт в два раза. Решение этой задачи потребует, прежде всего, реструктуризации производства и интенсификации труда на основе внедрения новых технологий, что может быть выполнено при сохранении и укреплении здоровья лиц, занятых на производстве, поскольку они представляют трудовые ресурсы – производительную силу общества. Здоровье населения, в том числе работающего, находится в тесной зависимости от экономического развития страны, условий и уровня жизни, уровня образования, образа жизни. Важнейшими факторами, влияющими на здоровье работающих, остаются организация производства и медико-санитарное обслуживание, условия и режим работы (Н.Ф. Измеров, 2002).

Сложившаяся в настоящее время в стране ситуация со здоровьем работающих и медико-демографическая обстановка остаются критическими. Из данных, приведенных в таблицах, видно, что прогноз численности трудоспособного населения неблагоприятный, к тому же увеличивается демографическая нагрузка на работающих. Смертность населения трудоспособного возраста превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза, а от несчастных случаев, отравлений и травм, в сравнении с развитыми странами, – в 2,5 раза. Все вышесказанное характерно и для сибирских регионов, в том числе для Кемеровской области, но с еще боль-

шими негативными проявлениями, обусловленными специфическими особенностями промышленного производства и экологической ситуацией. Здесь удельный вес занятого населения составляет более 60 %, а смертность лиц трудоспособного возраста в 1,5 раза выше среднероссийского уровня. Высокими остаются показатели травматизма и профессиональной заболеваемости. Два процента (35 тыс. человек) от всего занятого населения получают регрессные иски.

Негативные тенденции просматриваются в соблюдении надлежащих условий труда. Почти 22 % из общей численности занятых работают во вредных условиях труда, 41 % работающих в черной металлургии находятся в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям. В угледобывающей отрасли в подобных условиях работают от 70 до 85 % рабочих подземной добычи угля. Улучшение условий труда тесно связано со снижением уровня общей и профессиональной заболеваемости. При анализе профессиональной заболеваемости за последние 40 лет на Новокузнецком алюминиевом заводе максимальное число впервые выявленных случаев профессионального флюороза зарегистрировано в 1988-1997 гг. Это связано с кумулятивным характером воздействия фторидов на организм работающих и формированием флюороза не ранее, чем через 10-15 лет. В 1998-2001 гг. наблюдалась тенденция к отчетливому снижению уровня профессиональной заболеваемости, что в значительной степени связано с улучшением условий труда. Вероятно, эта тенденция примет еще бо-



лее отчетливые контуры в ближайшие годы, так как в 2002 г. был зарегистрирован лишь один случай профессионального заболевания.

Затянувшийся процесс смены собственников, как в целом по стране, так и на предприятиях Кузбасса и в городе Новокузнецке, не способствовал росту производства. Это привело к сокращению средств, выделяемых на охрану здоровья, улучшение условий труда на производстве и в бюджеты всех уровней, и, как результат, к свертыванию профилактических программ. Одновременно с этим изменились повседневные условия жизни рабочих. Здесь можно отметить нарушение динамического стереотипа, социально-психологическое напряжение, неуверенность в завтрашнем дне, боязнь быть уволенным, пренебрежение к своему здоровью и т.п. Все это не могло не сказаться на состоянии здоровья работающих. При этом общее число работающих постоянно сокращается. Потери лиц трудоспособного возраста в стране опережают потери населения в целом. Идет хронизация патологии, когда заболевания выявляются в запущенных формах. По данным ряда исследований, только 13 % работающих можно отнести к числу здоровых. Напрашивается вопрос: о каком повышении производительности труда и профессиональном долголетии, особенно квалифицированных рабочих, машинистов грузочных машин, операторов прокатных станков и др., может идти речь?

Должна быть создана новая система взаимоотношений собственников крупного бизнеса с общественностью и властью, в основе которой должен быть положен принцип социальной ответственности за достижение главной цели – повышение благосостояния граждан. Для этого нужна четкая стратегия развития нашего государства. От того, по какому пути оно пойдет, будет зависеть методологический подход к охране труда. Следует отметить три возможных варианта развития. Первый вариант – возврат к построению социалистического общества, когда вся рабочая сила принадлежит государству, осуществляется строжайший повсеместный учет и контроль над производством и распределением продуктов в масштабах страны. В этих условиях государство берет на себя ответственность за создание надлежащих условий труда и безопасности, охрану здоровья работающих. При этом желания граждан учитываются не всегда.

Следующий вариант, альтернативный первому, – построение капиталистического общества. При этом сценарии развития общества будет другая политика и роль государства в охране профессионального здоровья и обеспечении безопасности. Здесь предпочтение отдается формированию гражданского общества, главной фигурой становится свободный гражданин. Рабочая сила является товаром, который продается и покупается по определенным правилам, по обоюдному согласию сторон. То есть, появляется возможность договариваться, четко очерчивать круг обязанностей и ответственности каждого: власти, работодателей, работа-

ющих. И, в конечном итоге, повышать качество и эффективность охраны труда и безопасность работающих, как в странах Западной Европы.

Дублинским фондом в 2001 г. проведен сравнительный анализ в 10 новых странах-претендентах по вступлению в ЕС. Его результаты свидетельствуют о том, что в области профессионального здоровья и безопасности требуется принятие серьезных мер, поскольку трудящиеся в этих странах в большей степени подвергаются негативным факторам производства (шуму, неудобству рабочего места, усталости и костно-мышечным расстройствам), чем их коллеги в западноевропейских странах. Комиссия европейского сообщества по профессиональному здоровью и нормированию, в связи с расширением Европейского Союза и ВТО, по результатам сравнительного анализа, в качестве перспективной задачи выдвигает стандартизацию норм профессионального здоровья и безопасности. Задача работодателей, власти и профсоюзов – добиться принятия и исполнения европейских стандартов по охране труда и безопасности. Стандарты вносят фундаментальный вклад в профессиональное здоровье и разработку профилактических мер по безопасности. Здесь особо следует отметить активную позицию, которая отводится профсоюзам и самим рабочим в создании стандартов.

Наконец, третий вариант – смешанный. При этом сценарии рабочая сила принадлежит работнику, но условия её продажи работодателю регламентируются государством и проявляются в ограничении свободы трудового договора, а также в обязательном государственном страховании работников: пенсионном, нетрудоспособности, медицинском, профзаболеваний и несчастных случаев на производстве.

Из сказанного становится ясно, что главным в совершенствовании охраны здоровья и безопасности работающих является четко сформулированный стратегический курс развития страны. До настоящего времени для нашей страны характерен, к сожалению, третий вариант.

И, тем не менее, мы должны помнить, что “Труд”, “Капитал” и “Здоровье” – это три взаимосвязанных явления производственного процесса, которые требуют гармоничного развития, и во многом зависят от взаимодействия бизнеса, власти и общества. Прежде всего, речь идет о создании гражданского общества и ответственности власти и работодателей. Должен учитываться обоюдный интерес бизнеса, власти и общества в целом.

Почему речь идет о взаимодействии, а не о влиянии бизнеса на развитие экономики? Дело в том, что в нашей стране многие предприятия являются градообразующими, и их воздействие на население в целом как позитивное, так и негативное. Например, в г. Новокузнецке по-прежнему сохраняется высокая степень загрязнения атмосферного воздуха и открытых водоемов выбросами промышленных предприятий и автотранспорта, что негативно отражается на состоянии здоровья населения города.



Организация взаимодействия власти, работодателей и трудящихся в гражданском обществе строится на четком распределении обязанностей, установлении “границ” и безусловном выполнении законов и договорных обязательств сторон. Чтобы определить и распределить обязанности сторон, требуется их тщательное изучение и обоснование с системных позиций, поскольку в настоящее время устанавливаются новые взаимоотношения “власти – бизнеса – трудового потенциала”. Прежде всего, необходимо провести анализ существующих взаимосвязей, выявить проблемные ситуации.

Главная роль государства, по нашему мнению, должна заключаться в выполнении внешних целей, создании законодательно-правовой базы по инициативе общества и обеспечении непереносимого их выполнения, создании необходимых условий для формирования гражданского общества. В современной России нет достаточно уважительного отношения к границам. Проявляется это неуважение в том, что политики полагают, будто кроме защиты границ у них есть две другие задачи, более важные. Решение экономической и социальной задачи требует средств, и государство обязывает своих граждан платить налоги. Налоги должны платить даже те, кому не нравятся экономические и социальные услуги государства. В этом обнаруживается нарушение границ.

Подобная социально-экономическая политика порождает опасные для жизни и здоровья последствия. Государственное и муниципальное здравоохранение остается плохо оснащенным, а врачи в нем – бедными. Государство, соучаствующее в нарушении границ, вместо того, чтобы противодействовать такому нарушению, теряет уважение. При этом отношения граждан, построенные на взаимном согласии, добровольности, договоре, уважении к границам, являются стержнем либерального общественного устройства.

В отличие от социалистов, которые готовы возложить на демократически выбранные властные структуры любые функции, либералы считают, что вмешательство государства в частные дела необходимо свести к минимуму, в таких условиях будет меньше нарушений границ.

Любая власть, от имени общества, претендует на три роли: надзорную (военно-полицейскую), публично-созидательную и патерналистскую. При либеральном подходе, в сфере охраны здоровья, публичная власть выполняет эти роли следующим образом.

Надзорная (военно-полицейская) роль государства. В охране здоровья она превращается в санитарный надзор. Вмешательство государства в решение спорных вопросов необходимо только тогда, когда виновный не соглашается с предъявленным ему счетом со стороны потерпевшего или третейского суда, когда ущерб наносится государственному, а не частному имуществу, или когда ущерб ложится на многих граждан, и в этом случае лучшим вариантом действий являются коллективные.

Публично-созидательная роль государства. Власть уполномочивается народом выступать в роли организатора коллективных действий. В этой роли она формирует спрос и цены на блага, пользу от которых совершенно свободно получает или может получить любой член общества. Она продает блага, владеть сообща которыми становится неэффективно. Государство должно обосновывать и доказывать обществу необходимость своих функций.

Патерналистская роль государства. В социалистической доктрине медицинская помощь, продовольствие, жилье, одежда, обучение и воспитание граждан – прямая забота государства. В либеральном обществе люди обеспокоены ростом государственного патернализма. Особенно сильна медицинская опека государства над гражданами. Либералы полагают: лучшее, что может сделать государство для благополучия граждан – это устранить заботу об их благополучии. Ведь гарантированное государственное довольствие детренирует людей, превращает их в ленивых и беспомощных существа, отучает их помогать друг другу частным образом из-за привычки к казенной помощи. В обществе, в котором государству позволено вмешиваться в перераспределительные процессы с целью выравнивания доходов, ущемляются таланты, подрываются стимулы к труду, разбухает бюрократия, тормозится производство. Самое парадоксальное, что масштабные перераспределительные процессы, задуманные для выравнивания доходов, не достигают поставленной цели. По мнению либералов, государственное обеспечение уместно лишь по отношению к детям, душевнобольным и немощным.

В России вряд ли возможно резко отказаться от патерналистской роли государства по отношению к взрослым, здоровым людям. Слишком уж привыкли миллионы людей видеть в государстве отца-воспитателя и кормильца. Поэтому сворачивание государственного патернализма в России должно сочетаться с просветительской работой, в результате которой люди осознали бы цену государственной опеки и начали требовать отказа от нее.

Взаимоотношения между работодателями и работающими должны строиться на условиях партнерства. Отдельные крупные промышленные компании, крупнейшие работодатели и налогоплательщики, понимая свою ответственность и руководствуясь стратегическими целями развития компаний, придают исключительное значение всему комплексу социальных вопросов и, прежде всего, в вопросах создания условий для здорового образа жизни и здоровой общественной среды. Широко известен в стране положительный опыт решения социальных вопросов и охраны здоровья не только работающих, но и членов их семей, населения в целом, поскольку многие предприятия являются градообразующими (Череповец, Липецк, Новокузнецк и др.). Решение задачи совершенствования охраны здоровья работающих требует исследования влияния всего комплекса факторов на состояние работающего человека и, на их основе, разработки про-



граммы превентивных мероприятий. Это возможно осуществить в том случае, когда решающим условием успешной деятельности любой компании является эффективная социальная политика, основанная на партнерских отношениях со своими работниками, государством и обществом.

В компании “ЕвразХолдинг” серьезное внимание уделяется улучшению условий труда и безопасности на предприятиях. Так, в ОАО ЗСМК разработана целевая программа по техническому перевооружению устаревшего оборудования в литейном цехе. В ОАО НкМК разработана программа модернизации и технического перевооружения, которая предусматривает рост производства электростали до 1,5 млн. тонн в год. Техническое перевооружение предприятия предусматривает решение экологических проблем: строительство газоочистных сооружений ЭСПЦ-2, на пятой доменной печи и другие. В коллективные договоры и соглашения по охране труда организаций холдинга вносятся обеспеченные финансированием организационно-технические мероприятия, направленные на снижение уровней производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, улучшение окружающей среды. В ОАО ЗСМК затраты на реализацию этих мероприятий в 2002 г. составили более 54 млн. рублей. Расходы на улучшение и охрану труда в ОАО НкМК и других организациях составляют от 0,35 % до 1,39 % от всех затрат на производство. В холдинге создан Социальный совет горно-металлургического комплекса “ЕвразХолдинг”, куда вошли представители власти, работодателя, топ-менеджеры, профсоюзы и др. Основным звеном взаимодействия администрации и профсоюзных организаций в работе по охране труда является общественный институт уполномоченных (доверенных) лиц по охране труда. Во всех организациях созданы совместные комитеты (советы) по охране труда. Так, в структурных подразделениях ОАО ЗСМК избраны и работают 1360 уполномоченных (доверенных) лиц по охране труда. Они ежегодно подают около 17 тысяч предложений и замечаний, направленных на предупреждение случаев травматизма, улучшение условий труда на рабочих местах. В ОАО НкМК общественный контроль осуществляют 880 уполномоченных. В Таштагольском руднике – 87 уполномоченных по охране труда, ими было подано около 8 тыс. предложений.

Решением Социального совета, созданного в компании, предусмотрено заключение финансового договора с ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН на проведение исследования по разработке научно-обоснованной комплексной программы охраны здоровья работающих.

Институт имеет опыт проведения подобных научно-исследовательских работ. Исследовательские работы по данной проблеме ведутся институтом по научным направлениям, сформулированным при организации института на трех уровнях:

- популяционном;

- групповом (социальные группы, в том числе работающие);

- индивидуальном.

На популяционном уровне, по рассматриваемой в данном сообщении проблеме, институт научно обосновал концепцию социально-гигиенической паспортизации – прообраз социально-гигиенического мониторинга (СГМ). Совместно с ГИДУВом и КМИАЦ разработана система информационного обеспечения органов управления, руководителей предприятий, общественных организаций на уровне крупного промышленного города. Заканчивается исследовательская работа и проектирование СГМ общественного здоровья и среды обитания на муниципальном и региональном уровнях. В настоящее время в городе внедрены два блока из трех “Здоровье” и “Среда обитания”. Проведены социально-гигиенические исследования по поиску резервов увеличения продолжительности жизни населения Сибири (медико-демографические и медико-социальные аспекты). Научно обоснованы подходы и технологии использования интегральных оценок общественного здоровья и среды обитания на региональном уровне. Разработана научно обоснованная перспективная модель медико-социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов.

На групповом уровне разработаны: комплексная оценка здоровья трудовых коллективов (на примере металлургических производств); гигиенические основы оценки риска нарушений здоровья различных групп населения под влиянием атмосферных загрязнений; гигиенические основы оценки риска нарушений здоровья у рабочих НКАЗа и шахтеров угольных разрезов. Доказано, что методология оценки риска здоровья органично сочетается с системой формирования санитарно-гигиенических рекомендаций и мероприятий по формированию управляющих решений, носит фундаментальный характер и может быть эффективным инструментом санитарного надзора, предложена система мониторинга профессиональных заболеваний.

На индивидуальном уровне изучено действие фтора на организм. Анализ костных проявлений при фтористой интоксикации с использованием трепанобиопсии позволил обосновать новое понятие “фтористой остеопатии”, интегрально объединяющее весь спектр костных изменений, и разработать профилактические рекомендации. Разработано научное обоснование нового направления в изучении гемодинамики малого круга кровообращения и сердца при пылевой патологии с позиции системности её характера в связи с хронически протекающим воспалительным процессом. Разработано и успешно развивается перспективное направление по изучению медленноволновых процессов в организме человека при различных функциональных состояниях. Изучены клинко-спектральные медленноволновые синдромы гемодинамики, определены признаки энергодифицитных состояний, предложены пути их коррекции. Гене-

тические исследования позволили определить особенности предрасположенности работающих к тем или иным профессиональным заболеваниям. В целом, научные исследования, проводимые на индивидуальном уровне, характеризуются комплексным подходом к изучению патогенеза профессиональных заболеваний, разработке новых методов диагностики и профилактики.

В перспективе на ближайшие десять лет институт будет продолжать работу по научным направлениям, актуальным на современном этапе развития общества. Объект изучения – здоровье насе-

ления, отдельных социальных групп, индивидуума, и факторы, на него влияющие, – остается без изменения. Изменяется предмет изучения – условия труда и жизни, состояние здоровья на трех уровнях: популяционном, групповом, индивидуальном, а также система охраны здоровья, в том числе, работающих. Методологическая основа научных исследований базируется на системном подходе, концепции рисков, гигиеническом нормировании, новых информационных технологиях, новом научном направлении – терминомике и, сохраняющем свою актуальность, профилактическом направлении.

Кемеровский областной кардиологический центр

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, СТАНОВЛЕНИЯ, РАЗВИТИЯ, СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ ДОСТИЖЕНИЙ СЛУЖБЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ КУЗБАССА

Первая операция на сердце в Кемеровской области выполнена заслуженным врачом РФ, почетным гражданином г. Кемерово, выдающимся хирургом М.А. Подгорбунским (1896-1986 г.). Март 1957 г. – успешная пальцевая митральная комиссуротомия при митральном стенозе. Год спустя, осенью 1958 г. был организован кабинет для ангиокардиографии. На этапе становления клинической базой для развития сердечно-сосудистой хирургии послужило отделение торакальной хирургии областной клинической больницы № 1. Именно здесь в 1960 г. выполнена первая операция при коарктации аорты, в 1965 г. – первая паллиативная операция при тетраде Фалло. За период 1967-1968 гг. выполнены первые операции при септальных дефектах у детей в условиях гипотермической защиты. С 1968 г. на базе областной больницы организована лаборатория искусственного кровообращения (И.К.). В 1969 г. профессор Теодор Израилевич Шраер выполнил первую операцию в условиях искусственного кровообращения (коронарокаротидная перфузия).

Знаменательным этапом в развитии сердечно-сосудистой хирургии региона и Сибири в целом является 1971 год. Кемерово посетил один из основоположников российский кардиохирургии академик Владимир Иванович Бураковский. Им лично выполнена показательная операция в условиях И.К. – протезирование митрального клапана шаровым протезом. В 1973 г., при непосредственном участии профессора Григория Иосифовича Цукермана, выполнена первая операция на “открытом сердце”, во время которой операционная бригада полностью состояла из кемеровских хирургов.

В 1974 г. официально открыто кардиохирургическое отделение на 40 коек (с 1975 г. – 50 коек). Осно-

ванием явился приказ МЗ СССР об организации центра сердечно-сосудистой хирургии в г. Кемерово (министр В.В. Трофимов). Инициатором создания и первым руководителем центра был профессор Т.И. Шраер. С 1976 г. бессменным руководителем центра является член-корреспондент РАМН профессор Леонид Семенович Барбараш, который в 1987 г. выполнил первую в Кузбассе операцию аортокоронарного шунтирования (в сочетании с протезированием аортального клапана), затем – первую операцию при аневризме восходящей аорты по принятой тогда методике Cabrol.

Значительную роль в развитии кардиохирургии в разные годы сыграли заведующие отделением: Костюченко А.Ф. (1974-1976), заслуженный врач РСФСР Козлов А.С. (1976-1982), к.м.н. Попов В.В. (1982-1987), к.м.н. Кокорин С.Г. (с 1987 г. по настоящее время).

В 1988г. произошла серьезная реорганизация хирургической службы – на базе отделения кардиохирургии открылись отделение хирургического лечения пороков сердца, отделение хирургического лечения нарушения ритмов сердца ИБС, лаборатория по производству клапанов сердца и сосудов.

Затем был создан Кемеровский кардиологический диспансер. Возникновению этой уникальной для России структуры предшествовал ряд предпосылок. К концу 80-х годов кардиологическая служба Кемеровской области была представлена разрозненными кардиологическими отделениями и кардиологическими приемами в некоторых городах и районах, со слабым диагностическим обеспечением, не позволяющим проводить диагностику на современном уровне. Отсутствовало единое организационно-методическое начало. Вместе с тем, к тому моменту уже 15 лет, в области работал кардио-



хирургический центр, оказывавший помощь больным с врожденными и приобретенными пороками, ишемической болезнью сердца, нарушениями ритма и проводимости. Но развитие современной и переносимой на то время кардиохирургической службы тормозилось неразвитостью кардиологического терапевтического звена, как на этапе своевременного выявления и направления больных на хирургические методы лечения, так и на этапе последующей реабилитации.

В Кемерове сложилась необычная ситуация, когда необходимость развития кардиологической службы была осознана впервые не представителями терапевтического крыла этой профессии, а их коллегами-хирургами. В связи с этим, в 1991 году в городе Кемерово, по инициативе и под непосредственным руководством лидера кардиохирургического центра профессора А.С. Барбараша, был создан специализированный кардиологический диспансер (ККД). Организация диспансера как учреждения предполагала развитие кардиологической службы на совершенно ином уровне. Целью создания ККД было обеспечение единого организационно-методического руководства кардиологической службы города и области, расширение доступности высокоспециализированной кардиологической помощи для населения, внедрение новых ресурсосберегающих медицинских технологий.

Основными этапами совершенствования кардиологической помощи стали:

- Создание единой амбулаторной кардиологической помощи города – 1991 г. (городской кардиологический диспансер).
- Реорганизация стационарной специализированной помощи – 1993-1994 гг. (отделения сердечно-сосудистой хирургии, инфарктного отделения и общей кардиологии).
- Становление специализированной реабилитационной помощи – 1995 г. (кардиологический санаторий “Меркурий”).

Организационная структура в настоящее время представлена кардиологической поликлиникой, стационарными отделениями (терапевтическими и хирургическими), кардиологическим санаторием “Меркурий”, диагностическими и вспомогательными отделениями. В ККД предоставляются следующие виды медицинской помощи: внебольничная амбулаторно-поликлиническая, специализированная больничная (стационарная), санаторно-курортная (реабилитационная).

В результате организационных преобразований, в городе Кемерово сложился уникальный для России технологический цикл оказания помощи больным с патологией сердечно-сосудистой системы, когда в составе одного специализированного учреждения задействованы все основные этапы: амбулаторный (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение), госпитальная помощь терапевтического и хирургического профилей, санаторная реабилитация. Данная структура являет собой своеобразный “медицинский холдинг”, объединяющий лечебные,

диагностические и научно-исследовательские организации с различной формой собственности в мощную организацию с единой целью. Все это позволило получить значительный медицинский, социальный и экономический эффект.

Закономерным этапом развития явилось открытие 1 января 2001 г., на базе Муниципального учреждения здравоохранения “Кемеровский кардиологический центр”, Государственного учреждения “Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН”. Юридическими предпосылками послужили:

1. Постановление № 157 Президиума Российской академии медицинских наук (протокол № 13, § I) от 13 сентября 2000 г. “Биоматериалы для сердечно-сосудистой хирургии: проблемы и перспективы”.

2. Приказ № 62 Российской академии медицинских наук от 26 октября 2000 г. “О создании Государственного учреждения Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов СО РАМН с клиникой в г. Кемерово”.

3. Приказ № 7-п Сибирского отделения Российской академии медицинских наук от 09 ноября 2000 г. “О создании Государственного учреждения Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов СО РАМН с клиникой в г. Кемерово”.

Директор учреждения – чл.-корр. РАМН, профессор А.С. Барбараш, главный врач клиники – к.м.н. Г.В. Моисеенков. Кадровый состав в 2004 г.: доктора медицинских наук – 4 человека, кандидаты медицинских наук – 12 человек, кандидаты биологических наук – 3 человека.

В настоящее время основное направление научно-практической деятельности учреждения – биологические протезы в сердечно-сосудистой хирургии. Лаборатория – единственное в России предприятие, серийно выпускающее всю гамму оригинальной биологической продукции для сердечно-сосудистой хирургии Биопротезами “КемКор”® на гибком опорном каркасе замещаются пораженные митральные и трикуспидальные клапаны сердца, которые с 1991 г. имплантированы более чем 500 пациентам в ведущих кардиохирургических клиниках страны. Биопротезы кровеносных сосудов “КемАнгиопротез”® используются для замещения пораженных артерий среднего и малого диаметра, а также при АКШ. “КемПериплас”® – новый пластический ксеноперикардальный материал, используется для закрытия септальных дефектов, протезирования восходящей аорты, изготовления кондуитов для операций Растелли, Росса, моностворок при тетрадах Фалло.

Новое поколение биопротезов – бескаркасные биопротезы “АБ-Моно-Кемерово” и “АБ-Композит-Кемерово”® аортального клапана. Кроме замещения пораженного аортального клапана у взрослых, данные протезы с успехом используются в составе правосторонних кондуитов в хирургии врож-



денных пороков сердца (ВПС) у детей раннего возраста.

За разработку новых моделей биологических клапанов сердца группа сотрудников учреждения, впервые в России, была удостоена в 1997 г. престижной международной премией в области новаций в сердечно-сосудистой хирургии им. С.W. Lillehei, в 2000 г. – ежегодной премии Правительства РФ “По итогам науки и техники” (впервые в истории Кузбасса). За время существования службы сотрудниками успешно защищены 10 докторских и более 30 кандидатских диссертаций.

В настоящее время в кардиохирургической клинике на 60 коек выполняются все современные методы хирургического лечения, в т.ч. высокотехнологичные, различных заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и взрослых. В 2002 году МЗ и СР РФ, совместно с РАМН, целевыми поставками, укомплектовали учреждение ультразвуковой аппара-

турой и ангиографической установкой последнего поколения. Это, в сочетании с федеральным финансированием, позволило начать в Кузбассе современное лечение пациентов с острым коронарным синдромом – проведение коронароангиографии, баллонной ангиопластики со стентированием коронарных артерий.

В 2003 г. в клиническую практику успешно внедрены методики радикального лечения некоторых видов ВПС в условиях рентгенооперационной, с использованием эндоваскулярных технологий. Специалисты клиники вплотную подошли к решению проблемы своевременного хирургического лечения сложных врожденных пороков сердца, в том числе у детей первого года жизни. Единственным сдерживающим моментом пока остается отсутствие собственных операционных площадей, но и этот вопрос активно решается усилиями администрации области и города.

О.А. БЕРЕЗИКОВА, О.И. УСЕНКО

Кемеровский областной хоспис,

Кемеровская региональная общественная организация “Центр развития паллиативного ухода в Кузбассе”

О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

На основании многочисленных эпидемиологических исследований выяснено, что человечество вступило в эру роста неинфекционной заболеваемости: увеличивается продолжительность жизни, все больше людей доживают до преклонного возраста, отмечается постоянный рост онкологических заболеваний. По данным ООН, в 2000 г. во всем мире диагностировано 9 млн. новых случаев заболеваний раком, из них в развивающихся странах – 5 млн. Количество смертей от рака – 5 млн., из них 3 млн. – в развивающихся странах. Прогнозируется, что количество умерших от рака в 2015 году составит 9 млн. человек, из них в развивающихся странах их будет 6 млн.

В настоящее время заболеваемость злокачественными новообразованиями остается одной из проблем здравоохранения РФ.

В 2001 году в России 451299 больным впервые в жизни был установлен диагноз злокачественного новообразования. Абсолютное число заболевших в 2002 году на 11,9 % больше, чем в 1992 году (403168 случаев). Рост числа заболевших, с учетом специфики демографической ситуации в России, свидетельствует об истинном росте онкологической заболеваемости, так как наблюдается на фоне убыли населения.

В соответствии с данными Государственного доклада о состоянии здоровья населения РФ за 2002 год, на учете в онкологических учреждениях состояло 1,5 % населения всей страны или

2164770 человек. В России в 2000 г. только 39,8 % злокачественных новообразований были диагностированы в I-II-й ст. процесса.

В Кемеровской области в 2002 году на диспансерном учете в онкологических учреждениях состояло 42924 человека, что составляет 1,5 % населения области. В 1993 году в области диагноз злокачественного новообразования был впервые установлен 7852 человекам, в 2002 г. – 8513 больным.

Таким образом, за последние 10 лет отмечается рост первичной заболеваемости на 8,4 %, заболеваемость составляет 289,5 на 100000 населения. Среди впервые выявленных, удельный вес больных злокачественными новообразованиями в IV ст. составляет 15,2 %. Доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом в 2002 году составила 86,7 %.

В г. Кемерово в 1991 г. уровень первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями был равен 232,1 на 100 тыс. населения, в 2001 году он составил до 347,8; т.е. регистрируется рост на 49,8 %, при этом население Кемерово уменьшилось с 561 тыс. в 1991 г. до 527 тыс. в 2001 г. Однако, в 2002 г. первичная заболеваемость составила 298,0 на 100 тыс. населения.

В Новокузнецке за 25 лет первичная заболеваемость возросла с 228,3 на 100 тыс. населения до 331,1, т.е. на 45,6 %. В 2002 г. показатель заболеваемости увеличился до 334,4 на 100 тыс. населения, и превышает общероссийский (303,3).



Специалистами ЦГСЭН г. Кемерово, совместно с сотрудниками Областного онкологического диспансера, проведен расчет стандартизованных показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями по 31 территории Кемеровской области за 11 лет (1990-2000 гг.). За стандарт принята структура населения области за 1998 год, в разбивке на 15 возрастных групп, от 0 до 70 лет и старше. Анализ уровня и тенденций этих показателей позволил распределить территории на 9 групп.

Самой неблагополучной территорией является г. Кемерово, где зарегистрированы и высокий уровень заболеваемости, и её тенденция к росту. Обращают на себя внимание и те территории, на которых заболеваемость стабилизировалась на самом высоком уровне: г. Новокузнецк, Ижморский район, Топкинский р-н. На протяжении 10 лет заболеваемость в г. Кемерово значительно выше, чем в целом по области.

Возрастной состав заболевших в течение 10 лет сохраняется на одном уровне. Лица старше 50 лет составляют 79-85 % больных, по данным разных лет. Смертность от онкологических заболеваний в Кемеровской области в 2002 г. составляет 194,8 на 100 тыс. населения, в г. Кемерово – 209,6 (1105 человек), в Новокузнецке – 212,0 (1226 человек). Всего в области в 2002 г. от онкологических заболеваний умерли 5727 человек.

В Кемеровской области процент запущенных форм постоянно остается высоким, несмотря на возможности новых медицинских технологий. В 2002 г. в 3 ст. заболевания диагностированы 42,6 % от числа больных с впервые установленным диагнозом, в 4 ст. – 15,2 %. Недопустимо высокими остаются уровни показателей запущенности диагностируемых новообразований визуальных локализаций: опухоли полости рта и глотки – 65,2 %, прямой кишки – 66,7 %, новообразования молочной железы – 40,0 %, шейки матки – 45,8 %. Смертность в течение года после установления диагноза составляет 34,7 % или 2966 человек.

На диспансерном учете в онкологических учреждениях Кемеровской области состоят 42923 человек, из них половина умирает, не прожив 5 лет после установления диагноза.

Пациентов с запущенным онкологическим заболеванием можно по праву отнести к уязвимой части населения, т.к. в условиях кризисной экономики такие больные, обычно пожилые люди, находясь на абсолютном уровне бедности, зачастую в условиях социальной изоляции, страдают от отсутствия качественного медицинского обслуживания, не могут позволить себе приобретение лекарственных препаратов.

Эти больные находятся под жестоким психологическим прессом, ибо встреча с концом жизни может опровергнуть обычные представления о её смысле. Они живут с постоянным чувством страха смерти, страха нестерпимой боли, потери физического и эмоционального контроля, страха одиночества, находятся в длительной депрессии, испытывая разо-

чарование жизнью и беспокоясь о будущем членов своей семьи.

Развитое общество в настоящее время признает, что процесс умирания есть часть жизни, что смерти не избежит никто, но избежать страдания при данном уровне развития науки возможно и необходимо, создавая гуманную систему, позволяющую сохранить достоинство умирающих людей. Человеческое достоинство есть ключевая ценность любого общества. Во Всеобщей Декларации прав человека, принятой 10 декабря 1948 года Организацией Объединенных Наций, закреплено право каждого человека на сохранение его достоинства. В любой ситуации человек должен оставаться человеком, и задачей врача является облегчение страданий больного. Обеспечение достойного качества жизни больного на любом этапе этой жизни (а процесс умирания является его закономерной частью) является безусловной задачей демократического общества. В июне 1999 года Совет Европы принял резолюцию о защите прав и достоинства терминальных больных и умирающих пациентов, и призвал оказывать паллиативную помощь всем нуждающимся.

В 1982 году ВОЗ давала определение паллиативной помощи как "... активной, всеобъемлющей помощи пациентам, у которых онкологическое заболевание не отвечает на курательное лечение. Контроль боли и других симптомов является первостепенным, а также контроль психологических, социальных и душевных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни для пациентов и их семей".

Определение ВОЗ 2002 года делает попытку включить в себя более широкие потребности людей, имеющих хронические заболевания, а не только рак (например, СПИД, застойную сердечную недостаточность или неврологические расстройства), и констатирует, что "... паллиативная помощь – помощь, которая улучшает качество жизни пациентов и их семей при встрече с жизнеугрожающим заболеванием через предупреждение и облегчение страданий посредством их ранней идентификации, безупречной оценки и лечения боли и других проблем, физических, психологических и душевных".

Для оказания паллиативной помощи онкологическим больным в 3-4 стадиях заболевания существуют хосписы и отделения паллиативной терапии. В нашей области их четыре – Областной хоспис на 30 коек, Кемеровский городской хоспис на 60 коек, отделение паллиативной терапии ГБ № 2 в г. Прокопьевске на 25 коек (открыто в апреле 2003 г.), отделение паллиативной терапии ГБ № 11 г. Новокузнецка на 20 коек. Родственники таких больных не могут оказать должной помощи такому любимому человеку, и страдают не в меньшей степени, чем умирающие люди.

Смертельные страдания близкого являются серьезной психологической травмой для окружающих, оставляют глубокий след на всю жизнь, наносят непоправимый вред детской психике. А ес-



ли больной одинок? Комментарии, вероятно, излишни.

Для сравнения не будем брать пример таких развитых стран, как Великобритания или США. Обратимся к примеру Польши, страны, входивший в социалистическое содружество, с населением в 38,6 млн. человек. В 1987 г. там был открыт первый хоспис, а в 2002 г. уже имелись 261 учреждение, оказывающие паллиативную помощь, из них: 23 хосписа, 50 отделений паллиативной помощи, 1 госпитальная мобильная бригада, 149 отделений, оказывающих помощь на дому, 8 дневных центров, 30 хосписов для детей. В 1998 г. МЗ Польши издавало всестороннее руководство по облегчению боли, которое соответствовало рекомендациям ВОЗ, а в 1999 г. паллиативная медицина была признана в качестве медицинской специальности.

В соответствии с законом польского здравоохранения, каждый гражданин имеет право умереть достойно и в спокойствии, а обязанностью государства является предоставление поддержки хосписам и службам паллиативной помощи.

Службы паллиативной помощи Кемеровской области имеют множество проблем. Во-первых, финансовые трудности. Недостаточно средств для приобретения медикаментов, необходимых больным, а ведь все они страдают сочетанной патологией. Помимо болевого синдрома, необходимо купировать другие симптомы заболевания или осложнения, вызванные приемом наркотических препаратов.

