



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

Макетирование:

И.А. Коваленко

А.А. Черных

Директор:

С.Г. Петров

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).

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 3-2005: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА. Материалы второй городской научно-практической конференции, посвященной 50-летию города Междуреченска. — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2005. — 130 с.

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

Редакционная коллегия:

Корнев В.П.,
Рура Г.А.,
Морозова Г.В.,
Быкасова Н.В.,
Силантьева Е. Н.



КОРНЕВ В.П., МОРОЗОВА Г.В., МОСЕЙЧУК Н.Н.
*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК МУЗ ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА В УСЛОВИЯХ ЧАСТИЧНОГО ФОНДОДЕРЖАНИЯ

Проводимые изменения системы здравоохранения в стране происходят под эгидой смещения приоритетов в сторону амбулаторно-поликлинической помощи, с ориентацией на семейный принцип, где базовым звеном является врач общей врачебной практики.

В МУЗ «ЦГБ» города Междуреченска организованы и успешно работают 5 общих врачебных практик, с количеством прикрепленного населения 24953 человек, где трудятся 12 врачей, 27 средних медицинских работников, соотношение которых составляет 1 : 2.

Одной из основных задач ОВП является обеспечение экономической эффективности за счет:

- более экономного расходования материальных ресурсов;
- рационального использования кадров;
- обучения самостоятельной работе и управлению финансами в пределах подушевого норматива.

ОВП не являются юридическими лицами, но их финансирование проводится через отдельный субсчет на каждую ОВП. В платежном поручении, в назначении платежа, указываются суммы денежных средств ОМС, а поступившие средства аккумулируются на их субсчетах.

Амбулаторно-поликлиническая помощь пациентам, прикрепившимся к ОВП, оплачивается по подушевому нормативу, на 1 жителя в месяц, и зависит от собранных средств, поступающих от ТФ ОМС.

В основу системы оплаты медицинской помощи ОВП положено подушевое финансирование с частичным фондодержанием (табл. 1).

Из 100 % общего подушевого норматива, принятого на территории, по Муниципальному заказу на амбулаторно-поликлиническую помощь приходится 38,4 %.

Специализированные виды помощи исключаются из общего подушевого норматива в размере 10,9 %, в том числе на:

- стоматологическую — 3,7 %,
- травматологическую — 3,8 %,
- акушерско-гинекологическую — 3,4 %.

Таким образом, общие врачебные практики получают на частичное фондодержание 27,5 % от общего подушевого норматива.

Штатное расписание ОВП определено в соответствии с количеством прикрепленного насе-

ления. Штатный норматив рассчитан в соответствии с приказом МЗ РФ № 112 от 21 марта 2003 года «О штатных нормативах центра, отделений общих врачебных практик» и составляет для ОВП МУЗ «ЦГБ» 57,25 ставок. Штатное расписание для ОВП, с учетом оказания многопрофильной помощи врачами и многофункциональными видами труда средним медицинским персоналом, утверждено на 39,25 ставок.

Оплата труда медицинскому персоналу складывается из двух параметров:

1. Гарантированная заработная плата в соответствии с единой тарифной сеткой (ЕТС), с учетом надбавок к основному окладу за непрерывный стаж работы, включая участковость; районный коэффициент; интенсивность и сложность труда, отдаленность и протяженность участков — от 50 до 80 %.

2. Материальное вознаграждение за счет фонда материального поощрения, формирующегося из экономии средств при работе в условиях частичного фондодержания.

Оплату стационарной помощи, консультации и лечение за пределами города, дорогостоящие медицинские технологии осуществляет СМО из части общего подушевого норматива. Объемы, выполненные с использованием стационарозамещающих технологий (лечение в дневном стационаре, стационаре на дому), оплачиваются СМО по предъявленным реестрам.

В условиях частичного фондодержания ОВП производят расчеты с другими подразделениями МУЗ «ЦГБ» за оказанные услуги:

- консультации узких специалистов;
- параклинические исследования (лабораторные, рентгенологические, функциональные, эндоскопические, ультразвуковые).

Доход ОВП формируется из двух источников — средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и средств бюджета.

Расходы покрываются из средств ОМС, которые обеспечивают следующие статьи:

- ст. 1 — «Заработная плата»;
- ст. 2 — «Начисление на заработную плату»;
- ст. 10 — «Медикаменты»;
- ст. 14 — «Мягкий инвентарь»;
- ст. 18 — «Прочие расходы, связанные с оплатой медицинской помощи в других структурных подразделениях (диагностических)».



Таблица 1
Финансово-экономическая деятельность ОВП в условиях частичного фондодержания
(в тыс. руб.)

Показатели	2002 год	2003 год	2004 год
Доход, в том числе:	6290,4	7561,9	13144,2
- средства ОМС	5935,9	6631,1	11034,4
- бюджетные средства	354,5	402,8	940,4
- другие источники	-	-	-
Подушевое финансирование в месяц (ОМС), в рублях	28,51	34,50	36,15
На АПС, в %	43,6		
Финансирование СЗТ, всего	508,4	528,0	1169,4
- дневного стационара	210,2	212,7	807,7
- стационара на дому	298,2	315,3	361,7
Расходы ОВП, всего:	5830,5	7025,6	12262,3
- ст. 1	1393,2	1538,8	2332,1
- ст. 2	498,8	548,4	833,3
- ст. 10	98,9	108,5	120,1
- ст. 14	-	9,9	29,3
- ст. 18	3485,1	4417,2	8007,1
- ст. 3	354,5	402,8	940,4
Экономия средств	814,4	536,3	881,9
Средства на поощрение медицинского персонала ОВП	57,9	163,2	256,8
- отдано ОВП с учетом МКР	54,3	120,2	246,5
- фонд накопления	-	-	176,8
Средняя сумма материального поощрения на 1 работника ОВП:			
- в год (т.р.)	2,0	4,5	6,0
- ежеквартально (т.р.)	0,5	1,1	1,5
Рентабельность ОВП	13	7,1	7,2

Бюджетные ассигнования от администрации города направляются на содержание здания и оплату коммунальных услуг.

Фактические расходы учитываются по каждому отделению ОВП по кодам экономической классификации согласно бухгалтерскому учету. Разница между фактически поступившим финансированием (доходы) и фактическими расходами на оплату финансово-хозяйственной деятельности составляет прибыль ОВП, которая складывается из экономии ст. 18 (консультации узких специалистов и параклинические исследования).

Из прибыли формируются фонды материального стимулирования и накопления. Фонд материального стимулирования используется на премирование, обучение специалистов с целью повышения квалификации, командировочные расходы. Фонд накопления направляется на укрепление материально-технической базы и развитие новых технологий.

Работа ОВП в условиях фондодержания при оказании первичной медико-санитарной помощи

позволила экономно расходовать финансовые средства за счет организации труда в условиях сокращенного штатного расписания, оказания многопрофильной помощи без снижения ее качества.

Формирование прибыли позволило улучшить материально-техническое обеспечение ОВП, которое было направлено на приобретение расходных материалов, экспресс-диагностику, а также изменить принцип оплаты труда – проводить дополнительное материальное стимулирование медицинского персонала.

За последние 3 года оплата труда медицинского персонала возросла (табл. 2):

Таблица 2
Соотношение средней заработной платы участковых терапевтов и врачей общих врачебных практик (в %)

	2002 год	2003 год	2004 год
ОВП	100	100	100
Поликлиника	145	170	185



РОУТ Г.И., КОРНЕВ В.П., МОРОЗОВА Г.В.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА ЗА 2000-2004 ГГ.

Сектор платных медицинских услуг г. Междуреченска представлен поликлиникой платных услуг (ППУ) и внеплановыми хозрасчетными койками при стационарах МУЗ Центральная городская больница.

Хозрасчетное отделение, ныне ППУ, является структурным подразделением Центральной городской больницы (ЦГБ). Оно открыто 01.09.1989 года на альтернативной основе, с целью более полного удовлетворения потребности населения в отдельных видах лечебно-оздоровительной и медико-социальной помощи, свободного выбора гражданами специалистов, независимо от их места жительства и работы.

Основной задачей «платного» подразделения МУЗ ЦГБ в условиях дефицита финансовых средств является дофинансирование отрасли за счет привлечения дополнительных источников денежных средств (ДМС, личные средства граждан) для:

- производственного и социального развития учреждения;
- материального поощрения работников;
- повышения качества и объема лечебно-оздоровительной помощи;
- расширения структуры услуг населению и т.д.

Маркетинговый анализ спроса на платные медицинские услуги показал необходимость дальнейшего развития и расширения видов и форм предоставления населению платных медицинских услуг.

В 2003 году, в связи с отдаленностью ППУ, в целях доступности получения медицинской помощи населением города и возможности выбора специалистов, организовано оказание платных медицинских услуг (в виде филиалов) практически во всех отделениях МУЗ ЦГБ.

При этом соблюдены все основные принципы организации оказания платных медицинских услуг:

- полное выполнение программы государственных гарантий;
- четкое разделение финансовых потоков;
- разделение площадей — базы коммерческого и некоммерческого секторов медицинской деятельности;

- разделение времени обслуживания «платных» и «бесплатных» пациентов медицинским персоналом и т.д.

Как видно из таблицы, в 2004 году отмечен рост числа посещений практически по всем отделениям.

Таблица 1
Оказание платных медицинских услуг подразделениями
амбулаторно-поликлинической службы (АПС)

Наименование отделения	2003 год		2004 год	
	Кол-во человек	Кол-во посещений	Кол-во человек	Кол-во посещений
ППУ	27227	60607	30524	66945
Поликлиника ЦГБ	232	232	211	211
Филиал поликлиники ЦГБ	102	102	969	969
Детская поликлиника	101	101	115	115
ФДП	0	0	111	111
Женская консультация	2395	2395	4068	4108
Центр планирования семьи	57	57	264	264
ФТО	164	1153	218	1427
Функциональная диагностика	272	272	600	600
Эндоскопическое отделение	0	0	15	15
Итого:	30550	64919	37095	74763

Доход от реализации платных услуг в 2000 году составил 1719544 руб., в 2001 г. — 4707827, в 2002 г. — 5907991, в 2003 г. — 8008991, в 2004 г. — 11542665 руб.

Наибольшей востребованностью пользуются платные медицинские услуги женской консультации, стоящей на 2-м месте после ППУ по количеству посещений. Третье, четвертое и пятое места разделили ФТО, филиал поликлиники ЦГБ и отделение функциональной диагностики.

Общее количество посещений в связи с открытием дополнительных площадей для оказания платных медицинских услуг за последний год возросло в 1,8 раза. Следует отметить, что организация филиалов ППУ на других базах ЛПУ МУЗ ЦГБ не только увеличила доход отрасли в 1,5 раза, но приблизила оказание платных медицинских услуг к месту жительства потребителей платных медицинских услуг.

Оплата граждан за наличный расчет по годам (табл. 2) продолжает снижаться за счет:

- увеличения коллективного страхования граждан в различных страховых компаниях, количество которых за 5 лет увеличилось в 10 раз;
- уменьшения платежеспособности населения;

- доступности бесплатной медицинской помощи здравоохранения города.

ческого аппарата промышленных предприятий, а также различных организаций и ведомств.

Таблица 2
Структура потребителей платных медицинских услуг (в %)

Наименование	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Лица, застрахованные в страховых компаниях	6,2	24,31	37	51,4	48,2
Оплата за наличный расчет граждан	90,1	67,34	58,7	43,9	42,5
Прямые договора	3	8	3,8	3,7	9,1
ФОБК, «Сибирский Спас-Мед» (ОМС, РФПМ)	0	0,35	0,5	1	0,2
Итого:	100	100	100	100	100

Примечание: В том числе, бизнесмены, не имеющие страховых полисов – 7 %, иногородние лица, не имеющие прописки – 18 %, работающее население промышленных и прочих предприятий – 65 %, дети и пенсионеры – 10 %.

Соответственно, отмечается рост потребителей платных медицинских услуг, застрахованных в страховых компаниях. Так, в 2004 году 78 % объема в структуре дохода от всех страховых компаний приходилось на стабильно работающую на рынке медицинских услуг страховую компанию «Бивита», 19 % – на Сибирский Спас-Мед, 2 % – на Южносибирскую СК и СК Коместра, 1 % – на другие СК.

В структуре платных услуг лечебные процедуры лидируют и занимают первую строку таблицы 3. В 2004 году отмечено снижение доли врачебных консультаций и диагностических исследований, очевидно, в связи с резко возросшим количеством проведенных профилактических осмотров.

Таблица 3
Анализ спроса на платные медицинские услуги по удельному весу за 2000-2004 гг. (по посещаемости, в % к итогу)

Вид услуг	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Лечебные процедуры	57	40	49	44	59
Врачебные консультации	32,5	35	30,5	33	22
Диагностические исследования	10,3	24,2	20	22	8
Реализация целевых программ	0,2	0,8	0,5	1	11
Итого:	100	100	100	100	100

Из имеющегося пакета целевых программ, составляющего 2 % в структуре общего объема платных медицинских услуг (табл. 3), на комплекс лечебно-профилактических мероприятий, проводимых в ППУ, наибольшим спросом пользуются «Углубленный профилактический осмотр», «Ранняя диагностика и лечение гинекологических заболеваний».

Основными потребителями целевых программ являются работники административно-управлен-

По результатам проведенных целевых программ изучается структура выявленных заболеваний и проводится комплекс оздоровительных мероприятий на базах ППУ и в других подразделениях АПС по индивидуальной программе (за счет средств ДМС, ОМС и оплаты за наличный расчет), что позволяет получать дополнительное финансирование.

Продолжая разговор о реализации целевых программ, представляет интерес работа по вакцинопрофилактике гриппа, в том числе на базе детских поликлиник с 2003 года. В течение последних пяти лет отмечается положительная динамика роста числа граждан, привитых от гриппа (табл. 4).

Более половины привитых – это частные лица. Вакцинация по промышленным предприятиям и организациям прово-

Таблица 4
Число граждан, привитых от гриппа

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Всего	75	100	280	498	654
В т.ч. в ППУ	75	100	280	336	495

дится «под заказ», с выездом на предприятие. Случаев заболеваний гриппом у привитых не зарегистрировано.

Необходимо отметить, что широко используется гибкая система скидок. Например, в зимний период, для лечения различных простудных заболеваний, детям предоставляется 50 % скидка на спелеотерапию.

Таким образом, профилактическая направленность медицины при маркетинговых отношениях врача и пациента реализуется в рамках определенного сегмента рынка платных медицинских услуг. Для реализации целевых программ и других медицинских услуг немалое внимание уделяется рекламной деятельности через средства массовой информации и санитарно-просветительной работе.

Из общего объема оказываемых платных медицинских услуг лечебные процедуры в среднем по годам составили 50 %. Из лечебных процедур наибольшей востребованностью пользуются процедурный, физиотерапевтический, гинекологический кабинеты, занимающие, соответственно, 1-е, 3-е и 4-е места (табл. 5). На втором месте в структуре лечебных процедур стоит медицинский массаж. На пятом – водные процедуры.



Таблица 5
Лечебные процедуры

Вид услуги	%%
Процедурный кабинет	34,1
Медицинский массаж	27
ФТО (лазеротерапия, небулайзер терапия, ингаляции)	11,8
Гинекологический кабинет	5,6
Водные процедуры	4,8
Психотерапевтический кабинет (иглорефлексотерапия, психокоррекция)	3
Косметологический кабинет	2,3
Транскраниальная электростимуляция	1,8
Офтальмологический кабинет	1,6
Мануальная терапия	1,5
Гирудотерапия	1,5
Спелеотерапия	1,1
Стоматологический кабинет	1
Проктологический кабинет (ИКК + ректороманоскопия)	0,8
Урологический кабинет (массаж предстательной железы, инстилляции, цистоскопия)	0,7
Термальная терапия (ПРОСТЕК)	0,7
Оперблок	0,5
Солярий	0,4
Склеротерапия	0,1
Итого:	100

Врачебные консультации в общем объеме оказываемых платных медицинских услуг в среднем по годам составили 31 %. Из таблицы 6 видно, что наиболее востребованы гинеколог, невролог, офтальмолог, эндокринолог, отоларинголог и терапевт, занимающие 1-6-е места, соответственно.

Таблица 6
Врачебные консультации

Специалисты	%%	Специалисты	%%
Гинеколог	29,3	Проктолог	2,8
Невролог	8,7	Аллерголог	2,8
Офтальмолог	8,1	Хирург	2,5
Эндокринолог	8	Пульмонолог	1,9
Отоларинголог	7,4	Онколог	1,8
Терапевт	5,7	Ортопед	1,7
Нейрохирург	4,5	Гастроэнтеролог	1,5
Кардиолог	4,4	Дерматовенеролог	0,9
Уролог	3,9	Психотерапевт	0,7
Травматолог	3	Ревматолог	0,4
Итого:			100

Из общего объема оказываемых платных медицинских услуг в среднем по годам 17 % составили диагностические исследования. Из всех диагностических исследований 83 % составили УЗ исследования (табл. 7).

Маркетинговый анализ платных медицинских услуг здравоохранения г. Междуреченска показал:

- положительную динамику роста спроса у населения города на платные медицинские услуги;
- повышенное внимание страховых компаний к рынку медицинских услуг, которое объясняется рядом важных обстоятельств, прежде всего особой значимостью для граждан и его динамичным развитием;
- постоянное увеличение объемов вложенных в здравоохранение средств за счет населения, несмотря на сложную экономическую и социальную обстановку в стране и расслоение населения по уровню доходов;
- необходимость расширения базы, в виде филиалов ППУ, для оказания платных медицинских услуг в других подразделениях МУЗ ЦГБ.
- профилактическую направленность медицины при маркетинговых отношениях врача и пациента, реализующуюся в рамках определенного сегмента рынка платных медицинских услуг. Маркетинговая сущность здравоохранения не только не отменяет профилактическую направленность медицины, но придает ей одно из определяющих мест и значений в рыночных отношениях;
- большую долю (50 %) спроса в спектре платных медицинских услуг составляют лечебные процедуры. Наибольшей актуальностью среди них пользуются гинекологические, физиотерапевтические, водные процедуры, медицинский массаж;
- возможность изучения рейтинга спроса. В связи с этим увеличивается спектр предоставляемых платных медицинских услуг, в частности, лечение гинекологических, отоларингологических заболеваний радиохирургическим методом, терапия различных заболеваний с применением информационных технологий и т.д.;
- увеличение дохода отрасли в 1,5 раза за счет открытия филиалов ППУ на других базах МУЗ ЦГБ, которые приблизили оказание платных медицинских услуг к месту жительства потребителей.

Таблица 7
Диагностические исследования

Вид услуги	%%
УЗИ	83
ЭКГ (запись + расшифровка)	12,7
ЭЭГ	3,1
УЗДГ	1,3
Итого:	100

Таким образом, проведение маркетингового анализа позволяет отработать новые формы и методы работы на рынке платных медицинских услуг (открытие филиалов, внедрение новых технологий и видов платных медицинских услуг и т.д.).



ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МУЗ ЦГБ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Качество оказания медицинских услуг и организации медицинского процесса в целом — одна из наиболее важных и обсуждаемых тем. Вопросы взаимоотношения врача и пациента перешли в область нормативного регулирования, стали объектом судебных процессов.

А это означает, что перед организаторами здравоохранения встает чрезвычайно важная задача — создать и наладить комплексную систему управления качеством.

«Качество следования стандартам, требованиям или инструкциям». Такое определение доминирует в зарубежной медицинской практике с начала 60-х годов. В Россию проблема формализации медицинского процесса пришла недавно и до сих пор является предметом дискуссий разного уровня.

По рекомендации ВОЗ, «качество медицинской помощи определяется исследованием медицинской науки и технологии с наименьшим риском и наибольшей пользой для здоровья человека. Уровень качества, таким образом, это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья».

В системе ОМС Кемеровской области разработано положение о контроле качества медицинской помощи, существуют рекомендации и по внутриведомственному контролю. Разработана и внедрена модель конечных результатов деятельности здравоохранения территорий.

Все это позволяет оценить результат качества и измерить его в зависимости от взглядов на него пациента, врача, организатора здравоохранения или контролирующего органа и, в частности, страховщика.

В течение последних 2-х лет на основе мониторинга оперативной информации определяется рейтинг деятельности МУЗ ЦГБ г. Междуреченска.

Цель определения рейтинга — своевременное принятие управленческих решений для повышения эффективности работы всех звеньев системы здравоохранения и медицинского страхования.

Оценка деятельности ЛПУ осуществляется на основе принципов, определенных «Положением о контроле качества медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области» и «Положения об оплате медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области». Для определения рейтинга создана рабочая группа в составе главных и ведущих

специалистом филиала территориального фонда и страховых компаний. Рабочая группа Согласительной комиссии территории рассчитывает оценки каждого блока, составляющего рейтинг лечебного учреждения.

По итогам 2004 года рейтинг оценивался по показателям:

- оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (ОУП);
- оценка эксперта (ОЭ);
- оценка показателей деятельности (ОД);
- оценка эффективности использования ресурсов (ОЭР).

Для определения ОУП по специальным анкетам проведен социологический опрос 538 пациентов стационара и поликлиник. Предлагалось оценить качество оказания медицинской помощи по пятибальной системе, при этом учитывалась средняя величина балльной оценки по следующим позициям:

	Стац.	АПС
Порядок организации получения медицинской помощи	4,5	4,2
Квалификация и профессионализм врачей	4,7	4,5
Состояние материально-технического обеспечения	4,4	4,4
Состояние санитарно-гигиенических условий	4,5	4,4
Организация питания	4,3	-
Обеспечение лекарственными препаратами в стационаре	4,5	-
Наличие в аптеке медикаментов по льготным рецептам	4,3	-
Вежливость и внимательность врачей	4,9	4,8
Вежливость и внимательность среднего мед. персонала	4,9	4,8
Удовлетворенность объемом обследования и лечения	4,6	4,6

Средний балл, оценивающий доступность медицинской помощи, составил 4,6-4,5. На основании социологического опроса с использованием шкалы экспертных оценок определена удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи ОУП — 4,6.

Оценка эксперта (ОЭ) проводилась по актам экспертиз с использованием шкалы оценок. С этой целью страховыми компаниями проведено 2146 экспертиз.



Оценивались результаты экспертизы по показателям:

- повторная госпитализация по вине медицинских работников — 5 баллов;
- необоснованная госпитализация — 4,9;
- преждевременная выписка, приведшая к ухудшению состояния больного — 5;
- ятрогении, внутрибольничные инфекции — 3,6;
- обоснованные жалобы — 5;
- длительность дооперационного периода — 5;
- необоснованное применение платных услуг — 5;
- процент дублированных поликлинических обследований в стационаре — 5;
- оценка эксперта (ОЭ) составила 4,7.

Оценка деятельности ЛПУ (ОД) для стационара и поликлиник оценивалась по следующим критериям:

	Стационар	Поликлиника взрослая	Поликлиника детская
Своевременность взятия на учет	5	5	5
Процент охвата прививками	5	5	5
Летальность	5	5	5
Расхождение диагнозов	5	5	5
Количество исследований на 100:			
Пролеченных в стационаре, 100 посещений	5	5	5
Запущенные случаи онкопатологии	5	0	5
Запущенные случаи туберкулеза	5	5	5
Первичный выход на инвалидность	5	5	5
% охвата флюорографическими осмотрами	5	5	5

Оценка деятельности лечебно-профилактического учреждения составила 4,44 балла.

Оценка эффективности использования ресурсов (ОЭР) устанавливалась по критериям:

- мониторинг объемных показателей поликлиники — 5;
- превышение уровня госпитализации — 5;
- соотношение пролеченных в ДС и стационаре — 5;
- число обращений на станцию скорой мед. помощи — 5;
- мониторинг МЗ стационара — 5;
- отношение доли заработной платы в структуре фактической стоимости койко-дня — 5;
- % снижения стоимости койко-дня из-за превышения объема медицинской помощи — 5.

Оценка эффективности использования ресурсов (ОЭР) составила 5 баллов.

Общий рейтинг МУЗ ЦГБ, представляющий сумму четырех интегральных оценок ($P = ОУП + ОЭ + ОД + ОЭР$), за 2004 год составил 18,8 баллов. По итогам 2003 года общий рейтинг составил 18,3 баллов.

При сравнении каждого блока, составляющего рейтинг ЛПУ, следует отметить улучшение показателя оценки эффективности использования ресурсов и показателя оценки удовлетворенности пациентов за 2004 год. Оценка эффективности использования ресурсов, составлявшая в 2003 году 4,8 балла, в 2004 году увеличилась до 5 баллов за счет улучшения оценки превышения уровня госпитализации с 4-х до 5-ти баллов и увеличения соотношения пролеченных в ДС и стационаре, также до 5-ти баллов.

Дальнейшая работа по повышению рейтинга будет направлена на улучшение показателей деятельности ЛПУ с целью увеличения удельного веса пациентов, медицинская помощь которым будет оказана в соответствии с правилами и условиями Территориальной программы.

СОРОКИНА О.А.

МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) позволяет обеспечивать населению доступность медицинской помощи в рамках Территориальной программы, но, к сожалению, это не избавляет наше здравоохранение от финансовых трудностей в полном объеме. С одной стороны, вследствие негативных

тенденций в медико-демографической ситуации (старение населения, повышение заболеваемости, ухудшение состояния здоровья населения) растет потребность в медицинской помощи, а значит, и необходимость в ежегодном увеличении финансирования здравоохранения. С другой стороны, система ОМС вынуждена развиваться в услови-



ях финансового дефицита: норматив отчислений и объем собираемых страховых взносов на ОМС не полностью компенсируют расходы лечебных учреждений, связанные с оказанием медицинской помощи. В условиях ограниченных ресурсов необходимо оптимизировать госпитальную помощь. Больничная койка является одним из основных измерителей ресурсов здравоохранения, поэтому одной из составляющих решения данной задачи является максимально эффективное использование коек больничного стационара.

Анализ эффективности использования коечного фонда МУЗ ЦГБ проведен по данным статистической «Сводной ведомости движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания» за период 1999-2004 гг. Показатели, характеризующие ее, представлены в таблице 1.

Из представленных данных видно, что, по сравнению с базисным 1999 годом:

- увеличилось число пролеченных больных на 1,4 тыс. чел. (8 %);
- увеличилось количество койко-дней на 4,3 тыс. (2,5 %);
- увеличилось количество коек на 25 (5 %);

- уменьшилась средняя длительность пребывания на 0,5 дня (5 %);

- увеличилась пропускная способность (оборот) койки на 2,5 %;

- уменьшилось число дней занятости койки на 8,3 дня (2 %).

Рассматривая приведенные показатели, можно провести анализ влияния различных факторов на их значения. Исследуем зависимость количества пролеченных больных от количества коек, среднего пребывания больных и числа дней занятости койки в году по формуле, предложенной Ф.Н. Кадыровым:

$$Б = (К \times Д) / П,$$

где Б — количество выбывших больных,

К — число коек;

Д — число дней занятости койки;

П — среднее пребывание больного на койке.