Кемеровский областной хоспис и отделение паллиативной терапии г. Новокузнецка расположены в непригодных помещениях, на окраинах городов, до них трудно добраться не только больным, но и их родственникам.

Классическое здравоохранение сложилось в эпоху распространенности инфекционных болезней, однако в наше время на первый план выдвинулись “болезни цивилизации”. Актуальными стали проблемы рационального распределения ресурсов, т.к. в ближайшем будущем ограниченность ресурсов может оказаться еще более серьезной проблемой, в связи со старением населения и быстрым ростом стоимости услуг. Следовательно, при распределении ресурсов в существующей системе здравоохранения необходим компромисс. Кроме улучшения финансирования, важным является вопрос об адекватности финансирования.

Несомненно, наличие ресурсов есть критически важный детерминант в обеспечении служб паллиативной помощи. Но помехой к оптимальному обеспечению службы является не только ресурсное обеспечение. Необходимо изменить отношение руководителей здравоохранения и общества к данной категории пациентов. Нельзя, чтобы пациенты с инкурабельным заболеванием и дальше рассматривались как медицинская неудача, для которых ничего более не дано. Они нуждаются в паллиативной помощи, которая не означает второразрядную помощь. Она означает то лечение, в котором большинство людей будут иметь надобность в опреде-

ленный момент их жизни, и требует значительного искусства так же, как предупреждение и лечение болезней. А низкое качество медицинского обслуживания само по себе является дополнительным источником страдания пациентов.

Большинство пациентов с запущенным онкологическим заболеванием испытывают боль (70-90 % – данные ВОЗ). При адекватной оценке боли грамотным врачом, работающим в тесном контакте с медицинскими сестрами, психотерапевтом, социальным работником, родственниками больного, можно эффективно облегчать и контролировать боль.

При проверке работы с онкологическими пациентами в 3-4-й стадиях в различных регионах Кузбасса выявлено, что в г. Березовском, из 15 больных в 4-й стадии заболевания, наркотические препараты получают только 5 человек (33,3 %), в Таштаголе – 3 человека из 16 больных (25 %), в Промышленном районе – 1 больной из 22 человек (4,5 %), в Яшкинском районе – 4 человека из 28 нуждающихся (14,3 %).

Цифры говорят сами за себя – существуют серьезные недостатки в оценке болевого синдрома. Чтобы эффективно облегчать боль, нам необходимо преодолеть существующие барьеры, включая верования врачей и других медиков о неважности облегчения боли, плохие методики оценки, а говоря честно – их полное отсутствие, неадекватное распространение доступных знаний, необоснованные страхи пристрастия, толерантности и побочных эффектов. Кроме того, чтобы стать эффективными, индивидуальные планы помощи должны быть одобрены пациентом, говорящим о своей боли открыто. В дополнение к адекватным знаниям, система здравоохранения и учреждения здравоохранения должны обеспечивать больных наркотическими препаратами без перебоев, иметь таблетированные, трансдермальные и трансбуккальные формы в аптечной сети.

Мы должны идти в ногу с принятыми в развитых странах профессиональными стандартами, для чего необходимо изучать оптимальные медицинские технологии, их эффективность, безопасность, имеющийся опыт внедрения, а также приемлемость с этической точки зрения, и экономические возможности. К сожалению, все курсы по паллиативной медицине являются платными, средств на обучение не хватает даже для врачей. Нет курса паллиативной медицины и в Кемеровской медицинской академии.

Развитие технологии паллиативной помощи касается не только новых медикаментов и медицинского оборудования, но и новых путей предоставления помощи: необходимо развивать работу выездных бригад, организацию дневных центров для онкологических больных.

Оказание помощи онкологическим больным в 3-4 стадиях заболевания – задача чрезвычайной сложности. Но, оказывая помощь этим людям, мы способствуем укреплению основных демократических



ценностей гражданского общества, способствуем реализации основного права граждан на гуманное отношение, на уменьшение боли, на сохранение человеческого достоинства, стараемся уважать интересы старых и больных людей, способствовать развитию установок толерантности в обществе. По тому, как общество относится к умирающему человеку, можно судить о степени его развития.

Мы надеемся, что в нашем современном обществе, сделавшем для себя нравственный и ценностный выбор, мы не будем одиноки и, при поддержке Администрации области и Областного управления здравоохранения, мы сделаем все, что от нас зависит, для решения этой сложной, но благородной задачи.

Литература:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации за 2002 год.
2. Здоровье населения и окружающая среда г. Кемерово. – Кемерово, 2003. – 288 с.
3. D. Clark, M. Wright. *Transitions in End-of-life Care*. University of Sheffield, UK, 2002.
4. Kathleen, M. Foley *How much palliative care do we need?* / Kathleen M. // *Eur. J. of Palliative Care*. – 2003. – N 10(2).
5. Справка о состоянии онкологической службы Кемеровской области за 2002 год.
6. Тульчинский, Т.Х. *Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку* / Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. – Перусалим: Amutab for education and Health. – 1999.

М.П. ПРОНИН, Ю.Ф. ХАТМИНСКИЙ, Н.Ю. ХАТМИНСКИЙ

Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница,
г. Кемерово

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Современная офтальмохирургия идет по пути усовершенствования технологий микрохирургических вмешательств. Новые методы развиваются на основе использования самых современных материалов и аппаратуры. Современные аппараты для микрохирургии представляют собой комплексы, объединяющие несколько инструментов, управляемых компьютером.

Широкое распространение во всем мире получил микрохирургический комбайн “Миллениум” (США). Его важное отличие заключается в том, что он выполнен по блочной технологии, и позволяет расширять возможности аппарата, подключая совершенно новые устройства, разработанные в более позднее время, т.е. внедрять новые технологии без полной замены всего аппарата. Кроме того, изменяя комплектацию “Миллениума”, можно, исключив ненужные блоки, экономно скомплектовать его специально для операций на переднем или заднем отрезке глаза, в зависимости от создаваемого рабочего места хирурга.

Мы имеем двухлетний опыт работы с “Миллениумом”. Наш аппарат содержит блоки факоэмульсификатора с помпой “Вентури”, эндоосветитель, диатермокоагулятор, передний и задний витреотомы, блок обмена жидкости на газ. “Миллениум” управляется специализированным компьютером с операционной системой Windows 98 и собственным программным обеспечением. Имеется возможность каждому хирургу программировать и сохранять свои собственные настройки для каждого инструмента и агрегата.

С использованием “Миллениума”, нами выполнено более 500 операций на переднем отрезке глаза и свыше 200 вмешательств на стекловидном теле и сетчатке.

Факоэмульсификатор “Миллениума” имеет повышенную мощность ультразвука и большой вакуум, до 550 мм рт. ст. Повышенные параметры позволяют дробить твердые катаракты, применять современные техники проведения факоэмульсификации с использованием чопы.

Подавляющее большинство оперированных катаракт составили незрелые (68 %) и заднечашечные (20 %), оставшиеся 12 % – почти зрелые и зрелые катаракты. Возраст большинства больных (72 %) был моложе 55 лет. Средний срок пребывания в стационаре составил 6,8 дней. Была достигнута высокая острота зрения. С остротой зрения “1,0” были выписаны 10 чел. (29 %), “0,6-0,8” – 11 больных (33 %), “0,5” – 9 (26 %), “0,3-0,4” – 4 человека (12 %).

“Миллениум” имеет в своей комплектации все необходимое для витреоретинальной хирургии. Нами выполнены на заднем отрезке глаза уникальные операции по удалению вколоченных инородных тел с одновременной витрекомией. Визуальный контроль осуществлялся при помощи новейшей широкоугольной фундус-насадки “Эйбиос” на операционный микроскоп и оптоволоконного эндоосветителя аппарата “Миллениум”. Большинство сложных хирургических вмешательств по поводу отслойки сетчатки выполняется с использованием “Миллениума”.

Микрохирургический комплекс “Миллениум” зарекомендовал себя как надежный и перспективный прибор, необходимый в повседневной хирургической практике офтальмохирурга. Поэтому больница планирует в ближайшее время расширить парк таких аппаратов.

Кроме сложных аппаратов с компьютерным управлением, офтальмохирург должен держать в руках прецизионный микрохирургический инстру-



мент. Это современные дозированные ножи, расклаиватели, капсульные пинцеты, чоперы. Операция проводится под защитой вискоэластиков, необходимы сбалансированные растворы для ирригации глаза. Алмазные лезвия и вискоэластики открыли новую эру в офтальмохирургии.

Качественный инструмент позволяет сделать точный тоннельный разрез, правильный капсулорексис. Вискоэластики и ирригационный раствор защищают ткани, поддерживают глубину передней камеры, обеспечивают циркуляцию жидкости. Современные средства делают операцию дорого-

стоящей. Но совершенно очевидно, что атравматичность вмешательств и высокая острота зрения в раннем послеоперационном периоде, в конечном итоге, приводят к экономии средств за счет сокращения пребывания больного в стационаре, перехода на внестационарные технологии, более полноценной реабилитации больных, что значительно сокращает необходимость стационарного лечения по данному случаю в дальнейшем. Таким образом, широкое внедрение самых новых технологий в офтальмохирургии является необходимым и адекватным для получения оптимального результата.

А.Г. ВЕРТКОВ, А.М. ЦИГЕЛЬНИК, С.А. УСОВ, Е.В. ЛИШОВ

Кузбасский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В КУЗБАССЕ

Развитие эндохирургии в Кемеровской областной клинической больнице началось в 1994 г., когда хирургическая клиника была оснащена соответствующим оборудованием и инструментарием. С тех пор выполнено более 2000 эндовидеохирургических вмешательств. В настоящей публикации мы хотим представить опыт применения эндовидеохирургических операций в Кузбассе и отметить перспективы развития обсуждаемого раздела хирургии.

Холецистэктомия – наиболее разработанная, апробированная на огромном клиническом материале, чаще всего выполняемая, лапароскопическая операция [1, 2, 3, 4].

В клинике хирургии ОКБ с 1994 по 2003 гг. лапароскопические вмешательства на внепеченочных желчных протоках и желчном пузыре осуществлены 1600 больным. Из них, 1358 пациентов (84,9 %) оперированы по поводу хронического калькулезного холецистита и 242 (15,1 %) – по поводу различных форм острого холецистита. Вмешательства на холедохе произведены у 38 больных, в том числе с механической желтухой – 18 пациентов (47,3 %), с билиарным панкреатитом – 2 (5,3 %), стенозом большого дуоденального соска – 3 (7,8 %). У этих больных в ходе лапароскопической холецистэктомии проведена холедохоскопия с холедохолитозэкстракцией через холедохолитотомию (22 наблюдения) и культю пузырного протока (15 наблюдений). Конкременты извлекали с помощью корзины Дормана, в том числе в 2-х наблюдениях после механической литотрипсии, в 3-х случаях сделана антеградная папилалосфинктеротомия. Осложнения, потребовавшие повторных хирургических вмешательств, возникли у 16 пациентов (1 %), в том числе у 2-х человек – повреждение внепеченочных желчных протоков, диагностированное во время операции. Летальных исходов, связанных с хирургическими осложнениями, не было.

Скользкая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – одно из наиболее часто встречающихся и наименее изученных заболеваний [1, 2]. Основным принципом оперативного лечения служит восстановление нормальных анатомических соотношений в области нижнего пищеводного сфинктера. У 5 больных выполнена лапароскопическая фундопликация по Тупе, для чего производили мобилизацию большой кривизны на протяжении 10 см от угла Гиса путем последовательного клипирования коротких сосудов желудка, с последующим формированием манжеты путем подшивания желудка к левой и задней стенкам абдоминального отдела пищевода. Осложнений и летальных исходов не было.

Отношение к лапароскопической резекции толстой кишки остается спорным. Однако, по мнению ряда авторов, лапароскопические операции имеют ряд преимуществ, выражающихся в возможности детальной визуализации, тщательной диссекции и гемостаза.

Нами у 2-х больных выполнена лапароскопическая ассистированная правосторонняя гемиколэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений со стороны брюшной полости. Раны зажили первично. Опыт видеолaparоскопической ассистированной гемиколэктомии по поводу опухолей толстой кишки показывает, что лапароскопическая методика операции безопасна и позволяет соблюсти принципы онкологического вмешательства. Отмечено отчетливое снижение тяжести послеоперационного периода. Для окончательных выводов о роли и месте лапароскопических вмешательств при опухолевых заболеваниях толстой кишки необходимо накопление опыта операций и анализ их ближайших и отдаленных результатов.

Лапароскопическая спленэктомия – хирургическая составляющая в лечении заболеваний системы крови. Мы располагаем наибольшим опытом выполнения вмешательств подобного рода в Си-



бирском и Дальневосточном регионах. С 2001 года нами выполнено 26 лапароскопических спленэктомий при иммунных заболеваниях крови, апластических и наследственных анемиях, лимфопролиферативных заболеваниях. Отмечено единственное осложнение – формирование парапанкреатического жидкостного скопления, потребовавшего пункционной эвакуации под ультразвукографическим наведением.

Преимущества эндовидеохирургических операций при заболеваниях органов брюшной полости бесспорны. Изучение и анализ наиболее распространенной операции – лапароскопической холецистэктомии – убедительно демонстрируют это положение. В то же время, эндовидеохирургические операции на органах грудной клетки выполняются относительно редко и, преимущественно, в специализированных центрах. Накопленный нами опыт торакоскопических операций показывает возможности и преимущества данного метода [2].

С 1997 г. в ОКБ проведено 41 торакоскопическое вмешательство. Хронологически первой и чаще всего выполняемой манипуляцией является грудная симпатэктомия. За период с 1997 по 2003 гг. сделаны 34 грудные симпатэктомии из трех проколов в IV-м и V-м межреберьях 28 больным с облитерирующими заболеваниями сосудов верхних конечностей. Технические трудности отмечены у 4-х больных с частичным или тотальным спайчным процессом в плевральной полости. В одном случае вмешательство было внеплевральное. Наибольшие технические трудности встретились у больных с, так называемым, костыльным тромбозом плечевой артерии.

Деформация и ригидность грудной клетки существенно ограничивали возможности манипуляций в плевральной полости. Средняя длительность торакоскопической симпатэктомии составила около 40 минут. Единственное послеоперационное осложнение возникло вследствие краевого повреждения легкого во время разделения плевральных сращений, потребовавшее аспирации воздуха в послеоперационном периоде. Клинический эффект имел место у большинства больных (87,5 %) и не отличался от такового при торакотомии.

Торакоскопическая стволовая наддиафрагмальная ваготомия относится к редким вмешательствам. Большинство авторов описывают лишь единичные наблюдения. Мы выполнили 4 операции у пациентов, страдающих пептическими язвами гастроэнтеноанастомоза после резекции желудка. Консервативное лечение этих больных было неэффективным. Вмешательство выполняли из трех проколов грудной стенки в VI-м межреберье. Длительность операции составляла около 35 минут. Осложнений не было. Отдаленные результаты операции удалось проследить у 2-х пациентов. В обоих случаях отмечен хороший клинический эффект.

Вмешательства на легких были у 2-х больных. В одном случае взята биопсия ткани легкого, во втором оперирован больной, страдающий буллезной

эмфиземой легких и рецидивирующим пневмотораксом. Выполнена торакоскопическая атипичная резекция верхушки правого легкого. Послеоперационных осложнений у этих больных не было.

Торакоскопическая медиастиномия при медиастините предпринята в 3-х случаях. С помощью эндовидеохирургической техники удалось полностью осуществить план вмешательства, состоящий в раскрытии и дренировании воспалительного процесса в средостении.

Применение лапароскопических операций при острых заболеваниях органов брюшной полости обусловлено возможностью одновременного проведения диагностики, адекватного вмешательства на пораженном органе, полноценной санации брюшной полости [2].

Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки и желудка выполнено у 19 больных, после оценки состояния выходного отдела желудка, путем наложения одного шва через все слои рассасывающейся нитью на атравматической игле. В одном случае после лапароскопии была произведена конверсия, так как имелось сочетание перфорации и кровотечения из язвы. Осложнений в ходе эндовидеохирургических операций и в послеоперационном периоде не возникло. Среднее пребывание больных в стационаре после ушивания перфоративной язвы – 5,7 койко-дней.

Лапароскопическая аппендэктомия сделана 35 пациентам, из них у 6 человек – в условиях разлитого перитонита. В 1-м случае (2,86 %) после лапароскопической аппендэктомии, проведенной на фоне выраженного воспалительного процесса стенки слепой кишки, развилась несостоятельность культи червеобразного отростка, что потребовало повторного вмешательства.

Основное достоинство видеоскопических операций – малая травматичность. Поэтому вполне естественно, что в послеоперационном периоде болевой синдром минимален, и не требует применения наркотических или иных сильнодействующих препаратов, отсутствуют парез кишечника, дыхательная недостаточность, значительно снижается опасность гнойных осложнений операционной раны и брюшной полости, застоя в легких, уменьшается вероятность развития обширных брюшинных спаек и образования послеоперационных вентральных грыж.

Как свидетельствует наш опыт, возможности расширения объема и спектра эндохирургических вмешательств (заболевания надпочечников, очаговые поражения печени, урологическая патология и др.) далеко не исчерпаны. Решение проблемы видится в пополнении хирургического арсенала степлерными устройствами, электрохирургической аппаратурой и инструментами и др.

Литература:

1. Видеозндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства /Под ред. А.Е. Борисова. – СПб., 2002. – 416 с.

2. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /Под ред. А.С. Балалыкина. – М., 1996. – 144 с.

3. Reasons for reoperation after laparoscopic cholecystectomy /Hasukic S., Mesic D., Dizdarevic E. et al. //Med. Arb. – 2000. – Vol. 54(1). – P. 25-27.

4. Jones-Monahan, K. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: A community's experience /Jones-Monahan K., Gruenberg J.C. //USA Am. Surg. – 1998. – Vol. 64(7). – P. 638-642.

С.М. ГОРДЕЕВ, В.М. ШЕЛЕПАНОВ, В.И. КРАВЧЕНКО

Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5, г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА. ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В Г. КЕМЕРОВО

В структуре заболеваний детей травматические повреждения занимают особое место. Прежде всего, они являются одной из основных причин летальных исходов. С другой стороны, повреждение растущего и развивающегося организма нередко приводит к тяжелым последствиям, требующим длительного лечения и реабилитации, а часть детей так и остаются людьми с ограниченными возможностями.

Детский травматизм имеет свои характерные особенности, среди которых следует выделить высокий уровень черепномозговых повреждений (до 40 % среди стационарных больных), надломы и переломы костей по типу “зеленой ветки” или “ивового прута”, поднадкостничные переломы, эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы и т.д. Еще большим своеобразием отличаются родовые повреждения. Среди причин травм у детей отчетливо прослеживается определенная сезонность. Так, летом пациентов наблюдается больше вследствие падения с качелей, автодорожной травмой; осенью бывает больше ожогов; весной – падений с большой высоты (деревья, окна домов, недостроенные здания); зимой, естественно, больше случаются повреждения на горках. В последние годы наблюдается увеличение числа травмированных детей во время каникул в школе, особенно летом. Последнее связано с социально-экономическими изменениями в стране, что привело к росту количества неорганизованных детей.

Клиническая картина травм у детей в значительной степени определяется их возрастом. Так, черепно-мозговые повреждения легкой и средней степени тяжести в раннем и дошкольном возрасте нередко протекают с едва заметной общемозговой неврологической симптоматикой, и поэтому не всегда выявляются врачами общего профиля. С другой стороны, реакция ребенка на кровопотерю при ранениях мягких тканей, переломах крупных костей, повреждениях паренхиматозных органов и т.д. отличается своей тяжестью и быстро наступающей декомпенсацией функций.

В лечении детей с травматическими повреждениями не всегда приемлемы и оптимальны те методы и приемы, которые успешно используются во взрос-

лой практике. Поэтому одним из наиболее важных моментов является вопрос организации приема и госпитализации пострадавших детей, особенно с тяжелой травмой.

Известно, что ближайшие и отдаленные результаты лечения в группах детей, сразу доставленных в специализированные травматологические центры, лучше, нежели у больных, первично поступивших в другие лечебные учреждения (стационары для взрослых, не профильные детские больницы), и впоследствии переведенных в детские травматологические центры. Здесь нередко приходится не столько продолжать начатое ранее лечение, сколько исправлять допущенные на предыдущем этапе ошибки.

В Детской городской клинической больнице № 5 г. Кемерово функционирует специализированный педиатрический травматологический комплекс. Он включает в себя следующие подразделения:

1. Работающий ежедневно и круглосуточно травматологический пункт, где оказывается амбулаторная помощь. Первичный и повторный приемы в нем разделены, что позволяет избежать больших очередей и длительного ожидания. В зимнее время года только через первичный прием в сутки проходят 35-40 пациентов, летом поток больных возрастает в два раза, достигая иногда до 100 обращений в сутки.

2. Отделение травматологии и ортопедии. Сюда госпитализируют детей с повреждениями опорно-двигательного аппарата, которых доставляют в приемно-диагностическое отделение бригады скорой помощи. При необходимости стационарного лечения, сюда же направляют больных и из травмпункта.

3. Нейрохирургическое отделение, где проводится лечение детей со всеми видами нейротравмы.

4. Общее хирургическое отделение, куда госпитализируют больных с повреждениями внутренних органов и пациентов с требующими стационарного лечения инфицированными загрязненными ранами различной локализации.

5. Отделение урологии. Здесь проводят обследование и лечение больных с травмами органов мочеполовой системы.



6. Оториноларингологическое отделение, где оказывают помощь больным соответствующего профиля.

7. Отделение восстановительного лечения. В это отделение переводятся дети после длительного стационарного лечения, скелетного вытяжения или нескольких операций, поскольку они нуждаются в психофизической реабилитации.

8. Отделение реанимации и интенсивной терапии.

Необходимо отметить, что в больнице оказывается помощь не только детям г. Кемерово, но и наиболее тяжелым больным из городов и районов северной области. Для этого по санитарной авиации ежедневно дежурят детские хирург, нейрохирург и реаниматолог. При поступлении вызова, специалисты выезжают или вылетают в соответствующие города и поселки и, после оказания необходимой помощи на месте, ребенка транспортируют в больницу.

Работа по оказанию неотложной помощи травмированным детям организована в стационаре таким образом, что при поступлении в приемное отделение ребенка осматривают сразу несколько врачей: травматолог, хирург, нейрохирург. При необходимости привлекаются педиатр, реаниматолог, оториноларинголог, эндоскопист.

Здесь же сразу проводится и обследование: клиническое, рентгенологическое, ультразвуковое. После установления диагноза, оформления медицинской документации и санитарной обработки, пациента доставляют в операционную, манипуляционную или гипсовую комнату для выполнения первичной хирургической обработки ран, ручной репозиции переломов, проведения спиц для скелетного вытяжения, наложения гипсовых повязок и т.д. Особенностью детской травматологии является и то, что значительная часть этих пособий осуществляется под общим обезболиванием. Далее ребенок госпитализируется в профильное или, при сочетанных травмах, соответствующее наиболее тяжелому повреждению отделение.

В случаях необходимости экстренных полостных, нейрохирургических или иных сложных и травматичных операций, а также при поступлении детей в тяжелом состоянии (сочетанная или тяжелая нейротравма), из приемного отделения больной сразу поступает в отделение реанимации, где, одновременно с реанимационными мероприятиями и предоперационной подготовкой, выполняется клиническое, рентгенологическое и инструментальное обследование. После установления клинического диагноза и стабилизации гемодинамики, ребенок, нередко на искусственной вентиляции, доставляется в операционный блок. В критических ситуациях (продолжающееся профузное кровотечение, нестабильная гемодинамика), что создает опасность даже при перекладывании и транспортировке больного, экстренное оперативное вмешательство осуществляется в реанимационном зале.

Когда с места происшествия скорой помощью транспортируют больного в критическом состоя-

нии или сразу нескольких пострадавших (чрезвычайные ситуации), сообщение об этом поступает в клинику еще до их прибытия, и детей встречает вся бригада дежурных врачей.

Для улучшения качества оказания помощи на догоспитальном этапе и более тесного взаимодействия со скорой помощью, в клинике детской хирургии проводятся совместные конференции, на которых детально разбираются результаты лечения, ошибки и упущения, летальные исходы.

За последние 5 лет в травмпункт детской городской клинической больницы № 5 обратились на первичный прием 58250 детей. На стационарном лечении находились: в травматологическом отделении – 3283 ребенка, в нейрохирургическом – 2461; в оториноларингологическом – 720; в урологическом – 75, в общем хирургическом (только с повреждениями внутренних органов) – 72.

В лечении больных мы следуем принципу проведения у детей малоинвазивных органосохраняющих операций. Так, при разрывах паренхиматозных органов (почка, селезенка) раны, преимущественно, ушиваются и склеиваются. Удаление органа допускается лишь при отрыве его от сосудистой ножки или размождении. В последние три года для остановки внутренних кровотечений чаще используется лапароскопия. При тяжелой черепно-мозговой травме в клинике не проводят резекционные декомпрессионные трепанации черепа. Если у больного диагностируется внутричерепная гематома, то выполняется костно-пластическая трепанация, позволяющая в последующем избежать необходимости выполнения краниопластики; либо скопление крови над и под оболочками удаляется пункционным путем (последнее чаще проводится у детей раннего возраста).

При небольших по объему внутричерепных гематомах, не вызывающих сдавления и дислокации мозга, проводится консервативное лечение под контролем нейросонографии и компьютерной томографии. У больных с вдавленными, даже открытыми переломами черепа, выполняется тщательная хирургическая обработка раны и репозиция перелома, что создает оптимальные условия для самостоятельного закрытия костного дефекта.

При переломах трубчатых костей, благодаря высокому профессионализму ортопедов-травматологов, в большинстве случаев используется одномоментная ручная репозиция с последующей фиксацией гипсовой повязкой или пластическим материалом. В случаях невозможности или безуспешности консервативного лечения, в зависимости от показаний, применяется скелетное вытяжение, внеочаговый или на костный металлоостеосинтез.

Несмотря на то, что больным с тяжелой сочетанной травмой иногда приходилось выполнять по несколько операций, многократно госпитализировать их для этого в стационар, включая курсы восстановительного лечения, в итоге, в абсолютном большинстве случаев, детей выписывают с полным выздоровлением, без каких-либо ближайших ортопе-

дических или иных последствий. Исключение составляют лишь дети, перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму. При наличии неврологических нарушений, они передаются на лечение и диспансерное наблюдение невропатологам. За последние 5 лет в клинике от травм умерли 18 больных. Это были дети с тяжелой сочетанной черепно-мозговой

травмой, которых успели доставить в больницу в критическом состоянии, до наступления биологической смерти. На общеклинических конференциях был проведен детальный разбор каждого из этих случаев. Травма у этих больных была признана несовместимой с жизнью. Заключение судебно-медицинской экспертизы подтвердили эти выводы.

И.М. СУТУЛИНА, Е.Г. КОСТРОМИНА, А.А. ЧЕРНЫХ, А.М. СЕЛЕДЦОВ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ НАРКОЗАВИСИМОСТЬ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Начиная с середины 80-х годов, в мире отмечается рост наркоманий. Негативные тенденции эпидемиологической наркологической ситуации характерны и для России. Ущерб, причиняемый употреблением психоактивных веществ (ПАВ), не ограничивается влиянием лишь на самого человека, но распространяется и на его потомство. Приему ПАВ, как правило, подвержены лица молодого и зрелого возраста, т.е. находящиеся в репродуктивном периоде. Значительную часть больных наркоманией составляют женщины. По данным зарубежных авторов, до 17 % женщин во время беременности, хотя бы нерегулярно, принимают наркотики; при токсикологическом скрининге новорожденных, положительный результат на наркотики имели около 4 % детей. К сожалению, в России подобные исследования не проводились, и точных данных о распространенности употребления наркотиков среди беременных женщин нет.

Употребление ПАВ родителями может воздействовать на будущего ребенка на уровне прогенеза, а их прием матерью во время беременности ведет к прямому поражению плода. Большинство наркотических веществ легко преодолевают плацентарный барьер и способны накапливаться в организме плода. Период их полужизни в организме плода удлинен, по сравнению с таковым в организме взрослого, т.к. ферменты, метаболизирующие эти вещества, у плода еще не развиты. Имеет место накопление наркотических веществ в околоплодных водах. Наркотические вещества способны поражать все органы и ткани плода. Этому способствуют незрелость ферментных систем печени плода, замедляющая инактивацию наркотика, особенности фетальной гемодинамики, когда часть токсического вещества попадает в системный кровоток, минуя печень, в неизмененном виде, низкая величина почечной экскреции у плода, возможность вторичного поступления наркотика из амниотической жидкости.

В родильных домах г. Кемерово проведено наблюдение за 112 детьми, родившимися от женщин, употреблявших во время беременности опийные наркотики. 1/6 часть женщин была в возрасте до 18 лет. Подавляющее большинство матерей были

социально неблагополучными – не имели специального образования, постоянного места работы или учебы, в 70 % случаев дети родились вне брака. В семейных парах наркотики употребляли, как правило, оба родителя. Стаж употребления женщинами наркотиков на момент родов составлял от 8 лет до 3-х месяцев, при этом около 10 % женщин начали регулярно принимать наркотики во время беременности. Основным наркотиком, используемым беременными, была “ханка” – суррогатный опийный наркотик “кустарного” производства, вводимый внутривенно. Реже (около 10 % случаев) применялся героин.

Женщины, употребляющие наркотики, обычно не заботятся о своем здоровье и здоровье будущего ребенка, большинство из них во время беременности не обращаются в женскую консультацию и не находятся под медицинским наблюдением, несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья и высокую частоту неблагоприятных исходов предшествующих беременностей. Из исследуемой группы каждая четвертая женщина перенесла гепатит, каждая третья страдала инфекцией мочевых путей, каждая восьмая – сифилисом. Рождению данного ребенка почти у трети женщин предшествовали самопроизвольные выкидыши, мертворождения, рождение недоношенных детей, смерть детей в раннем неонатальном периоде. Лишь 17 % женщин находились на медицинском учете по беременности в женской консультации. В родильный дом женщины, как правило, поступали лишь в связи с началом родов или тяжелым осложнением беременности. У всех женщин было патологическое течение родов, определялись признаки внутриутробного страдания плода.

Частая соматическая и акушерская патология у женщин, употребляющих наркотики, дополняется психологическими проблемами. Типичным для них являются неадекватная раздражительность, депрессия, резкие изменения настроения, пониженная самооценка, трудности межличностных отношений, безразличие или агрессивность, даже в отношении своего ребенка. Таким образом, угрозу здоровью новорожденных от женщин, употребля-



ющих наркотики, создают непосредственное внутриутробное воздействие наркотиков; наличие у матери соматической, акушерской и психической патологии; недостаточная пренатальная помощь.

Среди родившихся детей 27 % были недоношенными (в г. Кемерово этот показатель в течение последних 5 лет составляет 6-7 %). Дети чаще рождались маловесными и при нормальной продолжительности беременности, у 61 % доношенных детей выявлена задержка внутриутробного развития. Средняя масса при рождении доношенных детей, перенесших внутриутробное воздействие наркотиков, составила 2862 ± 398 г (в г. Кемерово средняя масса доношенных детей при рождении – 3377 ± 376 г). Недоношенные дети в 100 % случаев имели дефицит массы тела по отношению к сроку беременности. Обращает на себя внимание выявление большого количества стигм дисэмбриогенеза, в среднем на одного ребенка – 11,2 (при норме не более 5). В состоянии асфиксии родились 91 % детей. Течение периода новорожденности у детей было неблагоприятным. Почти половина детей имели признаки внутриутробной инфекции, каждый третий ребенок – метаболические нарушения, каждый четвертый – патологическую желтуху.

Типичной для новорожденных, родившихся от матерей, употреблявших во время беременности наркотические вещества, является картина абстинентного синдрома. Развитие абстиненции наблюдается, как правило, в первые 1-3 дня после рождения, значительно отягощает течение процесса адаптации к внеутробной жизни, требует интенсивной терапии.

Наиболее частыми проявлениями неонатального абстинентного синдрома новорожденных являются повышенная возбудимость нервной системы, болевой синдром, вегетативные расстройства. В тяжелых случаях развиваются судороги. Клиника абстиненции может сохраняться от нескольких дней до нескольких недель. Среди наблюдавшихся детей абстинентный синдром отсутствовал лишь у 4-х, матери которых прекратили употребление наркотиков до 28 недель беременности.

Смертность среди новорожденных, матери которых употребляли во время беременности наркотики, значительно повышена. Так, из наблюдавшихся 112 детей на первом месяце жизни умерли 5 чел. Причинами смерти были внутриутробная инфекция (3 детей), порок развития легких (1 ребенок), синдром внезапной смерти (1 ребенок).

Лучшим видом питания для любого ребенка первого года жизни является материнское грудное молоко. Однако большинство женщин, употребляющих наркотики, прекращали кормление ребенка грудью еще в родильном доме или в ближайшее время после выписки из него. В редких случаях, если женщина продолжала кормить ребенка грудью, но не прекращала при этом прием наркотиков, воздействие наркотиков на ребенка продолжалось и после рождения. Характерным являлась рецидивирующая клиника абстинентного синдрома, появ-

лявшаяся у ребенка одновременно с проявлениями “ломки” у матери.

В возрасте 1-3-х лет были обследованы 48 детей, перенесших внутриутробное воздействие наркотиков. Нормальный уровень нервно-психического развития имели лишь 25 % детей, пограничное развитие – 35 %, умственную отсталость – 40 %. Средний коэффициент психического развития составил $80,9 \pm 2,38$ % (при норме 91-111 %). В наибольшей степени у детей были выражены нарушения в сфере речевого развития и индивидуально-социального поведения. Кроме того, у таких детей чаще встречаются поведенческие особенности – гиперактивность и эмоциональная лабильность. Для электроэнцефалограммы детей раннего возраста, перенесших внутриутробное воздействие психоактивных веществ, характерны признаки задержки морфофункционального созревания головного мозга.

Физическое развитие детей, перенесших внутриутробное воздействие наркотических веществ, ниже, чем у сверстников. При этом темпы роста могут быть нормальными, но, рождаясь маленькими относительно гестационного возраста, дети и в дальнейшем часто остаются маленькими. У некоторых детей имеющееся при рождении отставание в физическом развитии может нивелироваться с возрастом, при этом имеется обратная зависимость между темпами роста ребенка и дозой наркотика, употребленного матерью во время беременности.

Характерной особенностью женщин, употребляющих наркотики, является отсутствие их заинтересованности в благополучном исходе беременности, в рождении и воспитании здорового ребенка. Из 48 детей, наблюдавшихся до 3-х лет – от 25 % детей матери отказались еще в родильном доме, 10 % детей были переданы на попечение государства на первом году жизни, половина детей воспитываются в семьях, при этом с матерью проживают около одной трети детей, остальные – с бабушками или опекунами.

В Кемеровской области одной из ведущих причин младенческой смертности являются синдром внезапной смерти, несчастные случаи, травмы и отравления, составляя до 11 % в ее структуре. Смертность от этих причин среди детей первого года жизни почти в 2 раза превышает общероссийский показатель. В 90 % случаев смерть детей наступила в семьях, где мать употребляет наркотики или алкоголь. В ряде случаев смерть детей может быть отнесена к категории “синдрома жестокого обращения”, или “синдрома небрежного обращения” с ребенком. У части детей правомерным является диагноз синдрома внезапной смерти.

В качестве факторов риска развития синдрома внезапной смерти могут быть использованы ЭКГ-маркеры в виде преждевременного возбуждения желудочков, удлинения интервала QT, синусовой аритмии, указывающих на “электрическую нестабильность сердца”. У детей, перенесших внутриутробное воздействие ПАВ, эти признаки встречаются значительно чаще.

Таким образом, дети, перенесшие внутриутробное воздействие наркотиков, сегодня являются важнейшей проблемой. Вопросы профилактики внутриутробного поражения плода и реабилитации родившихся детей требуют серьезного внимания, как со стороны здравоохранения, так и со стороны общественности и государства. Рождение ребенка является критическим периодом, как в физическом, так и в психологическом состоянии женщины. Пробуждение чувства материнства представляется перспективным фактором, способствующим освобождению женщины от наркотической зависимости. Несмотря на высокую частоту рождения

детей, перенесших внутриутробное воздействие наркотиков, до настоящего времени остаются открытыми вопросы их реабилитации. На кафедре факультетской педиатрии КГМА разработаны алгоритмы, позволяющие прогнозировать развитие и тяжесть неонатального абстинентного синдрома, нервно-психическое развитие детей, подвергшихся внутриутробному воздействию ПАВ.

Использование разработанных алгоритмов позволяет индивидуализировать наблюдение за детьми, проводить целенаправленную профилактику как ближайших, так и отдаленных неблагоприятных последствий.

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

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Для Кемеровской области характерна высокая концентрация на относительно небольшой территории индустриальных предприятий и городского населения. Неблагоприятное влияние промышленности и урбанизации обуславливает высокую частоту заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Для оказания медицинской помощи данной категории больных, с 1967 г. на базе Городской клинической больницы № 3 им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово) функционирует Областной гепатологический центр.

В состав Областного гепатологического центра входят следующие подразделения: консультативный отдел, отделение эндоскопии, отделение ультразвуковой диагностики, отделение хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей, отделение терапевтической гепатологии.

В консультативном отделе в 2003 г. получили консультации 3968 пациентов с хирургическими и 1856 пациентов с терапевтическими заболеваниями печени, поджелудочной железы и желчных протоков (больные из г. Кемерово, Кемеровской, Иркутской, Томской областей, Красноярского края, Республик Хакасия и Тува). В штат отдела входят хирург-гепатолог, терапевт-гепатолог, врач-эндоскопист и врач ультразвуковой диагностики. Наиболее 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 все современные методы обследования: УЗИ, РХПГ, ла-

пароскопию, 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 г.).

В отделение терапевтической гепатологии госпитализируются пациенты, требующие консервативного лечения, предоперационной подготовки и применения минимально инвазивных технологий. На базе отделения активно используются современные малотравматичные методы диагностики и лечения: пункционно-аспирационная биопсия, лечебная блокада под контролем УЗИ, чрезпечёчная 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, основными направлениями работы 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. В ходе радикальных хирургических вмешательств используются ультразвуковой деструктор, электрокоагулятор с аргоновым усилением. Это



позволяет центру успешно выполнять функции онкологического подразделения.

В центре широко используются эндохирургические способы лечения: в 2003 году выполнено 586 лапароскопических холецистэктомий, 402 ретроградных эндохирургических вмешательства на желчевыводящих путях. Оперативная активность в хирургическом подразделении в 2003 г. составила 82,7 %; общая летальность – 3,1 %, послеоперационная летальность – 1,5 %.

В лечении больных с механической желтухой используется этапный способ. На первом этапе проводится декомпрессия желчных протоков: при опухолевом генезе желтухи – холангистомия под кон-

тролем УЗИ; при осложнённой форме желчно-каменной болезни – ретроградное эндоскопическое вмешательство на терминальном отделе гепатикохоледоха (ЭПТ, холедохолитозэкстракция, установка транспиллярных дренажей).

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.

А.М. ТИТАРЕНКО, Н.Г. АЛЕКСАНДРОВА

*МУ Управление здравоохранения,
г. Кемерово*

ЗДОРОВЬЕ МОЛОДОЙ СЕМЬИ

В рамках городского межведомственного плана действий по работе с молодой семьей на 2002-2003 гг. в детских поликлиниках определены основные направления в работе с молодой семьей и приоритетные категории таких семей:

1. Выявление и мониторинг приоритетных семей.
2. Обмен информацией, взаимодействие со смежными службами и ведомствами.
3. Организация профилактической помощи, диспансеризация детей.
4. Оказание лечебно-диагностической помощи детям.
5. Санитарно-просветительная работа.

Работа с молодой семьей начинается до рождения ребенка. Одна из проблем молодой семьи – профилактика нежелательной беременности, подготовка к беременности и родам. С целью решения этих проблем в городе с 1999 г. функционирует городской Центр охраны репродуктивного здоровья МУЗ ДГКБ № 5, где по вопросам планирования семьи среди молодых пар проводится следующая работа:

- консультативная,
- лечебно-диагностическая,
- организационно-методическая,
- информационно-аналитическая,
- обеспечение девочек-подростков бесплатными контрацептивами по социальным и медицинским показаниям,
- проведение занятий для девочек старших классов по анатомии, физиологии и гигиене репродуктивной системы в образовательных учреждениях, в соответствии с программой “Все ли Вы знаете о себе?”,
- проведение занятий в Школах “Молодых родителей”, “Здорового ребенка”, “Поддержки и по-

ощрения грудного вскармливания” (в 2003 г. обучены около 9 тыс. родителей).

Специалисты центра работают в тесном контакте с педиатрами, подростковыми врачами, гинекологами, специалистами Центра медицинской профилактики, отделениями социальной защиты, ЦСПСиД. В центре планирования семьи и в детских поликлиниках организуются “круглые” столы по вопросам “Здоровья молодой семьи” (приняли участие 96 семей).

Все детские поликлиники принимают участие в работе акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса (АТПК): выполняются дородовые патронажи, осуществляется наблюдение девочек-подростков, беременных женщин, молодых мам. Один раз в квартал проводятся советы АТПК с участием всех заинтересованных структур. Новая форма межведомственного взаимодействия в 2003 г. – оздоровление беременных в отделениях дневного пребывания КЦСОН. В 2003 г. 145 будущих мам, относящихся к категории социально незащищенных, получали бесплатно двухразовое питание, рациональное для беременной женщины, консультативную помощь (юридическую, медико-профилактическую), поливитаминные комплексы, железо- и йодсодержащие препараты и др. Кроме того, указанная категория женщин, при наблюдении в женских консультациях, обеспечивается бесплатно поливитаминными, железо- и йодсодержащими препаратами (в 2003 г. обеспечены 1350 женщин).

Медицинское обслуживание детей-дошкольников в молодых семьях – одно из направлений в работе детских поликлиник. На учете в детских поликлиниках города находятся 31964 детей в возрасте от 0 до 7 лет, из них 54,3 % или 17359 детей посещают дошкольные образовательные учреждения. Ежегодно проводится диспансеризация детей дошкольно-



го возраста в декретированные возрасты (на первом году жизни, при поступлении в ДОО, при поступлении в школу).

По результатам профилактических осмотров в ДОО 1-ю группу здоровья (практически здоровые дети) составляют 12,2 % детей, 2-ю (дети с функциональными отклонениями) – 63,6 %, 24,2 % детей имеют хронические заболевания, в т.ч. декомпенсированные (3, 4, 5 группы здоровья). В то же время, показатель общей заболеваемости в ДОО снизился на 4,5 %. В течение года в отдаленные районы города (ш. Бутовская, Северная, пос. Крутой, Боровой, д. Красная), совместно с УСЗН, выезжали бригады специалистов для оказания консультативной помощи детям и их родителям (осмотрено 120 детей). Оздоровительные мероприятия проводятся с учетом выявленной патологии на базе ЛПУ:

- дневные стационары поликлиник,
- детские городские санатории,
- республиканские санатории.

Постоянно в детских поликлиниках проводится профилактическая работа с семьями, имеющими детей до 7 лет, по вопросам рационального питания, профилактики заболеваний, иммунопрофилактики, формированию здорового образа жизни.

Среди семей, имеющих детей до 3-х лет, выделяется категория, требующая особого внимания – асоциальные семьи. На 01.01.04 г. на учете по данной причине в детских ЛПУ города находятся 251 ребенок в возрасте до года (в 2002 г. – 213) и 326 детей в возрасте 1-3 лет (в 2002 г. – 318). Все дети из асоциальных семей находятся под наблюдением участковых врачей, из них все дети до 1 года осмотрены педиатром на дому (в среднем, 9 посещений на одного ребенка), 98,4 % осмотрены на дому заведующими отделениями, дети 1-3 лет осмотрены педиатром в 100 % случаев, заведующими отделениями – в 78 %. Для проведения социально-бытового патронажа выполнено 3618 посещений на дому.

Работа детских поликлиник с детьми раннего возраста включает не только медицинский аспект деятельности. В процессе работы поликлиник с семьями, имеющими детей раннего возраста, медицинские работники сталкиваются с социальными проблемами, одна из которых – обеспечение детей первых двух лет жизни из малообеспеченных семей бесплатными молочными продуктами питания.

В соответствии с распоряжением Администрации Кемеровской области от 13.08.98 г. № 823-р “Об упорядочении бесплатного обеспечения детей первого-второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания в области”, дети первого года жизни из малообеспеченных семей, находящиеся на искусственном вскармливании, обеспечиваются основным продуктом питания – сухими адаптированными молочными смесями (“Малыш”, “Малютка”, “Нутрилак”). Кроме того, такие дети получают продукцию цеха детского питания Кемеровского молочного комбината – кефир, творог (в зависимости от медицинских показаний).

По программе “Бесплатное детское питание” в 2003 г. приобретено 21974 упаковки молочных смесей (в 2002 г. – 24002 упаковки) для ежемесячного обеспечения, в среднем, 633 детей, в т.ч. 113 детей первого года жизни из асоциальных семей, 122708 упаковок творога (6135,4 кг) и 131931 упаковок кефира (26386,2 л) для обеспечения, в среднем, 512 детей ежемесячно, в т.ч. 111 детей первых двух лет жизни из асоциальных семей. По данным детских поликлиник, всего в течение года бесплатное детское питание получили 2024 детей.

Работа с молодыми семьями проводится не только с целью мониторинга состояния здоровья детей, своевременного проведения лечебно-оздоровительных мероприятий, но и с целью выявления в семьях проблем, требующих межведомственного подхода в их решении (учреждения здравоохранения, образования, социальной защиты, ПДН).

И.Ф. КОПЫЛОВА

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В КУЗБАССЕ

Крайне опасным аспектом тяжелой эпидемиологической обстановки по туберкулезу (ТБ) в стране является рост множественной лекарственной устойчивости (МЛУ). Возникает угроза превращения ТБ в неизлечимую чахотку прошлых веков.

Цель настоящего исследования – изучение частоты МЛУ среди впервые выявленных больных (первичной МЛУ) в Кузбассе, разработка организации их лечения и анализ результатов. Проведен

анализ лекарственной чувствительности у 232-0 впервые выявленных бактериовыделителей с 199-8 г. по 2004 г. Как видно из данных, приведенных в таблице, удельный вес больных с МЛУ за 7 лет вырос почти в 4 раза: с 4,4 % до 16,2 %.

Как показал проведенный подсчет, на лечение 15-0 больных с МЛУ в течение года резервными противотуберкулезными препаратами (ПТП) требуется потратить 75 % средств, предоставляемых бюджетом на ПТП для всех больных ТБ в области на



Таблица. Частота туберкулеза первичной МЛУ

Годы	Число бактериовыделителей		
	Всего	Из них с МЛУ	
		абс.	%
1998	497	22	4,4
1999	475	28	5,9
2000	218	22	10,1
2001	320	32	10,0
2002	258	39	15,1
2003	267	39	14,6
2004	285	46	16,2

год. Возникла необходимость определения критериев отбора пациентов на лечение. К таким критериям отнесены: достоверность определения МЛУ; наличие перспективы излечения по характеру процесса; отсутствие тяжелых сопутствующих или фоновых заболеваний, затрудняющих переносимость ПТП; согласие больного на лечение в течение 2-х лет в условиях стационара большим количеством трудно переносимых препаратов; отсутствие социальных факторов риска преждевременного прекращения лечения; отсутствие эффекта от лечения ПТП основного ряда.

Лечение больных с МЛУ организовано в стационарах двух наиболее крупных противотуберкулезных учреждений области: в облтубдиспансере г. Кемерово и в Новокузнецкой больнице № 19. Сюда направляются показанные больные из всех ту-

бучреждений области. Выделены специальные отделения для больных с МЛУ.

Проведено изучение результатов лечения 25 больных с первичной МЛУ в облтубдиспансере. Преобладали распространенные процессы с массивным бактериовыделением. Комбинации ПТП резервного ряда получали 14 больных, основного ряда – 11. Прекращение бактериовыделения в мазке мокроты при лечении ПТП основного ряда достигнуто менее чем в половине случаев (5 из 11), при применении резервных ПТП – более чем в 2/3 случаев (10 из 14). Закрытие полостей распада консервативными методами при лечении основными ПТП не получено ни у кого, и достигнуто лишь у 1 пациента при применении резервных ПТП. Подготовлены к хирургическому лечению и прооперированы 4 больных и 6 больных из каждой группы, соответственно. Следует отметить высокий удельный вес преждевременной выписки из стационара в связи с нарушениями больным режима, самовольным уходом, плохой переносимостью ПТП.

Таким образом, в последние годы в Кемеровской области частота ТБ с МЛУ резко выросла. Стоимость лечения таких пациентов крайне высокая, а эффективность неудовлетворительная. Необходимо дальнейшее совершенствование организации лечения.

Ю.Ф. ХАТМИНСКИЙ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ ОТ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ГЛАЗ МОЖНО УМЕНЬШИТЬ

Возрастающая роль воздействия химических факторов на орган зрения особенно велика в регионах страны, таких, как Кузбасс, где размещено большое количество крупных химических предприятий.

За последние 10 лет в Кемеровской областной глазной больнице было пролечено с тяжелыми ожогами глаз 1029 пациентов, 206 из них – дети. Около 30-50 % пострадавших от химических ожогов глаз становятся инвалидами I-II группы по зрению (Гундорова Р.А., 1987; Либман Е.С., 1989; Пучковская Н.А., 2001).

Причины ожогов многообразны – несоблюдение правил техники безопасности, нарушение технологии, неисправность оборудования на производстве, чрезвычайные происшествия в народном хозяйстве, несчастные случаи в быту. Слезоточивые газы средств индивидуальной защиты также способны вызывать тяжелые поражения органа зрения. Профилактика химических ожогов глаз на производстве – это контроль за соблюдением техники безопасности при обращении с обжигающими ве-

ществами, применение средств индивидуальной защиты.

Обжигающие вещества на производстве и в быту должны храниться в специальном месте, недоступном для детей и посторонних, в специально обозначенной таре, надежно укупленной вдали от питания и пищи. Наличие обжигающих веществ обязывает иметь доступные средства индивидуальной защиты и средства для оказания первой помощи при химических ожогах.

В случае попадания обжигающего химического вещества в глаза пострадавший должен обладать элементарными знаниями и навыками, чтобы безотлагательно удалить обжигающее вещество, используя медицинские и любые доступные средства.

Первая помощь сводится, прежде всего, к длительному и обильному промыванию конъюнктивального мешка водой. При ожогах известью показано немедленное извлечение кусочков извести. При этом целесообразно закапывать в конъюнктивальный мешок 4 % раствор динатриевой соли этилендиаминтетрауксусной кислоты (ЭДТА). Попа-



дание анилиновых красок или перманганата калия нейтрализуют растворы танина (5 %), тиосульфата натрия (10 %) или аскорбиновой кислоты (5 %).

Последствия химических ожогов очень тяжелые, часто приводят к слепоте и инвалидности. Кафедрой глазных болезней Кемеровской государственной медицинской академии многие десятилетия ведется прицельная работа по изучению клиники химических ожогов глаз и разработке наиболее эффективных средств оказания неотложной помощи и лечения. В результате разработаны уникальные лечебные средства, обеспечивающие удаление обжигающих веществ с поверхности, глубоких тканей и полости глаза. Это глазные лечебные ионообменные вкладыши (ГЛИВ), разрешенные к приме-

нению Минздравом РФ. На них получено 6 патентов России. До последнего времени, ГЛИВы постоянно находились в комплекте средств для оказания неотложной помощи на всех промышленных предприятиях Кемеровской области и далеко за ее пределами. ГЛИВы в течение ряда лет спасли многие десятки глаз пораженных обжигающими веществами в быту и на производстве.

К сожалению, производившая ГЛИВы лаборатория при АО «ТОКЕМ» закрыта. Жизнь требует неотложного возобновления выпуска ГЛИВов. Мы призываем химиков Кузбасса к сотрудничеству для организации производства ионообменных лечебных вкладышей. Это реальный путь к уменьшению потерь от химических ожогов глаз.

Т.И. АНКИНА
МУЗ Областной хоспис,
г. Кемерово

ПРИМЕНЕНИЕ СКЭНАР-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ХОСПИСЕ

Начиная с 2001 г. в Кемеровском областном хосписе применяется новая технология лечения – СКЭНАР-терапия. СКЭНАР-терапия улучшает качество жизни больных; значительно уменьшает или полностью купирует ХБС; снимает Демпинг-синдром после резекции желудка; значительно снижает токсические эффекты химиотерапии; уменьшает синдром интоксикации, диспепсический синдром. Метод чрезвычайно прост, доступен пациентам и близким, что повышает психологический комфорт, снимает кратность применения наркотических анальгетиков, а в некоторых случаях у больных удается полностью отменить наркотические анальгетики.

Всего СКЭНАР-терапию получили 32 больных с различным по степени тяжести хроническим болевым синдромом. Из них, 15 женщин и 17 мужчин, в возрасте 40-62 лет. Нозологические формы: рак легкого (12 больных), молочной железы (10 больных), прямой кишки (5 больных), предстательной железы (5 больных).

До лечения СКЭНАР-аппаратом все больные получали анальгетики, 26 больных получали наркотические анальгетики, 10 больных – таблетированные препараты mst-continus по 10 мг два раза в день, 8 больных – инъекции промедола до 4-х раз в сутки, 8 больных – морфин 1 % по 1,0 мл до 4-х раз в сутки, 6 больных – ненаркотические анальгетики.

Лечебный курс СКЭНАР-терапии состоял из 10 процедур. В ходе сеанса проводилось непосред-

ственное воздействие на очаг боли и на биологически активные точки. Результат противоболевой терапии оценивался по трем категориям: хороший, удовлетворительный, плохой. Хороший результат – если боль купирована полностью, удовлетворительный – если боль купирована более чем на 50 %; плохой – если ХБС не купирован.

На протяжении курсов СКЭНАР-терапии и после них боль была купирована полностью у 22 больных; из них, у 6 пациентов, получавших ненаркотические анальгетики; у 6 больных, получавших mst-continus; у 5 больных, получавших морфин; у 5 больных, получавших промедол.

У остальных 6 пациентов болевой синдром купирован более чем на 50 %.

У 4-х пациентов существенных улучшений не наблюдалось. Отметив улучшение, у 8 больных были полностью отменены наркотические анальгетики; у 14 больных кратность приема наркотических анальгетиков была снижена. Кроме того, у всех пациентов, кроме 4-х, отмечалось улучшение общего самочувствия: уменьшились явления раковой интоксикации, диспепсический синдром, улучшился аппетит. В дальнейшем эти пациенты были выписаны домой, и находились под наблюдением 6 месяцев. Эффект терапии оставался удовлетворительным.

В настоящее время СКЭНАР-терапия широко используется во многих онкологических центрах России.

АНТИПРОТЕАЗНАЯ ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

У животных, перенесших клиническую смерть, независимо от причин, вызвавших ее, в восстановительном периоде развиваются фазные расстройства системной гемодинамики (А.Я. Евтушенко и соавт., 2003, Г.В. Лисаченко и соавт., 2003). В механизме развития гипоперфузионного синдрома, формирующегося к 1 ч постреанимационного периода, основное значение придают гуморальным факторам, основная масса которых образуется вследствие активации процессов протеолиза. В связи с этим, представлялось целесообразным изучить влияние блокады протеолиза на динамику системного кровообращения у кошек, перенесших 5-минутную клиническую смерть.

Эксперименты проведены на 47 кошках, анестезированных нембуталом (40-45 мг/кг внутривенно). Клиническую смерть продолжительностью 5 мин вызвали острой артериальной кровопотерей. Оживление производили с помощью внутриартериального нагнетания выпущенной крови и искусственной вентиляции легких воздухом в режиме умеренной гипервентиляции. Опытной группе кошек ($n = 11$) за 15 мин до умирания внутривенно вводили контрикал в дозе 10 тыс. единиц/кг. В ходе опытов оценивали характер восстановления жизнедеятельности по общепринятым тестам. С помощью автоматизированной диагностической системы регистрировали минутный объем кровообращения (МОК), среднее артериальное давление (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Рассчитывали систолический объем (СО) и общее периферическое сопротивление (ОПС). Центральное венозное давление (ЦВД) измеряли с помощью водного манометра. Показатели определяли в исходном состоянии и в течение 2 ч постреанимационного периода. Контрольной группой ($n = 36$ кошек) служили животные с обычным течением постреанимационного периода.

В результате проведенного исследования было установлено, что в постреанимационном периоде общий характер изменений гемодинамики у кошек опытной и контрольной групп был сходным, и носил фазный характер. Сердечный выброс изменялся с общей закономерностью, характеризующейся начальным непродолжительным увеличением (гиперперфузионная фаза) и последующим уменьшением (гипоперфузионная фаза).

Однако период гиперперфузии у животных с контрикалом был более выраженным и продолжитель-

ным, а появление признаков недостаточности кровообращения было отсроченным. Так, в контрольной группе сердечный выброс в течение первых 5 мин в 1,6 раза, а СО – в 1,9 раза превышал исходные показатели. Вместе с тем, у животных опытной группы МОК и СО были значительно выше исходных объемов в течение первых 10 мин. При этом МОК в 2,5 раза, а СО в 2,7 раза превышали исходный уровень. В контрольной группе к 10 мин постреанимационного периода показатели МОК и СО снижались до исходных величин и, начиная с 15 мин, прогрессировал гипоперфузионный синдром. В то же время, в опытной группе животных МОК и СО достигали исходного уровня лишь к 20 мин постреанимационного периода, а признаки развития гипоперфузии появлялись к 30 мин периода восстановления. К концу 2 ч постреанимационного периода динамика основных показателей кровообращения в контрольной и опытной группах была однотипной.

Таким образом, исследование показало, что введение контрикала в период стабилизации, непосредственно перед клинической смертью, существенно сказывается на характере фазного восстановления системной гемодинамики. При этом гиперперфузионная фаза возобновления кровообращения становится более продолжительной по времени и интенсивной по степени увеличения исходных гемодинамических показателей. В то же время, гипоперфузионная фаза в условиях введения контрикала формируется значительно позже.

Вероятно, что благоприятное влияние препарата на динамику восстановления постреанимационного кровообращения связано с его антипротезным эффектом. В результате этого протеазы, которые закономерно активируются в постреанимационном периоде, подвергаются ингибированию. Следствием этого становится блокирование образования продуктов аутолиза, угнетающе действующих на кардиомиоциты.

Необходимо отметить, что угнетающее воздействие продуктов протеолитической активности на миокард в условиях постреанимационного периода имеет важное значение лишь на самом раннем этапе оживления, во время массивного возвращения лимфы в кровеносное русло. В последующем наибольшее значение приобретают другие факторы и, главным образом, развитие гиповолемии и гипервязкостного синдрома.



А.М. ВАВИЛОВ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ГЕРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ

Возможность замедлить и гармонизировать естественное старение с помощью специальных лечебных и профилактических мероприятий, получивших название геропротекторной терапии (ГТ), в настоящее время не подвергается сомнению [1, 2, 3, 7]. В настоящее время описан ряд профилактических мероприятий, благоприятно влияющих на течение естественного старения [1]. Известно около 20 веществ, обладающих способностью замедлять старение и увеличивать продолжительность жизни, названных геропротекторами (ГП) [1, 3, 7]. Опубликованы результаты экспериментальных работ, доказавших благоприятное влияние ГП на частоту и течение злокачественных опухолей.

По характеру влияния на продолжительность жизни выделяют три типа ГП. Первый тип – в равной степени увеличивают продолжительность жизни всех членов популяции, увеличивают латентный период развития злокачественных опухолей, не изменяя существенно частоту их возникновения. Второй тип – уменьшают скорость вымирания долгоживущих особей, что приводит к существенному увеличению максимальной продолжительности жизни, уменьшают частоту и увеличивают латентный период развития злокачественных новообразований. Третий тип – увеличивают продолжительность жизни короткоживущих субпопуляций, не влияя на максимальную продолжительность жизни, уменьшают риск развития злокачественных новообразований в молодом возрасте, повышая частоту развития опухолей у представителей старших возрастных групп.

Большинство публикаций по вопросам ГТ носят теоретический характер, или посвящены изложению результатов экспериментальных исследований [1, 2, 3, 4, 7]. Публикации клинических исследований немногочисленны [3, 6]. Показано, что на фоне геропротекторных мероприятий, проводимых в течение года, замедляется увеличение биологического возраста [6].

Нами обобщены данные наблюдения 104 пациентов в возрасте 45-54 лет, которым в течение трех лет проводилась ГП. Использовался один из трех препаратов: раствор тимогена 0,01 % эндоназально по 0,5 мл в каждую половину носа 1 раз в день, повторные пятидневные курсы через 6 месяцев, витамин Е (α -токоферол ацетат) по 0,2 г 50 % раствора 1 раз в день, повторные двухмесячные курсы через 3 месяца, экстракт элеутерококка жидкий по 1,0 мл рет ос через день. Данные наблюдения пациентов, которым проводилась ГТ, сравнивались с результатами обследования сопоставимой группы пациентов, которым не проводилась ГТ. Установлено, что

на фоне всех вариантов ГТ имеют место однотипные изменения:

1. Замедляется увеличение БВ.
2. Уменьшается отношение БВ к ДБВ (должный биологический возраст). Перед началом проведения ГП у 81,7 % пациентов названное отношение превышало 1, через 3 года у 72,1 % обследованных отношение было менее 1.
3. Снижается содержание холестерина и глюкозы, соответственно, в венозной и капиллярной крови исследуемых.
4. Снижается заболеваемость острыми респираторными инфекциями и пневмониями.
5. Снижаются средние цифры систолического и диастолического давления, уменьшается распространенность артериальной гипертензии.
6. Благоприятно изменяется течение хронического бронхита и язвенной болезни – уменьшается частота рецидивирования и продолжительность обострений.

Важно отметить, что благоприятные клинические эффекты коррелируют со снижением БВ, что свидетельствует о замедлении темпов естественного старения.

Обобщив данные клинического наблюдения за 176 больными язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, нам удалось показать, что ГТ раствором тимогена или витамином Е, проведенная в течение года по описанной методике, уменьшает продолжительность эндоскопических рецидивов. Благоприятные изменения течения обострений заболевания отмечаются только у тех пациентов, у которых отношение БВ к ДБВ менее 0,9, подтверждая связь благоприятного изменения течения заболевания с замедлением естественного старения.

С мая 1994 г. по март 2000 г. ГТ рекомендована нами 374 пациентам (171 мужчина и 203 женщины в возрасте 40-85 лет), пролеченным в стационаре медицинского предприятия КАООТ «Азот», проконсультированным нами в терапевтических отделениях МУЗ ГБ № 11 и МУЗ ГКБ № 2 г. Кемерово или обратившимся за консультативной помощью амбулаторно. Из них, 27,3 % пациентов повторно не осмотрены, 7,5 % – рекомендации не выполняли, 5,9 % – прекратили ГТ через 3 месяца, 5,1 % – через 6 месяцев, 2,9 % – через год. Только 7,8 % пациентов продолжают ГТ дольше 3 лет.

Рекомендовались следующие виды ГТ: соблюдение гипокалорийной диеты, прием экстракта элеутерококка жидкого по 1 мл через день, экстракта элеутерококка по 40 капель 1 раз в день, витамина Е по 0,1 г двухмесячными курсами через 3 месяца, раствора тимогена 0,01 % эндоназально по 0,5 мл в каждую половину носа, повторные пятидневные



курсы через 6 месяцев. Рекомендации по соблюдению гипокалорийной диеты никем из пациентов не выполнялись дольше 1 месяца. Терапию экстрактом элеутерококка в течение 3-х лет проводили 34,7 % пациентов, которым она была рекомендована, витамин Е – 39,8 %, раствор тимогена – 41,0 %.

Наибольший интерес к ГТ проявляли женщины в возрасте 40-45 лет и мужчины в возрасте 45-50 лет. Побочных эффектов ГП не отмечено.

Проведенные исследования подтверждают возможность благоприятного влияния на процесс старения общедоступных терапевтических мероприятий, позволяют считать ГТ эффективным средством снижения заболеваемости лиц в возрасте 40-50 лет острыми респираторными вирусными инфекциями и пневмониями, рассматривать применение ГП как перспективный путь первичной профилактики ИБС и сахарного диабета, а также свидетельствуют о целесообразности использования ГП в комплексной терапии хронических неспецифических заболеваний легких и язвенной болезни.

Литература:

1. Анисимов, В.Н. Эволюция концепций в геронтологии /Анисимов В.Н., Соловьев М.В. – СПб., 1999.
2. Астраханцева, Л.З. Герiatricческая фармакология /Астраханцева Л.З. – Л., 1972.
3. Донцов, В.П. Старение: механизмы и пути преодоления /Донцов В.П., Крутько В.Н., Подколзин А.А. – М., 1997.
4. Дубинина, Т.А. Введение в экспериментальную геронтологию /Дубинина Т.А., Разумович А.Н. – Минск, 1975.
5. Дуленко, Ю.К. Старение: очерки развития проблемы /Дуленко Ю.К. – Л., 1985.
6. Проблемы определения биовозраста: Сравнение эффективности методов линейной и нелинейной регрессии /Смирнова Т.М., Крутько В.Н., Донцов В.П. и др. // Профилактика старения. –1999. – Вып. 2. – С. 37-48.
7. Сергеев, Н.С. Экспериментальное увеличение продолжительности жизни /Сергеев Н.С., Новиков Н.Д. – СПб., 2001.
8. Хавинсон, В.Х. Препараты эпифиза и тимуса в геронтологии /Хавинсон В.Х., Морозов В.Г. – СПб., 1992.

В.Н. СЕРГЕЕВ, А.М. ПУТИНЦЕВ, В.А. ЛУЦЕНКО, О. М. ОЛИКОВ, М.Г. МАСЛОВ
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

АУТОВЕНОЗНОЕ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ "IN SITU" ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Большая распространённость окклюзирующих поражений нижних конечностей, высокая частота послеоперационных осложнений заставляют вести поиск новых методов оперативных вмешательств при данном виде патологии.

Наряду с бедренно-подколенным протезированием реверсированной БПК аутовеной, использованием ксенобиопротезов и протезов из синтетических материалов, используется методика аутовенозного бедренно-подколенного протезирования по методике "in situ". В качестве пластического материала используется БПК вены, оставленная в своём естественном анатомическом ложе, после предварительного разрушения клапанов. Наличие естественных перфорантных вен бедра (перфоранты Бойда), обеспечивает дополнительную разгрузку шунта, увеличение объёмной скорости кровотока в системе, что уменьшает риск тромбоза в послеоперационном периоде. Сохранение естественной васкуляризации венозной стенки уменьшает дегенеративные изменения стенки шунта, что также уменьшает частоту тромботических осложнений.

В отделении сосудистой хирургии КОКБ проведен анализ эффективности операций аутовенозного бедренно-подколенного протезирования при

ишемии нижних конечностей по методике "in situ" за 1998-2003 гг. Показанием к операции служила окклюзия поверхностной бедренной артерии, осложнённая хронической ишемией IIб-IV ст.

Выполнено 64 операции, из них дистально-бедренно-подколенное протезирование – у 23 больных (35,9 %), проксимальных – у 41 (64,1 %). У 11 больных (17,3 %) дополнительно проводилась профундопластика и эндартерэктомия из общей бедренной артерии.

Клапаны БПК вены разрушались вальвулотомом. Оперативные вмешательства осложнились тромбозом в 13 случаях (20,3 %). У 8 больных (12,5 %) наблюдалась локальная застойная венозная гиперемия в верхней трети бедра, по ходу БПК вены, которая купировалась самостоятельно в сроки от 3-х до 6-ти месяцев, после закрытия перфорантов.

Все больные с ранним тромбозом оперированы повторно в экстренном порядке. Анализ случаев ранних тромбозов позволил выявить следующие причины их возникновения. Наиболее частой причиной было диффузное стенозирование артерий-путей оттока, с высоким периферическим сопротивлением – у 9 больных (14%). Двум из них впоследствии произведены ампутации конечности.

Второй наиболее частой причиной было неадекватное разрушение клапанов БПК вены – 4 больных (6 %). Натяжение аутовенозного шунта наблюдали в одном случае, что потребовало итраоперационного репротезирования реверсированной аутовеной. Следует отметить, что все тромбозы после шунти-

рования веной “in situ” отмечены на период освоения методики.

Высокая эффективность данного метода, низкая частота послеоперационных осложнений позволяют использовать данную методику в качестве выбора при окклюзии артерий нижних конечностей.

С.А. БУЛАХОВА, Т.В. КАРМАЛИТОВА, Д.В. МИККО, Т.П. ЗАХАРОВА
МУЗ Детская клиническая больница № 2,
г. Кемерово

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Включение дневных стационаров в систему оказания медицинской помощи детям с заболеваниями нервной системы не должно проходить автоматически, а требует целенаправленной методики организационного проектирования, где бы учитывались ресурсосбережение здравоохранения, его экономическая эффективность и интересы детского населения. Внедрение экономических методов управления, переход к обязательному медицинскому страхованию определили необходимость проведения анализа финансовой деятельности дневного стационара, его рентабельности.

Финансовая деятельность дневного стационара предусматривает определение нормативных показателей, исходя из мощности структурного подразделения, функции, оборота койки, среднего пребывания больного на койке, применяемых алгоритмов медицинских технологий (АМТ).

ды на медикаменты, приобретение и обслуживание медицинского оборудования – 15 %, - хозяйственные расходы – 45 %.

Надо отметить, что нормативными документами МЗ РФ (“Методические рекомендации по порядку формирования и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью”) питание больных дневных форм госпитализации не предусмотрено, обеспечение медикаментами – 50 % за счет ОМС, 50 % за счет средств больного.

В целях выявления резервов развития дневного стационара, гибкой системы оплаты за медикаментозное обеспечение, изучена социально-гигиеническая характеристика 3000 семей, дети которых поступали на лечение в дневной стационар. Данные этих исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных дневного стационара в зависимости от дохода семьи

Социальная категория семьи	Доход относительно прожиточного минимума			Итого
	ниже	равен	выше	
Полная семья	63	184	1067	1314
Неполная семья	257	549	54	860
Студенческая семья	548	0	0	548
Семьи с детьми инвалидами	16	28	0	44
Опекунская семья	42	34	0	76
Семьи социального риска	158	0	0	158

При реализации базовой программы обязательного медицинского страхования на 2003 год стоимость АМТ для больных детей неврологического профиля установлена в сумме 1800 рублей (100 рублей на 1 койко-день).

При рассмотрении структуры издержек на одного пролеченного больного и один койко-день, мы условно разделили весь объем затрат:

- заработная плата и начисления на неё – 40 %, - “медицинские технологии”, включающие расхо-

Из таблицы видно, что бюджет 1184 семей (36,1 %), дети которых получают лечение в дневном стационаре, находится ниже установленного в Кузбассе прожиточного минимума, в связи с этим выделена дополнительная группа семей, получающих медикаменты бесплатно. К ним отнесены дети, воспитываемые опекунами, дети-инвалиды, семьи социального риска, студенческие семьи (индивидуальный подход). Была разработана шкала prognostic оценки эффективности госпитализации



в дневной стационар поликлиники, основанная на анализе карт стационарного больного, указывающих на выздоровление и улучшение после курса лечения в дневном стационаре (табл. 2).