С помощью данной зависимости можно установить влияние каждого показателя на конечные результаты деятельности стационара. В качестве показателя эффективности взято число дополнительно пролеченных в 2004 г. больных, по сравнению с 1999 г. Путем аналитического метода цепных подстановок устанавливаются причины роста данного показателя (табл. 2).

Таблица 1
Показатели эффективности использования коечного фонда

Показатели	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Количество выбывших больных, тыс. чел. (Б)	17,6	18,0	17,8	18,4	18,9	19,0
Количество койко-дней, тыс.	165,5	163,0	158,7	171,7	173,3	169,8
Число коек (К)	485	491	507	507	510	510
Средняя длительность пребывания, дней (П)	9,4	9,1	8,9	9,4	9,2	8,9
Оборот койки, чел.	36,4	36,7	35,1	36,2	37,0	37,3
Число дней занятости койки (Д)	341,2	332,6	316,8	338,7	339,8	332,9

Таблица 2
Анализ влияния факторов на количество выбывших больных (2004 г.)

Фактор	Число коек (К)	Средняя длительность пребывания, дней (П)	Функция койки, (Д)	Число выбывших больных, тыс. чел. (Б)	Изменение числа выбывших больных	
					абс., тыс. чел.	% к базису
Базис (1999 г.)	485	9,4	341,2	17,6	-	100,0
1. Изменение количества коек (К)						
	485 + 25 = 510 (2004 г.)	9,4 (1999 г.)	341,2 (1999 г.)	18,5 (2004 г.)	+ 0,9	5,1
2. Изменение средней длительности пребывания больного (П)						
	510 (2004 г.)	9,4 - 0,5 = 8,9 (2004 г.)	341,2 (1999 г.)	19,5 (2004 г.)	+ 1,0	+ 5,7
3. Изменение числа дней занятости койки (Д)						
	510	8,9	341,2 - 8,3 = 332,9 (2004 г.)	19,0	- 0,5	- 2,8
Итоговый результат					(0,9 + 1,0 - 0,5 = 1,4)	+ 8



Результат подстановки 1 говорит об увеличении количества пролеченных больных на 0,9 тыс. чел., или в процентах к базису (1999 г.) — на 5,1 % за счет увеличения количества коек на 25. Сокращение средней длительности пребывания больного (подстановка 2) на 0,5 дня привело к увеличению числа пролеченных больных на 1,0 тыс. чел., или на 5,7 %. Но сокращение числа дней занятости коек (подстановка 3) снизило эффективность использования коек на 0,5 тыс. чел., или на 2,8 %.

Поэтому итоговый результат: дополнительно в 2004 г. пролечено больных на 1,4 тыс. чел. боль-

ше, чем в 1999 г., за счет увеличения количества коек на 5,1 % и интенсификации использования коек на 2,9 %.

Для достижения поставленной цели — повышения эффективности использования коечного фонда — в больнице постоянно проводится большая работа (внедрение современных высокотехнологичных методов лечения и диагностики, развитие стационарозамещающих технологий и т.д.). Тем не менее, проведенный анализ показывает, что в МУЗ ЦГБ есть резервы для повышения эффективности использования коечного фонда.



ИВАШУРА Н.Н., ПРОКУДИНА Т.А., КУРТИГЕШЕВА Т.И.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

В последнее время обращает на себя внимание высокая обращаемость на станцию скорой медицинской помощи больных с хроническими заболеваниями, что влияет на показатели объема деятельности ССМП.

Задачей исследования явилось изучение одного из важнейших звеньев — преемственности в работе станции скорой медицинской помощи и поликлиник города по организации медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями и ее совершенствование.

В течение трех лет, в результате совместной работы ССМП и поликлиник города, на 9,2 % снизилось количество вызовов на ССМП в часы работы поликлиник. Амбулаторно-поликлинические учреждения стали более заинтересованы в получении сведений о хронических больных, обратившихся за помощью на «скорую». Ежедневно станцией скорой помощи во все поликлиники, ОВП города передаются распечатанные реестры обо всех вызовах по каждому обратившемуся, с указанием номера участка по каждой поликлинике, с кодировкой диагноза и отметкой о госпитализации в отделения МУЗ ЦГБ. В выездных картах врачами и фельдшерами ССМП обязательно делается отметка о передаче этого больного участковому врачу с указанием причины. Ежедневно заведующим терапевтических отделений поликлиник, заведующим ОВП по телефону передаются сведения по этим хроническим больным:

- отказавшихся от экстренной госпитализации и оставленных дома;
- требующих коррекции лечения и выписки медикаментов;
- часто обращающихся на ССМП;
- об одиноких, и социально-неблагополучных хронических больных;
- диагностические и тактические ошибки участковой службы.

Все сведения, переданные в поликлиники, в обязательном порядке передаются участковому врачу для активного посещения и дальнейшей работы с этими больными. Заведующие терапевтическими отделениями поликлиник, заведующие ОВП осуществляют ежедневный контроль за работой участковых врачей по хроническим больным.

Ежемесячно руководством ССМП и заведующими терапевтическими отделениями поликлиник, заведующими ОВП проводится анализ всех поступивших вызовов на «скорую» к хроническим больным. Также проводится совместный разбор тактических и диагностических ошибок. Ежеквартально проводится анализ вызовов к больным с хроническими заболеваниями на уровне заместителя главного врача МУЗ ЦГБ по амбулаторно-поликлинической работе, где дается оценка преемственности в работе ССМП и поликлиник, вносятся коррективы в работу этих учреждений.

В совершенствовании организации медицинской помощи хроническим больным определенную роль сыграло и применение передовых технологий. С 2001 года на догоспитальном этапе в лечении бронхиальной астмы используется небулайзерная терапия, что показало эффективность использования этого метода, уменьшился расход других лекарственных средств. Снизился процент госпитализированных с бронхиальной астмой, с 10,4 % до 9 %. За последнее время летальных случаев и осложнений на догоспитальном этапе у больных бронхиальной астмой не было.

В работе с хроническими больными хорошо показали себя организация в поликлиниках школ «Диабетика», «Гипертоника», «Астма-школы».

Как показали исследования, в течение трех лет в структуре обращений произошло снижение на 7,5 % обращений с хроническими заболеваниями (с 70,9 % до 63,4 %). Обращаемость снизилась и в течение последних двух лет, в связи с уменьшением городского населения, составляет 163 на 1000 населения (табл. 1).

Таблица 1
Структура обращений на ССМП больных с хроническими заболеваниями в 2002-2004 гг.

	2002 год	2003 год	2004 год
Выполнено вызовов всего	33258	33020	33658
Из них:			
- с хроническими заболеваниями	19248 (70,9 %)	17812 (67,3 %)	17181 (63,4 %)
- в часы работы поликлиник	42,5 %	38 %	33,3 %
Обращаемость (на 1000 населения с хроническими заболеваниями)	177	163	163



Для детального анализа была изучена обращаемость больных на ССМП по поводу хронических заболеваний из числа выполненных вызовов в динамике за 2002-2004 гг. (табл. 2).

Несмотря на проводимую работу по улучшению преемственности, остается высокой обращаемость на ССМП хронических больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Таблица 2
Структура обращений на ССМП больных с хроническими заболеваниями

Заболевания	2002 год		2003 год		2004 год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Болезни системы кровообращения, в т.ч.:	9370	48,6	8983	50,4	9294	54,1
- болезни, характеризующиеся повышением АД	4210	44,9	4138	46	4214	45,7
- ИБС, всего	5160	26,8	4845	27,2	5080	29,5
в т.ч. ХИБС	1255	30,8	1315	14,6	1427	15,3
- стенокардия	890	14,9	874	9,7	924	9,9
- нарушение ритма	770	17,2	924	10,2	993	10,6
ЦВБ	1578	24,3	1069	11,9	1268	13,6
Болезни органов дыхания, в т.ч.:	6896	35,8	6819	38,2	6042	35,1
- бронхиальная астма	1011	14,6	1002	14,6	993	16,4
- хронический обструктивный бронхит	293	4,2	327	4,8	304	5,1
Болезни органов пищеварения	3652	18,9	3469	19,4	3092	17,9
Болезни мочеполовой системы	1625	8,4	1686	9,4	1398	8,1
Болезни костно-мышечной системы	1460	7,5	1480	8,3	1363	7,9
Всего заболеваний по неотложной помощи	19248	70,9	17812	67,3	17181	63,4

Как видно из таблицы 2, за три года отмечается рост обращений по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы на 5,5 %, и за 2004 год частота обращений составила 54,1 %. Из них, на I-м месте гипертоническая болезнь, криз — 45,7%; на II-м месте ИБС — 29,5 %; на III-м месте цереброваскулярные болезни — 13 %, стенокардия — 10,6 %.

Обращения с заболеваниями органов дыхания в течение трех лет остаются на одном уровне, и в 2004 году составили 35,1 % от всех обращений хронических больных. Среди них на первом месте бронхиальная астма — 16,4 %, на втором хронические бронхиты — 5,1 %.

В течение трех лет имеется снижение обращений по поводу болезней органов пищеварения на 1 %, с 18,9 % до 17,9 %, среди них лидируют хронический гастрит и хронический холецистит.

Обращения больных с хроническими заболеваниями мочеполовой и костно-мышечной систем за исследуемый период остались на одном уровне.

В часы работы поликлиники прием вызова к больным, обратившимся на «скорую» по поводу температуры, отказывается, однако часть больных бывает не удовлетворена полученными рекомендациями и настоятельно требует выслать бригаду СМП, зачастую агравировав имеющуюся у них симптоматику. За последний год консультации, проводимые таким больным старшим врачом смены по телефону, показали эффективность такой работы с пациентами и позволили в большинстве случаев отказаться от выездов бригады СМП.

Это, возможно, связано со старением населения и большей распространенностью данной патологии в этой возрастной категории, нестабильностью у них АД, неудовлетворительным материальным положением, особенно лиц старшего возраста, что не позволяет использовать в лечении современные и эффективные лекарственные препараты. И, как поясняют сами больные, желание быстро получить медицинскую помощь.

Данная проблема связана, на наш взгляд, с более доступным и удобным для больного обслуживанием, не нужно сидеть в очереди на прием, лекарства вводятся бесплатно.

Для улучшения организации медицинской помощи хроническим больным необходимо:

- продолжить преемственность в работе ССМП и поликлиник и добиться 100 % охвата наблюдением данного контингента больных;
- продолжить работу школы «Гипертоника»;
- улучшить санитарно-просветительную работу среди населения, особенно по обучению само- и взаимопомощи при повышении АД;
- проведение индивидуальной работы участковыми врачами поликлиник с часто обращающимися на ССМП хроническими больными;
- проведение корректировки ситуаций, где чаще всего встречаются случаи необоснованного вызова бригады скорой помощи;
- использование телефонных консультаций с советами, куда обратиться и что предпринять в каждом конкретном случае;
- внедрение в 2005 году на догоспитальном этапе системы контроля уровня глюкозы в крови для больных диабетом.

Такие пути взаимодействия между поликлиниками и ССМП будут способствовать повышению уровня и качества медицинской

помощи больным с хроническими заболеваниями и снизят обращаемость таких больных на ССМП.

САДОВСКАЯ Л.С., МОРОЗОВА Г.В., КРАСНОСЕЛЬСКАЯ О.В.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ № 2, КАК РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ

Стационар на дому функционирует в ОВП с 1996 года и обеспечивает медицинской помощью лиц, которые по каким-либо причинам не в состоянии посещать дневной стационар и не нуждаются в круглосуточном наблюдении. В большинстве случаев в стационаре на дому наблюдаются лица старших возрастных групп с хронической патологией, а также больные, имеющие острую патологию, требующую домашнего режима (острый бронхит, пневмония, сосудистые кризы и т.д.), и больные после сложных оперативных вмешательств, выписанные для долечивания в амбулаторных условиях под наблюдение хирурга и врачей общей практики (табл. 1).

Таблица 1
Показатели работы стационара на дому

Годы	Количество пролеченных в стационаре на дому	Количество койко-дней	Среднее пребывание
2001	79	711	9,0
2002	134	1206	9,0
2003	204	1836	9,0
2004	232	1882	8,0

По возрастному составу большинство пациентов, пролеченных в стационаре на дому, старше 60 лет — 76 %, группа лиц трудоспособного возраста составляет всего 12,3 %. Лечение в стационаре на дому наиболее актуально для лиц старческого и пожилого возраста, которые часто нуждаются в домашнем уходе, плохо адаптируются к новым бытовым и психологическим условиям круглосуточного стационара, часто имеют ограниченные функции жизнедеятельности. Эти обстоятельства обуславливают структуру нозологий для госпитализации в стационар на дому, которая в течение всего времени оказания данного вида медицинской помощи остается стабильной:

- 68 % пациентов, пролеченных в стационаре на дому, страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В основном это больные с ги-

пертонической болезнью, хронической сердечной недостаточностью, ишемической болезнью сердца, сосудистые — последствия острого нарушения мозгового кровообращения, которые составляют 69,9 % от общего количества сердечно-сосудистых заболеваний;

- 8,9 % с заболеваниями органов дыхания;
- 7,9 % с сахарным диабетом;
- 8,2 % с заболеваниями опорно-двигательной системы;
- 4 % с онкологическими заболеваниями;
- 3 % с хирургическими заболеваниями.

В течение последних лет прослеживается тенденция увеличения удельного веса пациентов хирургического профиля, выписанных из стационаров на амбулаторное долечивание, с 0,7 % (1 чел.) в 2002 г. до 3 % (7 чел.) в 2004 г.

Стационар на дому является ресурсосберегающей технологией для пациентов, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении. Количество пролеченных в стационаре на дому больных увеличилось с 30 чел. в 1996 г. до 232 чел. 2004 г., т.е. в 7,7 раз.

Пациента, находящегося в стационаре на дому, ежедневно осматривает врач общей практики, он получает необходимое обследование (общий анализ крови, биохимический анализ крови, сахар крови, серологические анализы, анализы мочи, электрокардиография) и лечение, максимально приближенное к стационарному, может быть проконсультирован узким специалистом из поликлиники.

Работа с использованием более дешевых стационарозамещающих технологий позволила снизить уровень госпитализации в круглосуточные стационары, уменьшить обращаемость больных на ССМП, не ухудшая качества медицинской помощи населению (табл. 2).

Использование в работе стационарозамещающих технологий (стационар на дому) позволило своевременно, в полном объеме, не снижая качества лечения, проводить профилактическое лечение больных с хроническими заболеваниями



Таблица 2
Эффективность лечения в стационаре на дому

Годы	Стоимость койко-дня в круглосуточном стационаре	Предполагаемая стоимость лечения в круглосуточном стационаре	Стоимость койко-дня в стационаре на дому	Стоимость лечения в стационаре на дому	Эффективность
2001	163,44	116205,84	60,80	43228,80	72977,04
2002	232,30	280153,80	75,05	90510,30	189643,50
2003	311,73	572336,28	69,38	127381,68	444954,60
2004	369,21	694853,22	69,38	130573,16	56280,06

ми и рационально использовать круглосуточную дорогостоящую койку. Уровень госпитализации населения в круглосуточные стационары на 1000 населения в ОВП № 2 значительно ниже городского (табл. 3). Количество больных, на-

правленных в стационар, снизилось на 1,1 % за счет исключения необоснованных направлений (с 545 чел. в 2001 г. до 495 чел. в 2004 г.), а уровень госпитализации на 1000 населения снизился со 144,6 чел. в 2001 г. до 135,2 чел. в 2004 г.

Таблица 3
Уровень госпитализации населения в круглосуточные стационары

Годы	Число больных, пролеченных в круглосуточном стационаре	Койко-дни	Среднее пребывание (к/дней)	На 1000 населения	
				ОВП № 2	Город
2001	545	4270	9,1	144,6	184,9
2002	465	3958	8,9	114	185,3
2003	549	4914	8,9	144,5	186,9
2004	495	4552	9,2	135,2	195,1

МАКЕЕВА О.А., КОРНЕВ В.П., ЗМУШКО Ю.В., МОРОЗОВА Г.В.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СО СЛУЖБАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Отделение общей врачебной практики № 3 МУЗ Центральная городская больница расположено на отдаленном участке, в частном секторе, с прикрепленным населением 2857 человек, в том числе детей 7-14 лет – 325 человек, подростков – 114.

Офис ОВП № 3 расположен в просторном здании, где имеются необходимые кабинеты: врача общей практики, педиатра, акушера-гинеколога, стоматолога, процедурный кабинет, физиокабинет, манипуляционная, дневной стационар на 2 койки, кабинет медицинского статистика, оснащенный компьютером, принтером и модемной связью. В ОВП также размещен аптечный пункт от МУП аптеки № 87, который обеспечивает население всеми необходимыми медикаментами. Общая врачебная практика арендует автотранспорт на 2 часа ежедневно для оказания первичной медико-санитарной помощи на дому, вклю-

чая стационары на дому, так как протяженность участка достигает 10 км. Физиокабинет оснащен всем необходимым оборудованием. В работе врач ОВП использует экспресс-диагностику (глюкометр, тест-полоски) для определения сахара крови, белка в моче.

Работа врача общей практики построена на тесном взаимодействии со специалистами: педиатром и акушером-гинекологом, по типу акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса. Большое внимание уделяется женщинам детородного возраста, беременным, девушкам, подросткам. Совместно с Центром планирования семьи и репродукции проводится профилактическая работа по планированию семьи, борьба с абортами, с использованием разъяснительной работы по применению современных методов контрацепции, особенно в неблагополучных семьях. Совместно с гинекологом проводится работа по



выявлению онкопатологии, особенно в климактерическом возрасте, и оздоровление женщин, страдающих хроническими гинекологическими заболеваниями, а также диспансеризация женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией.

Особая роль врачу общей практики и его помощнику отводится по наблюдению за беременными и родильницами, выполнению дородового и послеродового патронажа, активному выявлению беременных и своевременной постановке на диспансерное наблюдение (до 12 недель, процент охвата составляет до 76 %).

Совместно с врачом-педиатром проводятся осмотры детей 7-14 лет, наблюдение подростков, выявление факторов риска в семье, плановое оздоровление. При посещении пациентов на дому, особенно социально-неблагополучных, осуществляется наблюдение за детьми, их состоянием здоровья.

Большая совместная работа проводится с противотуберкулезным диспансером по профилактике и раннему выявлению туберкулеза. Территориальный участок представлен частным сектором, где проживает большое количество мигрантов из стран Ближнего зарубежья, лица из мест лишения свободы, которые являются группой риска по заболеванию туберкулезом. Поэтому флюорографическое обследование занимает важное профилактическое направление в работе врача. Для его проведения используются разные методы:

транспорт МУЗ ЦГБ для доставки лиц пожилого возраста на флюорографическое исследование в поликлинику, работа с участковым ГОВД по оказанию помощи по ФГ обследованию асоциальных лиц, проживающих на участке, и т.д. В течение 2-х последних лет запущенных случаев туберкулеза нет. Совместно с врачом фтизиатром планируется работа по проведению контролируемого лечения больных туберкулезом, выписанных на амбулаторное долечивание.

Тесное взаимодействие в работе прослеживается с социальными службами, особенно по совместному медико-социальному уходу за одинокими и инвалидами. Постоянно проводится обменная информация по выявлению лиц, нуждающихся в социальной помощи, своевременному решению вопросов по обеспечению средствами ухода, оформлению на медико-социальную экспертизу, в дома инвалидов, приюты для одиноких и престарелых.

Совместная работа врача общей практики со своевременным использованием стационарозамещающих технологий хроническим больным (стационары на дому) позволяет поддерживать компенсацию их состояния, тем самым, сохраняя качество их жизни.

Работа врача общей практики по наблюдению за всеми членами семьи, профилактическая работа позволяют заподозрить и выявить заболевания, в том числе группы «риска», на более ранних стадиях.

ЗАЛЕСОВА Н.Н.
*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ПОМОЩЬ ГЕРИАТРИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ № 1 Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

В последние десятилетия мы отмечаем увеличение группы населения, достигшего пожилого и старческого возраста, жизнь которых сопровождается хроническими заболеваниями, а качество жизни зависит от объема предоставляемых, в том числе медицинских, услуг.

Специфичность гериатрических услуг заключается в том, что больные нуждаются в обслуживании их повседневных проблем, не исчезающих после приема лекарств, госпитализаций и т.д.

Структура населения, обслуживаемого ОВП № 1, представлена работающими гражданами — 6605 человек, пенсионерами — 2795, неработающими — 412 человек. Таким образом, около 30 % составляют пенсионеры, 135 из них «немобильные», все они охвачены социальным или медико-социальным обслуживанием.

За десять лет работы в отделении общей врачебной практики сложилась система наблюдения за пожилыми больными. Медицинская документация участка содержит сведения обо всех лицах пенсионного возраста, имеющих среди них хронических больных, инвалидов, больных, передвигающихся в пределах квартиры или с посторонней помощью, «лежачих» больных, одиноких.

Врач общей практики в процессе наблюдения за больным, помимо клинического диагноза, устанавливает способность к самообслуживанию, прогноз заболевания, проводит оценку социального статуса и жилищно-бытовых условий, прогноз социальной зависимости. Врачебная помощь, контроль за состоянием здоровья, эффективностью лечебных мероприятий, в том числе, контроль за приемом лекарственных пре-



паратов, рекомендации по реабилитации осуществляются персоналом общей практики. Социальное обслуживание населения осуществляется путем разработки и реализации индивидуальных программ социальной реабилитации на всех нуждающихся лиц на участке совместно с социальными работниками.

В своей работе врач общей практики тесно сотрудничает с центром социального обслуживания населения — по вопросам осуществления долговременного ухода, социально-бытовой помощи, санитарно-гигиенических услуг одиноким, престарелым и инвалидам; с муниципальным учреждением социальной защиты населения — по вопросам оформления в приюты и дома инвалидов, оформления медицинских документов для медико-социальной экспертизы, направления на санаторно-курортное лечение; с советом ветеранов и т.д..

За предыдущий год на социальное обслуживание вновь оформлено 12 человек, на медико-социальное — 10 человек, прошли медико-социальную экспертизу для установления группы инвалидности 86 человек, для усиления — 88 человек, оформлены в приют один человек, в дом инвалидов — один человек, получили инвалидные коляски 7 человек, трости — 16 человек.

Отработана связь со станцией скорой медицинской помощи, ежедневно информация об обслуженных вызовах доводится до врача общей практики, и он активно посещает больного, проводит коррекцию лечения, стационар на дому или госпитализирует больного в соответствующий круглосуточный стационар.

Большая роль отводится работе в семье: пропаганда здорового образа жизни, предупреждение развития заболеваний, проведение необходимого обследования и оздоровления членов семьи, психологическая поддержка больных, обучение родственников навыкам ухода за тяжелыми больными.

За 2004 год достигнуты определенные успехи в наблюдении лиц пожилого и старческого возраста. Охват диспансерным наблюдением в данной группе составляет 100 %, по сравнению с предыдущим годом, в 2 раза снизилась смертность от острого инфаркта, флюорографическое обследование составило 98 %, нет случаев туберкулеза и онкологических заболеваний в запущенной стадии. За счет внедрения и увеличения доли стационарозамещающих технологий снижена госпитализация в стационары круглосуточного пребывания.

Наш десятилетний опыт показывает, что команда общей практики способна решить наиболее актуальные проблемы больных пожилого возраста своего участка. Практика расположена в районе обслуживания, что приближает медико-социальную помощь к населению. Медицинский персонал хорошо знаком с состоянием здоровья населения своего участка и, совместно с социальными работниками, осуществляет весь необходимый комплекс медицинских и медико-социальных услуг пациентам, в том числе на дому у неспособных посещать офис практики.

Важно дать возможность человеку активно жить, сохраняя ощущение жизненной перспективы и уверенности в том, что и в новых обстоятельствах он остается необходимым.

ИВАНОВА Г.И.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

МОНИТОРИНГ КONTИНГЕНТОВ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

Впервые термин «Контингенты особого внимания» (КОВ) был утвержден в приказе № 272 от 26.09.2002 и № 179 от 14.03.2003 г. Администрации Кемеровской области и Департамента охраны здоровья населения «О порядке проведения диспансеризации КОВ и ведения областного медицинского регистра этих контингентов». Данный приказ возложил на медицинских работников еще большую ответственность по улучшению оказания медицинской помощи, обеспечению ее доступности и бесплатности, проведению диспансеризации и реабилитации граждан, относящихся к данной категории.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях области и, следовательно, в нашем городе,

проводилось внедрение программного комплекса «Мониторинг диспансеризации КОВ». Проведена большая работа по внедрению программного обеспечения по формированию информационной базы областного регистра «Контингентов особого внимания», с единым электронным форматом, с последующей передачей информации по диспансеризации в КОМИАЦ по электронной почте не реже одного раза в квартал. Был утвержден перечень граждан, относящихся к КОВ.

В поликлинике тщательно формировалась информационная база КОВ, проживающих в районе нашего обслуживания. Уточнялись списки, предоставленные Комитетом социальной защиты населения, Городским военкоматом, с привлече-



нием участковых врачей и медицинских сестер поликлиники. Ежеквартальные сверки проводятся и в настоящее время.

Охват диспансерным наблюдением КОВ представлен в таблице.

терапевт. К комплексным осмотрам обязательно привлекаются врачи узких специальностей: невролог, отоларинголог, офтальмолог, хирург. Врачи других специальностей привлекаются по необходимости.

Таблица
Охват диспансерным наблюдением КОВ в поликлинике

Контингенты	2002 год		2003 год		2004 год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Участники ВОВ	102	100	92	100	64	100
Инвалиды ВОВ	50	100	48	100	35	100
Вдовы УВОВ и ИВОВ	203	100	215	100	160	100
Труженики тыла	626	100	669	100	484	100
Воины-интернационалисты	112	100	110	100	88	100
Участники б/д в Чечне	120	100	119	100	101	100
Инвалиды РА и СА	14	100	13	100	14	100
Матери, вдовы и дети погибших в/служащих	24	100	24	100	19	100
Блокадники Ленинграда	7	100	6	100	3	100
Узники конц. лагерей	17	100	13	100	7	100
Ликвидаторы ЧАЭС	60	100	59	100	48	100
Итого по поликлинике	1275	100	1309	100	975	100
Итого по городу	4121	100	3893	100	3788	100

Охват диспансерным наблюдением граждан из КОВ составляет 100 % по всем категориям. Уменьшение численности КОВ в 2004 году объясняется открытием новой ОВП № 5 и передачей части КОВ на обслуживание им.

Наибольший процент инвалидизации отмечается среди участников ВОВ (100 %), инвалидов ВОВ (100 %), тружеников тыла (14,2 %), вдов участников и инвалидов ВОВ (21,8 %), инвалидов РА и СА (100 %)

Амбулаторная карта (ф. № 025-у) граждан из КОВ отличается от других амбулаторных карт в связи с оформлением ее лицевой части титульным листом ф. № 025-у желтого цвета.