чество пролеченных больных + 963000 рублей за больных, пролеченных в дневном стационаре дополнительно. Общая сумма экономии составила 5628109 рублей.

Таблица 2. Шкала прогностической оценки эффективности госпитализации детей в дневной стационар

Признак	Степень выраженности признака	Баллы
Возраст	До года	+ 5
	1-6 лет	+ 3
	школьники	+ 5
Материально-бытовые условия дома	Хорошие	+ 5
	Удовлетворительные	+ 3
	Отсутствие коммунал. удобств	- 3
	3 и более детей в семье	- 2
Доход семьи в год	До 50 тыс. руб.	- 3
	50-100 тыс.руб.	+ 3
	> 100 тыс. руб.	+ 5
Территориальная доступность	Пешком	+ 5
	Личным транспортом	+ 3
	Общественным транспортом	- 3
Настроенность родителей на комплексное лечение в дневном стационаре	Настроен и соблюдает	+ 5
	Настроен, соблюдает частично	+ 5
	Настроен, не соблюдает	- 5
Настроенность больного на дневную госпитализацию	Настроен сознательно	+ 5
	Настроен по настоянию врача	+ 3
	Не настроен	- 5

Отсутствие нуждемости в круглосуточном наблюдении у пациентов, чьи карты были проанализированы, явилось естественным и первым по необходимости условием лечения в дневном психоневрологическом отделении. Выявлено 6 наиболее значимых признаков, влияющих на результативность лечения в дневном стационаре. Степень выраженности этих признаков оценена в баллах от – 5 до + 5, в последующем, для удобства расчетов, выявленные баллы были сгруппированы. Результаты оценивались следующим образом:

- 35-25 баллов – прогноз эффективности лечения в дневном стационаре поликлиники максимальный,
- 24-15 баллов – прогноз эффективности лечения хороший,
- ниже 14 баллов – удовлетворительные результаты, при желании родителей дети могут быть госпитализированы в круглосуточный стационар.

Данная шкала применялась при отборе больных в дневной стационар, оценивалась возможность оплаты пациентами медицинских услуг сверх программы ОМС (табл. 3).

Исходя из приведенных данных, в дневном стационаре пролечены в 1,7 раза больше больных, чем в круглосуточном стационаре. Экономический эффект составил 4665109 рублей за равное коли-

При увеличении оборота койки, 2-х сменной работе дневного стационара, увеличивается доход лечебно-профилактического учреждения в целом, так как сверхплановое лечение больных предусматривает расходы только на оплату труда, другие расходы “перекрываются” плановыми издержками.

В 2003 году оборот койки в нашем дневном стационаре составил 2,39, пролечены 1338 больных, оплата из средств ОМС составила 2408400 рублей, что в 2,4 раза больше предусмотренного по плану. Данный экономический расчет указывает на высокую рентабельность дневного стационара поликлиники. Анализируя вышеизложенное, представляется возможным констатировать:

- предложенная шкала оценки эффективности может быть применена в дневном стационаре любого педиатрического профиля;
- в целях выявления резервов развития дневного стационара, применима частичная оплата за счет родителей больных детей, при обязательном выделении семей, лечение которых должно быть в рамках государственных гарантий;
- доказано экономическое преимущество лечения детей в условиях дневного стационара за счет экономии и за счет оборота койки при обязательном сохранении качества лечения на уровне высокоспециализированного круглосуточного стационара.

Таблица 3. Сравнительная оценка расходов на лечение больных неврологического профиля в 2003 г.

Стационар	Пролечено больных	Стоимость 1 к/д в руб.	Курс лечения в к/д	Стоимость курса лечения	Общая сумма в руб.
Дневной	1338	100,0	18	1800,0	2408400,0
Круглосуточный	803	462,0	16,4	7609,6	6110509,0

Т.И. ШРАЕР, Е.В. ЛИШОВ, С.А. УСОВ, А.П. ФИЛЬКОВ, Д.Л. ШУКЕВИЧ, А.Е. ШУКЕВИЧ
 Кузбасский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,
 Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА С ПОЗИЦИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Перитонит, как инфекционно-воспалительное осложнение хирургической патологии, занимает лидирующее место среди причин смерти при заболеваниях органов брюшной полости (Савельев В.С. и соавт., 1990; Шуркалин Б.К., 2000; Darling G.E. et al., 1998), а осложняющий его течение абдоминальный сепсис (АС) с синдромом эндогенной интоксикации (СЭИ) остается одной из актуальных проблем современной медицины, и привлекает внимание многих исследователей (Гельфанд Б.Р., 2002; Руднов В.А., 2000; Bone R.C., 1996). В этой связи, нам представляется перспективным определение маркеров системной воспалительной реакции и эндотоксикоза, столь необходимых для своевременного и адекватного лечения. Одними из основных индукторов эндотоксикоза (Малахова М.Я., 1995; Дорохин К.М., 1994; Babb L. et al., 1971) являются продукты усиленного неферментного протеолиза, с высокой функциональной активностью – вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ), образующиеся при нарушенном метаболизме и гипоксии.

Определение уровня их накопления и выведения в различных биосредах организма (плазма крови, эритроциты, моча) позволяет на доклинических стадиях диагностировать проявление и развитие СЭИ у больных с АС.

Цель исследования – изучить диагностические и прогностические возможности нового интегрального показателя – индекса синдрома эндогенной интоксикации (ИСЭИ) в оценке вариантов течения СЭИ у больных с АС.

Исследование проведено у 108 пациентов с распространенным перитонитом (РП), осложненным АС. Причиной перитонита явились: перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки (9,3 %), острая кишечная непроходимость (21,3 %), перфорация опухоли толстой кишки (7,4 %), перфорация опухоли толстой кишки (7,4 %), деструктивный панкреатит (10,2 %), тупая травма живота с повреждением органов брюшной полости (9,3 %), проникающие ранения брюшной полости (7,4 %), острый холецистит (14,8 %), мезентериальный тромбоз (3,7 %), поддиафрагмальный, подпеченочный абсцесс (8,3 %), острый аппендицит (8,3 %). Диагноз сепсиса выставлялся по критериям R.C. Bone (1992), объективизация состояния – по шкале APACHE II (Knaus W. et al., 1985). Общее клинико-лабораторное исследование дополнялось пошаговым определением ВНиСММ (шаг длины волны 4 нм) в диапазоне 246–290 нм (Малахова М.Я., 1995), что придавало методу особую точность.

Репрезентативность исследования обеспечена стандартизацией пациентов по тяжести состояния и принципам общепринятой терапии (хирургическое дренирование очага инфекции, антибактериальная терапия, коррекция нарушений гомеостаза). По тяжести сепсиса все больные были разделены на три группы. В I-ю группу вошли 24 пациента (22,2 %) с сепсисом (ССВО + гнойный очаг); во II-ю группу – 62 человека (57,4 %) с тяжелым сепсисом (органопатия 1–2 органов); в III-ю – 22 больных (20,4 %) с септическим шоком и ПОН (дисфункция более двух органов).

Контрольную группу составляли 32 человека, кровь и моча которых исследованы при проведении медосмотра, а результаты спектра ВНиСММ взяты за норму. Для оптимизации расчетов соотношения систем накопления ВНиСММ (плазма, эритроциты) и выведения (моча) нами предложен новый показатель – индекс синдрома эндогенной интоксикации (ИСЭИ), рассчитываемый по оригинальной формуле:

$$\text{ВНиСММ}_{\text{пл}} \times \text{ВНиСММ}_{\text{эр}} / \text{ВНиСММ}_{\text{мочи}}$$

В норме его значения составляли $5,32 \pm 0,48$ и отражали сорбционную способность эритроцитарной мембраны, накопление и транспорт эндогенно-токсических субстанций низкой и средней молекулярной массы в плазме и естественную элиминацию их с мочой.

Результаты

В I-й группе больных ИСЭИ был достоверно ниже нормы и составлял $3,8 \pm 0,3$, а вариант течения эндотоксикоза мы считали компенсированным за счет активного и эффективного включения системы естественной детоксикации (выделение ВНиСММ с мочой). Клинически и лабораторно эндотоксикоз был не выражен, сумма баллов APACHE-II не превышала $4,1 \pm 0,6$, ЛИИ – $2,1 \pm 0,2$. Летальных исходов не было.

Значения ИСЭИ $12,75 \pm 1,3$ характеризовали II-ю группу пациентов с субкомпенсированным СЭИ. Органная дисфункция затрагивала систему выведения эндотоксинов. Вместе с тем, компенсаторные возможности адаптации работали с большим напряжением (APACHE-II- $17 \pm 2,1$), летальность составила 16,3 %.

В III-й группе больных тяжесть состояния определялась полиорганной несостоятельностью, а эндотоксикоз приобретал декомпенсированный вариант развития (ИСЭИ более $20,1 \pm 1,5$) в результате значительного увеличения ВНиСММ в плазме



и эритроцитах, и резкого снижения их выведения с мочой. Летальность в группе – 66,2 %. Получена прямая корреляционная связь между шкалой оценки тяжести АРАСНЕ-II и новым интегральным показателем эндотоксикоза – ИСЭИ.

Заключение.

Использование принципиально нового маркера эндотоксикоза – ИСЭИ – в диагностике СЭИ, является объективным в оценке вариантов его течения при различной тяжести АС. Разработанный расчет

ИСЭИ, который основан на принципе пошагового определения накопления, распределения и выведения ВНиСММ в различных биосредах организма (плазма, эритроциты, моча) имеет большое диагностическое и прогностическое значение в оценке тяжести СЭИ при АС. Определение вариантов течения СЭИ с помощью ИСЭИ позволяет на доклиническом уровне диагностировать СЭИ и дифференцированно осуществлять интенсивную терапию АС.

А.М. ЯКУШЕВ, М.П. ЯКУШЕВ, А.В. САПОЖКОВ
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

АНТИАРИТМИЧЕСКОЕ И АРИТМОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ СРЕДСТВ АНТИДЕПРАЛГЕЗИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Ранее нами было установлено, что средства антидепралгезии (пиразидол и трамал) при однократном введении обладают противоярритмическим эффектом у бодрствующих кроликов с острым инфарктом миокарда. Однако, влияние средств антидепралгезии (АДА) на развитие нарушений ритма сердца в остром периоде инфаркта миокарда практически не исследовано.

Цель исследования – провести экспериментальную оценку действия комбинации антидепрессанта пиразидола и анальгетика трамала на развитие аритмий при остром инфаркте миокарда.

Материал и методы исследования

Опыты проводили на бодрствующих кроликах породы Шиншилла, массой 3-4 кг, которым в предварительной операции с помощью высокой перевязки левой коронарной артерии моделировали острый инфаркт миокарда. В эксперимент животных брали на 2-3 дня после операции. Выполнено 2 серии опытов: 1 серия – контрольная группа (n = 11), 2 серия (n = 8) – пиразидол и трамал в дозах 4 мг/кг и 0,5 мг/кг, соответственно. Препараты вводились одномоментно внутривенно, ежедневно, на протяжении 7 суток. Исследования выполнялись в 1-й, 3-й, 5-й, 7-й дни острого инфаркта миокарда. С помощью компьютерного комплекса [РС-АТХ Р4 + электрокардиограф ЭКЧМП-Н3051 + полиграф ПБЧ-01] регистрировали ЭКГ в 12-ти отведениях по схеме лечения аритмий.

Антиаритмическое действие [ААД] оценивали по следующим параметрам ЭКГ: ОЧСС; % ЭС от ОЧСС; интервалам: P-Q; Q-T; QRS; R1 + R2 + R3; QП; QTB; R1 + S3; SV1 + RV5. Все болезненные процедуры проводились с применением анальгетиков. Статистическая обработка проводилась программами "Microsoft Excel", "Биостатистика", включая вычисление критерия t-Стьюдента. Раз-

личия считали статистически достоверными при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Контрольные данные: 1) ОЧСС/мин. = $233,2 \pm 4,5$; 2) процент экстрасистол (% ЭС) от ОЧСС = $65,3 \pm 1,5$ (3 сутки); 3) P-Q (ms) = $55,2 \pm 1,8$; 4) Q-T (ms) = $138,5 \pm 4,1$; 5) QRS (ms) = $20,5 \pm 1,0$; 6) R1 + R2 + R3 (mv) = $0,56 \pm 0,02$; 7) СП (в %) = $47,1 \pm 4,5$; 8) QTB (ms) = $0,8 \pm 0,02$; 9) R1 + S3 (mv) = $1,8 \pm 0,05$; 10) SV1 + RV5 (mv) = $2,5 \pm 0,02$. Антиаритмический эффект АДА проявлялся с 1-х по 3-и сутки [1) $-11,5 \pm 0,1$; 2) $-16,2 \pm 0,2$; 3) $-9,5 \pm 0,3$; 4) $-8,3 \pm 0,1$; 5) $+6,5 \pm 0,1$; 6) $+4,9 \pm 0,05$; 7) $+5,5 \pm 0,1$; 8) $+4,8 \pm 0,3$; 9) $+4,0 \pm 0,05$; 10) $+5,5 \pm 0,2$]. ААД АДА можно объяснить проявлением антиоксидантного и антигипоксанта эффектов универсального тетрациклического антидепрессанта пиразидола, с потенцированием их анальгетиком смешанного типа действия трамалом. Однако, на 4-е сутки антиаритмический эффект заменяется проаритмическим, в виде увеличения % ЭС с $65,3 \pm 1,5$ до $87,4 \pm 1,2$, который сохранялся в течение 7-х суток исследования. Развитие отсроченного аритмогенного действия комбинации пиразидола и трамала происходит, вероятно, за счет начала проявления тимолептического эффекта пиразидола, в форме стимулирующего влияния на адренергические и серотониновые структуры сердечно-сосудистой системы, с центральным антиноцицептивным действием трамала.

Заключение

Однократное введение средств антидепралгезии при остром инфаркте миокарда вызывает антиаритмическое действие, которое при длительном применении заменяется побочным аритмогенным эффектом, выражающимся в виде увеличения количества экстрасистол на 22,1 %.

Д.Ю. КУВШИНОВ

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

КОРОНАРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СТРЕСС КАК ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Среди причин смертности населения цивилизованных стран по-прежнему лидируют сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). В России она достигает уровня сверхсмертности, и в 3-6 раз превосходит показатели США и Франция. Одним из факторов риска может являться поведенческий тип личности, впервые найденный американским кардиологом Rosenman R.H. (1985) и названный им “типом А”, носители которого во много раз более предрасположены к развитию инфаркта миокарда и других форм ИБС. Но, вероятно, существует возможность модифицировать профиль “поведенческого” риска в возрасте перехода от юношеского к взрослому.

С другой стороны, стрессы часто становятся фоном для развития не только неврологической, но и психосоматической патологии, в том числе у студентов-медиков, и превращаются в серьезную социальную проблему. Однако, не изученными остаются вопросы коронарного поведения, “профиль” стрессреактивности и их сочетание, как возможные факторы риска ССЗ у лиц юношеского возраста.

Материал и методы исследования

У студентов медицинской академии (100 человек мужского пола и 161 – женского) в возрасте 17-21 лет проводили оценку стрессреактивности (СР) с использованием ряда методов: 1) тест Люшера; 2) иридокопическое определение числа “нервных колец” радужки; 3) метод Тейлора (уровень тревожности); 4) кардиоритмологическое определение индекса напряжения регуляторных систем (ИНРС); 5) функциональная проба “Счет”; 6) тест “индивидуальная минута”. Оцениваемые параметры относили к низким, средним и высоким (соответственно, 1, 2 или 3 балла). Общее количество баллов СР варьировало у разных студентов от 9 до 17. Опросником Дженкинса выявляли типы коронарного поведения. Биологический возраст старения (БВс) определяли по методике В.П. Войтенко с соавт., находили соотношение фактического (ФБВс) и должного (ДБВс). Студентов разделили на две группы: контрольную и группу воздействия. Среди представителей второй группы, после первого тестирования, выявляли лиц с высоким суммарным баллом стрессов. С этими испытуемыми в течение 1,5 месяцев проводили шесть занятий, направленных на ограничение стрессреактивности. В конце каждого занятия испытуемым вручали буклеты, текст которых отражал содержание беседы.

Результаты исследования

В целом, больше выявлено лиц типа АВ. Юношей типа А было 25 человек, девушек типа А – 26; юношей типа АВ – 75 человек, девушек типа АВ – 145.

Анализ особенностей коронарного поведения у юношей позволил выявить, что БВс у лиц типа А имел тенденцию к более высоким показателям, чем у юношей типа АВ ($1,42 \pm 0,06$ и $1,39 \pm 0,03$). Для юношей обоих типов превышение должных темпов старения было равно примерно 1/3, и было гораздо больше, чем у девушек. Уровень стрессреактивности был выше у лиц типа А ($12,06 \pm 0,22$ балла), по сравнению с лицами АВ ($11,5 \pm 0,12$ баллов). Уровень личностной тревожности, показатели пробы “Счет” и показатели ИНРС – т.е., по сути, кардинальные проявления стрессов были выше у лиц типа А. А вот число колец радужки, количество выкуриваемых за сутки сигарет было больше у лиц типа АВ.

У девушек типа А БВс также имел тенденцию к более высоким показателям, чем у девушек типа АВ ($1,08 \pm 0,03$ и $1,04 \pm 0,02$), и, хотя отклонение от должных величин было существенно ниже, чем у юношей, но “разрыв” между параметрами лиц А и АВ у девушек был больше. Уровень стрессреактивности был выше у лиц типа А на 0,6 балла, по сравнению с девушками АВ, и был равен $13,09 \pm 0,25$ баллов, что также превышает таковой параметр у юношей. Анализ отдельных проявлений СР показал, что у лиц типа А выше уровень личностной тревожности, показатели пробы “Счет” и индивидуальной минуты, а вот величины ИНРС, радужки и теста Люшера различались незначительно. Число колец радужки было больше у девушек типа АВ.

В дальнейшем работа была направлена на ограничение уровня стрессреактивности у студентов.

При сравнении групп, практически уравниваемых по исходным параметрам, ($27,56 \pm 0,99$ и $28,0 \pm 0,32$ баллов по Дженкинсу), выяснилось, что в контрольной группе через восемь месяцев коронарный риск поведения практически не изменился. Уровень склонности к стрессам недостоверно изменился с $13,57 \pm 0,20$ до $12,85 \pm 0,89$ баллов. В группе воздействия средний балл опросника Дженкинса через восемь месяцев стал достоверно выше и равнялся $31,87 \pm 1,5$ балла (риск сердечно-сосудистой патологии снизился). Уровень стрессреактивности достоверно уменьшился с $13,13 \pm 0,51$ до $11,85 \pm 0,34$ баллов.

Таким образом, для юношей тип А, по видимому, является достаточно весомым фактором риска сердечно-сосудистой патологии, тогда как для девушек это не всегда верно. Применение когнитивно-мотивирующей системы коррекции СР показывает возможность модификации поведенческих факторов риска, что может стать основой при разработке программ ранней профилактики ССЗ среди молодежи.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ

Цель работы: оценить эффективность хирургического лечения патологической извитости внутренней сонной артерии у детей.

Материалы и методы

В исследование включены 21 ребенок (12 мальчиков и 6 девочек) в возрасте 9-15 лет, средний возраст – 10,4 лет. Направление пациентов осуществлялось детскими неврологами. Основания для обращения к хирургам: клиника хронического нарушения мозгового кровообращения и выявленные ультразвуковыми методами исследования гемодинамически значимые изменения в экстракраниальных сосудах. Это же явилось показанием для принятия решения об оперативном лечении. Пред- и послеоперационное обследование включало в себя общеклинические исследования, осмотр детского невролога с детальным описанием неврологического статуса, дуплексное сканирование (ДС) брахиоцефальных сосудов, транскраниальная доплерография, МРТ. Ультразвуковые исследования выполнялись на аппарате ACUSON 128 XR 10. Производились измерение линейной скорости кровотока (ЛСК) до и после участка извитости, оценка градиента ЛСК на этом участке, оценивалась симметричность ЛСК по средней мозговой артерии (СМА).

Критериями гемодинамической значимости извитости являлись:

- градиент скорости кровотока по ВСА $> 30\%$, дистальнее извитости.
- асимметрия скорости кровотока по средней мозговой артерии.

Методика операции

Все больные оперировались под ЭТН. Бифуркация сонных артерий выделялась из стандартного доступа. Для защиты головного мозга использовалась общепринятая методика: введение барбитуратов, повышение АД. У 7 больных для этой цели дополнительно использована инфузия препарата перфторан из расчета 2 мл/кг веса тела. Перед основным этапом производилось определение ретроградного давления во внутренней сонной артерии. Внутренняя сонная артерия (ВСА) отсекалась у устья и резецировалась. Анастомоз накладывали тангенциально с устьем внутренней сонной артерии. Для наложения анастомоза использовали синтетический нерассасывающийся шовный материал 6/0, применяли узловый или комбинированный

сосудистый шов (на одну полуокружность артерии накладывался узловый шов, на вторую полуокружность – непрерывный обвивной шов).

Результаты операций оценивались в сроки: при выписке, через 3 месяца, через 6 месяцев и ежегодно.

Результаты и обсуждение

По результатам ДС исследований, “С”-образная извитость выявлена у 33,6 % пациентов, “S”-образная извитость – у 66,4 %. Данные ультразвуковых исследований подтверждались магниторезонансной ангиографией. Линейная скорость кровотока дистальнее извитости составляла 190-220 см в секунду. Градиент ЛСК дистальнее извитости составил от 40 % до 150 %, в среднем 110 %. Асимметрия кровотока по средней мозговой артерии составила, в среднем, 40 %.

Операции выполнены всем пациентам. Пятерым из них произведена двусторонняя резекция внутренней сонной артерии. Интервал между операциями составил от 1,5 до 7 месяцев.

Время пережатия внутренней сонной артерии составляло от 6 до 15 минут, среднее время пережатия – 8,5 минут. Послеоперационных осложнений не было. После операции у всех пациентов в оперированной сонной артерии отмечалось исчезновение градиента ЛСК. Симметричность ЛСК по СМА в сроки до 2-х месяцев восстановлена у 6 оперированных детей (28,8 %). В сроке до 1 года выравнивание ЛСК по СМА происходило у 9 детей (43,2 %). У остальных детей происходило уменьшение градиента ЛСК по среднемозговой артерии, в среднем, до 20 %. В отдаленных сроках наблюдения в 85,6 % случаев мы наблюдали полное исчезновение исходной неврологической симптоматики, в 14,4 % случаев интенсивность неврологической симптоматики значительно уступала исходной картине. При этом даже в ранние сроки пациенты чувствовали себя лучше.

Анализируя отдаленные результаты оперативного лечения патологической извитости ВСА у детей, мы пришли к выводу о целесообразности и оправданности данного вида вмешательства. В отдаленном периоде после оперативного лечения у большинства пациентов мы получили уменьшение неврологической симптоматики и нормализацию экстра- и интракраниальной гемодинамики.

Л.А. ЛЕВАНОВА

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У НАСЕЛЕНИЯ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Важнейшей проблемой в последние годы является ухудшение экологической обстановки, связанное с урбанизацией [1]. В условиях экологического неблагополучия иммунодефицитные состояния наблюдаются практически у всего населения, проживающего в данном регионе [3]. Изменения в иммунной системе проявляются в формировании аллергических реакций, аутоиммунных и онкологических заболеваний, а также приводят к дисбактериозам кишечника [2, 8]. При этом нарушения в составе нормальной микрофлоры кишечника наступают задолго до клинических симптомов, и поэтому могут служить предвестниками определенного патологического процесса [4, 9]. Однако в настоящее время на наличие дисбактериоза кишечника обследуют, в основном, лиц с различными клиническими проявлениями. В то же время, слабо изученными остаются эпидемиологические особенности этого состояния, распространенность его среди населения определенных территорий, среди различных возрастных социальных групп [6].

Цель работы – изучение распространенности дисбактериоза кишечника среди населения Западной Сибири разных возрастных групп.

Материалы и методы

Изучен микробиоценоз кишечника у 1767 практически здоровых людей (1-я и 2-я группы здоровья) в возрасте 0-60 лет и старше, ничем не болевшие в течение последних полутора месяцев и в день обследования, не предъявляющие никаких жалоб. Для выделения возрастных контингентов, подлежащих дифференцированному медико-санитарному обслуживанию, пользовались приказом МЗ РФ № 81 от 15.03.02 “О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г.” и санитарной статистикой А.П. Меркова и Л.Е. Полякова (1974). Возрастная группа 0-1 год – грудные дети (600 человек). Возрастные группы 1-2 года – дети ясельного возраста (272 человек), 3-6 лет – дети дошкольного возраста (421 человек), 7-10 лет – дети раннего школьного возраста (80 человек), 11-13 лет – дети среднего школьного возраста (41 человек), 14-17 лет – подростки (86 человек), 18-19 лет – призывной возраст (55 человек). Данные возрастные категории характеризуются однотипным характером питания, равным социальным статусом и психоэмоциональным развитием детей в каждой группе. Взрослое население было представлено тремя основными группами – возрастная категория 20-39 лет (130 человек), 40-59 лет (62 человек), 60 лет и старше (20 человек).

Бактериологическое исследование фекалий проводили соответственно методическим рекомендациям МЗ СССР от 1991 г. [5]. Выделенные микроорганизмы идентифицировали по морфологическим, культуральным, биохимическим и патогенным

свойствам. Количественное содержание микроорганизмов выражали в виде десятичного логарифма ($\lg$ КОЕ/г). В соответствии с установленными региональными критериями, нормы для каждой возрастной группы [7] определены степень дисбиотических нарушений и частота их встречаемости.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием стандартных программ “Биостат” и программного обеспечения оперативной системы Windows-98.

Результаты и обсуждение

Исследования показали, что значительные нарушения в составе нормальной микрофлоры наблюдаются у детей первого года жизни. Среди 600 обследованных только у 14 % детей регистрируется состояние эубиоза. У 34,7 % детей раннего возраста отмечаются дисбиотические нарушения кишечной микрофлоры I-й степени. Первое место по частоте обнаружения среди детей первого года жизни занимает дисбактериоз II-й степени (43,5 %). Дисбактериоз III-й степени выявляется в 7,5 % случаев, кроме того, у 0,3 % детей первого года жизни нарушения в составе нормальной микрофлоры кишечника оцениваются как дисбактериоз IV-й степени.

В возрасте 1-2 года состоянию эубиоза соответствуют 22,4 % обследованных детей. Доминирующее положение по частоте обнаружения (46,3 %) занимает дисбактериоз I-й степени. Дисбактериоз II-й степени составляет 29,8 %, а в остальных случаях (1,5 %) в составе нормальной кишечной микрофлоры детей раннего возраста диагностируется III-я степень дисбиотических нарушений. У детей 3-6 лет состояние эубиоза установлено в 28,5 % случаев. Более чем у половины (53 %) детей регистрируются дисбиотические нарушения I-й степени, частота встречаемости II-й степени дисбактериоза составляет 18,3 %, на долю III-й степени приходится 0,2 %. В возрасте 7-10 лет количество детей с эубиозом снижается до 23,8 %, доминирующим (47,5 %) все так же является дисбактериоз I-й степени, повышается удельный вес дисбиотических нарушений II-й и III-й степени тяжести, до 25 % и 3,7 %, соответственно. В 11-13 лет снова возрастает частота обнаружения эубиоза – до 29,3 %. Более чем у половины обследованных детей данной группы (56,1 %) регистрируется дисбактериоз I-й степени и у 14,6 % детей – II-й степени. Дисбактериозы III-й и IV-й степени тяжести в данной возрастной группе не обнаружены. В возрасте 14-17 лет частота обнаружения эубиоза значительно снижается – до 21 %. В данной возрастной группе также преобладают (40,7 %) дисбиотические нарушения I-й степени, у 36 % обследованных подростков выявляется дисбактериоз II-й степени, а частота встречаемости III-й степени дисбактериоза составляет 2,3 %.



Самым благоприятным возрастом для микробиоценоза кишечника является призывной возраст 18-19 лет, в период которого частота встречаемости эубиоза достигает 45,5 %. Более чем в половине случаев (50,9 %) обнаруживаются дисбиотические состояния, попадающие под категорию I-й степени, и только у 3,6 % обследованных лиц выявлен дисбактериоз II-й степени.

В дальнейшем, с увеличением возраста человека, частота встречаемости эубиотических состояний снижается и нарастают дисбиотические нарушения кишечной микрофлоры различной степени тяжести. Так, в возрасте 20-39 лет, 40-59 лет и старше 60 лет эубиоз регистрировался, соответственно, у 38,5 %, 29,1 % и 15 % обследованных. Среди всех обследованных людей в возрасте 20-59 лет доминирующей степенью дисбиотических нарушений является первая, составившая 43,8 % в 20-39 лет и 40,3 % в 40-59 лет. В возрасте старше 60 лет дисбактериоз I-й и II-й степени тяжести регистрируется с одинаковой частотой, по 35 %. Частота встречаемости II-й степени дисбактериоза у людей 20-39 лет составляет 17,7 %, а в 40-59 лет – 29 %. После 40 лет изменения в кишечной микрофлоре усугубляются, при этом частота встречаемости дисбактериоза III-й степени нарастает от 1,6 % в возрасте 40-59 лет до 5 % случаев в возрасте 60 лет и старше.

Заключение

Полученные результаты показали, что частота встречаемости дисбактериоза кишечника у жителей Западной Сибири, соответственно установленным региональным критериям нормы, составляет 76,2 %, тогда как, согласно общероссийским стандартам, распространенность дисбактериоза среди жителей данного региона достигает 90,1 %. Во всех возрастных группах у жителей Западной Сибири в составе нормальной микрофлоры кишечника преобладают дисбиотические нарушения, соответствующие I-й или, реже, II-й степени тяжести.

Проведенные исследования позволили сделать вывод, что не всегда удается провести параллель между клиническими проявлениями и степенью выраженности дисбиотических изменений. Однако необходимо учитывать, что пациенты, у которых, несмотря на отсутствие клинических проявлений, обнаружены изменения в микробиоценозе, составляют группу риска и нуждаются в наблюдении, а также в проведении им профилактических меро-

приятий, особенно при появлении каких-либо нестандартных ситуаций.

Исходя из полученных данных, можно рекомендовать внедрение в практику положения об обязательном обследовании микробиоценоза кишечника с целью определения состояния здоровья у населения Западной Сибири. Методологические аспекты данной работы помогут специалистам, занимающимся исследованием и контролем заболеваемости населения различных регионов, правильно интерпретировать получаемые результаты и составлять программы комплексных профилактических и лечебных мероприятий.

Литература:

1. Алексеева, А.Д. *Среда обитания, состояние здоровья и госсанэпиднадзор в Кузбассе* /А.Д. Алексеева, Н.Э. Калинина, В.П. Зайцев. – Кемерово, 1996. – Ч. 1 – С. 98-99.
2. Воробьев, А.А. *Нормальная микрофлора человека как критерий физиологического и экологического благополучия* /А.А. Воробьев, Ю.В. Несвижский //Мат. всерос. конф. "Пробиотики и пробиотические продукты в профилактике и лечении наиболее распространенных заболеваний человека". – М., 1999. – С. 17-18.
3. Гончарук, Е.П. *Экспериментальное изучение комбинированного действия пестицидов и радионуклидов на организм* /Е.П. Гончарук, В.Г. Бардов, С.Т. Омельчук //Гиг. и санитария. – 2001. – № 5. – С. 64-68.
4. Грачева, Н.М. *Дисбактериозы и суперинфекции, причины их возникновения, диагностика, лечение* /Н.М. Грачева //Леч. врач. – 1999. – № 1. – С. 18-21.
5. *Диагностика, профилактика и лечение дисбактериозов кишечника. Метод. реком.* МЗ СССР № 10-11/4. – М., 1991. – 15 с.
6. Коршунов, В.М. *Микрофлора кишечника у детей Монголии, России и Швейцарии* /В.М. Коршунов, А.В. Потанин, Б.А. Ефимов и др. //Ж. микробиол. – 2001. – № 2. – С. 61-65.
7. *Микробиология желудочно-кишечного тракта жителей Кузбасса, методы диагностики и принципы коррекции дисбиотических состояний: Метод. реком.* /А.А. Леванова, В.А. Алёшкин, С.С. Афанасьев, Е.В. Сурикова. – Кемерово, КТМА, 2002. – 43 с.
8. *Allergy development and intestinal microflora during the first year of life* /B. Björkstén, E. Sepp, K. Julg et al. //J. All. Clin. Imm. – 2001. – Vol. 108, № 4. – P. 516-520.
9. *Coffin, B. Colonic microflora and motility. Physiological data and during irritable bowel syndrome* /B. Coffin //Gastroenterol. Clin. Biol. – 2001. – Vol. 25, № 2. – P. 85-88.

Т.И. ШРАЕР, Н.С. РОЗИНА, В.Н. СЕРГЕЕВ, А.М. ПУТИНЦЕВ, В.А. ЛУЦЕНКО
Кемеровская государственная медицинская академия, Кемеровская областная клиническая больница

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Диабетическая микроангиопатия (ДМА) – нефропатия, ретинопатия, микроангиопатия нижних конечностей – одно из самых се-

рьезных осложнений сахарного диабета (СД), часто являющееся причиной инвалидизации и смертности этих больных. DMA – один из основных фак-



торов, приводящих к поражению нижних конечностей при СД.

Цель работы – изучение влияния депортализации венозного кровотока поджелудочной железы (ДПК) на течение ДМА нижних конечностей.

Методы

В клинике хирургических болезней КОКБ за период с 1985 по 2003 годы было выполнено 223 операции ДПК. В качестве метода ДПК использовался дистальный спленоренальный анастомоз. Из оперированных больных выделена группа – 39 человек с признаками диабетической микроангиопатии нижних конечностей. Средний возраст оперированных больных составил $37,24 \pm 1,9$ лет. Длительность заболевания – $16,67 \pm 1,3$ лет. Все больные страдали сахарным диабетом 1-го типа. Оценка микроангиопатии нижних конечностей проводилась по субъективным ощущениям и жалобам. В основу методики оценки качества жизни больных положен Ноттингемский профиль здоровья с использованием специфичных для изучаемой патологии разделов. Оценивались результаты функциональных исследований – капилляроскопии, доплерографии, реовазографии, транскутанное насыщение кислородом тканей (аппарат RADIOMETR – TCM 400).

Результаты

Из этой группы больных, у 29 человек (74,4 %) до операции были судороги, боли, парестезии, усталость в нижних конечностях в покое и при физической нагрузке, у 12 пациентов на стопах имелись гиперкератозы, трещины, поверхностные язвы стоп. Через год после операции такие жалобы сохранились у 4-х больных (13,8 %). Через два года, с помощью анкет и обследования, в нашей клинике из-

учено состояние 26 человек. Болевой синдром был у 4-х пациентов. Через три года опрошено 26 больных, боли возобновились у 13 больных (50 %). Через пять лет из 19 пациентов боль в нижних конечностях была у 11 человек (57 %), но интенсивность болевого синдрома была ниже, чем до операции. Заживление трофических язв произошло у 2-х больных.

Таким образом, оперативное вмешательство значительно улучшило самочувствие 84-86 % больных: прекратились судороги и боли в нижних конечностях, стал спокойным сон, но через пять лет изучения боль в нижних конечностях наблюдалась у 16 человек (41 %). Шунт был проходим у всех изучаемых больных. Другие возможные причины боли нижних конечностей были исключены.

Исследование состояния русла с помощью капилляроскопии, РВГ, определения транскутанного насыщения кислорода в тканях показало, что через 6 месяцев отмечался подъем РИ (реографического индекса), в последующем он возвращался к прежнему уровню и сохранялся на нем через 1 год и более. При капилляроскопии отмечалось прогрессивное ухудшение показателей кровотока.