Внедрен талон диспансеризации, в котором участковыми медсестрами фиксируются все осмотры пациентов из КОВ врачами и необходимые обследования с последующей передачей информации в информационную базу поликлиники.

Диспансеризация граждан из КОВ продолжает оставаться одной из самых эффективных форм наблюдения за состоянием здоровья. Она проводится в течение всего года, согласно плану работы участковых терапевтов. В листах самозаписи врачей резервируется необходимое число мест для посещения пациентов из КОВ, используются рабочие субботы поликлиники. Осмотр инвалидов ВОВ, участников ВОВ, тружеников тыла приурочивается к Дню Победы в ВОВ, что оказывает благоприятное психологическое влияние на здоровье пациентов.

Ответственным за проведение диспансеризации граждан из КОВ является участковый

Первым осмотр проводит участковый терапевт, который определяет виды дополнительного и обязательного исследования и осмотры специалистов, не входящих в обязательный перечень. За последние два года охват граждан из КОВ комплексными осмотрами и исследованиями составил: 2003 год – 99,6 % (по городу – 96,4 %), 2004 год – 99,5 % (по городу – 96,2 %).

Повторное завершающее обращение к участковому врачу осуществляется после осмотра всеми специалистами и проведения исследований. Участковый врач проводит реабилитационные мероприятия и определяет дальнейшую тактику:

- назначает амбулаторное лечение;
- при необходимости направляет на внеочередное стационарное лечение или использует стационарозамещающие технологии;
- направляет в дневной стационар при поликлинике;
- направляет в стационар на дому;
- направляет на консультации в ОКБ или г. Новокузнецк;
- определяет очередность плановой госпитализации в Областной клинический госпиталь или его филиалы;
- определяет необходимость и возможность санаторно-курортного лечения;
- проводит отбор на слухопротезирование или зубопротезирование.

Учитывая пожилой возраст инвалидов и участников ВОВ, тружеников тыла, лицам с неудовлетворительным состоянием здоровья осмотры врачей, исследования и лечение проводятся на дому в течение текущего года.



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Все реабилитационные мероприятия, необходимые гражданам из КОВ, доводятся до каждого нуждающегося. Многим из них, учитывая возраст и состояние здоровья, амбулаторное лечение проводится преимущественно на дому участковой медсестрой.

Лечение в стационарах круглосуточного наблюдения и стационарозамещающих отделениях проводится безотказно и вне очереди, постоянно увеличивается число пролеченных в стационаре на дому.

За 2004 год получили лечение: амбулаторное — 805 чел.; стационарное — 183 чел.; в тер-

риториальном Стационаре на дому — 140 чел.; в Дневном стационаре — 30 чел.; в Областном госпитале ветеранов войн и его филиалах — 30 чел.; санаторно-курортное — 37 человек; слухопролетизирование — 10 чел. Из средств федерального бюджета пролечены 134 человека на сумму 282000 рублей, из средств местного бюджета — 16 человек на сумму 22917 рублей.

Таким образом, анализируя показатели работы и выполненные объемы, следует отметить, что медицинскими работниками поликлиники ЦГБ проведена интенсивная работа по созданию информационной базы и сохранению здоровья этих действительно заслуживающих особого внимания людей.

КРАВЧЕНКО Н.И.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

РЕАЛИЗАЦИЯ «ПРОГРАММЫ ПО АКТИВНОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АГ)» В ГОРОДЕ МЕЖДУРЕЧЕНСКЕ

Основная цель исследования — обозначить актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) для активизации дальнейшего выявления АГ и оптимального проведения реабилитационных мероприятий.

АГ во всем мире страдает примерно 1 млрд. человек, в Кузбассе — 88,5 тысяч. Согласно данным эпидемиологических исследований, проведенных в разных регионах России в течение 20 лет, распространенность АГ среди мужчин составляет 39,2 %, среди женщин — 41,2 %.

В 2004 году наш город, наряду с городами Кемерово и Новокузнецк, был включен в проведение мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с АГ в Кемеровской области.

По данным проведенного мониторинга, распространенность АГ в городе несколько выше и составляет 44,1 % среди мужчин и 48,4 % среди женщин. Информированы о своем заболевании 55,4 % женщин и 45 % мужчин.

Артериальная гипертензия — «коварный и молчаливый убийца», поражающий важные органы — сердце, мозг, почки, сосуды. Если не предпринимать усилий по широкому внедрению эффективных программ профилактики, то, по мере старения населения, заболеваемость АГ будет расти.

Основными задачами принятой в 2002 году Программы являются: активное выявление лиц с АГ на более раннем этапе, проведение ряда реабилитационных мероприятий с целью предупреж-

дения гипертонических кризов и других осложнений в дальнейшем, связанных с повышенным артериальным давлением.

Удалось осуществить за 3 года реализации программы — отмечен рост количества больных с АГ и ИБС, выявленных и взятых на диспансерный учет, в 3 раза. Заболеваемость по гипертонической болезни в 2004 году по городу составила 61,3 (по области — 39,5).

С диагнозом «Гипертоническая болезнь» в городе состояло на учете: в 2001 году — 1509 чел., в 2002 г. — 3644, в 2003 г. — 3979, в 2004 г. — 4869 чел. С диагнозом ИБС — 962, 1967, 2315, 2521 чел., соответственно. Среди них, в возрасте 18-40 лет — 5,6 %, 41-45 лет — 7,8 %, 46-55 лет — 28,2 %, более 55 лет — 58,2 %. Мужчин было 49,5 %, женщин — 54,1 %.

У мужчин и женщин отмечено отчетливое увеличение АГ с возрастом. До 40 лет АГ чаще наблюдалась у мужчин, после 50 лет — у женщин. Активное выявление АГ особо не отразилось на показателях временной нетрудоспособности. За последние 3 года в структуре временной нетрудоспособности больные с АГ составили 4,6, 4,8 и 4,9 %. Это говорит о том, что больные выявлялись на более раннем этапе, без выраженной декомпенсации, им проводились дообследование и подбор гипотензивной терапии вне рабочего времени.

За последние 3 года обращаемость на станцию скорой медицинской помощи по причине



ухудшения состояния, связанного с повышением артериального давления, сохраняется высокой, хотя снизилась на 11 %. Высок уровень госпитализации больных с АГ в кардиологическое отделение — 15,4 %, но число поступающих по поводу гипертонических кризов несколько уменьшилось.

Самое лучшее лечение, назначенное самым знающим врачом, помогает только в том случае, если больной информирован о своем заболевании и хочет лечиться. Необходимые знания, навыки купирования кризов, снижения артериального давления пациенты приобретают в «Школе гипертоника», которую ведут врачи-кардиологи кардиологического отделения поликлиники. За последние 3 года в школе обучено 754 пациента с АГ и ИБС. Разработаны 2 памятки для пациентов («Самопомощь при повышении артериального давления», «Самопомощь при стенокардии»), которые выдаются пациентам в школе, на приеме у кардиолога.

Для здравоохранения значимость гипотензивной терапии состоит, прежде всего, в снижении риска сердечно-сосудистых, почечных осложнений и смертности. В клинических испытаниях, на фоне гипотензивной терапии, частота инсультов

снижалась, в среднем, на 35-40 %, инфаркта миокарда — на 20-25 %.

При анализе амбулаторных карт диспансерных больных с АГ удалось выяснить, что постоянно принимают гипотензивные лекарственные средства не более 20 % больных, чаще это больные с гипертонической болезнью II ст. Из назначаемых гипотензивных препаратов в 68 % случаев это ИАПФ и тиазидные препараты. Эффективность лечения больных (не дающих повышения артериального давления и гипертонических кризов в течение наблюдения) не более 10 %.

Представленная информация еще раз доказывает, какая огромная работа предстоит по дальнейшему активному выявлению пациентов с АГ, оптимальному назначению реабилитации, мероприятий эффективной гипотензивной терапии с целью получения существенной эффективности по сокращению осложнения АГ. И эта задача не только здравоохранения. Доказательство тому — принятое в декабре 2004 года Постановление Правительства РФ «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний», где болезнь, характеризующаяся повышенным кровяным давлением, впервые внесена в данный перечень.

ГАВРИКОВА Н.Е.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕХОВОГО ТЕРАПЕВТА ЗАО «РАСПАДСКАЯ»

С марта 1992 г. в г. Междуреченске начато обслуживание работающего населения по участковому принципу.

Администрация ЦГБ принимала все возможные меры по сохранению профилактической направленности и повышению объемов оказания помощи работающему населению. С этой целью с сентября 1997 года, совместно с ЗАО СК «Междуречье-АСКО», была введена в действие программа добровольного медицинского страхования «Цеховый врач».

Программа позволила закрепить за трудящимися шахты цехового терапевта, в обязанности которого входили:

- контроль за качеством лечения и экспертизой временной нетрудоспособности;
- анализ заболеваемости и травматизма с временной утратой трудоспособности по форме № 16-ВН, анализ профессиональной заболеваемости и первичного выхода на инвалидность с разработкой мер по снижению заболеваемости;
- участие в проведении периодических медицинских осмотров;

- проведение врачебно-инженерных бригад на предприятии с рассмотрением вопросов состояния общей и профессиональной заболеваемости.

Врачебно-инженерные бригады проводятся 2-3 раза в год на предприятии. На здравпункте работает физиокабинет, проводится озокеритолечение, массаж.

На шахте ЗАО «Распадская» на конец 1997 года работало 5080 человек, из них 980 человек — женщины. В 2000 году работающих было 4844 человек, из них женщин — 982 человека, 20,3 %. В 2003 году работающих 4506 человек, из них женщин — 922 человека, 20,5 %. Всего работающих старше 50 лет 958 человек, 21,3 %.

Начиная с 1999 года, отмечен рост числа трудящихся с подозрением на профессиональные заболевания. Впервые выявленные профессиональные заболевания составляют от 24,2 % до 44,9 % от впервые выявленных заболеваний по городу (табл.). Это говорит как о тяжести труда на шахте с такими вредными факторами, как пыль, шум, вибрация, физические перегрузки и переохлаждения, так и о своевременном выявлении профессиональных заболеваний.



Таблица

Результаты периодических медицинских осмотров на ЗАО «Распадская»

Показатели	Годы					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Подлежало осмотру по приказу № 90	3850	2837	1954	3164	2454	2930
% осмотра от подлежащих	98,6	99,6	99,6	100	100	100
Выявлено лиц с подозрением на профессиональные заболевания	57	121	57	115	181	191
Выявлено лиц с профессиональными заболеваниями впервые	65	46	32	78	105	58
% впервые выявленных профессиональных заболеваний по сравнению с выявленными заболеваниями по городу	35,5	32,9	24,2	38,8	44,9	32,7

Проведен анализ заболеваемости и травматизма в случаях на 100 работающих и в днях на 100 работающих в сравнении с данными по другим шахтам города. За 2002-2003 гг. на шахте ЗАО «Распадская» отмечена стабилизация показателей заболеваемости, и эти показатели значительно ниже, чем на шахте «им. В.И. Ленина» и шахте «Томская».

За последние три года показатели первичного выхода на инвалидность на шахте выше городских на 10000 занятого населения. Это объясняется большим процентом травматизма и болезней костно-мышечной системы среди впервые вышедших на инвалидность по шахте, и объясняет высокую заболеваемость в днях на 100 работающих.

ВЫВОДЫ:

Работа, проводимая медицинскими работниками совместно со страховой компанией «Междуречье-АСКО», переименованной впоследствии в ЗАО СК «Сибирский Спас», и администрацией шахты ЗАО «Распадская», принесла свои результаты, которые проявились в:

- стабилизации показателей заболеваемости в случаях (снижение заболеваемости в 2003 го-

ду на 10,4 %, по сравнению с 2000 годом), и в днях (рост заболеваемости на 2,5 %) на 100 работающих;

- усилении контроля за дообследованием, лечением и трудоустройством больных, своевременным их направлением в Бюро медико-социальной экспертизы;

- постоянной работе врачебно-инженерных бригад по анализу заболеваемости, улучшению санитарно-бытового обслуживания трудящихся, контролю за проведением лечебно-профилактических мероприятий.

ЗАДАЧИ:

1. Продолжать работу по контролю за качеством лечения больных, экспертизой временной нетрудоспособности, рациональным трудоустройством больных.

2. Следить за выполнением рекомендаций периодических медицинских осмотров, специалистами института гигиены труда и профессиональных заболеваний.

3. Усилить контроль за санаторно-курортным лечением длительно болеющих, поднимать эти вопросы на врачебно-инженерных бригадах.



РУРА Г.А., ПОЛУБОТОНОВ М.М., АЛЕКСЕЕВА С.Г.
МУЗ Центральная городская больница, Станция переливания крови,
г. Междуреченск

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОТРАНСФУЗИИ

Переливание крови аналогично пересадке тканей, поэтому каждая гемотрансфузия не может считаться безопасной для пациента. Гемотрансфузия является медицинским действием, которое, как и большинство медицинских действий, сопровождается определенным риском. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина в соответствии со статьей 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране граждан» от 22.07.93 г. № 5487-1 (Ведомости СНД и ВС РФ, № 33, ст. 1318).

Основными опасностями гемотрансфузий остаются перенос инфекционных и вирусных заболеваний, иммунологические негемолитические реакции, иммуносупрессия и нарушения иммунного статуса, гемолитические трансфузионные осложнения с шоком и острой почечной недостаточностью и др. Несмотря на перечисленные опасности, необходимость в гемотрансфузиях остается и не может быть исключена.

Согласно данным РосНИИГТ г. Санкт-Петербурга, абсолютное большинство посттрансфузионных осложнений произошли в результате нарушений положений существующих инструктивных материалов по трансфузионной терапии, комплекса ошибок на разных этапах осуществления гемотрансфузии лечащими врачами, т.е. за счет «человеческого фактора», который нередко может стать роковым для больного. Главной причиной посттрансфузионных осложнений остается несовместимость донора и реципиента по антигенам системы АВО и резус, при которых отмечается наиболее высокая летальность. Осложнения чаще всего следовали за организационными ошибками — нарушение условий и техники иммуно-гематологических исследований, отсутствие их лабораторного подтверждения, неверная трактовка результатов, отсутствие контрольных определений группы крови перед гемотрансфузией, игнорирование проб на совместимость и биологической пробы, а также нарушение правил ведения трансфузиологической документации.

Цель составленного нами алгоритма направлена на исключение организационных ошибок при проведении трансфузионной терапии в отделении, не только в плановом, но и в экстренном порядке, а также уменьшение посттрансфузионных осложнений при соблюдении всей цепочки алгоритма, повышение квалификации медицинского персонала по вопросам трансфузиологии.

Алгоритм составлен на основании действующих нормативных документов:

- Приказа МЗ РФ № 363 от 25.11.2002 г «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови»;
- Методических рекомендаций «Организация трансфузионной терапии в лечебно-профилактических учреждениях» от 28.11.1986;
- Приказа МЗ РФ № 2 от 09.01.1998 г. «Об утверждении инструкции по иммуносерологии».

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОТРАНСФУЗИИ

При поступлении больного в стационар — лечащий или дежурный врач определяет группу крови пациента и заполняет направление по ф. 207/у, все графы, прикрепляет к пробирке и отправляет пробирку с кровью в лабораторию для исследования на групповую и резус принадлежность больного, а также на определение резусных антител, при наличии в анамнезе гемотрансфузий или отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. При расхождении группы крови, в лаборатории необходима новая порция крови больного и расследование данного случая (причина ошибки).



- При обнаружении резусных антител необходим индивидуальный подбор крови на СПК;
- При отсутствии резусных антител и переливаний крови, в плановом порядке лечащим врачом кровь больного направляется на СПК на спец. подбор;
- При переливании крови по жизненным показаниям спец. подбор крови донора не проводится, переливается одноклассовая донорская кровь.



Обязательно проведение до гемотрансфузии, но не ранее чем за 3 дня, клинического анализа крови и мочи.



Предтрансфузионный эпикриз: показания, трансфузионная среда, доза, способ введения.



Заявка на СПК — 2 требования с подписью зав. КПК или зам. гл. врача по лечебной части.



Согласие пациента на проведение гемотрансфузии.

Переливание одной единицы эритроцитной массы (т.е. количества эритроцитов из одной кроводачи объемом 450 ± 45 мл) повышает, как правило, уровень гемоглобина примерно на 10 г/л и уровень гематокрита на 3 % (при отсутствии продолжающегося активного кровотечения).



Транспортировка гемотрансфузионной среды из СПК *только медицинским персоналом, несящим ответственность за соблюдение правил транспортировки.*

Взятие 3-5 мл в пробирку без антикоагулянта для проведения контрольных исследований на совместимость.

Маркировка пробирки до взятия крови — дата, Ф.И.О., № палаты, группа крови и резус-фактор.



Сверка заявки с гемотрансфузионной средой, полученной из СПК.

Подготовка к проведению контрольных исследований — проверка качества: стандартные сыворотки (титр сывороток не менее 1 : 32) и 33 % полиглоулин хранятся в холодильнике при температуре $4 \pm 2^\circ\text{C}$; сроки годности.



Условия определения группы крови:

- хорошее освещение, правильная маркировка чашки и порядок нанесения сывороток; соотношение эритроцитов 1 : 10; время наблюдения — 5 минут (песочные часы и лупа сыворотки);
- правильная регистрация исследования
- чистые планшеты для определения группы крови,
- чистые пипетки, для каждой сыворотки отдельные,
- для промывания пипеток используется только физ. раствор
- оптимальная температура для определения группы крови — от $+15$ до $+25^\circ\text{C}$.

Если температура выше $+25^\circ\text{C}$, можно получить ложноотрицательную реакцию (антитела утрачивают активность), если температура ниже $+15^\circ\text{C}$, можно получить ложноположительную реакцию (за счет холодовых антител).



Перед переливанием контейнер с трансфузионной средой (эритроцитная масса или взвесь, плазма свежемороженая, цельная кровь) извлекают из холодильника и выдерживают при комнатной температуре в течение 30 мин. Допустимо согреть трансфузионные среды в во-

дяной бане при температуре 37°C под контролем термометра.



Врач, проводящий трансфузию компонентов крови, обязан строго соблюдать условия проведения контрольных исследований (выполняет только тот врач, который переливает, и он же несет ответственность за гемотрансфузию)

Врач, производящий трансфузию компонентов крови, обязан, независимо от проведенных ранее исследований и имеющихся записей, лично провести следующие контрольные исследования непосредственно у постели реципиента:

1. Перепроверить группу крови реципиента по системе АВ0, сверить полученный результат с данными в истории болезни.
2. Перепроверить группу крови по системе АВ0 донорского контейнера и сопоставить результат с данными на этикетке контейнера.
3. Сравнить группу крови и резус-принадлежность, обозначенные на контейнере, с результатами исследования, ранее внесенными в историю болезни и только что полученными.
4. Провести пробы на индивидуальную совместимость по системам АВ0 и резус эритроцитов донора и сыворотки реципиента.
5. Уточнить у реципиента фамилию, имя, отчество, год рождения и сверить их с указанными на титульном листе истории болезни. Данные должны совпадать, и реципиент должен их по возможности подтвердить (за исключением случаев, когда переливание проводится под наркозом или пациент находится в бессознательном состоянии)
6. Провести биологическую пробу.



Биологическую пробу проводят независимо от объема гемотрансфузионной среды и скорости ее введения. При необходимости переливания нескольких доз компонентов крови, биологическую пробу проводят перед началом переливания каждой новой дозы

Экстренность трансфузии компонентов крови не освобождает от выполнения биологической пробы. Во время ее проведения возможно продолжение переливания солевых растворов.



Техника проведения биологической пробы заключается в следующем: однократно переливается 10 мл гемотрансфузионной среды со скоростью 2-3 мл (40-60 капель) в мин., затем переливание прекращают и в течение 3 мин наблюдают за реципиентом, контролируя у него пульс, дыхание, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряют температуру тела. Такую процедуру повторяют еще дважды. Появление в этот период даже одного из таких клинических



симптомов, как озноб, боли в пояснице, чувство жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты, требует немедленного *прекращения трансфузии* и отказа от переливания данной трансфузионной среды.

Обязательно проводится биологическая проба при переливании всех кровезаменителей и препаратов крови.

Биологическая проба, также как и проба на индивидуальную совместимость, обязательно проводится и в тех случаях, когда переливается индивидуально подобранная в лаборатории или фенотипированная эритроцитная масса или взвесь.

Запрещено введение в контейнер с компонентом крови каких-либо других медикаментов или растворов, кроме 0,9 % *стерильного изотонического раствора хлорида натрия*.

После окончания переливания донорский контейнер с небольшим количеством оставшейся гемотрансфузионной среды и пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов в холодильнике.

Врач, проводящий переливание компонентов крови, при каждой трансфузии обязан зарегистрировать в медицинскую карту больного:

- показания к переливанию компонента крови;
- до начала трансфузии — паспортные данные с этикетки донорского контейнера, содержащие сведения о коде донора, группе крови по системам АВ0 и резус, номере контейнера, дате заготовки, название учреждения службы крови, # (после окончания трансфузии этикетка открепляется от контейнера с компонентом крови и вклеивается в медицинскую карту больного);
- результат контрольной проверки групповой принадлежности крови реципиента по АВ0 и резус;
- результат контрольной проверки групповой принадлежности крови или эритроцитов, взятых из контейнера, по АВ0 и резус;
- результат проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента;
- результат биологической пробы.

Переливание гемотрансфузионных сред проводится медицинским персоналом при соблюдении правил асептики и антисептики, с использова-

нием одноразовых устройств для внутривенного введения, имеющих фильтр.

Реципиент после переливания соблюдает в течение 2 часов постельный режим и наблюдается лечащим или дежурным врачом. Ежечасно ему измеряют температуру тела, артериальное давление, фиксируя эти показатели в медицинской карте больного. Контролируется наличие и почасовой объем мочевыделения и сохранение нормального цвета мочи. Появление красной окраски мочи при сохранении прозрачности свидетельствует об остром гемолизе.

На следующий день после переливания обязательно проводят клинический анализ крови и мочи.

После размораживания *плазма* должна быть использована в течение часа, повторному замораживанию плазма не подлежит

При переливании *корректоров гемостаза и фибринолиза* (плазмы свежзамороженной), *средств коррекции иммунитета* врач, выполняющий трансфузию, обязан:

- определить группу крови АВ0 и резус-принадлежность реципиента;
 - групповую и резус принадлежность донора
- врач, выполняющий трансфузию, устанавливает по этикетке на контейнере с трансфузионной средой;
- проба на индивидуальную совместимость проводится с эритроцитами больного

ПРОТОКОЛ ПЕРЕЛИВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ КРОВИ И КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ

1. Название препарата
 2. Показания к переливанию
 3. № серии _____ изготовитель _____
 4. Срок годности
 5. Количество
 6. Биологическая проба
 7. Наличие реакции на введение
 8. Дата, время
- Подпись врача, проводившего трансфузию.

Работа СПК направлена не только на обеспечение лечебной сети компонентами крови, но и на формирование нового отношения к гемотрансфузии врачей ЛПУ. В настоящее время в трансфузионной терапии утвердился принцип компонентной гемотерапии. Целенаправленность такой терапии состоит в купировании критического (опасного) дефицита определенного компонента крови, который является причиной (или одной из причин)



нарушения стабильного состояния больного, с соответствующими клиническими проявлениями. Данные лабораторных исследований лишь дополняют эту клиническую картину и указывают на вид дефицитного компонента крови, уровень снижения, что позволяет определить необходимую дозу трансфузии.

Такой клинический подход дает возможность восстановить его дефицит трансфузиями недостающего компонента до того положительного уровня, при котором вызванные им клинические проявления будут купированы или снижены. Гемокомпонентную терапию и инфузии кровеза-

менителей следует осуществлять строго по жизненным показаниям и в полном соответствии с инструктивными материалами.

Введение алгоритма в практику отделений ЛПУ стало действенным моментом в повышении безопасности пациента при проведении трансфузионной терапии, дисциплинирует практических врачей, усиливает их ответственность за проведение трансфузии, улучшает динамический контроль за реципиентом во время трансфузии и после ее. Как результат, исключаются организационные ошибки, проводится своевременная диагностика возникающих реакций и осложнений.

ПОЛУБОТОНОВ М.М., АЛЕКСЕЕВА С.Г.,
*Станция переливания крови,
г. Междуреченск*

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ВИРУСНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

Основным направлением работы трансфузиологии в последние годы стала минимизация риска развития осложнений при проведении гемотрансфузий. В производстве компонентов крови — это обеспечение их вирусной безопасности, подкрепленное рядом факторов:

- отбор доноров;
- исследование крови на инфекционные маркеры;
- карантинизация свежзамороженной плазмы;
- рациональное применение трансфузионных сред в ЛПУ.

Возрастает роль специалистов станций переливания крови по заблаговременному отбору доноров. Кровь должна быть заготовлена от здорового человека. Для этого осуществляется медицинское освидетельствование доноров, которое имеет несколько уровней контроля: самоанкетирование, дотестовое консультирование, направленное на выявление групп риска по ВИЧ-инфекции, проверка по компьютерной базе данных, содержащей сведения о 22 тыс. абсолютных противопоказаний для донорства, сбор анамнеза, объективный осмотр, контроль анализов, при необходимости — дополнительное обследование доноров в ЛПУ. Перечень противопоказаний для донорства оговаривается в Приказе МЗ РФ № 363 от 25.11.2002 г. Таким образом, к сдаче крови не допускается порядка 10-12 % доноров в год.

Исключение из списка потенциальных доноров лиц, имеющих противопоказания к донорству, позволяет снизить риск заготовки крови в период «немного окна» инфекций, тем самым снижает вероятность заражения реципиента.

Ведется работа по применению усовершенствованных методик апробации донорской крови. Так, для диагностики ВИЧ-1,2 определяется не только антитело, но и антиген. Для более ранней диагностики сифилиса с 2001 года проводится постановка реакции методом ИФА (вместо реакции Вассермана), что позволяет заподозрить заболевание еще до клинических проявлений, исключить выдачу компонентов крови за пределы СПК и отправить донора на дополнительное обследование к специалисту.

В связи с развитием эпидемии ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, существенно возрастает риск переливания крови и ее компонентов от доноров, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, гепатитов «В» и «С», находящихся в стадии диагностического «окна».

Скрининговые тесты выявляют только антигены вирусов и антитела к ним, которые являются ответом организма — носителя на инфекцию, но это — не сами инфекции. Обязательный серологический контроль, даже при соблюдении всех требований, оставляет вероятность ложноотрицательной реакции, которая может быть обусловлена такими причинами, как биологические закономерности развития инфекции в организме донора — отсутствие или низкий титр антител, внутриклеточное персистирование возбудителя, недостаточная чувствительность тест-систем, иммунологическое и физиологическое «окно».