Выводы

Депортализация венозного кровотока поджелудочной железы, несмотря на несоответствие полученных объективных и субъективных показателей, может быть использована для лечения больных СД 1-го типа с начальными проявлениями микроангиопатии. Для более полного изучения отдаленных результатов определения показаний для выполнения этой операции, необходимо дальнейшее исследование, с созданием однородных групп больных.

А.Ф. ХАНОВА, О.А. ТАЧКОВА

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

ПРОФИЛАКТИКА МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

В рамках областной программы “Разработка новых методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики социально-значимых болезней в Кемеровской области” в 2002-2003 гг. проводился скрининг нарушений углеводного обмена в г. Кемерово.

Цель: внедрение методов ранней диагностики и профилактики СД 2-го типа.

Материалы и методы

Среди лиц, обратившихся в поликлиники, проводился скрининг тощаковой, “случайной” гликемии капиллярной крови, в сомнительных случаях – тест толерантности к глюкозе; оценивался риск СД.

Результаты

Обследовано 2451 взрослых, соотношение женщин с мужчинами составило 2 : 1. Распространенность всех нарушений углеводного обмена – 12,5 %, СД 2-го типа

– 3,1 % (в 2 раза больше зарегистрированного), нарушений глюкозы натощак (НГН) – 7,7 %, нарушений толерантности к глюкозе (НТГ) – 1,7 %. Нарушения углеводного обмена у женщин встречались в 2,3 раза чаще. СД 2-го типа выявлялся чаще в возрасте 61-70 лет (1,5 %), реже – у лиц старше 70 лет (0,4 %). Распространенность НГН и НТГ у лиц старше 70 лет составила 2,9 %. В группе обследованных высокий риск развития СД 2-го типа отмечен у 49,8 % пациентов. Пациенты с НГН и НТГ обучались в школе “Коррекции образа жизни”, часть из них получали медикаментозную терапию. Через 12-15 месяцев у лиц с НТГ и НГН толерантность к глюкозе в 25,8 % случаев нормализовалась, в 58,7 % – не изменилась, в 16 % – трансформировалась в СД 2-го типа, в 52 % случаев снижались вес, улучшились показатели липидного спектра.



Заключение

Для профилактики манифестации доклинических нарушений углеводного обмена в СД 2-го типа необходима активная ранняя диагностика в группах риска и внедрение обучения пациентов в шко-

ле “Коррекции образа жизни и профилактики прогрессирования доклинических нарушений углеводного обмена в манифестный сахарный диабет”. На основании полученных данных разработаны методические рекомендации.

А.Е. ШУКЕВИЧ, Д.А. ШУКЕВИЧ
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОЧИЩЕНИЕ КРОВИ ПРИ СЕПСИСЕ: ЦЕЛЕСООБРАЗНАЯ СТРАТЕГИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Тяжелый сепсис, септический шок и синдром полиорганной недостаточности (СПОН) остаются наиболее распространенными причинами смерти в отделениях интенсивной терапии и реанимации. Эти патологические состояния требуют высоких затрат на лечение и длительное пребывание в стационаре.

По данным различных авторов, летальность при сепсисе колеблется от 30 % до 70 %, а при развитии септического шока (СПШ) достигает 100 %. В связи с высокой летальностью таких больных, можно считать, что проблема лечения тяжелого сепсиса и СПШ является общенациональной, и имеет важное научно-практическое значение. Поэтому не удивительно, что врачи ищут новые методы лечения, помимо традиционных – хирургического дренирования очага инфекции и адекватной ранней антибактериальной терапии.

Важнейшим компонентом развития СПОН при сепсисе является синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) различной степени выраженности, который регистрируется у больных в 100 % случаев. Накопление в организме эндогенно-токсических субстанций (ЭТС) вовлекает в патологический процесс все без исключения жизненно важные функ-

ции организма больного, формируя мультиорганную дисфункцию. Экстракорпоральное очищение крови (ЭОК) от эндогенно-токсических субстанций представляет собой новый многообещающий подход в интенсивной терапии сепсиса и СПОН, однако современное оснащение большинства отделений реанимации не дает возможности эффективно лечить этот контингент больных и, тем самым, решать эту сложную, актуальную проблему.

В отделении анестезиологии-реанимации ГУЗ КОКБ внедрена новая современная технология экстракорпорального очищения крови на базе гемопроцессора Prisma фирмы GAMBRO-HOSPAL.

Аппарат “Prisma” создан для детоксикации организма по широкому диапазону токсических веществ. Молекулярная масса удаляемых токсинов находится в диапазоне до 50 тысяч дальтон. Эффективность процедуры связана не только с высокими диффузионными и конвективными свойствами мембраны, но также и с ее уникальными адсорбирующими свойствами. Технология также позволяет проводить программный терапевтический плазмобмен для удаления из организма белоксодержащих токсических веществ, а также патологических иммунных комплексов.

В.И. ПОДОЛУЖНЫЙ, О.А. КРАСНОВ, В.Н. ГРЕКОВ, О.В. ООРЖАК
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИМИОНЕВРОЛИЗА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ВАГОТОМИИ

Стволовая и селективная проксимальная ваготомия (СПВ) прочно вошли в арсенал хирургических методов лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее осложнений. СПВ, как самая физиологичная из всех операций на желудке, более предпочтительна в плановой

хирургии. Разработано несколько способов ее выполнения: методы скелетирования желудка, криодеструкции, радиоволновой деструкции и химионевролиза.

Метод скелетирования продолжителен по времени, требует высокой квалификации хирурга, а при

видеолапароскопическом исполнении затратен. Радиоволновая и криодеструкция требуют приобретения дорогостоящего оборудования. Технология химионевролиза выгодно отличается своей дешевизной, простотой исполнения и требует немного времени для исполнения.

В клинике отработаны способы ваготомии методом химионевролиза как при лапаротомном, так и при видеолапароскопическом исполнении. В течение последних семи лет оперировано 130 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и ее осложнениями. У 115 пациентов СПВ методом химионевролиза выполнена во время лапаротомии и у 15 больных кислотопродуцирующая зона желудка денервирована под контролем видеолапароскопа. Продолжительность выполнения СПВ лапаротомным способом не превышала 10 минут, видеолапароскопически – 60 минут. Послеоперационный период стандартный. Моторно-эвакуаторные нарушения восстанавливались в обычные сроки, эндоско-

пический контроль выявлял рубцевание пилородуоденальных язв.

Сравнительный анализ кислотно-протеолитической активности желудка через 1-4 года после СПВ методом скелетирования и химионевролиза не обнаружил достоверных различий. Ваготомия с использованием технологии химионевролиза статистически достоверно снижает протеолиз и кислотность во всех отделах желудка. Среднесуточная кислотность снижается, в среднем, на 50 %. В сроки до 4-х лет после вмешательства нами не обнаружено восстановления агрессивности желудочного сока у оперированных пациентов. Рецидив заболевания при эндоскопическом контроле без медикаментозной поддержки в течение 4-х лет не превысил 7 %, на фоне сохраненного хеликобактериоза желудка. Более 90 % оперированных имеют высокие показатели качества жизни. Мы отмечаем простоту, дешевизну, общедоступность и достаточно высокую эффективность технологии химионевролиза.

С.А. ДУДКИН, Д.В. ГЛУШКОВ, М.Ю. ГОРОШКОВА,
А.В. ЗЕМЛЯНСКИЙ, Е.П. ШАБАШКЕВИЧ, Ф.К. МАНЕРОВ

*МУЗ Городская детская клиническая больница № 4,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ

Апластическая анемия (АА) – группа наследственных и приобретенных заболеваний, обусловленных дефектом стволовой клетки или ее микроокружения, что приводит к отсутствию или уменьшению продукции гемопоэтических клеток, жировому замещению костного мозга и, как следствие, панцитопении в периферической крови [1].

Встречаемость АА – 0,2-0,6 больных на 100000 детского населения. Смертность при тяжелых формах АА без проведения трансплантации костного мозга или иммуносупрессивной терапии (ИСТ) составляет более 80 % в течение первых 2-х лет, из-за кровотечений и инфекции.

Лечение ПАА у детей, несмотря на прогресс, достигнутый в последние полтора десятилетия, остается проблемой, не получившей до настоящего времени адекватного разрешения.

Основные подходы для лечения этих заболеваний различные. Общеизвестно, что оптимальным методом лечения, обеспечивающим долгосрочную выживаемость 60-80 % больных, является аллогенная трансплантация костного мозга (ТКМ) от HLA-совместимого сиблинга, однако на нее могут рассчитывать не более 30 % больных.

Начиная с 1970 г., после первого сообщения Mathe et al. о восстановлении аутологичного гемопоэза

после попытки аллогенной ТКМ у больного, кондиционированного антилимфоцитарным глобулином (АЛГ), применение АЛГ заняло лидирующее место в лечении АА, обеспечивая долгосрочную выживаемость, сравнимую с эффектом ТКМ.

В середине 80-х годов появились первые сообщения об эффективности циклоспорина А (Cs А) в лечении АА, и к настоящему времени результаты крупных европейских кооперативных исследований доказали эффективность этого препарата, сравнимую с таковой при применении АЛГ.

Опыт применения ИСТ в России у детей очень мал. Мы сообщаем свои результаты лечения АА по протоколу IPH-93-APL 2-я версия (1996), основу которого составляет применение АЛГ и Cs А.

В период с августа 1995 г. по ноябрь 2003 г. нами наблюдались 9 детей с тяжелой и сверхтяжелой АА по критериям Cammita. Диагноз всем больным был поставлен по общему анализу крови согласно критериям Camitta, выявленным трехкратно в течение 2-х недель. Это необходимое и достаточное исследование. Клеточность кроветворного костного мозга менее 25 % по данным трепанобиопсии, исследования миеограммы, определение уровня фетального гемоглобина, проба с диэпоксидом, иммунофенотипирование лимфоцитов очень важны, особенно на первом этапе, для проведения диффе-



ренциального диагноза. АА развилась у 2-х детей после перенесенного гепатита А, у 2-х – после дачи левомецетина, у 1-го после лечения ангины бактримом, и в 4-х случаях причина неизвестна.

Клиническая картина характеризовалась симптомами панцитопении: анемией, тромбоцитопенией, гранулоцитопенией. У всех детей отмечался общепринятый синдром, зависящий как от миелодисплазии, так и от выраженности кровотечений.

Поражение мегакариоцитарного ростка обусловило кожные изменения от петехий до экхимозов у всех больных, носовые кровотечения и кровотечения из десен отмечены у 6 пациентов, кишечные кровотечения – у троих, маточные – у двух. У 6 детей агранулоцитоз проявлялся инфекциями различного характера и степени выраженности уже при поступлении: септициемией с высевом *St. Aureus* (2 ребенка), грибковыми мукозитами (3 чел.), стрептококковым фаринготонзиллитом (один больной). На лечении трое больных перенесли *Gr(-)* септицемию, у 3-х были выраженные грибковые поражения слизистых.

До окончательной постановки диагноза лечение не назначалось. Всем детям, до начала или в начале лечения, провели НЛА-типирование членов семьи. Все дети с тяжелой АА, после проведения диагностических исследований и контроля инфекции, начинали лечение *Cs A* в дозе 5 мг/кг в сутки, разделенный на 2 приема. При достижении гематологического ответа больные продолжали получать *Cs A* до истечения полных 6 месяцев лечения, после чего дозу сандиммуна медленно снижали до полной отмены.

По мере поступления, подключали антилимфоцитарный (лимфоцитарный) глобулин (АЛГ) в дозе 160 мг/м², вводившийся за 4 дня (6 больным вводился козий АЛГ НИИ Геронтологии, троим – АТГ).

Двое детей получали метилпреднизолон в дозе 20 мг/кг/сутки с редукцией к 20-му дню лечения, остальные дети – метилпреднизолон в дозе 10 мг/кг в сутки на время введения АЛГ. 7 пациентов получали гранулоцитарные колониестимулирующие факторы (граноцит или нейпоген) в дозах от 5 мкг/кг до 10 мкг/кг, не менее 20 дней.

Все пациенты получали заместительное лечение эритроцитарной массой и тромбоцитарной взвесью для поддержания НВ и тромбоцитов в периферической крови на уровне более 80 г/л и более $10,0 \times 10^9/\text{л}$, соответственно.

Все больные, с целью деконтаминации, получали ципринол и антимикотики через рот. Лечение инфекций, включая и бессимптомную лихорадку, начинали сразу с наиболее эффективных антибиотиков, перекрывающих весь спектр возможной флоры. При незначительных проявлениях грибковой

инфекции назначался амфотерицин внутривенно. Строго соблюдался санэпидрежим. Критериями полного гематологического ответа являлись следующие показатели: НВ более 110 г/л, гранулоциты более $1,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты более $100,0 \times 10^9/\text{л}$. Частичный ответ регистрировали при достижении НВ 80-110 г/л, гранулоцитов – $0,6-1,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитов – $30,0-80,0 \times 10^9/\text{л}$, при отсутствии зависимости от гемотрансфузий. У больных более чем в 2 раза уменьшивших потребность в гемотрансфузиях, при отсутствии тяжелых геморрагических эпизодов и септических осложнений, регистрировался минимальный ответ. Результаты лечения оценивали у больных, получавших лечение не менее 4-х недель (обычно после 12 недель).

У 4-х детей достигнута полная ремиссия, ответ на терапию у них получен уже после месяца лечения, у двух детей получена частичная ремиссия, с тенденцией к нормализации гемограммы. У одного больного отмечен минимальный ответ, и после проведенной терапии ему была проведена удачная аллогенная трансплантация костного мозга от сестры. Двое детей погибли без ответа на лечение: девочка – от непрерывной череды генерализованных инфекций, и мальчик – от внутричерепного кровоизлияния. Осложнения терапии были следующего характера:

- у 6 больных, получавших козий АЛГ НИИ Геронтологии – сывороточная болезнь.

- у всех больных, на фоне приема *Cs A*, отмечались гипертрофия десен, повышение азотистых шлаков крови, отеки и артериальная гипертензия, тремор.

Побочные эффекты были выражены умеренно и легко контролировались. Несмотря на небольшое количество больных, мы попытались построить кривую выживаемости, результаты получились достоверными. Бессобытийная выживаемость равняется 75 %.

Таким образом, нами получены результаты, сравнимые с данными кооперативных групп исследования, но, так как количество больных невелико, можно ожидать ухудшения показателей при увеличении сроков наблюдения и присоединении новых пациентов.

В заключении хочу подчеркнуть, что эта достаточно эффективная, но дорогостоящая терапия, должна применяться только у больных, не имеющих родственного донора костного мозга, и в центрах, владеющих навыками сопроводительной терапии.

Литература:

1. *Анемии у детей: диагностика и лечение: Практик. Пособ. для врачей.* – М., 2000. – С. 86.
2. *Протокол лечения приобретенных апластических анемий IPH-93-APL 2 версия.* – 1996.

А.В. ЗЕМЛЯНСКИЙ, С.А. ДУДКИН, Д.В. ГЛУШКОВ, М.Ю. ГОРОШКОВА,
Е.П. ШАБАШКЕВИЧ, Ф.К. МАНЕРОВ

*МУЗ Городская детская клиническая больница № 4,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПО ПРОТОКОЛУ APL-93

Острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) является специфическим вариантом острого нелимфобластного лейкоза, для которого характерен ярко выраженный геморрагический синдром, вследствие фибринолиза и коагулопатии, при отсутствии гепатоспленомегалии. Доля ОПЛ составляет 5-10 % среди всех нелимфобластных лейкозов.

Морфологическим субстратом ОПЛ являются лейкоэмические промиелоциты – крупные клетки с яркой специфической зернистостью. В середине XX века в Китае была установлена способность трансретиноевой кислоты (АТРА, препарат “Весаноид”) вызывать гематологическую ремиссию у 90 % больных ОПЛ. Данный препарат вызывал дифференцировку лейкоэмических промиелоцитов в гранулоциты и последующий их апоптоз. С целью предотвращения рецидивов в последующем, была доказана необходимость сочетания терапии весаноидом с рубомицином и цитозаром. Вследствие этого открытия, в терапевтическом отношении ОПЛ отличается высоким уровнем достижения гематологической ремиссии и долгосрочной неосложненной выживаемостью.

За период с ноября 1999 г. по май 2004 г. в отделение получили лечение 5 больных с ОПЛ по протоколу APL-93, 3 мужчины и 2 женщины в возрасте 12-44 лет. На 1 мая 2004 г. четыре пациента закончили лечение, один получает поддерживающую терапию.

Первыми симптомами заболевания были слабость, бледность и кровоточивость разной степени выраженности. Время от момента появления первых симптомов заболевания до госпитализации в детский онкогематологический центр составило от 7 дней до 7 недель. Состояние у всех больных при поступлении тяжелое, у 3-х – субфебрильная температура, у 2-х – фебрильная температура на фоне септических осложнений. Для всех больных был характерен выраженный геморрагический синдром, характеризующийся петехиальной сыпью, экхимозами, обширными гематомами, кровоточивостью со слизистых полости рта и кровоизлияниями в склеры. Увеличение печени до 2 см отмечалось только у одной больной при поступлении, увеличение селезенки отсутствовало у всех. Изолированное увеличение шейных лимфоузлов отмечено у одного.

Показатели гемограммы при госпитализации: гемоглобин – от 70 г/л до 124 г/л, эритроциты (Эр) – $1,9-4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты (Л) – $0,8-20,0 \times 10^9/л$,

тромбоциты (Т) – $3,0-49,0 \times 10^9/л$ (у 4-х пациентов – ниже $20,0 \times 10^9/л$), атипичные промиелоциты – 67-88 %, гранулоциты – $0,4-2,3 \times 10^9/л$. При исследовании ликвора патология отсутствовала у всех пациентов. Характерно было снижение уровня протромбина (ПТИ) до 48-61 % и фибриногена (ФГ) – до 0,6-1,7 г/л, хотя у двух пациентов уровень ФГ и ПТИ соответствовал норме. Диагноз заболевания документировался наличием в костномозговом пунктате атипичных промиелоцитов. У всех больных отмечалась тотальная бластная метаплазия на фоне малоклеточности (у 4-х детей) или гиперклеточности (у одного ребенка) костного мозга. Цитохимические реакции атипичных клеток на миелопероксидазу, судан и гликоген были положительны в 100 % клеток, что характерно и подтверждается другими исследованиями. Бластные клетки – с большими ядрами, выростами цитоплазмы и обильной зернистостью. При проведении одной большой цитогенетического исследования, выявлена хромосомная аберрация t(15, 17), PML (RAR α) в максимальном титре.

Лечение проводилось, согласно протокола APL-93, и включало терапию индукции ремиссии, консолидацию, интенсификацию и поддерживающее лечение.

В индукции ремиссии больные начинали получать АТРА (препарат “Весаноид”) до достижения ремиссии. При нарастании лейкоцитоза начинался курс химиотерапии цитозаром в дозе $100 \text{ мг}/\text{м}^2$ каждые 12 часов с 1-го по 7-й дни и рубомицином в дозе $60 \text{ мг}/\text{м}^2$ 1 раз/сутки в течение 3-х дней. Восстановление гемопоэза начиналось от 14 до 26 дня от начала химиотерапии, но нормализация показателей (гранулоциты более $1,0 \times 10^9/л$, тромбоциты более $100 \times 10^9/л$) чаще заканчивалась к окончанию месяца лечения. На данном этапе всем пациентам проводились трансфузии компонентов крови, так как отмечался жизнеопасный геморрагический синдром, особенно в первые 11 дней терапии. Трансфузии эритроцитарной массы (ЭМ) продолжались в зависимости от тяжести кровотечений от 4-х до 19 дней, концентрата тромбоцитов (КТ) – от 8 до 22 дней (от 53 до 132 доз). Свежезамороженная плазма (СЗП) трансфузировалась по показателям гемостаза при наличии коагулопатии для уменьшения фибринолиза и/или ДВС-синдрома в течение 3-10 дней и сочеталась с введением ϵ -аминокапроновой или транексамовой кислоты. На проводимой химиотерапии отмечалось развитие глубокой и длительной нейтропении, вследствие чего возника-



ли поражения желудочно-кишечного тракта (мукозиты), вызванные грибково-бактериальной флорой, реже вирусами герпеса. На этом фоне отмечалась фебрильная лихорадка. Септические состояния потребовали назначения всем пациентам ванкомицина, амикацина и амфотерицина В. Четверым больным назначался тазоцин и ацикловир, двум – тиенам, двум – меронем, одному – дифлюкан. Продолжительность приема весаноида у 4-х пациентов составила 20-30 дней, у одного – 60 дней. На терапии весаноидом нормализация показателей фибриногена и ПИ у 3-х пациентов, имевших данные нарушения, произошла с 7-го по 11-й день. После восстановления кроветворения проводилось исследование костного мозга. Полная ремиссия достигнута у всех больных.

После этого проводился курс консолидации по схеме 7 + 3: цитозар 100 мг/м² часовой инфузией каждые 12 часов в течение 7 дней, рубомицин 30-минутной инфузией 30 мг/м² 2 раза в сутки в течение 3-х дней. Критериями начала консолидации были: НВ – более 90 г/л, гранулоциты – более $1,5 \times 10^9$ /л, тромбоциты – более 100×10^9 /л. В период индуцированной цитопении проводилась трансфузионная терапия ЭМ и КТ, но объемы введений были в 3 раза меньше, чем после индукционной терапии. Введений СЗП и антифибринолитиков практически не потребовалось. Инфекции в нейтропении отмечались также, но были менее выраженными, и потребовали более коротких курсов антибиотикотерапии, хотя набор препаратов был аналогичен применявшимся после индукционной терапии. Несмотря на то, что клинически пациенты перенесли данный этап лечения легче, восстановление гемопоэза отмечалось в те же сроки, как и после индукции ремиссии.

Интенсификация проводилась по тем же критериям, что и консолидация, с использованием высокодозного цитозара 1000 мг/м² каждые 12 часов в течение 4-х дней и рубомицина в дозе 45 мг/м² в течение 3-х дней. Трансфузии ЭМ и КТ после интенсификации были минимальны, а антибактериальная терапия была в том же объеме, что и на консолидации. Восстановление гемопоэза отмечалось в те же сроки, как и на предыдущих этапах лечения.

Краниальное облучение пациентам не проводилось.

Поддерживающее лечение проводилось с использованием пуринетол 50 мг/м² внутрь ежедневно и метотрексата 20 мг/м² внутрь 1 раз в неделю до общей продолжительности два года от начала индукции.

Применение весаноида на этапе индукции ремиссии сопровождалось развитием синдрома ретиновой кислоты у 3-х пациентов. Данное осложнение проявлялось сыпью, одышкой, кашлем, появлением хрипов в легких, пенистой мокротой (у одного пациента), лейкоцитозом до $20,0 \times 10^9$ /л. Всем больным был назначен дексаметазон 20 мг/м² в сутки внутривенно, продолжительностью от 4-х до 9 дней, и начато введение рубомицина и цитозара.

Выводы

1. Лечение ОПЛ по протоколу APL-93 является высокоэффективным методом терапии, и отличается высоким уровнем достижения гематологической ремиссии и долгосрочной неосложненной выживаемостью.

2. Проведение лечения больных с ОПЛ требует интенсивной заместительной терапии компонентами крови на всех этапах стационарного лечения.

3. Септические осложнения имели место у всех пациентов в дебюте терапии ОПЛ и при развитии агранулоцитоза, индуцированного химиотерапией, и требовали своевременного назначения комбинированной антибактериальной и противогрибковой терапии препаратами резерва.

4. Синдром ретиновой кислоты был выражен у 3-х пациентов (60 %). Своевременное назначение дексаметазона внутривенно, рубомицина и цитозара позволило купировать данное осложнение.

Литература:

1. Протокол лечения острого промиелоцитарного лейкоза APL-93, версия 1993.
2. Возможности современной терапии острого промиелоцитарного лейкоза /М.А. Волкова, А.А. Пширин, А.Ш. Османов, М.А. Френкель //Соврем. онкология. – 2001. – Т. 3, № 2.
3. Ретиновая кислота как фактор дифференцировки клеток гемопоэза /Д.Б. Утешев, С.А. Коростелев, Г.П. Сторожак и др. /Соврем. Онкология. – 2001. – Т. 3, № 2.
4. Баранова, О.Ю. Возможности современной терапии острых нелимфобластных лейкозов взрослых /О.Ю. Баранова, М.А. Волкова //Рус. Мед. Журн. – 2001. – Т. 9.

В.Н. СЕРГЕЕВ, А.М. ПУТИНЦЕВ, В.А. ЛУЦЕНКО, М.Г. МАСЛОВ, О.М. ОЛИКОВ

Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Одним из самых сложных разделов экстренной ангиохирургии является организация и помощь больным с тромбозами и эмбо-

лиями магистральных артерий. Исходы лечения зависят от многих причин – ранней диагностики, правильно выбранной тактики лечения, общего со-

стояния больного, адекватной послеоперационной подготовки и послеоперационного лечения.

С момента открытия отделения сосудистой хирургии КОКБ, а оно основано в 1974 году, в нем оказывается экстренная ангиохирургическая помощь. В настоящее время в отделении выполняются все виды оперативных вмешательств, как при хронической сосудистой патологии, так и при острой. Проводится работа по оказанию urgentной консультативной и хирургической помощи населению области.

Нами изучен опыт работы отделения сосудистой хирургии КОКБ по оказанию экстренной специализированной помощи при тромбозах и эмболиях магистральных артерий за последние пять лет. За этот период времени осуществлено 246 выездов ангиохирургической бригады в ЛПУ области. Только 47 больных (19 %) были осмотрены сосудистым хирургом до 12 часов от начала заболевания, 61 (24,8 %) - до 24 часов, остальные (138 чел. или 56,2 %) осмотрены значительно позднее и, как правило, это больные с тяжелой степенью ишемии. Средний возраст больных при эмболиях составил 49 лет, при тромбозах – 62 года.

Окклюзия на уровне бедренных артерий была выявлена у 114 больных, подвздошных – у 21, подколенной – у 57, берцовых – у 11, артерий предплечья – у 7, плечевой артерии – у 17, брюшной аорты – у 14, брыжеечных артерий – у 5 человек. Диагноз тромбоз или эмболия был поставлен на основании клинических данных и интраоперационной оценки. Причиной тромбозов артерий во всех случаях явился атеросклероз, эмболий – ИБС с нарушением сердечного ритма, порок сердца, атеросклероз аорты. Степень ишемии конечности определялась клинически по классификации В.С. Савельева (1975): 1а степень была у 23 больных, 1б – у 58, 2а – у 105, 2б – у 45, 3 степень – у 15 больных.

Всего оперировано 192 больных (78 %). Реконструктивные операции выполнены 148 больным (60 %): эмболтромбэктомий – 128, аутовенозных

протезирований – 11, бифуркационных аортобедренных протезирований – 7, ксенобиопротезирований – два. После оперативного лечения повторные тромбозы наблюдались у 23 больных. Одному больному успешно выполнен аортомезентериальный шунт.

В послеоперационном периоде всем больным проводилась дезагрегантная и антибактериальная терапия, в ряде случаев с использованием Вазaproстана. Антикоагулянтная терапия с использованием гепарина, а также низкомолекулярных гепаринов (Фраксипарина и Клексана), проводилась всем больным, перенесшим тромбозы артерий. Больным с 2б и 3 степенями ишемии проведено профилактическое лечение, направленное на предупреждение острой почечной недостаточности, с использованием углеродсодержащих гемосорбентов марок ВНИИТУ-1, ФАС и ТЭТРА. Консервативное лечение с хорошим исходом проведено 27 больным с поражением берцовых артерий и артерий предплечья. В экстренной помощи не нуждались 7 пациентов (2,8 %), у 20 человек (8,2 %) диагноз не подтвердился, 44 больным (18 %) была показана первичная ампутация конечности. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде умерли 10 больных (4 %).

Чаще всего причиной первичной ампутации конечности являлось несвоевременное обращение к хирургу по месту жительства, в среднем, на 2-3 сутки после начала заболевания, а также недостаточная подготовка врачей первичного звена в вопросах сосудистой патологии, отсутствие навыков ангиохирургической техники и территориальная отдаленность от специализированных центров сосудистой хирургии.

Таким образом, задача улучшения специализированной помощи при лечении острой артериальной непроходимости является не только хирургической, но и организационной проблемой. Решение её должно явиться одним из основных направлений деятельности центров сосудистой хирургии.

Г.В. ЦВЕТОВА, Ю.Э. МЫСЛИВЕЦ, Ю.В. КОЛЕВАТОВА

МУЗ Городская клиническая больница № 8,

г. Кемерово

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА У ЛЮДЕЙ, КОНТАКТНЫХ С ГЕПАТИТОМ А

Одним из методов подтверждения диагноза вирусного гепатита является ИФА. Выявление антител позволяет подтвердить диагноз и установить этиологию заболевания. Мы предприняли попытку определить диагностическое значение ИФА при обследовании людей, бывших в контакте с вирусным гепатитом А. Материалом служили данные ИФА у группы людей во время вспышки

гепатита А в изолированном коллективе детей-психоневрологических. Под наблюдением находилось 289 человек: 198 детей 5-18 лет и 91 взрослых 19-71 лет. В дальнейшем эти группы будут называться контактными. В качестве контрольных групп обследованы 116 здоровых лиц, не имевших отношения к данной вспышке, а также 110 пациентов инфекционной больницы с подтвержденным диагнозом вирусно-



го гепатита А. Контрольные группы были схожи с исследуемыми по полу и возрасту. Таким образом, всего обследовано 515 человек, в крови которых методом ИФА определялись IgM и IgG, с раститровкой IgG. Исследования проведены параллельно на двух тест-системах разных серий. IgM выявлены у 13 человек, находившихся в контакте – семь детей и шесть взрослых. Эта группа могла находиться либо в инкубационном периоде заболевания, либо в начале заболевания. IgG обнаружены у 129 детей (65,2 %) и 72 взрослых (79,1 %). У здоровых людей титры IgG в 89,7 % случаев находились на низких цифрах, а высокие титры (1 : 800 и выше) вообще не встречались. У болеющих гепатитом в 63,7 % случаев титры были высокие.

Среди контактных регистрировались, преимущественно, средние титры, особенно у взрослых. Мы считаем, что это реакция иммунного организма на новый контакт с вирусом. Высокие титры, обнаруженные у 17,1 % детей, могут свидетельствовать либо о начале заболевания, либо о скрытой или безжелтушной формах гепатита, как и у 8,3 % взрослых.

Таким образом, титры IgG 1 : 800 и выше можно считать, в какой-то степени, диагностическими для гепатита А.

Однако, диагностика гепатита А может быть безупречной лишь при определении иммуноглобулинов М и G, а также при выявлении нарастания титров IgG в динамике.

Н.Н. КУЗНЕЦОВА, Е.В. ПОМЕШКИН
МУЗ Городская клиническая больница № 1, г. Кемерово

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНЫХ УРЕТРИТОВ

Актуальность инфекций мочеполовой системы возрастает во всем мире (Matbema B., Real T., 2000). Этому способствуют увеличение частоты заболеваний половых органов, аллергизация населения, широкий и бесконтрольный прием препаратов, деструктивные экологические факторы. Более чем в половине случаев причиной мужского бесплодия являются воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, семявыносящих протоков, придатков яичек. Инфекционные процессы в половых железах производят токсическое воздействие на сперматогенный эпителий и вызывают вторичное изменение сперматогенеза.

Исследованиями последних лет установлена большая частота бессимптомных и малосимптомных форм воспалительного процесса, вызываемого хламидиями, уреаплазмами и микоплазмами.

Многие урологи сталкиваются с проблемой резидуальных уретритов, когда после проведения курса лечения по поводу хронического бактериального простатита у больных остаются чувство дискомфорта или жжения в уретре, связанное и не связанное с мочеиспусканием, периодически скудные слизеобразные выделения. Как правило, таким больным продолжает назначаться антибактериальная терапия, не приносящая желаемых результатов и усиливающая проявления дисбиоза.

Для местного лечения резидуальных уретритов М.А. Амозов и С.Г. Семенова (1998) предложили применение препаратов, широко используемых в практике ЛОР-врачей, – софрадекса и гаразона, состоящих из комбинации глюкокортикоида и антибактериального препарата. Однако, их применение ограничено из-за того, что противопоказано при грибковых вирусных инфекциях, которые часто встречаются при резидуальных уретритах.

Нами изучались 40 пациентов с резидуальными уретритами, возникшими после лечения хламидийных, уреаплазменных и трихомонадных уретеропростатитов. После изучения бактериоскопических и бактериологических анализов материала, полученного из уретры больных, у 33 больных (82,5 %) выявлена бациллярно-кокковая флора. У 14 больных (42 %) выявлены патогенные стафилококки, у 16 (48 %) – кишечная палочка, у 3-х (7 %) – протей и у одного (3 %) – сочетанная инфекция. В связи с этим, для повторного курса лечения этих больных было решено использовать специфические бактериофаги.

Бактериофаги – это вирусы, которые обладают селективным бактерицидным эффектом, их литические ферменты быстро разрушают клеточную стенку бактерий. Антибиотики и бактериофаги действуют непосредственно на микробную клетку, но антибиотики губят не только патогенную, но и нормальную микрофлору, нарушая естественный баланс. Бактериофаги воздействуют только на патогенные микроорганизмы, причем не уступают антибиотикам по эффективности и не вызывают побочных токсических и аллергических реакций (М.И. Каменева, 2001; D. Nelson, 1999). Последние десятилетия они были незаслуженно забыты.

Для лечения наших пациентов мы использовали два вида бактериофагов: стафилококковый и колипротейный. Сначала проводили 3-5 инстилляций уретры, а затем, после введения в уретру катеджеля, выполняли 3 инстилляцию мочевого пузыря. В уретру вводили 10 мл бактериофага, а в мочевой пузырь – 50 мл.

После второй процедуры отмечали уменьшение дизургических явлений 31 пациент (77,5 %). После окончания лечения у 27 пациентов (68 %) наступал стойкий клинический эффект – нормализовалось

мочепускание, прекращались выделения, а у 4-х пациентов (10 %) сохранялось периодически легкое чувство жжения в уретре. Контрольное бактериологическое исследование коррелировало с клинической симптоматикой. У 3-х пациентов (9 %) были выявлены патогенные стафилококки, но концентрация их уменьшилась на 60 %.

В дальнейшем мы стали включать бактериофаги в первичную схему лечения, параллельно с антибактериальными препаратами, и обнаружили, что

количество больных с резидуальными уретритами значительно уменьшилось.

Использование бактериофагов при лечении инфекционных уретропростатитов и резидуальных уретритов может служить альтернативой антибиотикам, а также применяться одновременно с ними. Это усиливает взаимный эффект за счет увеличения степени лимфотропности кинетики вводимых эндоуретрально и эндовезикально специфических препаратов.

А.А. МАЛЬЧЕНКО, В.Н. СЕРГЕЕВ, А.М. ПУТИНЦЕВ, О.М. ОЛИКОВ

Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Целью исследования явилась оценка преимуществ комбинированной спино-эпидуральной анестезии, в сравнении с эндотрахеальным наркозом.

Материалы и методы

За период с 1999 г. по 2003 г. в отделении сосудистой хирургии выполнены 1874 операции с применением комбинированной спино-эпидуральной анестезии (основная группа I) и 261 операция под эндотрахеальным наркозом, без проведения проводниковой анестезии (контрольная группа II). Больным обеих групп выполнялись реконструктивные операции на брюшном отделе аорты и артериях нижних конечностей. Возраст больных колеблется от 43 до 78 лет. Средний возраст больных составил $64,2 \pm 3,4$ года. Обе группы были однородны по характеру поражений, полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний и объемам вмешательства. Большинство пациентов имели сопутствующую патологию и отнесены к III классу по ASA.

Все оперативные вмешательства проводили под контролем пульс-оксиметрии, ЭКГ, АД, на аппаратах SIEMENS SC 6000 и SIRECUST 1260. Показатели мониторинга отвечали физиологическим нормам. Для контроля сознания и предупреждения позиционного дискомфорта, использовали бензодиазепины (реланиум), ГОМК фракционно.

Описание метода

Для достижения центральной сегментарной блокады использовались наборы, содержащие эпидуральную иглу № 17-16, в которой размещены спинальная игла № 26-27 и катетер эпидурального пространства. Пункция ЭДП проводилась на уровне L2-L3. Через эпидуральную иглу в субарахноидальное пространство вводился раствор маркаина или анекаина 0,5 % 15 мг. Затем через иглу Туохи в эпидуральное пространство вводился катетер для введения местных анестетиков. Анестезия наступала через 5-7 минут. В случаях, когда продолжитель-

ность операции превышала длительность первичного спинального блока, наличие эпидурального катетера позволяло поддерживать сегментарную анестезию. Эпидуральную аналгезию продолжали в послеоперационном периоде. При операции на брюшной полости сенсорный блок достигался изменением угла операционного стола (грэн на 15 градусов на 5-7 минут). Также, КСЭДА сочеталась с ИВА при необходимости введения миорелаксантов. При этом вводились небольшие дозы нейролептиков (дроперидол 2,5-5 мг).

Обсуждение

Трудности при применении общей анестезии у больных старческого возраста зависят от того, что все жизненно важные функции организма снижены.

В связи с ухудшением функции печени и почек нарушается выделение наркотических и других веществ. Атеросклеротические изменения сосудов и, главным образом, сосудов мозга, делают этих больных чрезвычайно чувствительными к нарушениям дыхания и кровообращения. Нарушение эластичности грудной клетки, эмфизема, пневмосклероз и частые бронхиты способствуют возникновению лёгочных осложнений.

В условиях регионарной блокады значительно уменьшается стрессорный, гормональный ответ организма на оперативное вмешательство, отпадает необходимость применения ИВА, нет опасности послеоперационного угнетения дыхания, уменьшается количество лёгочных осложнений. При регионарной анестезии улучшаются реологические свойства крови, что особенно важно для категорий больных с сосудистыми заболеваниями, улучшается кровообращение в нижних конечностях. Применение общей анестезии с ИВА гипероксической смесью существенно увеличивает кислородную ёмкость крови, и предотвращает возникновение гипоксических и ишемических осложнений.



Результаты

В нашем исследовании оценивались следующие показатели:

- длительность пребывания пациента на ИВЛ после оперативного вмешательства;
- дозировка наркотического анальгетика во время оперативного вмешательства;
- время восстановления функции ЖКТ (перистальтика) после проведения вмешательства.

Длительность пребывания пациента на ИВЛ после оперативного вмешательства у пациентов I-й группы составила от 60 до 120 минут, тогда как пациенты II-й группы находились на искусственной вентиляции легких от 180 до 360 минут.

Средняя дозировка наркотических анальгетиков зависела от объема оперативного вмешательства, массы тела больного, продолжительности операции. У пациентов I-й группы, при длительности операции 4-4,5 часа, средняя доза фентанила составила 0,4-0,8 мг, во II-й группе – 1,2-1,8 мг. При

длительности операции 2-3,5 часа средняя доза фентанила в I-й группе составила 0,4-0,6 мг, во II-й группе – 0,9-1,2 мг.

Восстановление функции ЖКТ (появление перистальтики) у пациентов I-й группы наступало через 28-40 часов после оперативного вмешательства, у пациентов II-й группы – через 48-72 часа.

Заключение

Методика комбинированной спино-эпидуральной анестезии является методом выбора при операциях на брюшной аорте и артериях нижних конечностей.

По сравнению с эндотрахеальным наркозом, значительно снижаются дозировки наркотических анальгетиков, уменьшается продолжительность ИВЛ в послеоперационном периоде, происходит более быстрое восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Это, в конечном итоге, ведет к снижению числа послеоперационных осложнений, связанных с проведением анестезии.

В.Н. ПАЛИЧЕВ, А.С. РАЗУМОВ, Е.И. ПАЛИЧЕВА

*Кемеровская областная клиническая больница, Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово
Филиал ГУ НИИ Общей реаниматологии РАМН, г. Новокузнецк*

ОЦЕНКА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗАМИ

Одной из особенностей тяжелых форм гестоза является вовлечение в патологический процесс практически всех органов и систем организма с развитием синдрома эндогенной интоксикации. Вместе с тем, традиционно используемые клинико-лабораторные тесты не всегда позволяют выявить и адекватно оценить степень тяжести эндотоксикоза. Принимая во внимание, что эндогенная интоксикация при критических состояниях во многом обусловлена продуктами деградации белков – веществами низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ), – представлялось целесообразным оценить клинико-диагностическую значимость определения их содержания при гестозах.

Цель работы – клиническая апробация способа повышения объективности и информативности оценки тяжести эндогенной интоксикации у беременных с гестозами, с помощью определения содержания, характера распределения и выведения из организма веществ низкой и средней молекулярной массы.

Материалы и методы

Были обследованы 29 беременных с гестозами различной степени тяжести. Из них, у 10 женщин диагностирован гестоз легкой степени тяжести (I-й степени), у 12 – средней (II-й степени) и у 7 – тяжелой (III-й степени). Контрольную группу составили женщины с физиологической беременностью (n = 10).

Оценка степени тяжести гестоза проводилась с использованием шкалы Goeke в модификации Савельевой Г.М. (1989).

Для оценки степени тяжести эндогенной интоксикации проводили пошаговое (4 нм) определение содержания ВНиСММ в спектральном диапазоне 246-290 нм в плазме крови, эритроцитах и моче (Малахова М.Я., 1995), и рассчитывали индекс синдрома эндогенной интоксикации – ИСЭИ (Шукевич Л.Е., 2003):

$$ИСЭИ = \frac{ВНиСММ \text{ плазмы} \times ВНиСММ \text{ эритроцитов}}{ВНиСММ \text{ мочи}}$$

Результаты исследования обработаны статистически, с использованием параметрических и непараметрических критериев Стьюдента и Вилкоксона.

Результаты и обсуждение

Установлено, что у женщин с физиологической беременностью (контроль) к концу гестационного периода максимальное содержание ВНиСММ регистрируемого спектра определялось в моче (табл.), что свидетельствовало о сохранности фильтрационно-экскреторной функции почек. При этом, ИСЭИ не превышал $4,1 \pm 0,3$ усл. ед.

При гестозе I-й степени ИСЭИ возрастал на 20-25 %, по сравнению с контролем, что могло быть результатом недостаточной элиминации токсич-

Таблица. Содержание ВНиСММ (усл. ед.) при гестозах различной степени тяжести ($M \pm m$)

Среда	Физиологическая беременность (n = 10)	Гестоз I ст. (n = 10)	Гестоз II ст. (n = 12)	Гестоз III ст. (n = 7)
Плазма	$6,0 \pm 0,35$	$4,6 \pm 0,37^*$	$7,2 \pm 0,49$	$5,6 \pm 0,37$
Эритроциты	$6,5 \pm 0,41$	$7,1 \pm 0,47$	$7,9 \pm 0,32$	$7,1 \pm 0,38$
Моча	$9,6 \pm 0,95$	$6,8 \pm 0,65^*$	$6,8 \pm 0,64^*$	$5,2 \pm 0,59^*$

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с контролем.

ных продуктов почками. При этом, суммарное содержание ВНиСММ в моче уменьшалось, в среднем, на 30 %, в плазме – на 25 % и незначительно увеличивалось в эритроцитах. Не исключено, что в результате токсических изменений физико-химических свойств мембран эритроцитов увеличивалась их сорбционная способность, и происходило перераспределение токсических субстанций между плазмой и эритроцитами.

При гестозе II-й степени ИСЭИ увеличивался до $9,2 \pm 0,48$ усл. ед., а содержание ВНиСММ в моче достоверно не отличалось от такового при гестозе I-й степени. Вместе с тем, содержание ВНиСММ в плазме крови увеличивалось на 55-60 %, по сравнению с гестозом I-й степени, и в меньшей степени в эритроцитах.

Вполне возможно, что у данной категории беременных формирование эндогенной интоксикации было обусловлено прогрессирующими нарушениями метаболизма, деструкцией клеточных мембран

и массивным поступлением токсичных субстанций в кровеносное русло.

При гестозе III-й степени, несмотря на уменьшение содержания ВНиСММ в моче по сравнению с гестозом II-й степени, ИСЭИ уменьшался на 15-20 %. Это было обусловлено аналогичным уменьшением содержания ВНиСММ в плазме крови и тенденцией к их уменьшению в эритроцитах. Повидимому, в результате нарастания полиорганной недостаточности, в тканях происходила задержка токсических субстанций вследствие замедленной их элиминации в кровеносное русло и дальнейшего угнетения фильтрационно-экскреторной функции почек.

Заключение

Совокупность качественных и количественных изменений содержания, распределения и выведения ВНиСММ, расчет ИСЭИ позволяет оценить тяжесть эндогенной интоксикации и повысить качество диагностики гестозов.

И.А. КУРМАНОВА, В.Д. ПОЛУХИН
МУЗ Городская клиническая больница № 1,
г. Кемерово

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Последнее десятилетие отмечено тенденцией развития и повышения эффективности амбулаторной хирургии. Центр амбулаторной хирургии создан в Городской клинической больнице № 1 им. М.Н. Горбуновой в 1998 году.

Последние 3 года ежегодно проводятся 500-600 операций по направлениям: общая хирургия, травматология, урология, косметическая хирургия. Операции общехирургического профиля составляют до 62 % от общего количества операций в ЦАХ. Амбулаторная герниопластика занимает пока еще скромное место – до 7 % в структуре оперативной активности.

Техника оперативного лечения и выбор способа герниопластики в условиях ЦАХ не отличается от таковой в условиях стационара. Однако, герниопластика в амбулаторных условиях предъявляет более жесткие требования к отбору пациентов для опера-

тивного лечения. В условиях ЦАХ операции грыжесечения показаны больным с неосложненными, несложными грыжами, не имеющим тяжелых сопутствующих заболеваний или состояний, требующих коррекции. Оперативное лечение не показано при рецидивных грыжах, а также пациентам с ожирением и выраженным кожно-жировым фартуком.

В выборе метода анестезии предпочтение отдается перидуральной анестезии в сочетании с нейроролептаналгезией. В послеоперационном периоде применяется тактика активного ведения – вставание с постели в первые сутки. Пациент пребывает в палате круглосуточного наблюдения двое, реже трое суток, затем доставляется домой и наблюдается врачом и медицинской сестрой в домашних условиях.

За последние 3 года в Центре проведено 42 операции герниопластики. Распределение пациентов по



нозологии следующее: паховые грыжи – 17 больных (40,5 %), бедренные – двое (4,8 %), пупочные и параумбиликальные – 6 (14,3 %), грыжи белой линии – двое (4,8 %), послеоперационные различной локализации – 15 человек (35,7 %).

Распределение пациентов по возрастным группам: до 30 лет – три человека (7,1 %), 31-40 лет – двое (4,8 %), 41-50 лет – 6 (14,3 %), 51-60 лет – 20 (47,6 %), 61-70 лет – 8 (19 %), старше 70 лет – трое больных (7,1 %).

Среди пациентов было 19 мужчин (45,2 %) и 23 женщины (54,8 %). Таким образом, наибольшее количество грыж в нашей практике приходится на людей старшей возрастной группы (от 50 до 70 лет). При этом следует отметить, что, несмотря на возраст, эти пациенты не были отягощены соматическими заболеваниями, показатели артериального давления и электрокардиографии были в пределах возрастной нормы. Основные виды грыж в нашей практике – это паховые и послеоперационные.

При выборе способа пластики, между пластикой местными тканями и с применением сетчатого эксплантата, учитываются следующие факторы: состояние тканей в области грыжевых ворот, величина грыжевого дефекта, возраст пациента, характер трудовой деятельности.

При паховых грыжах у пациентов до 40 летнего возраста проводилась пластика пахового канала по Жирару-Кимбаровскому или Бассини (в зависимости от необходимости укрепления передней или задней стенки), у пациентов старше 40 лет – преимущественно, пластика по Лихтенштейну, с применением сетчатого эксплантата.

При послеоперационных грыжах, пупочных, параумбиликальных и грыжах белой линии, в случае

наличия дефекта апоневроза более 2 см, применялась пластика сетчатым эндопротезом. При меньшем дефекте – пластика местными тканями.

Все послеоперационные грыжи в ЦАХ оперированы с применением сетчатых эксплантатов. Наибольший размер имплантированной сетки составил 10 Ч 15 см.

В послеоперационном периоде осложнений со стороны общего состояния пациента или послеоперационных ран не наблюдали.

Из 15 случаев пластики послеоперационных грыж сетчатыми эндопротезами только у одной пациентки наблюдалось существование серомы, длительностью 2,5 мес. Еще у 4-х пациентов отмечены кратковременные серомы, которые исчезали в течение 3-4 недель. В остальных 10 случаях сером не отмечалось. Для предотвращения образования сером и ускорения их ликвидации, мы применяем усиленную компрессию передней брюшной стенки, с первых часов послеоперационного периода и на протяжении 2-3 недель. Усиленная компрессия достигается при помощи поясов “Бодибелт”.

Таким образом, оперативное лечение грыж передней брюшной стенки целесообразно проводить в условиях ЦАХ при условии строгого отбора пациентов, с учетом их общего соматического состояния, сложности грыж и размера грыжевых дефектов. Риск послеоперационных осложнений в условиях ЦАХ не выше, чем при оперативном лечении в условиях стационара, отсутствие госпитальной инфекции значительно снижает риск гнойных осложнений.

Экономический эффект очевиден – без госпитализации снижаются затраты на лечение. Укорачиваются сроки нетрудоспособности.

Н.В. ПЕРЦЕВА, И.Б. ДЕДЮХИНА, Н.Б. МУШИНСКАЯ

МУЗ Городская инфекционная больница,

г. Прокотьевск

АНАЛИЗ РАБОТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ СО СПИД

Госпитальное отделение создано на базе Прокотьевской городской инфекционной больницы в 1991 году, занимает два этажа одного из корпусов больницы, состоит из госпитального отделения и лаборатории. Отделение предназначено для оказания медицинской помощи инфицированным ВИЧ и больным СПИДом из городов юга области, рассчитано на 30 коек. До второй половины 2000 года отделение выполняло организационную работу по профилактике ВИЧ-инфекции в городе и осуществляло клинико-лабораторную диагностику и лечение больных, страдающих оппортунистическими инфекциями и заболеваниями, сопровождающимися нарушением иммунитета.

Затем контингент больных значительно изменился, и на сегодня, в основном, это ВИЧ-инфицированные с различными сопутствующими заболеваниями (85-90 %).

Отмечается увеличение среднего пребывания на койке, с 14,3 койко-дней в 2001 г. до 18,5 койко-дней в 2003 г. Среди ВИЧ-инфицированных стабильно увеличивается показатель летальности, с 0,16 в 2000 г. до 1,1 в 2003 г. Начиная с 2000 г., вырос удельный вес ВИЧ-инфицированных, пролеченных в отделении – 83-90 %; удельный вес иногородних ВИЧ-инфицированных составляет, в среднем, 20 %. За прошедший период (с 2000 г.) отмечается тенденция к росту среднего пребывания на койке,



что напрямую связано с изменением тяжести состояния больных, поступающих на лечение в отделение.

В 2000 г. начался рост регистрации ВИЧ-инфицированных, поэтому удельный вес таких больных был невысоким, основную категорию пациентов отделения составляли СПИД-индикаторные заболевания. Начиная с 2002 г., удельный вес ВИЧ-инфицированных начал снижаться, что связано с появлением новой категории пациентов – детей от ВИЧ-инфицированных матерей (перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции).

Для более сжатого анализа структуры заболеваний среди ВИЧ-инфицированных, пролеченных в госпитальном отделении, проведена группировка отдельных нозологий в группы, и полученные материалы для сравнения взяты за два года (в сравнении, за 2002 г. и 2003 г.).

Анализ имеющихся данных позволяет сделать следующие выводы. В 2003 г. наибольший удельный вес приходился на туберкулез, герпетическую инфекцию (по 9,6 %), затем – женщины с патологией беременности и после родов (9,3 %), синдром зависимости от алкоголя и наркотиков (8,3 %). Но, если говорить о динамике удельного веса различных нозологических групп, то здесь отмечается некоторое снижение удельного веса туберкулеза – с 10,3 %

до 9,6 %; женщин – с 10,6 % до 9,3 %; ОРВИ – с 9,6 % до 6,9 %. На одном уровне сохраняется удельный вес хирургической патологии – 5,8 %. Значительно вырос удельный вес герпетической инфекции – с 5,1 % до 9,6 %; синдрома зависимости от алкоголя и наркотиков – с 4,8 % до 8,3 %; несколько меньше увеличился удельный вес бронхолегочной патологии.

Говоря о среднем пребывании на койке, т.е. о койко/дне, который характеризует тяжесть сопутствующих заболеваний, здесь можно отметить, что наиболее высокий койко/день отмечен при туберкулезе – вырос с 46,1 до 47,9. Койко/день при хирургической патологии ниже, но также с тенденцией к росту – от 15,1 до 24,8; при бронхолегочной патологии отмечена тенденция к росту – с 15,8 до 22,5 к/дней.

Из анализа работы госпитального отделения можно сделать следующие выводы:

1. Увеличение удельного веса патологии у ВИЧ-инфицированных женщин, связанной с беременностью, и рост удельного веса детей из перинатального контакта.
2. Увеличение среднего пребывания на койке ВИЧ-инфицированных с сопутствующей патологией.
3. Рост летальности среди ВИЧ-инфицированных.

Е.Г. САРЫЧЕВА, Л.В. ПЕТКИЛЕВА

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РОЛЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Болезни органов пищеварения занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей, и распространенность их прогрессивно увеличивается, обуславливая высокий уровень хронической гастроэнтерологической патологии у взрослых, но при этом многие аспекты проблемы остаются недостаточно изученными.

По мнению многих исследователей, в патологии желудочно-кишечного тракта большую роль играет патология сфинктеров. Сфинктеры обеспечивают циклическое продвижение пищевых веществ из проксимальных отделов в дистальные, предотвращают ретроградное поступление (рефлюкс) содержимого из нижележащих в вышележащие участки; регулируют выделение различных соков и секретов в просвет пищеварительной трубки и, в итоге, способствуют нормальному течению полостного и мембранного пищеварения.

Эзофагиты в гастроэнтерологической патологии занимают одно из основных мест. По данным разных исследователей, гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) и характерная при этом регургитация

обуславливают развитие рефлюкс-эзофагита, частота которого у детей достигает 1,7-4 на 1000 детского населения. Проведенные исследования интраэзофагеального протеолиза показали, что ГЭР встречается у половины больных хроническим гастродуоденитом.

Целью настоящего исследования явилось выявление взаимосвязи эзофагита с гастроэзофагеальным рефлюксом.

С 1998 г. обследовано 647 детей с гастроэнтерологической патологией, эзофагиты выявлены у 187 человек (28,9 %). Кроме общеклинических методов исследования, всем детям с эзофагитами была выполнена эзофагофиброгастродуоденоскопия, причем у 95 детей (50,8 %) повторно через 4-8 недель и у 58 детей (31 %) – через 6 месяцев, а при необходимости дальнейшего эндоскопического контроля эффективности терапии – в более поздние сроки – 25 детей (13,4 %). Биопсия пищевода выполнена 32 пациентам (17 %), из них у 29 человек (90,6 %) эндоскопический диагноз был подтвержден гистологически.



Анализ результатов лечения эзофагитов проведен с учетом ликвидации гастроэзофагеального рефлюкса.

Среди всех пациентов с эзофагитами преобладали девочки (65,7 %), преимущественно в возрасте старше 10 лет (74,8 %). Наследственность была отягощена у 86 детей (46 %), причем практически в равной степени, как по линии матери, так и по линии отца (чаще гастриты, язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь). Стаж заболевания до 3-х лет отмечен у 122 детей (65,2 %), более 3-х лет – у 65 (34,8 %).

У всех больных отмечалась отчетливая клиническая симптоматика. Преобладал абдоминальный болевой синдром – у 66,2 %, среди них чаще давящая боль (39,2 %), приступообразная (10,8 %), тянущая (8,8 %), после приема пищи (8,7 %). На локализацию болей в эпигастриальной области указывали 26 % детей, чаще умеренно выраженные, давящего характера, реже приступообразные и после еды.

В единичных случаях встречались боли в подложечной и окопупочной областях, у 9,8 % пациентов отмечались боли за грудиной. Следует отметить, что многие дети до 7-летнего возраста не могли охарактеризовать болевые ощущения, и указать их локализацию.

Другим частым симптомом было чувство распирания и тяжести в животе – у 40,9 % пациентов.

Таблица. Протяженность эзофагитов при различных вариантах поражения слизистой оболочки

Формы эзофагитов	Протяженность		Нижней трети пищевода, n = 118		Двух третей пищевода, n = 37		Тотальный, n = 32	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Поверхностный (n = 156)	95	80,5	33	89,2	28	87,5		
Субатрофический (n = 11)	9	7,6	-	-	1	3,1		
Смешанный (n = 13)	8	6,8	2	5,4	3	9,4		
Эрозивный (n = 7)	6	5,1	2	5,4	-	-		
Всего:	118	100	37	100	32	100		

Из прочих следует отметить чувство дискомфорта в животе – у 10,7 %, и головокружение – у 42,2 %. Почти у половины детей (43,2 %) выявлялась слабость, у 14,9 % – недомогание. Дети часто жаловались на диспептические расстройства: тошноту (42,4 %), изжогу, отрыжку и рвоту (12,7 %, 15,3 % и 14 %, соответственно). Неприятный запах изо рта отмечался у 19,5 % больных, обложенность языка – у 61,7 % детей. Почти у всех детей (91,6 %) определялась болезненность при пальпации живота, преимущественно в области эпигастрия – у 87,2 %. Запоры выявлены у 13,3 % больных, а учащение стула – только у 3,6 %.

Из параклинических данных следует отметить частоту 0(I) группы крови Rh(+) – 115 пациентов (61,5 %), что значительно превышает ее популяционную встречаемость (до 13 %).

Всем детям с эзофагитом была выполнена рН-метрия желудка. В основном, выявлялась нормоацидность – 92,2 % пациентов, гиперацидность

установлена только у 1 % детей, гипоацидность – у 4,2 %, ахилия – у 2,3 %. У 56 пациентов проведена внутрипищеводная рН-метрия, результаты которой оказались идентичными. Полученные данные подтверждают мнение многих авторов о неинформативности этого метода исследования для уточнения наличия и характера гастроэзофагеального рефлюкса у детей.

При проведении 10 пациентам суточного мониторинга рН среды пищевода, у всех удалось подтвердить ГЭР, (количество эпизодов рефлюкса более 50 или общая продолжительность снижения рН в пищеводе менее 4,0 превышала 60 минут), причем данные совпали с эндоскопическими, то есть метод является информативным, но трудоемким.

Из эндоскопических вариантов чаще всего встречался поверхностный эзофагит (у 156 детей – 83,4 %): легкий – у 44 больных (28,2 %), умеренный – у 85 (54,5 %), выраженный – у 27 (17,3 %) детей. Субатрофический эзофагит выявлен у 11 пациентов (5,9 %), смешанный – у 13 (7 %), эрозивный – у 7 (3,7 %). По протяженности поражения слизистой: нижней трети – 118 человек (63,1 %), двух третей – 37 (19,8 %), тотальный – 32 ребенка (17,1 %), т.е. преобладали пациенты с поражением нижней трети пищевода (таблица).

Достаточно часто встречалась сопутствующая патология нижележащих отделов пищеваритель-

ного тракта. Более чем у половины пациентов это гастродуодениты (66,2 %): в основном, поверхностный вариант, преимущественно умеренный, хотя у 56,4 % из них отмечались выраженный поверхностный и гиперпластический процессы. У 4,9 % пациентов выявлен субатрофический вариант, у 2,9 % – эрозивный. Кроме того, у 2,9 % детей диагностирована язвенная болезнь, преимущественно луковицы двенадцатиперстной кишки.

ГЭР выявлен у 173 пациентов с эзофагитом (92,5 %): при поверхностном эзофагите – у 95,8 %, при субатрофическом – у 56,2 %, при смешанном – у 60 %, при эрозивном – у всех. При поражении нижней трети пищевода ГЭР диагностирован у всех, двух третей – у 64,5 %, при тотальном – у 91,6 % больных.

При сравнении группы детей с гастроэнтерологической патологией, не имеющих рефлюкса (492 чел.), с детьми, имеющими его (173 чел.), оказалось, что без ГЭР эзофагит выявлялся только у



7,6 %, а при наличии ГЭР – в 92,5 %, разница статистически достоверна ($p < 0,001$). Степень выраженности ГЭР значения не имела.

Всем детям проводилось лечение:

1. Антирефлюксная диета: прием пищи 6-7 раз в день, последнее кормление не позже, чем за 3 часа перед сном; использование более плотной, без бульонов, пищи, включающей мясные продукты, картофель и другие овощи, содержащие растительную клетчатку и пищевые волокна; каши, приготовленные без применения молока. У детей до 1 года применяли специализированные смеси с загустителями: “Фрисовом” и “Нутрилон AR”, которые оказались эффективными даже без традиционной медикаментозной терапии.

2. Невсасывающиеся антациды: у большинства использовались жидкие формы (алмагель или малокс) по 0,5-1 ч.л. через 15-20 мин после еды в течение 4-х недель, а 10 детям назначался топалкан по 0,5-1 таб. через 1 час после еды и перед сном, также в течение 4-х недель.

3. Детям, у которых ГЭР сочетался с гастродуоденитом и язвай, назначали ингибиторы протонной

помпы (омез) в возрастной дозировке 1 раз в день, 4 недели; у 5 детей старше 10 лет использовали блокатор H2-рецепторов гистамина (ранитидин).

4. Прокинетики (мотилиум, цизаприд, координакс) назначали преимущественно при сочетании ГЭР с дуоденогастральным рефлюксом.

Мы не ставили перед собой задачу сравнения терапевтической эффективности различных препаратов, их схем и сочетаний, целью являлось сравнение эффективности терапии эзофагита, в зависимости от ликвидации или сохранения ГЭР.

Оказалось, что среди пациентов с купированным рефлюксом эзофагит был излечен в 97,4 % случаев, а в группе с сохраняющимся рефлюксом – только в 16,2 %.

Таким образом, частота встречаемости ГЭР при эзофагитах и зависимость результатов лечения от ликвидации ГЭР свидетельствуют, что последний является наиболее статистически достоверным признаком эзофагита, и результаты лечения зависят от эффективности терапии ГЭР.

С.Ю. СКУТИНА, В.Х. ЮЗМЕЕВ
*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОНТАКТ С ВЕЩЕСТВАМИ РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

Кузбасс является одним из центров химической промышленности России, вырабатывающим большое количество веществ раздражающего действия. В производстве данных веществ широко задействован труд женщин репродуктивного возраста, которые контактировали с одним или несколькими вредными веществами раздражающего действия. При технологическом процессе производства возможны кратковременные превышения ПДК в 1,5-5 раз. Можно предположить, что длительный, изолированный и, особенно, сочетанный контакт с пороговыми и надпороговыми дозами веществ раздражающего действия способствует развитию производственно обусловленных заболеваний различных органов и систем и, в первую очередь, щитовидной железы, дыхательных путей. Этот вопрос в литературе не изучался.

С момента поступления на работу во “вредные” цеха по производству и переработке хлора, азота (соляная и азотная кислота, аммиак, оксиды азота), и на протяжении 6-14 лет, при помощи клинических, инструментальных и лучевых методов исследования изучалось состояние щитовидной железы

и дыхательных путей у 897 женщин репродуктивного возраста (основная группа). Первичное исследование проводилось при прохождении медицинской комиссии, в дальнейшем во время периодических медосмотров. Обязательное лучевое исследование включало в себя УЗИ щитовидной железы, рентгенографию легких, спирографию. По показаниям эти исследования дополнялись КТ легких, КТ и МРТ щитовидной железы, сцинтиграфией. Верификация полученных данных проводилась при помощи тонкой игольной биопсии, бронхобиопсии, оперативными и секционными наблюдениями. Кроме основной группы, по единой схеме изучалось состояние вышеперечисленных органов у лиц контрольной группы в количестве 377 человек. Все они работали на тех же предприятиях, но не имели контакта с вредными веществами. Возраст, общий стаж работы у этих лиц существенно не отличались от данных основной группы.

Изучение клинических, инструментальных и лучевых методов с ретроспективным анализом полученных данных позволили диагностировать заболевания щитовидной железы у 334 лиц основной



группы (37,2 %) и у 63 человек контрольной группы (16,7 %), дыхательных путей – у 299 (33,3 %) и у 51 (15,1 %), соответственно.

У 44 % одних и тех же лиц основной группы на протяжении всего времени работы диагностировалось 2-3 заболевания. В основном (70 %), это были работающие с несколькими вредными веществами. Таким образом, анализ заболеваемости показал, что у женщин, имеющих длительный контакт с веществами раздражающего действия, заболевания щитовидной железы и дыхательных путей возникают чаще. Из заболеваний щитовидной железы наиболее часто диагностировался эутиреоидный или токсический диффузный зоб (79 % в основной группе и 97 % в контрольной). Узловатый токсический зоб (токсическая аденома) щитовидной железы – в 8 % и 1 % случаев, соответственно. У 3 % основной группы диагностировалось объемное злокачественное образование.

Первые случаи заболевания щитовидной железы в основной группе стали диагностироваться через 3-4 года после начала работы во вредных цехах, в контрольной – на 8-10 лет позднее.

На сонограммах щитовидной железы, как в основной, так и в контрольной группах, при диффузном зобе отмечалась идентичность лучевой картины. Однако в первом случае наблюдалось прогрессирующее увеличение щитовидной железы и ее “удвоение” у 61 % лиц основной группы в первые 8-10 лет работы. У лиц контрольной группы такого быстрого увеличения размеров не отмечалось. Кроме того, в основной группе с диффузным зобом у 33 % женщин наблюдалось появление кист, в контрольной группе – лишь у 2 %. Сцинтиграфия подтверждала диффузное, равномерное увеличение щитовидной железы. У 61 % лиц основной группы и у 47 % контрольной, по ее данным, имелось усиление функции тиреоидной ткани, что проявлялось повышением интенсивности ее изображения при сцинтиграфии.

Узловатый токсический зоб в основной и контрольных группах также давал идентичную лучевую картину при сонографии щитовидной железы, однако в первом случае узлы имели значительно большие размеры ($p < 0,05$) и быстро прогрес-

сировали в росте. Удвоение размеров зоба у 47 % женщин основной группы происходило на протяжении 5-7 лет после его обнаружения, чего не наблюдалось в контрольной группе. Кроме того, у 11 % лиц основной группы отмечалась ее малигнизация, что на сонограммах, проводимых в динамике, проявлялось мелкими кальцинатами по периферии узла.

Наиболее частым заболеванием дыхательных путей, выявленным как в основной, так и в контрольной группах, был хронический бронхит. Первые случаи заболевания в основной группе стали диагностироваться через 4-5 лет работы, в контрольной – на 5-7 лет позже. Наиболее часто этим заболеванием в основной группе страдали лица, одновременно контактирующие с несколькими вредными веществами. При этом, в первые 3-4 года рентгеноморфологических изменений на рентгенограммах в основной группе не наблюдалось. Однако рентгенофункциональные нарушения ФВД, выявляемые при помощи рентгенопневмополиграфии (ППГ), хорошо определялись в виде чередования участков с повышенной, нормальной, пониженной вентиляцией в разных отделах легких. Это подтверждалось и функциональной бронхографией. Особенностью течения различных форм хронического бронхита в основной группе было его быстрое прогрессирование, выражающееся появлением рентгеноморфологических изменений на рентгенограммах, прогрессирующей обструкцией дыхательных путей. При проведении ППГ – появлением эмфизематозных булл, воздушных ловушек, симптома матового стекла на КТ легких.

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста, работающих в промышленном производстве веществ раздражающего действия даже в надпороговых дозах, возможно развитие производственно обусловленных заболеваний нескольких органов. При этом, наиболее часто поражаются щитовидная железа и бронхолегочная система. Использование комплекса лучевых методов с момента поступления на работу и при проведении периодических медицинских осмотров позволяет своевременно выявить развивающуюся патологию со стороны этих органов и систем.

Г.А. УШАКОВА, Ю.В. РЕЦ, И.С. ЗАХАРОВ, Л.А. КУБАСОВА

Кемеровская государственная медицинская академия,

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ МАТЕРИНСКО-ПЛОДОВЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Беременность характеризуется образованием новых структур, функция которых направлена на выполнение основной репродуктивной

задачи – вынашивание и рождение ребёнка. Нами было показано, что при физиологической беременности нейрогуморальная регуляция процессов ге-

модинамики организмов матери и плода взаимосвязаны и взаимозависимы. Можно предположить, что при гестозе эти отношения принимают другой характер, и клинически это проявляется в патологических изменениях, как со стороны матери, так и со стороны плода.

Целью работы явилось комплексное изучение особенностей регуляции гемодинамики в системе мать – плацента – плод – новорожденный при беременности, осложнённой гестозом, на основе кардиоинтервалографии (КИГ).

Материалы и методы

Под наблюдением находились 51 беременная женщина и 51 плод в сроке 34-41 неделя, беременность которых осложнилась гестозом лёгкой и средней степени тяжести, а также их новорожденные.

Для комплексной оценки вегетативной регуляции гемодинамики использовалась биоритмологическая компьютерная программа “Pulsar”, при помощи которой производилась непрерывная запись сердечного ритма у матери и новорожденного по методике Баевского Р.М. (1989) и Флейшмана А.Н. (1994). Определение состояния плода на основе КИГ проводилось по методике Ушаковой Г.А., Цирельникова Н.И., Рец Ю.В. (2003). В исследованиях определяли основные математико-статистические и спектральные показатели КИГ, оценивали эффективность регуляторных влияний, отражающих напряжённость адаптационных механизмов.

Морфологическое исследование плацент проводилось во всех случаях по стандартной методике. Морфоструктура плацент характеризовалась, в основном, степенью компенсаторно-приспособительных реакций (КПР).

Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ “Statistica for Windows 6.0”.

Результаты исследования

В структуре КПР в плаценте при гестозе высокий уровень компенсации имел место в 26,3 % случаев, субкомпенсированная форма отмечена в 59,6 %, низкий уровень компенсации – в 14,1 %.

С целью выявления зависимости между выраженностью компенсаторных процессов в плаценте и показателями кардиоритма матери, плода и новорожденного, полученные результаты гистологического исследования плацент, в зависимости от уровня компенсации, разделены на 3 группы: I-я группа – со средневысоким уровнем компенсации (12 плацент), II-я группа – со средним уровнем компенсации (33 плаценты) и III-я группа – со средненизким уровнем компенсации (6 плацент).

В I-й группе на КИГ матери имело место функциональное равновесие регуляторных влияний, с умеренной активацией парасимпатического звена регуляции, имеющего трофотропную направленность. Показатели КИГ плода свидетельствовали об умеренной активности центрального контура регуляции и достаточном уровне антистрессовой устойчивости внутриутробного организма. По данным КИГ новорожденных, имела место стабилизирую-

щая активность центрального контура регуляции, с достаточным уровнем компенсаторных резервов организма.

Во II-й группе, при регистрации исходного состояния на КИГ у матери, в 63,6 % случаев отмечалась высокая активность центрального контура регуляции. По данным КИГ плода, имела место активация симпатoadреналовой системы и умеренное напряжение адаптационных процессов. Показатели КИГ новорожденных свидетельствовали о выраженном напряжении симпатoadреналовой системы и снижении процессов адаптации к внеутробной жизни, в связи с перенесенным родовым стрессом.