Технические возможности тестирования крови не дают абсолютной гарантии ее вирусной безопасности, особенно в фазе диагностического «окна», продолжительность которого варьирует

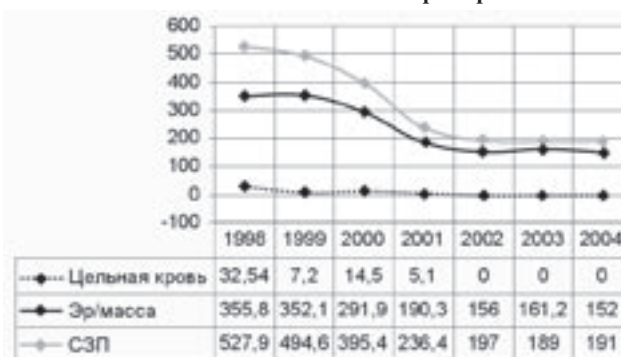
для различных вирусов. Так, при ВИЧ-инфекции диапазон колебаний 6-36 дней, фаза «окна» — 22 дня, гепатит «В» — диапазон колебаний 37-81 день, фаза «окна» — 59 дней, гепатит «С» — диапазон колебаний 54-193 дня, фаза «окна» — 82 дня. Поэтому полной гарантии вирусной безопасности крови и ее компонентов мы дать не можем.

Одним из методов повышения вирусной безопасности является введение с 2001 г. на станции переливания крови карантинизации свежемороженой плазмы. Карантинизация — это процедура выдержки (хранения) плазмы после донации в замороженном состоянии в морозильных камерах при температуре минус 30-40 градусов в течение возможного серонегативного периода, т.е. в течение 6 месяцев, с повторным обследованием крови донора на маркеры гемотрансмиссивных инфекций. При получении информации о заболевании или вирусоносительстве донора, недоброкачественная плазма немедленно изымается из хранения с последующим ее уничтожением в установленном порядке. Кроме того, метод карантинизации позволяет придерживаться принципа «один больной — один донор», что также снижает риск передачи вирусных инфекций.

Большое внимание уделяется рациональному применению трансфузионных сред. Требования приказа МЗ РФ № 363 от 25.11.02 «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови», тяжелая эпидемиологическая обстановка с гемотрансмиссивными инфекциями, аллоиммунизация, посттрансфузионные реакции и осложнения, а также ежегодная организационно-методическая работа врачей-трансфузиологов СПК с докторами ЛПУ, где проводятся гемотрансфузии, привели к более строгим показаниям и дифференцированному отношению к проведению гемотрансфузий, что наглядно видно при анализе использования

компонентов крови за последние несколько лет отделениями ЦГБ (рисунок).

Рисунок
Анализ расходования крови, ее компонентов и препаратов в ЛПУ



Снижение применения компонентов крови — эр-массы и СЗП — отделениями ЦГБ не повлияло на качество лечения больных и их выздоровление, т.к., при практически одинаковом количестве пролеченных за последние три года больных (около 20 тысяч), смертность осталась на прежних цифрах (таблица).

Таблица
Показатели работы ЦГБ

Показатели	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Количество пролеченных больных	19985	20054	20314	21725
Больничная летальность	1,6	1,4	1,56	1,4

Таким образом, организация производственной работы СПК должна обеспечить выпуск достаточного количества компонентов крови высокого качества и безопасных для реципиента, что регламентируется стандартами качества, разработанными для Службы крови. Внедрение в производственную и клиническую практику предложенных нами мер снижает вероятность заражения реципиентов при переливании им компонентов крови такими инфекциями, как сифилис, гепатиты В и С, ВИЧ.



БАБУШКИН Ю.Н., КОРНЕВ В.П., ЛАНШАКОВ В.А.
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 не сращение переломов ключицы может привести к ограничению трудоспособности или даже инвалидности. Общеизвестны трудности в лечении переломов ключицы — невозможность удержать 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 повязки и реклинирующие гипсовые. 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 невозможно. Поэтому неудовлетворительные исходы (замедленное сращение, неудачность репозиции, формирование ложных суставов, повреждение плечевого сплетения, сосудов и другие) встречаются довольно часто, а продолжительная иммобилизация конечности с последующим продолжительным восстановительным лечением, направленным на ликвидацию контрактур смежных суставов и мышечных атрофий, порой длительнее, чем сама иммобилизация.

Требования сегодняшнего дня диктуют насущную потребность сокращения сроков лечения и быстрого восстановления 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 (по данным различных авторов, от 9 % до 25,3 % случаев), сложным ее анатомическим строением, несовершенством выпускаемых фиксаторов и способов остеосинтеза, не учитывающих ее 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 фиксаторов при комбинированном остеосинтезе. В то же время, стендовые испытания стабильности остеосинтеза показали несомненные преимущества фиксации имплантатами из никелида-титана (увеличение в 2,5 раза), создающими в зоне перелома компрессию отломков и оптимальные условия для сращения отломков.

Среди пострадавших с переломами ключицы, подвергнутых оперативному лечению (182 больных), лиц мужского пола было 151 человек (83 %), женского — 31 (17 %), преимущественно в трудоспособном возрасте — 21-52 лет (68,9 %). Поперечные переломы отмечены у 20 больных (11 %), а косые и оскольчатые — у 50 (27,5 %) и 112 (61,5 %), соответственно, наиболее часто — со смещением отломков (85,3 %). Наиболее частая локализация переломов, обусловленная анатомическим строением ключицы и прикреплением связочного аппарата, отмечена в средней трети и на границе средней и наружной третей ключицы — 137 больных (75,3 %), реже в наружной (акромиальной) трети — 30 (16,5 %), и во внутренней (стеральной) трети ключицы — 15 больных (8,2 %).

У 92 больных (60,5 %) применены традиционные способы остеосинтеза ключицы (спицы, гвоз-

ди Богданова, пластины и др.), а у 60 человек (33 %) комбинированные способы остеосинтеза (в 30 случаях — с использованием конструкций из никелида-титана по АС СССР № 1049054, № 1057026 и № 1110447, в 30 случаях — только фиксаторами из нитинола). 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. Причем, разъем кольцевидного фиксатора укладывался (с учетом экспериментальных исследований) под углом 45 градусов к линии излома. При изолированном применении скоб из нитинола (в основном, по АС СССР № 1057026 моделированных по ключице) при всех видах переломов создаются идеальные условия (при интра-, экстра-

медуллярной 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, в сравнении с остеосинтезом традиционными методами. Отличные и хорошие результаты получены у 72,1 % больных. При комбинированном остеосинтезе отличные и хорошие результаты получены у 84 % больных, при изолированном — у 95,8 %.

Таким образом, применение устройств из нитинола при оперативном лечении переломов ключицы, наряду с возможностью анатомического моделирования конструкций, обеспечивает не только повышение стабильности фиксации отломков, но и создает в зоне стыкующихся поверхностей оптимальные условия для сращения по типу «первичной мозоли», что улучшает исходы лечения больных.

ЯКОВЛЕВ В.И., ПЕТРУННИКОВ А.В., КЛОКОВ С.Н.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА БАЗЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

В период структурной перестройки здравоохранения, с развитием обязательного и добровольного медицинского страхования, недостаточного финансирования, сокращения коечного фонда стационаров, важен экономический подход к совершенствованию системы организации медицинской помощи населению.

Для травматологической службы города, сохраняющей общедоступность, преобразования направлены на повышение качества диагностики, лечебных и реабилитационных мероприятий. При сокращении коечного фонда травматологического отделения с 90 до 50 коек, возникла необходимость развития стационарозамещающих технологий, как менее затратных видов лечения.

Опыт работы травматологического дневного стационара на базе травматологического отделения поликлиники показал целесообразность его открытия.

Десять лет на базе травматологического отделения поликлиники функционирует дневной стационар на 12 коек, которые работают в две смены. В оснащении дневного стационара имеются плановая операционная с предоперационной, автоклав и сухожаровой шкаф, процедурный кабинет, па-

латы для больных. Здесь проводится лабораторно-диагностическое обследование, оперативное, медикаментозное и восстановительное лечение больных ортопедотравматологического профиля.

За 1995-2004 годы пролечено 9980 больных, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении, но нуждающихся в ежедневном осмотре врача, при среднем пребывании 8,1 дней. Состав больных дневного стационара: ушибы, сотрясения головного мозга — 4607 человек (46,2%), деформирующие артрозы — 1917 (19,2%), отдаленные последствия травм костно-мышечной системы — 1304 (13,1%), плечелопаточные перiarтрозы — 580 (5,8%), бурситы, ганглионы — 491 (4,9%), эпикондилиты — 360 (3,6%), прочие — 721 человек (7,2%).

Больные с ЧМТ составили 46,2 %, из них 15 % поступили для продолжения лечения из травматологического отделения стационара. Лечебный процесс, как в остром периоде, так и на этапе долечивания, у данных пациентов производится совместно с неврологом, всех больных консультирует офтальмолог.

Курс консервативной терапии пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата



включал различные виды блокад, в том числе внутрисуставное введение хондропротекторов, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж. Лечение больных по профилям проводилось с учетом медико-экономических стандартов, в полном объеме, с уровнем качества 0,99.

На базе дневного стационара работает Центр Амбулаторной Хирургии. Ежегодно проводится до 120 плановых операций, что также явилось ресурсосберегающей технологией, позволившей рационально использовать дорогостоящую койку с круглосуточным пребыванием больного. За прошедший период произведено 1011 плановых операций (таблица).

Открытие дневного стационара при травматологическом отделении поликлиники, при сокращении коечного фонда отделения позволило:

- упорядочить работу травматологического отделения;
- уменьшить оперативную нагрузку на травматологическое отделение;
- улучшить психологическое состояние больного за счет нахождения его после лечения в домашних условиях, в семье;

- увеличить объем помощи в послеоперационном периоде реабилитации;

- не снижая качества лечения, сократить финансовые расходы при лечении больного, т.к. стоимость койко-дня в дневном стационаре составляет 24,3 % от стоимости круглосуточной койки травматологического отделения.

Таблица
Оперативная деятельность

Нозология	Количество больных	
	абс.	отн.
Иссечение гигром	218	21,6
Бурсэктомия	187	18,5
Удаление фиксаторов	100	9,9
Иссечение ладонного апоневроза	87	8,6
Остеосинтез	75	7,5
Удаление инородных тел	67	6,6
Реампутация пальцев	56	5,5
Шов сухожилий разгибателей	55	5,4
Рассечение кольцевидной связки	48	4,7
Рассечение карпальной связки	32	3,2
Иссечение келоидных рубцов	17	1,7
Прочие	69	6,8

СОКОЛОВСКИЙ В.В., БАБУШКИН Ю.Н., КОРНЕВ В.П.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ

С октября 2003 г. на базе травматологического отделения МУЗ ЦГБ при лечении свежих диафизарных переломов костей голени используется интрамедуллярный остеосинтез штифтом без рассверливания канала. За 1,5 года применения данной методики прооперированы 18 пострадавших.

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов показал, что подавляющее большинство больных — мужчины (17 пациентов), работающие на предприятиях угольной промышленности и занятые на производстве тяжелым физическим трудом. В 89 % случаев имел место высокоэнергетичный прямой механизм травмы. Средний возраст пострадавших составил 33,1 года. По классификации АО типы переломов распределились следующим образом: тип А — 7 пациентов (38,8 %), тип В — 9 (50 %), тип С — 2 человека (11,2 %).

В пяти случаях мы применили UTN при открытых видах переломов с умеренным повреждением мягких тканей. Все больные были проопери-

рованы в сроки от трех до десяти суток с момента поступления в стационар. В послеоперационном периоде пациенты получали сосудистую терапию, дезагреганты, анальгетики, ФТЛ. С целью профилактики гнойных осложнений, интраоперационно и вечером того же дня, вводился цефазолин в дозировке 2 грамма внутривенно. С первого дня после операции пострадавшим назначался активный курс ЛФК и была разрешена дозированная нагрузка на оперированную конечность.

Осложнений воспалительного характера зафиксировано не было. У одного больного наблюдалось развитие лимфостаза на третьи сутки после операции, проявления которого были купированы курсом сосудистой терапии. Во всех случаях заживление было первичным натяжением.

С целью оптимизации сращения перелома, через шесть недель после остеосинтеза мы удаляли проксимальный блокирующий винт и форсировали нагрузку на конечность. Ближайшие отделенные результаты были изучены у шести пациентов,



прооперированных в период с октября 2003 года по январь 2004 года. У четырех больных результат оценен как отличный, у двух хороший. Все

больные приступили к труду на прежнем рабочем месте. Средний срок нетрудоспособности составил 7,5 месяцев.

СИСИН Ю.А., ЛАНШАКОВ В.А., БАБУШКИН Ю.Н., МАКСИМОВ А.К., ЗИЯБАЕВ Ш.А.
*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ СУХОЖИЛИЙ РОТАТОРОВ ПЛЕЧА В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

С 1996 года по 2003 год в травматологическом отделении г. Междуреченска прооперированы 67 больных с разрывами сухожилий ротаторов плеча, из них 46 мужчин (68,7 %) и 21 женщина (31,3 %), причем преобладающее большинство из них были в возрасте старше 50 лет.

Из всех пострадавших, со свежими повреждениями поступили 8 человек, с несвежими — 45, с застарелыми — 14 человек. Поздние обращения для оперативного лечения были обусловлены несвоевременной диагностикой, а также сопутствующими повреждениями нервных стволов и посттравматическими осложнениями.