В III-й группе, при записи КИГ у матери во всех случаях наблюдалась выраженная депрессия метаболо-гуморального (VLF) компонента спектра на фоне активности LF- (барорецептивного) и HF- (вагоинсулярного) компонентов. В 66,6 % случаев имел место симптом “энергетической складки”, что свидетельствовало об энергодефицитном состоянии и истощении адаптационных резервов её организма. Показатели КИГ плода свидетельствовали о снижении симпатoadреналовых влияний на кардиоритм и истощении адаптационных возможностей, что клинически проявилось синдромом задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП). При записи КИГ новорожденных, отмечено выраженное истощение центрального контура регуляции, являющееся следствием перенесенной тяжёлой внутриутробной гипоксии и родового стресса.

Обсуждение

Эффективность гестационного процесса определялась, в первую очередь, состоянием механизмов регуляции. Беременность протекала благоприятно, если у матери и плода гемодинамические показатели, по КИГ, были синхронны.

Развитие гестоза характеризовалось комплексным нарушением адапционно-гомеостатических реакций в системе мать – плацента – плод, характер и степень выраженности которых зависели от тяжести процесса. Десинхронизация гемодинамических показателей объяснялась повышением активности центрального контура регуляции у матери, что являлось способом реагирования её регуляторных систем, было направлено на увеличение компенсаторно-приспособительных процессов в плаценте в ответ на получение информации (метаболического характера) со стороны плода о своём состоянии. Как следствие этого, в процесс вовлекались функциональные и структурные системы внутриутробного организма, что, по кардиоинтервалографии, проявлялось снижением интенсивности фетальных метаболических реакций.

Выявленные закономерности между показателями регуляции материнско-плодовой гемодинамики, состоянием плацентарного комплекса и уровнем здоровья новорожденного дают возможность прогнозировать и проводить своевременную, патогенетически обоснованную коррекцию отклонений в системе мать – плацента – плод, что позволяет улучшить исходы родов, прежде всего, для плода

и новорожденного. Это отражает биологическую целесообразность, так как основной задачей систе-

мы мать – плацента – плод является вынашивание и рождение ребёнка.

И.П. ЗИНОВЬЕВА, Т.Ю. СУВОРОВА, И.Г. БОБРОВСКАЯ

*МАПУ Городская клиническая больница № 29,
Медико-санитарная часть ОАО "ЗСМК", г. Новокузнецк*

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЛУЖБЫ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИЧЕСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Актуальность внедрения новых организационных технологий для управления качеством медицинской помощи в настоящее время не вызывает сомнений. В 2002 году в многопрофильной клинической больнице № 29 г. Новокузнецка, как структурное подразделение больницы, была организована служба управления ресурсами и обеспечения качества медицинской помощи. Больница располагает шестнадцатью стационарными подразделениями на 857 коек и тремя поликлиниками на 2300 посещений в смену.

Генеральной задачей службы является оптимизация имеющихся медицинских ресурсов, при обеспечении пациентов качественной медицинской помощью.

Качество медицинской помощи (определение F. Donabedian) – это:

- качество структуры (медицинские кадры и квалификация, материально-техническое обеспечение, финансовые средства);
- качество процесса (технологии, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение стандарта);
- качество результата (достижение принятых клинических показателей и соотношение с экономическими показателями) [1].

В теории управления доктора W.E. Deming, значительная часть дефектов (до 85 % случаев) кроется в неверной организации лечебно-диагностического процесса, и меньшая их часть (15 %) обусловлена квалификацией сотрудников и ресурсным дефицитом [2]. Поэтому, основной задачей службы управления ресурсами и обеспечения качества является контроль за организацией лечебно-диагностического процесса с целью выявления наиболее значимых негативных отклонений процесса, установление их причинно-следственных связей и разработка проекта управленческих решений для ликвидации отклонений и предупреждения их возникновения в последующем.

С целью контроля за качеством медицинской помощи была создана внутрибольничная комплексная экспертная комиссия (главные специалисты, эпидемиолог, экономист), которая осуществляет свою деятельность в постоянном оперативном режиме. Для оценки специализированной медицинской помощи в профильных отделениях привлека-

ются высококвалифицированные сотрудники кафедр Новокузнецкого ГИДУВа и филиала РАМН анестезиологии и реаниматологии и врачи. Повторяющиеся врачебные ошибки при оказании медицинской помощи являются поводом для проведения углубленной тематической экспертизы качества медицинской помощи по законченным случаям лечения.

Для объективного контроля отклонений от ожидаемых результатов на этапах лечебно-диагностического процесса и сравнительной оценки разработанная система количественных индикаторов качества.

Таким образом, в целом по больнице за 2002-2003 годы отмечается положительная динамика показателей качества медицинской помощи. Показатель риска возникновения врачебных ошибок снизился в 1,8 раза. Доля бездефектного ведения пациентов увеличилась в 1,6 раза.

В структуру службы управления ресурсами и обеспечения качества входят клинические фармакологи, которые в плановом порядке проводят анализ ошибок лекарственной терапии с их количественной оценкой. На основании полученных данных разрабатываются рекомендации по рациональному использованию медикаментов с учетом больничного формуляра.

В больнице проводится мониторинг внутрибольничных инфекций, с участием специалистов санитарно-эпидемиологической службы и бактериологической лаборатории. Клинические фармакологи проводят систематизацию результатов посевов биологических сред, с определением спектра возбудителей, их чувствительности или резистентности к антибактериальным препаратам, и разрабатывают методические рекомендации по рациональному использованию антибиотиков.

С целью изучения удовлетворенности пациентов качеством и условиями оказания медицинской помощи, в больнице проводилось анкетирование пациентов.

Оценка пациентами результатов медицинской помощи является не менее важной, чем профессионально-экспертная, и служит эффективным инструментом управления качеством.

Создание системы управления ресурсами и качества медицинской помощи в больнице позволило

улучшить медицинские и экономические показатели результативности – сократились сроки средней длительности лечения (они самые низкие в г. Новокузнецке по профилям), уменьшилась стоимость лечения, улучшились исходы.

Настоящий опыт свидетельствует о необходимости разработки областной программы управления качеством.

Литература:

1. Вялков, А.И. // *Управление качеством в здравоохранении*. – 2003. – № 4. – С. 6.
2. Назаренко, Г.И. // *Управление качеством медицинской помощи*. – М., 2000. – С. 33, 85.
3. Гройсман, В. // *Современные технологии управления лечебно-профилактическим учреждением*. – Тольятти, 2000. – С. 98-99.

В.Н. СЕРГЕЕВ, А.М. ПУТИНЦЕВ, О.М. ОЛИКОВ, А.А. МАЛЬЧЕНКО

Кемеровская областная клиническая больница,

г. Кемерово

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРФТОРАНА ДЛЯ ЗАЩИТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ

Опасность повреждения головного мозга при операциях на экстракраниальных артериях очень высока. Поэтому одной из главных задач оказания анестезиологического пособия при операциях на сонных артериях является адекватная защита головного мозга от циркуляторной гипоксии. Используемые стандартные методы защиты не всегда эффективны, особенно у больных с двусторонним поражением брахиоцефальных артерий, что заставляет вести поиск новых методик, направленных на предупреждение повреждения головного мозга во время операции.

Проведена оценка эффективности перфторана, как средства уменьшающего циркуляторную гипоксию головного мозга при операциях на сонных артериях. В исследование включены 29 больных атеросклерозом в возрасте от 65-76 лет. Всем больным была выполнена каротидная эндартерэктомия. 14 больным основной группы (I) проводилась инфузия перфторана. 15 больных контрольной группы (II) оперированы без применения перфторана. Инфузия перфторана проводилась за 40-60 мин. до пережатия сонной артерии, в дозе 6-7 мл/кг веса больного.

Операции производились под ЭТН, используя защиту головного мозга, включающую в себя стандартные мероприятия, проводимые при операциях на внутренней сонной артерии (подъем артериального давления непосредственно перед пережатием сонных артерий, введение оксипутирата натрия,

повышение уровня кислорода в кислород-закистой смеси). Исследования проводились аппаратом ТСМ-400. Датчики были установлены в области кровоснабжения наружной сонной артерии.

Средний базовый уровень $tcPo_2$ составил $35,4 \pm 11,2$ мм рт.ст. Регионарный перфузионный индекс $0,73 \pm 0,16$. У больных основной группы при пережатии ОСА отмечалось падение $tcPo_2$ до $22,7 \pm 6,2$. РПИ снижался до $0,56 \pm 0,14$. У больных контрольной группы уровень $tcPo_2$ составил, в среднем, $24,3 \pm 5,1$ мм рт. ст.; РПИ – $0,49 \pm 0,1$.

Сравнивая статистическими методами обе группы, была получена достоверная разница в уровне $tcPo_2$ и индекса регионарной перфузии в основной и контрольной группе. Также было отмечено, что у пациентов, оперированных с применением перфторана, время постнаркозной депрессии сокращалось на 20-90 минут, по сравнению с больными II группы, что вело к уменьшению времени ИВА в постнаркозном периоде.

Таким образом, метод оценки тканевой перфузии и микроциркуляции подтверждает эффективность перфторана для защиты головного мозга от циркуляторной гипоксии, которая ведет к снижению кислородной емкости крови, развитию метаболического ацидоза и спазма периферических сосудов, сопровождающимся явлениями микротромбозов и агрегации форменных элементов крови, а также способствует более быстрому купированию постнаркозной депрессии.

Ю.Н. БАБУШКИН, В.П. КОРНЕВ, В.А. ЛАНШАКОВ

МУЗ Центральная городская больница, г. Междуреченск

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ

Ключица, несмотря на свои небольшие размеры, играет важную роль в функции верхней конечности и всего организма в целом, а так-

же в косметическом отношении. Неправильное сращение или несращение переломов ключицы может привести к ограничению трудоспособности или



даже инвалидности. Общеизвестны трудности в лечении переломов ключицы – невозможность удерживать сопоставленные отломки в правильном положении на период образования костной мозоли. Это объясняется анатомо-физиологическими особенностями ключицы: S-образная форма строения, роль распорки между лопаткой и грудиной. Многие травматологи смирились с тем, что при консервативном лечении переломы ключицы срастаются со смещением. При изучении отдаленных результатов лечения, учитывалась только степень восстановления функции конечности, анатомические исходы лечения не учитывались.

Сложившиеся многолетние традиции предполагают, как правило, начать лечение переломов ключицы с попыток консервативной терапии. Из многочисленных предлагаемых способов лечения используются различного рода репонирующие мягкие и реклинирующие гипсовые повязки. Однако фиксирующие и репонирующие свойства этих повязок весьма ограничены. При применении мягких повязок в ближайшие часы удержание отломков ключицы становится невозможным из-за движений человека, постоянных экскурсий грудной клетки и т.д., что неизбежно приводит к смещению фрагментов, особенно при переломах с разобщением отломков.

Лучшие результаты лечения достигаются применением гипсовых, реклинирующих и “костыльных” повязок (Белера, Горюнова, Жюде, Чижина и других). Однако во многих случаях с помощью последних устраняются не все виды смещения отломков, либо вправление становится невозможным. Поэтому количество неудовлетворительных исходов (замедленное сращение, неудачность репозиции, формирование ложных суставов, повреждение плечевого сплетения, сосудов и другие) встречается довольно часто, а продолжительная иммобилизация конечности с последующим продолжительным восстановительным лечением, направленным на ликвидацию контрактур смежных суставов, мышечные атрофии, порой длительней, чем сама иммобилизация.

Требования сегодняшнего дня диктуют насущную потребность сокращения сроков лечения и быстрой реабилитации трудоспособности, что можно решить только максимальным совмещением периода сращения с периодом восстановления функции конечности. С этой точки зрения, предпочтительнее метод оперативного лечения, но такого, который позволил бы добиться полноценного остеосинтеза при всех видах и локализациях переломов ключицы. Сдержанное отношение к остеосинтезу переломов ключицы обусловлено несколькими моментами: сравнительно высокой частотой осложнений (от 9 до 25,3 % случаев), сложным её анатомическим строением, несовершенством выпускаемых фиксаторов и способов остеосинтеза, не учитывающих её анатомическое строение.

Поиск новых, биомеханически и анатомически обоснованных способов остеосинтеза переломов

ключицы, до настоящего времени, является весьма актуальным.

Проведенные нами анатомические и экспериментальные исследования (сравнительные стендовые испытания стабильности остеосинтеза ключицы, фотоупругое моделирование остеосинтеза с применением конструкций из нитинола) позволили разработать технику оперативного вмешательства при помощи конструкций из нитинола, моделированных к анатомическому строению ключицы, уточнить оптимальные схемы расположения кольцевидных фиксаторов при комбинированном остеосинтезе. В то же время, стендовые испытания стабильности остеосинтеза показали несомненные преимущества фиксации скобами из никелида-титана (увеличение в 2,5 раза), создающие в зоне перелома компрессию отломков и оптимальные условия для сращения отломков.

Среди пострадавших с переломами ключицы (152 больных), подвергнутых оперативному лечению, лиц мужского пола было 126 чел. (82,9 %), женского – 26 чел. (17,1 %), преимущественно трудоспособного возраста – 21-52 лет (68,9 %). Поперечные переломы отмечены у 17 чел. (11,2 %), косые и оскольчатые – у 41 чел. (28,3 %) и 94 чел. (62,1 %), соответственно; наиболее часто – со смещением отломков (85,3 % больных).

Наиболее частая локализация переломов отмечена в средней и на границе средней и наружной третьей ключицы – 115 больных (75,6 %), затем в наружной (акромиальной) трети – 25 (16,4 %), и во внутренней (стеральной) трети ключицы – 12 больных (7,8 %). У 92 больных (60,5 %) применены традиционные способы остеосинтеза ключицы (спицы, гвозди Богданова, пластины и др.), а у 60 пациентов (39,5 %) – комбинированные (в 25 случаях), с использованием конструкций из никелида-титана, либо только скобами из нитинола (в 29 случаях). Комбинированные способы остеосинтеза ключицы (интрамедуллярный и накостный), с использованием для накостной фиксации конструкций из нитинола (кольцевидных и S-образных), выгодно отличаются (помимо увеличения стабильности, особенно на скручивание) создаваемой продольной и встречно-боковой компрессией в зоне стыкуемых поверхностей изломов. Причём, разъем кольцевидного фиксатора укладывался (с учётом экспериментальных исследований) под углом 45 градусов к линии излома. При изолированном применении скоб из нитинола, при всех видах переломов, создаются идеальные условия (при интра-, экстрамедуллярной компрессии) для полноценного сращения переломов по типу “первичной мозоли”.

Сравнительный анализ оперативного лечения переломов ключицы, с использованием для остеосинтеза конструкций из нитинола, показал несомненные преимущества последнего. Отличные и хорошие результаты при остеосинтезе гвоздём Богданова получены у 76,1 % больных, при комбинированном – у 84,0 %, при изолированном – у 95,8 %. Таким образом, применение устройств из нитино-



ла при оперативном лечении переломов ключицы, наряду с возможностью анатомического моделирования конструкций, обеспечивает повышение ста-

бильности фиксации отломков и создаёт оптимальные условия для сращения по типу “первичной мозоли”, улучшает исходы лечения больных.

М.П. ПРОНИН, А.А. ГОРЯИНОВА, Н.Ю. ХАТМИНСКИЙ, И.А. БАШКАТОВА

*Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница,
г. Кемерово*

СОВРЕМЕННАЯ ФОТОРЕГИСТРИРУЮЩАЯ АППАРАТУРА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Для диагностики и динамического наблюдения в офтальмологии большое значение имеет фотосъемка. Фотография является необходимым условием таких исследований, как флюоресцентная ангиография сетчатки, когда в течение короткого интервала времени делается серия снимков. Но, методы исследования, использующие фотографию, имеют ряд серьезных недостатков, один из которых состоит в разрыве во времени между моментом фотографирования и получением изображения. Дефект в одном из звеньев сложного фотографического процесса часто приводит к безвозвратной потере информации.

Современные методы съемки видео- и статических изображений с применением цифровых технологий позволяют получить изображение сразу же на мониторе. При необходимости его можно стереть и переснять. В отличие от фотографии, в этом случае отсутствует негативный процесс, нет потери времени на химическую обработку и печать снимков, которые, в случае неудачи, часто нельзя снять повторно.

В нашей клинике в течение полутора лет используется Фундускамера CR6-45NM. Фундускамера CR6-45NM предназначена исключительно для съемки глазного дна, хотя мы можем наблюдать передний отрезок глаза на маленьком пользовательском мониторе с целью фокусировки. Изображение может регистрироваться фотографирующим устройством по выбору, которое присоединяется через разъем. В нашем случае – это видеокамера высокого разрешения DXC-990P. Полученную картинку можно сразу увидеть на цветном телевизионном мониторе высокого разрешения PVM-14M4E. Изображение кодируется в формате JPG и записывается специализированным устройством записи изображений MV-300P на магнитооптический диск. Наш опыт работы с фундускамерой показал, что устройство соответствует и даже превосходит заявленные характеристики. Фундускамера является немидриатической, т.е. позволяет проводить съемку глазного дна без расширения зрачка, при диаметре зрачка 3,7 мм.

Нам удавалось успешно проводить съемку при диаметре зрачка менее 3 мм. Похожее устройство,

заявленное как немидриатическое, гарантирует съемку при диаметре зрачка 4 мм.

Фундускамера CR6-45NM имеет переключатель режимов съемки, в зависимости от ширины зрачка. Она имеет простое управление и понятные настройки, доступные через меню на пользовательском мониторе. Возможно двукратное оптическое увеличение. Фундускамера синхронизируется через последовательный интерфейс с видеокамерой и устройством записи изображений на магнитооптический диск MV-300P, получение снимка осуществляется одним нажатием кнопки джойстика фундускамеры. Преимуществом является небольшая яркость вспышки, которая не слепит пациента, и не вызывает выраженного сужения зрачка. Для флюоресцентной ангиографии используется специальный режим меню и встроенные светофильтры. Полученное изображение сразу видно на цветном телевизионном мониторе высокого разрешения PVM-14M4E, при необходимости проводится повторная съемка, ненужные кадры стираются для экономии места на диске. Сменный магнитооптический диск емкостью 230 Мб позволяет записать от 1500 до 8000 изображений, в зависимости от степени сжатия графики, гарантированный срок хранения – до 30 лет. Компактность и упорядоченность информации облегчают хранение, поиск и анализ графической информации.

В комплекте не было фотопринтера, для вывода телевизионного аналогового изображения на бумагу. Производителем не была предусмотрена передача цифрового изображения в компьютер. Эту проблему мы решили, использовав плату нелинейного видеомонтажа MiroVideo DC10plus для захвата полноформатного видеоизображения и фотопринтер HP5500. Удалось получить графические файлы удовлетворительного качества, пригодные для редактирования и печати.

Захват видеоизображения оказался полезен для съемки переднего отрезка глаза, а также сетчатки, при использовании фундуслинзы на имеющейся в нашем распоряжении щелевой лампе SL-45 с видеокамерой Waitec. Компьютерная съемка переднего отрезка глаза особенно важна для наблюдения за ростом новообразований. Съемка с фундуслинзой



позволяет делать снимки труднодоступных участков периферии глазного дна.

С использованием упомянутой выше видеокамеры, снят ход важнейших оперативных вмешательств. Этот материал, после анализа, демонстрировался на межрегиональных офтальмологических конференциях.

Совместное применение специализированного устройства для регистрации изображений и компьютера позволило нам значительно расширить возможности аппаратуры. В результате внедрения цифровых технологий для фоторегистрации, в нашей больнице за короткий срок удалось создать банк изображений глазного дна и переднего отрез-

ка глаза, содержащий несколько тысяч снимков. Высокое качество съемки фундускамеры и использование ею невидимых участков спектра в некоторых случаях делает доступными глазу объекты на глазном дне, которые не видны при обычном инструментальном осмотре.

Наличие архива облегчает обсуждение случаев коллегами, расширяет кругозор врачей, создает надежную основу для динамического наблюдения за органом зрения. Данные флюоресцентной ангиографии сетчатки, необходимые для проведения операции, сразу же после исследования могут быть выведены на бумагу и переданы лазерному хирургу.

А.С. САЛЮК

МУЗ Центральная городская больница, г. Междуреченск

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Диагностика и лечение гинекологических заболеваний, с появлением эндоскопии, получили новый стимул для своего развития. Эндоскопическое направление позволило не только расширить диапазон диагностических манипуляций, но и разработать новые оперативные методики, которые по эффективности не уступают традиционным хирургическим. Если раньше лапаро- и гистероскопия проводилась только в крупных лечебных учреждениях, и были труднодоступны для многих больных, то теперь эндоскопия стала неотъемлемым методом обследования и лечения в большинстве гинекологических стационаров, в том числе и в г. Междуреченске.

Лапароскопия в нашем отделении применяется с 2000 года. За последние 3 года проведено 248 лапароскопий и 192 гистероскопии. В странах Европы эндоскопические операции составляют 70-80 % от всех операций, у нас пока это число не превышает 19 %. Мы стремимся чаще использовать эндоскопический доступ, т.к. при нём менее выражена операционная рана, меньше кровопотеря, больше возможности выполнять органосохраняющие операции, в 2 раза сокращается срок пребывания в стационаре, уменьшается количество применяемых анальгетиков, антибиотиков, больные быстро реабилитируются после вмешательства. Если в первый год применения лапароскопии проводились операции 1-2 степени сложности (стерилизация, резекция яичников, адгезиолизис, коагуляция эндометриальных очагов), то в последующем стали проводить большие операции (пластика труб при бесплодии, тубэктомии, сальпингостомии при трубной беременности, аднексэктомии).

В 2003 году внедрены и успешно проводятся эндоскопические операции высокой степени сложно-

сти – ампутации матки, гистерэктомии с придатками и без придатков. При анализе хирургической деятельности гинекологического отделения выявлено низкое число осложнений после операций. За 3 года был один случай эвентрации сальника у женщины с ожирением 3-й степени, после экстренной лапароскопии по поводу перекрута кисты яичника, на 2-е сутки послеоперационного периода. Женщина нарушила рекомендации врача по диете.

Самая длительная операция по времени длилась 3 часа 30 минут – влагалищная экстирпация матки с придатками с эндоскопической ассистенцией, проводившаяся впервые. С опытом врачей приходит и скорость выполнения операций, и желание продолжать использовать современные технологии в лечении женщин, и внедрять новые, более сложные операции – при опущении половых органов, при недержании мочи.

Другим разделом эндоскопии является гистероскопия, которая позволяет выявить очаги аденомиоза, внутриматочные сращения, остатки плодного яйца, наличие инородного тела, пузырно-маточного свища, рака шейки и тела матки, пороки развития матки. Гистероскопия является единственным методом визуального осмотра полости матки, даёт возможность сразу установить характер внутриматочной патологии, легко переносится больными, уменьшает стоимость лечения. Гистероскопия входит в базовую программу обеспечения медицинской помощью населения города. В нашем городе гистероскопия проводится с мая 2000 года, с момента приобретения операционного гистероскопа.

Из 192 гистероскопий, 91 процедура проведена по поводу удаления полипа эндометрия, с последующим гистологическим исследованием. В 3-х случаях выявлено предраковое состояние эндоме-

трия. Пациентки отправлены на дообследование в онкологический диспансер. Всем троим проведено оперативное лечение по месту жительства, что лишний раз подтверждает раннюю выявляемость онкопатологии при гистероскопии. В одном случае данные гистероскопии изменили тактику ведения женщины после кесарева сечения в сторону экстренной релапаротомии и экстирпации матки с фаллопиевыми трубами. В 10 % случаев (19 женщин) понадобилось повторное выскабливание полости матки после артифициального аборта, для удаления остатков плодного яйца под контролем гистероскопии. Самая большая группа женщин с нарушением менструального цикла (45 %) подверглась биопсии эндометрия с целью уточнения диагноза и назначения в последующем гормонального лечения. В 3-х случаях (5,8 %) выявлена неполная перегородка матки, как причина бесплодия и не-

вынашивания беременности. В одном случае был удалён фрагмент внутриматочного контрацептива, который располагался наполовину в фаллопиевой трубе и вызывал выкидыши. Через 3 месяца женщина благополучно забеременела.

Эндоскопия прочно вошла в гинекологическую практику, среди врачей старшего поколения, воспитанных на использовании только открытой хирургии, появляется всё больше её сторонников. В скором будущем каждый оперирующий врач акушер-гинеколог будет владеть эндоскопией. Отрадно сознавать, что в небольшом Кузбасском городе, благодаря мудрости администрации городской больницы, внедряются новые медицинские технологии. Это позволяет пациентам получить в родном городе высококвалифицированную медицинскую помощь, а врачам-хирургам – найти интересную работу.

Г.В. МОРОЗОВА, В.П. КОРНЕВ, Н.Н. ЗАЛЕСОВА, Н.Н. МОСЕЙЧУК

МУЗ Центральная городская больница, г. Междуреченск

ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК

Работа в условиях ограниченных ресурсов составляет практическое здравоохранение искать пути более рационального их использования. В г. Междуреченске реформирование ПМСП проводится по двум направлениям:

- организация общих врачебных практик (ВОП);
- развитие стационарозамещающих технологий (дневных стационаров и стационаров на дому).

За период с 1995 по 2003 гг. в городе с населением 108,2 тыс. человек, было открыто четыре общих врачебных практики с прикрепленным населением 21121 человек (19,5 %), в том числе: взрослого населения – 17791 чел. (84,2 %); подростков – 1196 чел. (5,7 %); детей 7-14 лет – 2134 чел. (10,2 %).

ВОП – групповые, являются структурными подразделениями МУЗ ЦГБ с муниципальной формой собственности. На базе двух ВОП развернуты койки дневного стационара с 2-х кратным оборотом в смену. Во всех ВОП работают стационары на дому, в соответствии с Муниципальным заказом.

Все ВОП расположены в радиусе 1-1,5 км проживания прикрепленного населения.

Медицинский персонал дважды прошел подготовку по программе “Общая врачебная практика”, все сотрудники имеют сертификаты, что дает право на оказание пациентам многопрофильной помощи. Работа ВОП тесно взаимосвязана с педиатрической службой, женской консультацией и службами социальной помощи населению. Все ВОП компьютеризованы.

В процессе реформирования, с овладением многофункциональных смежных видов труда, изменилась роль среднего медицинского персонала:

- запись ЭКГ;

- измерение внутриглазного давления;
- забор материала на бактериологическое и биохимическое исследование;
- удаление серных пробок;
- определение зрения и слуха;
- выполнение всех видов инъекций, включая капельное введение лекарственных препаратов.

В основу оплаты медицинской помощи положены подушевое финансирование, с частичным фондодержанием. Доля подушевого норматива на оплату амбулаторно-поликлинических услуг составляет 37,4 %, включая специализированные виды медицинской помощи, травматологическую и стоматологическую.

Каждая ВОП имеет свой субсчет. Финансово-хозяйственная деятельность осуществляется с учетом прямых затрат на параклиническую службу, содержание офиса. Управление микросметой проводится в пределах средств, полученных от страховых медицинских организаций, согласно подушевого норматива на АПС.

Опыт работы показал, что прямые затраты на содержание ВОП, с меньшим количеством прикрепленного населения, с приближением офиса к месту проживания пациентов, более экономично, так как уменьшаются затраты на автотранспорт, ГСМ, работа выполняется меньшим числом штатных должностей (нет регистраторов, процедурных медицинских сестер, медицинских статистиков и т.д.). Такие ВОП более управляемы в плане распределения ресурсов, более информативны о состоянии здоровья пациентов.

Лечение в стационаре на дому или дневном стационаре проводится общепрактикующим врачом,



что также способствует сбережению финансовых ресурсов. Таким образом, работа по принципу ВОП обеспечила доступность медицинской помощи, удобность её получения, комплексность и непрерывность наблюдения семьи в целом, значительно повысила престиж врача и доверие пациентов.

Работа в условиях фондодержания позволила рационально расходовать средства: снизить уровень

госпитализации в круглосуточные стационары; использовать в лечении более дешевые стационарозамещающие технологии, не ухудшая качества медицинской помощи населению; уменьшить обрабатываемость больных с неотложными состояниями на ССМП.

Оказание многопрофильной помощи снизило количество консультаций узкими специалистами.

А.Д. АРСЕНЕНКО, А.С. АРСЕНЕНКО, В.Н. ВАСИЛЬЕВ, А.В. УФИМЦЕВ, И.Б. ДЕДЮХИНА

Иммунологический центр, г. Прокопьевск

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Одним из условий нормального функционирования ЦНС является асимметрия головного мозга. Левое и правое полушария мозга отличаются друг от друга рядом морфологических, функциональных и биологических параметров. В ряде работ убедительно показано наличие прямых и обратных связей между иммунной и нервной системами, а также то, что они работают в виде единого структурно-функционального комплекса, составляя одну систему, выполняющую в организме базисную функцию (Абрамов В.В., Абрамова Т.Я., 1996; Blalock J.E., 1994; Constable A.L. et al., 1994). Так, P.J. Neveu (1992) и V.E. Ammasian et al. (1994) показали, что полушария головного мозга обладают иммунорегулирующими функциями. В работе D.H. Kang et al. (1991) делается вывод о наличии связи между асимметрией лобных отделов мозга и иммунным ответом. При повреждении фронтально-париетальной области левого полушария ослабевает функциональная активность иммунокомпетентных клеток (ИКК) в реакции бластной трансформации, уменьшается продукция ИЛ2.

Аналогичное повреждение указанной области правого полушария сопровождается возрастанием перечисленных факторов и, кроме того, наблюдается стимуляция гуморального иммунного ответа (Qui-Shi Li et al., 1987; Bardos P., 1981). По данным P.J. Neveu (1988), повреждение теменно-затылочной области правого полушария приводит к уменьшению пролиферации лимфоцитов, а аналогичное повреждение коры левого полушария не влияет на указанные показатели и иммунный ответ.

Доказано, что вирус простого герпеса (ВПГ), обладая тропностью к нервной ткани, может вызывать поражение головного мозга, обусловленное его длительной персистенцией и активацией в мозговой ткани (Максимова Э.А. и соавт., 1993; Perentes E. et al., 1984). Психопатологическая симптоматика при герпетических поражениях головного мозга

определяется локализацией и степенью поражения определенных мозговых структур, и может быть обусловлена нарушением функционирования лимбической системы головного мозга и височной коры (Лебедев А.В., 1996; Деконенко Е.П., 1997). Классическое проявление герпетического повреждения головного мозга – поражение лобно-височно-теменных отделов правого полушария (Лонгсон М., Бейли А., 1980; Калинина Л.В., Мухин К.Ю., 1996).

Воздействие антигенов (ВПГ) сопровождается не только активацией или угнетением определенных популяций ИКК, но и модуляцией функциональных параметров ЦНС и наоборот. Целью настоящего исследования явилась попытка выявить у больных генитальным герпесом с тревожно-депрессивными расстройствами влияние функциональной асимметрии полушарий головного мозга на состояние иммунного гомеостаза в динамике для повышения эффективности лечения.

Методы исследования

Клеточное звено иммунитета исследовали с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16, CD72, CD25 методом люминесцентной микроскопии. Гуморальное звено оценивали по содержанию сывороточных IgA, IgM, IgG (метод Mancini) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) (метод преципитации с 3 % и 4 % полиэтиленгликолем М.м. 6000 Д). Фагоцитарную активность (ФА) нейтрофилов определяли по способности к поглощению частиц латекса, показатели функционально-метаболической активности – со стимуляцией продигозаном. Активность комплемента (С) – по 50 % гемолизу. Функциональная активность клеточного звена иммунитета – в реакции бластной трансформации с фитогемагглютинином (РБТА на ФГА).

Для контроля использовались данные иммунного статуса донорской группы из 30 практически здоровых человек. Иммунный статус больных изуча-

ли под антигенной нагрузкой и в период ремиссии. При повторном обследовании лечение отменяли не менее чем за 7 дней до исследования. Всем больным проводилась специфическая противовирусная терапия, иммунокоррекция и психофармакотерапия.

В настоящей работе приводится клинико-иммунологический анализ 139 больных генитальным герпесом с тревожно-депрессивными расстройствами. Из них, 33 левши, 34 правши и 72 амбидекстра; 40 мужчин и 99 женщин в возрасте 15-69 лет.

Обследование больных выявило клинические признаки вторичной иммунологической недостаточности (ВИН) у 96,4 % больных (таблица). Из них, 100 % у левшей, 88,2 % у правшей и 98,6 % у амбидекстров.

Таблица. Синдромы вторичной иммунологической недостаточности больных генитальным герпесом с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне функциональной асимметрии головного мозга

Синдромы ВИН	Всего n = 139		Левши n = 33		Правши n = 34		Амбидекстры n = 72	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Инфекционный	78	56,2	19	58	16	47	43	59,7
Аллергический	36	26	11	33	6	17,7	19	26,5
Аутоиммунный	17	12,2	3	9	6	17,7	8	11
Иммунопролиферативный	3	2	0	0	2	5,8	1	1,4
Всего:	134	96,4	33	100	30	88,2	71	98,6

Анализ показал, что ведущими были инфекционный (56,2 %), аллергический (26 %), аутоиммунный (12,2 %) синдромы, и в 2 % случаев выявлялся иммунопролиферативный синдром. У левшей преобладали инфекционный (58 %) и аллергический (33 %) синдромы, аутоиммунный составил 9 %; иммунопролиферативной патологии не выявлено. У правшей ведущим также был инфекционный синдром (47 %), аллергический и аутоиммунный по 17,7 %; иммунопролиферативный синдром составил 5,8 %. У амбидекстров на первом месте инфекционный синдром (59,7 %), аллергический (26,5 %), аутоиммунный (11 %) и иммунопролиферативный выявлен у 1,4 % пациентов. Инфекционный синдром представлен частыми острыми респираторными вирусными инфекциями, хроническими тонзиллитами, бронхитами, урогенитальными инфекциями. Аллергический синдром проявлялся поллинозами, нейродермитом, бронхиальной астмой, лекарственной аллергией. Аутоиммунный синдром включал аутоиммунный тиреоидит, ревматоидный артрит. Иммунопролиферативный синдром представлен злокачественными новообразованиями.

Выявлены особенности температурного реагирования больных, что также может служить клиническим признаком нарушений в иммунной системе. Разнообразие температурных реакций следующее: длительный субфебрилитет (1 месяц и более), $t 37,2-37,5^{\circ}\text{C}$ – перманентная нагрузка небольшим количеством антигена и недостаточная для купирования инфекционного процесса активность иммунитета; отсутствие температурной реакции – недостаточность иммунитета при хронической рецидивирующей инфекции; $t 38,5^{\circ}\text{C}$ в течение 3-х дней и

$t 37,5^{\circ}\text{C}$ в течение недели – нормальная работа иммунной системы при антигенной нагрузке в период обострения; $t 38,5^{\circ}\text{C}$ неделю и более – гиперэргическая реакция иммунной системы на антигенную нагрузку.

В обследуемой группе больных выявлено 79,2 % больных с различными температурными реакциями, у 20,8 % таких реакций не было. От числа всех обследуемых – с длительным субфебрилитетом 34,5 %, с адекватной температурной реакцией 38,2 % и с гиперэргической реакцией 6,5 %. У правшей – с длительным субфебрилитетом было 35,3 % больных, с адекватной температурной реакцией – 41,1 %, с гиперэргической реакцией – 2,9 %, с отсутствием реакции – 20,7 %, т.е., больных с клини-

ческими признаками недостаточности иммунитета выявлено 56 %.

У левшей – с длительным субфебрилитетом 48,5 %, с адекватной температурной реакцией 33,3 %, с гиперэргической реакцией 3 %, с отсутствием реакции – 15,2 %, т.е., больных с клиническими признаками недостаточности иммунитета выявлено 63,7 %.

У амбидекстров – с длительным субфебрилитетом 27,8 %, с адекватной температурной реакцией 38,9 %, с гиперэргической реакцией 9,7 %, с отсутствием температурной реакции 23,6 %, т.е., больных с клиническими признаками недостаточности иммунитета выявлено 51,4 %.

Комплексное изучение иммунного статуса больных генитальным герпесом с тревожно-депрессивными расстройствами в сравнении с показателями практически здоровых людей, выявило статистически достоверные отклонения от нормы в группах сравнения, сформированных в зависимости от характера функциональной асимметрии полушарий головного мозга, а также от периода обострения или ремиссии герпетической инфекции. У больных генитальным герпесом с тревожно-депрессивными расстройствами в период обострения установлены статистически достоверные отклонения от нормы: у правшей 12 иммунологических параметров из 16 исследуемых, у левшей 13 иммунологических параметров из 16, у амбидекстров 7 параметров. В периоде ремиссии: у правшей изменены 9 из 16 исследуемых параметров, у левшей – 9, у амбидекстров 5 иммунологических параметров. У правшей в период обострения выявлено статистически достоверное снижение лейкоцитов ($6,1 \pm 1,6$), CD3



(25,2 ± 2,4), CD4 (20,5 ± 2,5), ИРИ (1,0 ± 0,2) и повышение количества лимфоцитов (37 ± 2,2), CD16 (19,4 ± 2,4), CD72 (18,0 ± 3,7), CD25 (4,3 ± 0,2), ФА (81,5 ± 6,2), концентрации IgA (2,5 ± 0,5), уровня ЦИК (55,6 ± 6,2). В период ремиссии после проведенного лечения сохранялось статистически достоверное снижение лейкоцитов (7,2 ± 2,4), CD3 (32 ± 2,3), CD4 (22,9 ± 1,9), CD8 (20,8 ± 2,5), ИРИ (1,2 ± 0,3), уровня ЦИК (40,8 ± 5,3), РБТЛ (61,9 ± 4,3) и повышение лимфоцитов (36,9 ± 3,2), С (77,7 ± 6,1).

У левшей в период обострения выявлено статистически достоверное снижение лейкоцитов (6 ± 1,7), CD3 (33,2 ± 2,1), CD4 (25 ± 2,5), CD25 (2,6 ± 0,5), ИРИ (1,1 ± 0,3) и повышение количества лимфоцитов (38,3 ± 2,5), CD16 (18,6 ± 2,6), CD72 (21,3 ± 2,9), активности С (49 ± 3,7), концентрации сывороточных IgA (2,9 ± 1,2), IgM (2 ± 0,9), IgG (15,3 ± 2,7), уровня ЦИК (55,4 ± 7,5). В период ремиссии сохранялось статистически достоверное снижение лейкоцитов (6,2 ± 1,5), ФА (60 ± 3,5), повышение активности С (74,7 ± 2,4), CD16 (18,7 ± 3,7), CD72 (17,5 ± 2,6), CD25 (4,9 ± 1,9), концентрации IgA (2,9 ± 1,9), IgG (14,4 ± 2,3), и уровня ЦИК (69,9 ± 2,1).

У амбидекстров в период обострения установлено статистически достоверное снижение лейкоцитов (6,9 ± 2,9), CD3 (28,1 ± 2,5), CD4 (23,2 ± 2,1), ИРИ (1,1 ± 0,2) и повышение количества CD16 (19,2 ± 3,5), CD72 (20,8 ± 2,2), концентрации IgM (1,7 ± 0,4). В период ремиссии после проведенного лечения сохранялось снижение количества лейкоцитов (6,2 ± 1,8), CD3 (35,4 ± 2,7), выявлялось снижение ЦИК (41,6 ± 2,1) и сохранялось увеличение количества CD16 (16,6 ± 2,9), CD72 (17,3 ± 2,9).

Сравнительный анализ параметров иммунной системы выявил статистически достоверные различия показателей и в группах. В группе левшей достоверно выше – количество лимфоцитов (38,3 ± 2,5), активность С (49 ± 3,7), концентрация сывороточных IgA (2,9 ± 1,2), IgG (15,3 ± 2,7), РБТЛ (73 ± 3,7), CD4 (33,2 ± 2,1), CD4 (25 ± 2,5). В период ремиссии достоверно выше – CD3 (47,9 ± 5,9), CD4 (35,8 ± 3,9), ИРИ (1,6 ± 0,5), CD16 (18,7 ± 3,7), концентрация сывороточных IgA (2,9 ± 1,9), IgG (14,4 ± 2,3), уровень ЦИК (69,9 ± 2,1), CD25 (4,9 ± 1,9), достоверно ниже ФА (60 ± 3,5). В группе правшей в период обострения достоверно выше – CD72 (18 ± 3,7) и CD25 (4,3 ± 1,2), в период ремиссии достоверно выше количество лейкоцитов (7,3 ± 2,4), ниже CD8 (20,8 ± 2,5) и РБТЛ (61,9 ± 4,3). В группе амбидекстров в период обострения достоверно выше количество лейкоцитов (7,3 ± 2,4), достоверно ниже концентрация сывороточных IgM (1,7 ± 0,4) и уровень ЦИК (46,3 ± 2,3), в период ремиссии достоверно ниже активность С (48,7 ± 5,8).

Анализируя иммунологические параметры в группах, можно сказать, что в группе правшей в период обострения преобладало значительное нарушение клеточного звена иммунитета и умеренная адекватная активация гуморального звена иммунитета. В период ремиссии сохранялись умеренные изменения клеточного звена иммунитета без изменений параметров в гуморальном звене (нет повышения специфических IgG).

В группе левшей в период обострения отмечались умеренные изменения клеточного звена иммунитета и значительная активация гуморального звена иммунитета, повышение ЦИК, активация комплемента (аутоиммунный компонент); в период ремиссии нарушения параметров клеточного звена не выявлялись, но сохранялась активация гуморального звена иммунитета и аутоиммунного компонента как показателя длительного сохранения активного прогрессирующего течения генитального герпеса с тревожно-депрессивными расстройствами, что может являться одним из показателей худшего прогноза.

В группе амбидекстров выявлялись умеренные изменения параметров клеточного звена иммунитета, отсутствие изменений показателей гуморального звена иммунитета, как в остром периоде, так и в период ремиссии.

Изменения иммунного статуса в группе правшей интерпретировались как ВИН с нарушением клеточного звена иммунитета в период обострения и вторичная иммунологическая недостаточность с нарушением клеточного и гуморального звеньев иммунитета в период ремиссии. В группе левшей – как ВИН с нарушением клеточного звена иммунитета, активацией гуморального звена иммунитета, аутоиммунным компонентом в периоде обострения и активацией гуморального звена иммунитета, аутоиммунным компонентом в период ремиссии. В группе амбидекстров – как ВИН с нарушением клеточного и гуморального звеньев иммунитета, как в период обострения, так и в ремиссии.

Учитывая изложенные выше клинические признаки иммунологической недостаточности в группах больных генитальным герпесом с тревожно-депрессивными расстройствами, а также лабораторные показатели иммунной системы, можно заключить, что наибольшие клинические и лабораторные изменения были в группе больных – левшей. Полученные результаты позволяют говорить о необходимости определения доминантности полушарий головного мозга у больных РГИ с ПНПР, что может быть полезным для поиска новых, более адекватных способов терапии больных с данной патологией.



В.П. КОРНЕВ, Ю.Н. БАБУШКИН, В.В. СОКОЛОВСКИЙ, А.К. МАКСИМОВ, Ю.А. СИСИН
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Поиcки врачами травматологического отделения ЦГБ г. Междуреченска эффективных методик лечения переломов костей и повреждений суставов привел к внедрению в клиническую практику высокотехнологичных операций при целом ряде повреждений. Это позволило улучшить результаты лечения и качественные показатели работы отделения.

С 2000 года в нашем отделении при переломах шейки бедренной кости применяется остеосинтез спонгиозными канюлированными винтами и ДБВ по малоинвазивной технологии АО под контролем электронно-оптического преобразователя, что позволяет, прежде всего, значительно уменьшить травматичность вмешательства, что небезразлично для больных пожилого и старческого возраста. Уменьшаются и сроки проведения самого оперативного вмешательства. Но, как известно, самое главное – при остеосинтезе спонгиозными винтами достигается компрессия на линии перелома, что делает остеосинтез стабильным, позволяет сразу после операции активизировать пациентов, раньше начать нагрузку на оперированную конечность.

По результатам лечения больных за 2000-2003 гг., из 74 больных с переломами шейки бедренной кости, у 38 человек был применен остеосинтез спонгиозными канюлированными винтами по малоинвазивной технологии АО, у 21 человека – остеосинтез перелома шейки бедра ДБВ. При этом средний койко-день в этой группе больных, по сравнению с предыдущими годами, уменьшился в 1,72 раза и составил 21,5 дней (в 1998 г. – 33,6 койко-дней). В 8 % случаев наблюдались послеоперационные осложнения в виде несращения переломов, миграции винтов и развития асептического некроза головки бедра. Подобной категории пациентов и больных со свежими медиальными переломами шейки бедра с 2003 г. проводится тотальное эндопротезирование тазобедренных суставов эндопротезами. На настоящий момент проведено 15 операций этого типа, из них по поводу коксартроза – 2 операции, несращения медиального перелома после остеосинтеза винтами АО – 2, остальные 11 операций – по поводу свежих переломов шейки бедра.

Новые технологии применяются и при лечении переломов вертельной области. Мы практически перестали применять малоэффективное консервативное лечение переломов, и отдали предпочтение оперативному методу. При вертельных переломах в отделении применяется остеосинтез угловыми пластинами с дополнительной компрессией отломков винтом. В сочетании с прочной пластиной, применение подобных фиксаторов создает стабильный остеосинтез, что позволяет рано активизировать

больных и быстрее нагружать оперированную конечность.

По результатам лечения больных за 1999-2002 гг. применение высокотехнологичных методик оперативного лечения вертельных переломов позволило сократить средний койко-день в этой группе больных, по сравнению с леченными консервативно, с 42,6 койко-дней в 1998 г. до 18,65 койко-дней в 1999-2003 гг., т.е. более чем в 2 раза. Смертность при этих переломах сократилась с 6,2 % до 2,4 %. Перспективным мы считаем применение высокотехнологичных методик оперативного лечения по концепции АО динамическим бедренным винтом. Эти фиксаторы обладают возможностью создания компрессии на линии перелома, благодаря спонгиозной резьбе на винте и устройству для компрессии в месте соединения винта и пластины. Данную технологию мы применили в лечении 24-х больных.

Изменилось отношение к лечению внутрисуставных переломов в области коленного, голеностопного, плечевого и локтевого суставов. Тактика прежних лет заключалась в консервативном лечении по принципу “ранняя функция в ущерб точной репозиции и фиксации”. Это было связано с отсутствием технологий функционально-стабильного остеосинтеза и фиксаторов для его реализации. С 1999 года в отделении при внутрисуставных переломах различной локализации применяется функционально-стабильный остеосинтез. Изучение данной проблемы позволило сделать вывод о том, что функционально-стабильный остеосинтез при внутрисуставных переломах различных локализаций не только возможен, но и необходим. С его помощью, так же как при других локализациях переломов, удастся достичь точной адаптации костных отломков и конгруэнтности суставных поверхностей. В сочетании с применением фиксаторов АО (различных для каждого вида и локализации повреждений), это создает возможность для раннего восстановления функции поврежденного сустава.

Артроскопия коленного сустава, при его повреждениях, представляет диагностическую и лечебную ценность. При гемартрозах коленного сустава раннее применение артроскопического исследования позволяет своевременно установить характер и объем внутрисуставного повреждения, а также произвести необходимый объем лечебных мероприятий (парциальное удаление поврежденных менисков, санация участков поврежденного суставного хряща). В связи с малой травматичностью оперативного вмешательства возможно гладкое течение послеоперационного периода, раннее восстановление функции сустава. На основании артроскопического исследования, ряду больных даются рекоменда-



ции о необходимости повторных операций при повреждении крестообразных связок. Ни один другой метод не позволяет получить более полную информацию о состоянии коленного сустава, которую врач получает после артроскопии. Своевременное устранение повреждений коленного сустава важно в качестве профилактики развития деформирующего артроза. Отдельно необходимо сказать об артроскопическом контроле при операциях по поводу внутрисуставных переломов большой берцовой кости. В этих ситуациях в ряде случаев удается избежать широкого обнажения коленного сустава для контроля за качеством восстановления суставной поверхности. Это очень важно для профилактики посттравматических контрактур коленного сустава, а также воспалительных послеоперационных осложнений.

С 1999 года в отделении произведено более 700 артроскопий при повреждениях коленного сустава. Осложнений не отмечалось. Отдаленные результаты во всех случаях хорошие. Положительные результаты получены при применении функционально-стабильного остеосинтеза по методикам

АО при переломах лодыжек и пилона. Оперативное лечение дает возможность отказаться от длительной гипсовой фиксации конечности, начать ранние движения в оперированном голеностопном суставе и производить раннюю нагрузку на ногу. При изучении отдаленных результатов, выявлено, что сроки восстановления трудоспособности, по сравнению с традиционными методиками лечения, в 1,5-2 раза короче.

Мы считаем целесообразным направить усилия на оптимизацию хирургических методов лечения переломов костей таза, в особенности, с повреждением типа В, С, так как эти мероприятия позволяют в краткие сроки стабилизировать состояние и начать в дальнейшем активизацию больного. Для внедрения новых высокотехнологичных методов оперативного лечения при различных повреждениях врачи травматологического отделения изучили опыт применения данных методик в ведущих травматологических клиниках России (Москва, Кемерово, Новокузнецк, Прокопьевск). На наш взгляд, внедрение новых технологий необходимо и при лечении переломов позвоночника.

С.Д. ПАНФИЛОВ, Г.К. ЗОЛОЕВ, А.С. ПИНИГИН, Т.Ю. СУВОРОВА, Н.О. ПАНФИЛОВА
МЛПУ Городская клиническая больница № 29, Медико-санитарная часть ОАО "ЗСМК",
г. Новокузнецк

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ АНЕВРИЗМ АРТЕРИЙ У НАРКОМАНОВ

Оперированы 42 пациента с ложной инфицированной аневризмой магистральных сосудов, развившимися в результате неоднократных инъекций наркотического препарата в крупные артерии и вены конечностей.

При поступлении, острой ишемии конечностей у больных не отмечалось, на стороне аневризмы пульс на всех уровнях определялся у всех пациентов.

У 97,6 % пациентов выявлено инфицирование полости аневризмы, у 73,8 % – разрыв с кровотечением различной интенсивности из свищевого хода. У всех пациентов имелась клиника сепсиса. У 69 % пациентов наличие аневризмы документировано данными ультразвукового исследования (УЗИ), либо ангиографией.

Четырем первым пациентам после резекции аневризмы предпринимались попытки первичного восстановления магистрального кровотока (аутовенозное либо биопротезирование общей бедренной артерии (ОБА), аутовенозная пластика дефекта ОБА, аутовенозное протезирование плечевой артерии, с последующим активным промывным дренированием. В послеоперационном периоде у всех пациентов, в сроки от 6 до 10 суток возникло аррозивное кровотечение, по поводу чего двум больным выполнено экстраанатомическое подвздошно-бе-

дренное шунтирование (через запирательное отверстие) аллопротезом "MEADOX", одному – перевязка наружной подвздошной артерии (НПА) с одновременной поясничной симпатэтомией, одному – перевязка плечевой артерии. У одного из двух больных, которым было выполнено экстраанатомическое подвздошно-бедренное шунтирование, возникло нагноение ложа протеза с тромбозом последнего, по поводу чего протез удален и выполнена перевязка НПА с поясничной симпатэтомией.

У последующих 38 пациентов попытки восстановления магистрального кровотока не предпринимались вследствие неутешительных результатов реваскуляризирующих операций в условиях гнойной раны и на фоне сепсиса. Перевязка наружной подвздошной артерии выполнена 15 пациентам, в 9 случаях сочетающаяся с поясничной симпатэтомией. В 8 случаях проведена перевязка общей бедренной артерии (в одном случае – в сочетании с поясничной симпатэтомией), в пяти – перевязка поверхностной бедренной артерии, в двух – глубокой бедренной артерии, в одном – подключичной артерии, в трех – бедренной вены. Явления острой ишемии Ia-Ib степени (по В.С. Савельеву), продолжительностью от нескольких часов до двух суток, возникли у 9 пациентов и были купированы медикаментозно.



В послеоперационном периоде на 2-3 суток оставлялся перидуральный катетер для проведения продленной эпидуральной блокады. До результатов бактериологического посева проводилась терапия антибиотиками широкого спектра действия, после результатов посева – по чувствительности. У части больных применялся метод инкубации клеточной массы антибиотиками. Всем больным проводилась дезагрегантная терапия реополиглюкином, пентоксифиллином и антикоагулянтная терапия гепарином (у части больных использовался фраксипарин).

При выписке хроническая ишемия I-й степени (по А.А. Покровскому) имела у 15 % пациентов, II-й степени – у 77,5 %, III-й степени – у 12,5 % больных (расстояние безболевой ходьбы менее 25 метров, но без ишемии покоя).

Умерли в послеоперационном периоде 2 человека. Причиной смерти в одном случае явился септический шок, в другом – эмпиема плевры. Леталь-

ность составила 5 %. Ампутация бедра потребовалась в одном случае (2,5 %), ампутация одного или нескольких пальцев – в трех случаях.

Таким образом, магистральный кровоток восстановлен только у одного больного, у остальных пациентов выполнены лигатурные операции, в десяти случаях сочетающиеся с поясничной симпатэктомией.

В связи с вышесказанным, мы полагаем, что септическим больным с разрывами ложных нагноившихся аневризм магистральных артерий, развившихся вследствие хронической травмы сосуда, показано выполнение в экстренном порядке лигатурных операций в сочетании с поясничной симпатэктомией. Решение вопроса о восстановительной сосудистой операции у пациентов с развившейся ишемией напряжения, либо хронической ишемией II-III-й степени, считаем показанным после купирования воспалительных явлений и заживления ран.

МЕЛЬНИК Н.А.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Хирургия Междуреченска с июля 2000 г. открыла новую страницу своего развития, которая связана с появлением эндоскопической стойки. Появление нового оборудования и подготовка квалифицированных специалистов, способных внедрить эндоскопические технологии, а также высококласное владение сотрудниками отделения традиционных технологий дали хороший результат.

В 2000 г. были выполнены первые эндоскопические операции: эндоскопическая аппендэктомия, лапароскопическая холецистэктомия. За 2001 г. проведено более 100 ЛХЭ, выполнены операции на холедохе (антеградная холедохолитэкстракция). В 2002 г. проведено первое эндоскопическое ушивание прободной язвы ДПК. В 2003 г., после приобретения аппарата УРИ, внедрена методика ретроградной холедохопанкреатикографии, которая продолжилась в освоение эндоскопической ретроградной папиллотомии. В том же году внедрена антеградная папиллосфинктеротомия.

Так же в 2003 г. начато применение методики эндоскопической герниопластики паховых и бедренных грыж с использованием полипропиленовой сетки.

В отделении ведутся разработки технологий с использованием видеэндоскопии, направленных на лечение панкреатитов, т.е. дренирование и санация сальниковой сумки и брюшной полости.

В 2004 г. начата и ведется работа по внедрению технологии по эндоскопическому лечению варикозной болезни. Появление нового ультразвукового сканера позволит освоить ряд хирургических вмешательств под контролем УЗИ. С 2002 г. внедрена методика герниопластики вентральных грыж, с использованием аллотрансплантата (карбоникум, полипропиленовая сетка). На базе хирургического отделения, совместно с гинекологами, внедрены эндоскопические операции при гинекологических патологиях, а именно: полный объем операций на придатках, включая пластику маточных труб при бесплодии, вмешательства на матке, начиная с ушивания, при перфорации, эндоскопическая ампутация и экстерпация матки.

Ближайшие планы так же связаны с эндоскопическими методиками. На очереди – операции на пищеводе при рефлюксной болезни желудка, операции, направленные на лечение хронической язвенной болезни (селективная ваготомия и пилоропластика).

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щитовидная железа является одним из важнейших и активно функционирующих звеньев нейроэндокринной системы. Любые отклонения в деятельности этого органа влекут за собой изменение состояния организма в целом. Методом сплошного наблюдения исследованы женщины, оперированные по поводу патологии щитовидной железы в отделении эндокринной хирургии КОКБ за 2001-2003 годы.

Известно, что женщины наиболее подвержены возникновению тиреоидной патологии. Соотношение женщин и мужчин с болезнями щитовидной железы, по нашим данным, составляет 12,5 : 1.

В ходе настоящего исследования выявлены следующие возрастно-биологические различия хирургической тиреоидной патологии. У женщин перименопаузального и раннего менопаузального периодов (40-49 лет) показатель заболеваемости был наиболее высок (31,8 % случаев). По остальным возрастным группам уровни заболеваемости распределились: 50-59 лет – 20,9 % случаев, 60 лет и старше – 20 %, 30-39 лет – 12,7 %, 21-29 лет – 10 % случаев, до 20 лет – 4,6 % случаев. Немаловажную роль в возникновении заболеваний щитовидной железы играют условия жизни и среды обитания человека, то есть экзогенные стрессовые факторы.

В последние годы появилось много материалов, свидетельствующих о большой роли семьи в состоянии здоровья человека. Здоровье зависит также от уклада жизни, рационального питания, благоприятных межличностных отношений, устроенности быта. В ходе нашего исследования выявлено, что большинство опрошенных женщин состояли в браке – 73,7 %. Наиболее часто в семье воспитывалось 2 детей – 44,6 %, одного ребенка имели 25,5 % женщин, трех и более – 11,7 % опрошенных. Бездетные семьи составили 18,2 %. Остается высоким уровень внебрачной рождаемости (17,3 %). Отношения в семье как дружные, прочные оценили 63,8 % женщин. Охарактеризовали микроклимат в семье как плохой 26,7 % опрошенных, стрессовые ситуации, конфликты отметили 9,5 % женщин.

Оценили свои жилищные условия как хорошие 44,3 % респонденток (имели квартиры с коммунальными удобствами или частный дом). Условия проживания как неудовлетворительные оценили 36,4 % опрошенных. Данный контингент пациенток проживает в общежитиях, в комнатах частных квартир, квартирах без коммунальных удобств.

Большое значение в восстановлении сил организма и поддержании его в состоянии физиологи-

ческого равновесия имеет полноценный сон. Большинство опрошенных женщин тратят на сон менее 8 часов в сутки (87,5 %). 12,5 % женщин отводят для сна более 8 часов, и ощущают себя отдохнувшими.

Несомненно, важную роль в формировании различного рода заболеваний играют условия труда. Подавляющее большинство опрошенных женщин имели среднее специальное образование (44,5 %), незаконченное среднее – 8,2%, среднее – 19,1 %, высшее образование – 28,2 % опрошенных.

Работают 73,3 % респонденток, 26,7 % – лица пенсионного возраста. Рабочие из общего числа опрошенных женщин составили 38,2 %, служащие – 47,3 %, учащиеся – 2,7 %, безработные – 10 %, домохозяйки – 1,8 %. Общий стаж работы в 69,1 % случаев составил более 20 лет, в 10 % случаев – до 5 лет, в 7,3 % - 5-10 и 16-20 лет, в 6,3 % случаев – 11-15 лет. Имеющаяся у них в настоящее время работа удовлетворяла 78,2 % опрошенных женщин.

В результате исследования установлено, что 52,6 % респонденток всегда ощущают утомление к концу рабочего дня, 18,1 % – лишь изредка, 29,3 % – никогда не ощущают утомления. В большинстве случаев утомляемость обусловлена напряжением зрения и внимания (24 %), высокой ответственностью (19,7 %), плохим микроклиматом в коллективе (10,5 %), запыленностью, загазованностью, шумом и вибрацией (по 9,5 %), однообразием выполняемой работы (8,7 %), неритмичностью трудового процесса (3,9 %). Другие причины утомления во время рабочего дня отметили 14,2 % опрошенных, среди них: наличие ночных смен, ненормированного рабочего дня, длительные контакты с людьми, физические нагрузки.

Таким образом, наибольший удельный вес тиреоидной патологии, требующей хирургического лечения, приходится на женщин перименопаузального и раннего менопаузального периодов. Большое количество женщин с данной патологией (36,2 %) имеют плохой и конфликтный микроклимат в семье, 87,5 % женщин тратят на сон менее 8 часов в сутки, 69,1 % респонденток имеют стаж работы более 20 лет. 52,6 % обследованных женщин испытывают постоянное утомление в процессе трудовой деятельности, связанное с напряжением зрения и внимания, высокой ответственностью, плохим микроклиматом в коллективе и другими факторами.

Полученные данные необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий среди женщин, прооперированных по поводу патологии щитовидной железы.

Н.И. ТАРАСОВ, С.Д. НИКОНОВИЧ, Ю.А. СЕРГЕЕВ, Б.З. ЖАЛЕЕВ, Е.П. ЮРКИН

*Станция скорой медицинской помощи,**Кемеровский кардиологический диспансер, г. Кемерово*

ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Характерная особенность инфаркта миокарда (ИМ) заключается в том, что большинство осложнений и летальных исходов развиваются в первые часы и дни заболевания. Это диктует необходимость более быстрого оказания медицинской помощи больным. Однако, следует помнить, что ИМ – заболевание многофакторное и не всегда протекает с отчетливой симптоматикой и характерными изменениями ЭКГ. Нередки случаи, когда диагноз устанавливается ретроспективно, а больные узнают о перенесенном ИМ спустя недели, месяцы, иногда в более поздние сроки, при записи ЭКГ.

Целью исследования явился анализ основных причин несвоевременной госпитализации больных ИМ, а также изучение возможности лечения больных ИМ на дому, в условиях общей врачебной практики.

В исследование включили 194 больных ИМ в возрасте 36-82 лет. Из них 135 пациентов были госпитализированы в инфарктное отделение КПЦ. Диагноз устанавливали по общепринятым критериям ВОЗ. Из общего числа госпитализированных выделили 2 группы. Группа А состояла из 42 пациентов, госпитализированных в стационар несвоевременно, спустя 2-28 сут. от начала развития симптомов ИМ (в среднем, через 9,3 дней). В группу Б вошли 93 пациента, госпитализированных своевременно, в первые 6 часов развития болезни.

Основными причинами поздней госпитализации пациентов в группе А являлись:

1. Несвоевременное обращение к врачу – 64,3 % больных имели малосимптомные либо умеренно выраженные начальные проявления острой коронарной недостаточности. Кроме того, у пациентов отсутствовало представление о проявлениях ИМ, вероятных его последствиях, доврачебной помощи.

2. Несвоевременная диагностики при первичном обращении к врачу – 3,3 %. Обследованные больные имели характерные клинические признаки острого коронарного синдрома, которые и явились поводом обращения к врачу. Причем у большей части пациентов (11 человек из 14 или 26,2 %) не проводилось ЭКГ обследование, в 3-х случаях, по данным ЭКГ, типичные для ИМ изменения не обнаружены. Купирование болевого синдрома и удовлетворительное субъективное состояние больных послужило основанием для необоснованного исключения врачами общей практике диагноза ИМ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что причины несвоевременной госпитализации больных ИМ не однозначны и не могут быть объяснены только особенностями течения заболевания или трудностями диагностики. Зачастую несвоевременная госпитализация пациентов зависит от отсутствия у населения информации о таком распространенном и опасном заболевании, как ИМ. Нередки случаи запоздалой госпитализации в связи с некомпетентностью врачей догоспитального этапа, либо когда врач необоснованно занимает выжидательную позицию, придавая исключительную значимость изменениям ЭКГ и недооценивая тяжесть состояния больного.

Учитывая, что одной из причин несвоевременной госпитализации может быть отказ пациента и его родственников от стационарного лечения, нами обследовано 59 пациентов с ИМ, диагностированным врачами кардиологических бригад скорой медицинской помощи. Все они отказались от лечения в стационаре, преимущественно по социальным мотивам. В течение 1 года мы осуществляли клиническое наблюдение и проводили дополнительные методы обследования (по показаниям).

Итоги наблюдения свидетельствуют о благоприятном течении постинфарктного периода на протяжении одного года у 24 пациентов (40,6%): приступы стенокардии и признаки сердечной недостаточности не превышали ПФК, не было повторных ИМ и госпитализаций по поводу обострений ИБС. Семь пациентов (11,9 %) выбыли из исследования по различным причинам. Три пациента (5,1 %) госпитализированы с рецидивами ИМ. У 15 человек (25,4 %) возникли нарушения сердечного ритма, потребовавшие дополнительной терапии. Умерли 10 больных (16,9 %), от осложнений повторных (рецидивирующих) ИМ.

Таким образом, у большей части больных ИМ, лечившихся только в амбулаторных условиях (общая врачебная практика, наблюдение кардиолога), течение постинфарктного периода было благоприятным, лечение адекватным, что может свидетельствовать о позитивных, оптимистичных тенденциях в подходах к реабилитации больных ИМ в условиях поликлиники.

Для определенной категории пациентов с ИМ допустимо лечение на дому под наблюдением кардиолога, терапевта.



ОГЛАВЛЕНИЕ

В.В. Агаджанян, И.М. Устьянцева, О.И. Хохлова НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ.....	А.М. Вавилов ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ГЕРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ.....	5	30
В.В. Захаренков, Ю.А. Григорьев, Е.Н. Репин, А.М. Олещенко, Г.И. Чеченин О СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВЛАСТИ И БИЗНЕСА ЗА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ.....	В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, В.А. Луценко, О. М. Оликов, М.Г. Маслов АУТОВЕНОЗНОЕ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ "IN SITU" ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	8	31
КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ВОПРОСЫ ИСТОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, РАЗВИТИЯ, СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ И НАУЧНО-ПРАКТИ- ЧЕСКИХ ДОСТИЖЕНИЙ СЛУЖБЫ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ КУЗБАССА.....	С.А. Булахова, Т.В. Кармалитова, Д.В. Микко, Т.П.Захарова СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	12	32
О.А. Березикова, О.И. Усенко О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	Т.И. Шпраер, Е.В. Лишов, С.А. Усов, А.П. Фильков, Д.А. Шукевич, А.Е. Шукевич НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА С ПОЗИЦИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....	14	34
М.П. Пронин, Ю.Ф. Хатминский, Н.Ю. Хатминский НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ.....	А.М. Якушев, М.П. Якушев, А.В. Сапожков АНТИАРИТМИЧЕСКОЕ И АРИТМОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ СРЕДСТВ АНТИДЕПРАГЕЗИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....	17	35
А.Г. Вертков, А.М. Цигельник, С.А. Усов, Е.В. Лишов ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В КУЗБАССЕ.....	Д.Ю. Кувшинов КОРОНАРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СТРЕСС КАК ФАК- ТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛО- ГИИ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	18	36
С.М. Гордеев, В.М. Шелепанов, В.И. Кравченко ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА. ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В Г. КЕМЕРОВО.....	В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, О.М. Оликов, И.Г. Черных, М.Г. Маслов, В.А. Луценко, М.А. Синьков ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИСТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ.....	20	37
И.М. Сутулина, Е.Г. Костромина, А.А. Черных, А.М. Селедцов ПЕРИНАТАЛЬНАЯ НАРКОЗАВИСИМОСТЬ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ.....	А.А. Леванова РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСБАКТЕРИОЗА КИ- ШЕЧНИКА У НАСЕЛЕНИЯ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ.....	22	38
В.В. Бедин, А.Ю. Лукин, М.И. Ликстанов ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИН- СКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ.....	Т.И. Шпраер, Н.С. Розина, В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, В.А. Луценко СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	24	39
А.М. Титаренко, Н.Г. Александрова ЗДОРОВЬЕ МОЛОДОЙ СЕМЬИ.....	А.Ф. Ханова, О.А. Тачкова ПРОФИЛАКТИКА МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.....	25	40
И.Ф. Копылова ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕ- КАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В КУЗБАССЕ.....	А.Е. Шукевич, Д.А. Шукевич ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОЧИЩЕНИЕ КРОВИ ПРИ СЕПСИСЕ: ЦЕЛЕСООБРАЗНАЯ СТРАТЕГИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	26	41
Ю.Ф. Хатминский ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ ОТ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ГЛАЗ МОЖНО УМЕНЬШИТЬ.....	В.И. Подолужный, О.А. Краснов, В.Н. Греков, О.В. Ооржак ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИМИОНЕВРО- ЛИЗА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ВАГОТОМИИ.....	27	41
Т.И. Анкина ПРИМЕНЕНИЕ СКЭНАР-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ХОСПИСЕ.....		28	
А.В. Будаев, Г.В. Лисаченко			
АНТИПРОТЕАЗНАЯ ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВОБРАЩЕНИЯ.....		29	



С.А. Дудкин, Д.В. Глушков, М.Ю. Горошкова, А.В. Землянский, Е.П. Шабашкевич, Ф.К. Манеров ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ.....	42	И.П. Зиновьева, Т.Ю. Суворова, И.Г. Бобровская ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЛУЖБЫ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИЧЕСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	57
А.В. Землянский, С.А. Дудкин, Д.В. Глушков, М.Ю. Горошкова, Е.П. Шабашкевич, Ф.К. Манеров РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПО ПРОТОКОЛУ APL-93.....	44	Ю.Н. Бабушкин, В.П. Корнев, В.А. Ланшаков ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ.....	58
В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, В.А. Луценко, М.Г. Маслов, О.М. Оликов ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ.....	45	В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, О.М. Оликов, А.А. Мальченко ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРФТОРАНА ДЛЯ ЗАЩИТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ.....	58
Г.В. Цветова, Ю.Э. Мысливец, Ю.В. Колеватова ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА У ЛЮДЕЙ, КОНТАКТНЫХ С ГЕПАТИТОМ А.....	46	М.П. Пронин, А.А. Горяинова, Н.Ю. Хатминский, И.А. Башкатова СОВРЕМЕННАЯ ФОТОРЕГИСТРИРУЮЩАЯ АППА- РАТУРА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕ- СКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	60
Н.Н. Кузнецова, Е.В. Помешкин ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНЫХ УРЕТРИТОВ.....	47	А.С. Салюк ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	61
А.А. Мальченко, В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, О.М. Оликов ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНО- ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	48	Г.В. Морозова, В.П. Корнев, Н.Н. Залесова, Н.Н. Мосейчук ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК.....	62
В.Н. Паличев, А.С. Разумов, Е.И. Паличева ОЦЕНКА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗАМИ.....	49	А.Д. Арсененко, А.С. Арсененко, В.Н. Васильев, А.В. Уфимцев, И.Б. Дедюхина ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ С ТРЕВОЖ- НО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФО- НЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЛУША- РИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	63
И.А. Курманова, В.Д. Полухин ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	50	В.П. Корнев, Ю.Н. Бабушкин, В.В. Соколовский, А.К. Максимов, Ю.А. Сисин ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	66
Н.В. Перцева, И.Б. Дедюхина, Н.Б. Мушинская АНАЛИЗ РАБОТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ СО СПИД.....	51	С.Д. Панфилов, Г.К. Золоев, А.С. Пинигин, Т.Ю. Суворова, Н.О. Панфилова КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ АНЕВРИЗМ АРТЕРИЙ У НАРКОМАНОВ.....	67
Е.Г. Сарычева, А.В. Петкилева РОЛЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ.....	52	Мельник Н.А. ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....	68
С.Ю. Скутина, В.Х. Юзмеев ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОНТАКТ С ВЕЩЕСТВАМИ РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ.....	54	Н.В. Копытина СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИ- КА ЖЕНЩИН, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	69
Г.А. Ушакова, Ю.В. Рец, И.С. Захаров, Л.А. Кубасова КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ МАТЕРИНСКО-ПЛОДОВЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ.....	55	Н.И. Тарасов, С.Д. Никонович, Ю.А. Сергеев, Б.З. Жалеев, Е.П. Юркин ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА.....	70