Травматический генез разрывов сухожилий ротаторов плеча установлен у 64 больных (95,5 %). У 3 больных (4,5 %) разрывы сухожилий ротаторов отмечены на фоне «дегенеративно-дистрофических» поражений плечевого сустава (для них характерна незначительная травма во время физического перенапряжения, встряхивания белья и т.п.) У 12 больных (17,9 %) отмечался чрезкостный разрыв ВМП после травматических вывихов плеча с отрывом большого бугорка, либо изолированный перелом большого бугорка. У 37 (55,2 %) — неполный разрыв ВМП. У 18 больных (26,9 %) — полный разрыв ВМП (чаще возникал при непрямой травме — падении на вытянутую руку, локоть, кисть, заворачивании руки), причем у 5 больных (7,5 %) разрывы отмечены после вывихов плеча.

При повреждении ВМП наиболее часто страдают такие виды движений, как отведение плеча, наружная ротация. Чем обширнее разрыв ВМП, тем чаще отмечается диссоциация между активными и пассивными движениями.

Диагностика разрывов сухожилий ротаторов плеча осуществлялась с использованием общепринятых клинических и рентгенологических методов обследования. У 9 больных проведены дополнительные методы обследования (артропневмография, электромиография, магнитно-резонансная томография), которые позволили вы-

явить повреждения хрящевой губы, размеры дефекта хряща, суставных поверхностей нервных образований. Диагностическая артроскопия плечевого сустава выполнена 47 больным, у которых выявлены импрессионный перелом лопатки, отрыв хрящевой губы, костные разрывы, отслойка хряща лопатки.

Большинству пациентов было показано раннее оперативное лечение. Застарелые разрывы усугубляли ретракцию, технически затрудняли операцию. Выраженность ретракции проявлялась ригидностью краев дефекта ВМП. Восстановительное вмешательство выбиралось в ходе операции и зависело от величины и состояния повреждения ВМП.

Реинсерция сухожилий осуществлялась в основном по Кодману, в одном случае реинсерция произведена сухожильным швом конец в конец. В 44 случаях использовалась дополнительная на костная фиксация конструкциями с термомеханической памятью, комбинация лавсановых швов и проволоки из никелида титана, у 12 больных (17,9%), с целью улучшения реваскуляризации сухожилия и исключения прорезывания швов, в толщу пакета сухожилий имплантировалась эластичная пористая пластина из никелида титана (Патент РФ № 2202972, 30.04.2002).

Способ включает в себя формирование пакета сухожилий и костного ложа для него в головке плечевой кости, размещение и чрескостную фиксацию пакета сухожилий в сформированном костном ложе, причем формирование пакета сухожилий осуществляется армированием его объема пластинчатым имплантантом из пористого никелида титана и сквозным прошиванием пакета сухожилий и имплантанта шовным материалом. Размещенный в толще сухожилий пористый имплантант повышает механическую прочность пакета сухожилий, прикрепляемого к кости, равномерно распределяет адаптационную способность сухожилий и костного ложа, улучшает реабилитацию пострадавших и исходы оперативного лечения.



Всем больным после оперативного лечения накладывалась клиновидная подушка на 4 недели. В первые сутки после операции назначались наркотические анальгетики и, с целью профилактики инфекционных осложнений, антибиотики.

Основу восстановительного лечения составляла лечебная гимнастика, которая начиналась с первых дней после операции (упражнения в изометрическом режиме на здоровую конечность для укрепления мышц плечевого пояса). После снятия повязки на травмированной конечности проводили упражнения по методике Каптелина А.Ф. (1973), упражнения для локтевого и лучезапястного суставов, упражнения в воде, на плоскости, и постизометрическую релаксацию (ПИР)), которая сочеталась с ФТЛ. На вторые сутки для снятия болевого синдрома, отека назначалась магнитотерапия, для улучшения регионарного кровообращения — импульсная терапия на шейно-грудные сегменты, для улучшения трофических процессов в суставе — электрофорез с никотиновой кислотой и новокаином. Также проводились электростимуляция дельтовидной и надостной

мышц, массаж, теплолечение, УЗ с лекарственными средствами.

Из всех пролеченных больных было одно осложнение в виде подкожной гематомы и поверхностного нагноения, с которым удалось справиться. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения прослежены в течение 3 месяцев — 5 лет, можно считать их хорошими и отличными. За отличный результат принималось наличие движений в полном объеме, отсутствие болей, сохранение незначительной слабости. У больных с хорошим результатом возможны нечастые, незначительные боли к перемене погоды, при повышенных нагрузках, при длительном использовании конечности выше уровня плеча, отведение и сгибание не менее 140 градусов.

Таким образом, улучшение результатов оперативного лечения обусловлено совершенствованием оперативной техники, в частности, применением наkostной фиксации сухожилий скобками с термомеханической памятью, комбинации лавсановых швов с проволокой из никелида титана, армирования сухожилий эластичной пластиной из пористого никелида титана.

МАКСИМОВ А.К., БАБУШКИН Ю.Н., КОРНЕВ В.П.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Лечение травм и заболеваний коленного сустава по-прежнему представляет большой интерес не только для травматологов-ортопедов, но и для врачей других специальностей. С внедрением артроскопической техники в лечебную практику расширились возможности диагностики и лечения поврежденных структур, составляющих коленный сустав.

Артроскопия — это инвазивный метод визуального обследования структур и содержимого суставной полости, а также лечебного воздействия на них с помощью тонких оптических и механических устройств. С начала 90-х годов этот метод широко распространен в практике травматологов-ортопедов России. В нашем отделении артроскопия в лечении травм и повреждений коленного сустава используется с сентября 1999 года.

За это время выполнено 1010 артроскопий коленного сустава у 959 пациентов (у 25 больных дважды, у 2-х — трижды, у одного — 4 раза, у 19 пациентов — на обоих коленных суставах). Оперировано 567 мужчин (56,1 %) и 443 женщины (43,9 %). Возраст пациентов колебался от 3-х до 83-х лет и составил по группам: до 18 лет —

75 человек (7,4 %), 19-30 лет — 202 (20 %), 31-40 лет — 209 (20,7 %), 41-50 лет — 271 (26,8 %), 51-60 лет — 171 (16,9 %), старше 60 лет — 82 человека (8,2 %). География проживания пациентов: Мыски — 49 больных, Новокузнецк — 7, Новосибирск — 6, Осинники — 4, по два пациента из Белово и Шерегеша, по одному из Темиртау, Казахстана, Киселевска, Алтайского края, Амурской области, Яи, Анжеро-Судженска, Омска, Калтана, Москвы.

Наиболее часто артроскопия использовалась при повреждении менисков. При этом повреждение внутреннего мениска было обнаружено в 745 случаях (81,1 %), наружного — в 174 (18,9 %). В зависимости от вида повреждения выполнялась парциальная или субтотальная резекция менисков. При сочетании паракапсулярного разрыва мениска с внутрисуставным переломом проводился шов мениска. Тотальный разрыв ПКС выявлен в 150 случаях. У 10 пациентов произведена пластика ПКС из сухожилия собственной связки надколенника, в остальных случаях — резекция культы связки, если была вероятность ее ущемления в суставе. В 238 случаях проводилось иссе-



чение медиопателлярной и других патологических складок при их гипертрофии и склерозе. У 42 пациентов произведен артроскопический шов внутренней коллатеральной связки с последующей иммобилизацией сустава на 1-2 недели гипсовой шиной. Иссечение измененных тел Гоффа проводилось в 42 случаях.

Четырнадцать больных оперированы по поводу привычного вывиха надколенника, произведен шов внутреннего удерживателя надколенника и латеролиз. В дальнейшем, при рецидиве вывиха в одном случае, выполнена операция Кругиуса.

В 59 случаях артроскопия произведена по поводу внутрисуставных переломов. При этом проводилась санация внутрисуставных повреждений и репозиция отломков. Остеосинтез выполнялся спонгиозными винтами и «Т»-, «Г»-образными пластинами, при импрессионном характере перелома выполнялась подъемная остеотомия с замещением дефекта пористым NiTi. У 7 больных произведена рефиксация межмышечкового возвышения винтом при его отрыве.

В 334 случаях артроскопия выполнена у больных с гонартрозом. При этом проводились резекция поврежденных менисков, лаваж сустава, дебридемент хряща, наложение остеоперфораций

и микрофрактур в зоне повреждения, удаление свободных тел. У 7 пациентов причиной болей в суставе было наличие дискоидного мениска, в этих случаях проводилась резекция мениска до нормальной величины.

С июля 2000 г. артроскопия коленного сустава в отделении проводится под местной анестезией с использованием 2 % раствора лидокаина и 0,5 % раствора маркаина. За это время выполнено 828 подобных операций. Анестезия хорошо переносится больными, достаточна для выполнения всех внутрисуставных манипуляций, кроме пластики связочного аппарата. Осложнений не наблюдалось. В большинстве случаев пребывание больных в стационаре составило 1-2 дня. В послеоперационном периоде всем больным проводились реабилитационные мероприятия, включающие физиолечение, массаж, лечебную физкультуру, внутрисуставное введение хондропротекторов.

Таким образом, сегодня артроскопия коленного сустава становится неотъемлемой частью современной системы диагностики и лечения фактически всех форм внутрисуставной патологии, а возможность использования местной анестезии позволяет проводить эти операции в амбулаторных условиях.

АРХИПОВ О.Г., КОРНИЕНКО Л.В.
ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «ТОПАЗ»,
г. Мыски

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКТИВНО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ И ПОПЫТКА ИХ КЛАССИФИКАЦИИ

Проблема остеоартроза (ОА) коленных суставов является одной из ведущих в современной артрологии. Ее актуальность определяется частотой встречаемости среди суставной патологии.

На заседании научной группы ВОЗ сообщалось, что 40 % людей в возрасте старше 70 лет страдают остеоартрозом коленных суставов. У 80 % из них есть ограничение объема движений, а 25 % не могут справиться с жизненными ежедневными обязанностями. Важность вопроса связана и с тем, что ОА страдают большинство лиц трудоспособного возраста. Это имеет большое социально-экономическое значение.

При наличии травмы коленного сустава диагностика остеоартроза, в большинстве случаев, не вызывает затруднений. Обращаемость больных к врачам различных специальностей (терапевт, ортопед-травматолог, ревматолог и др.) по поводу болей в коленных суставах занимает первое место среди суставных болей.

Диагностика деформирующего остеоартроза базируется, в основном, на клинических критериях и данных рентгенологического обследования коленных суставов. Основные симптомы — боль, ограничение подвижности, деформация суставов. Рентгенологически определяются незначительные костные краевые разрастания, в дальнейшем снижение высоты рентгеновской суставной щели и субхондральный остеосклероз. На практике приходится сталкиваться с несоответствием степени выраженности клинических и рентгенологических проявлений остеоартроза коленных суставов.

Морфологическим субстратом остеоартроза являются первичная деструкция и дегенерация суставного хряща с развитием пролиферативных изменений подлежащей костной ткани. На рентгенограммах деструктивные проявления в коленном суставе можно оценить лишь косвенно. Оценить наличие и степень этих изменений можно, проводя артроскопию суставов визуально, ЯМРТ, а также УЗИ суставов. Эхография,



на наш взгляд, является достаточно достоверным, информативным, доступным и неинвазивным методом исследования.

До сих пор за основу классификации остеоартроза принимались изменения, регистрируемые на рентгенограммах. Недостатком этой классификации является то, что процесс начинается значительно раньше, нежели это будет видно на рентгенограмме. С другой стороны, иногда выраженные изменения в суставах, определяемые рентгенологически, клинически никак не проявлялись. При этом эхография позволяет увидеть и оценить степень деструктивных изменений, происходящих в коленных суставах.

Целью работы явилось изучение эхографических признаков деструктивных процессов в коленных суставах и попытка их классификации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ФГУ Центр реабилитации ФСС «Топаз», где получают санаторно-курортное лечение больные с последствиями производственных травм и с заболеваниями, возникшими от воздействия на организм неблагоприятных производственных факторов.

За год в ЦР проходят лечение около 2,5 тысяч больных, из них 12,6 % больных с заболеваниями костно-мышечной и соединительной ткани и 23,8 % больных с последствиями травм и других внешних причин.

Было обследовано 129 больных, т.е. 258 суставов. Возраст от 23 лет до 72 года. Клинически все они предъявляли жалобы на боли в суставах. Нарушение функции сустава 1-3 степени выявлено у 54 % больных, видимая деформация суставов определялась у 63 % больных. Рентгенологические данные не учитывались. Больные с посттравматическими деформирующими артрозами коленных суставов составили 56 % (72 человека).

Эхография коленных суставов проводилась на сканере SONOACE 8000. Для исследований использовался поверхностный линейный датчик со сменной частотой 5-9 МГц. Проводилось позиционное сканирование в положении больного лежа на спине и на животе.

Эхографически оценивались следующие структуры: состояние гиалинового хряща, его толщины, состояние поверхности, структура; состояние синовиальной оболочки — толщина, структура; состояние суставных поверхностей; размеры суставной щели по наружной и внутренней поверхности, ее симметричность; мениски — форма, структура; наличие жидкости в полости сустава и в заворотах; наличие патологических образований.

В норме гиалиновый хрящ имеет вид двухслойной полоски, толщиной 0,9-1,1 мм на боковых и 2,5-3,5 мм на задних поверхностях суставов. По-

верхность хряща лоцируется в виде узкой гиперэхогенной линии. Собственно хрящ имеет низкую эхогенность, однородную структуру. Синовиальная оболочка определяется как изоэхогенная линейная структура, толщиной 0,5-0,7 мм. Лучше ее оценка проводится в заворотах суставов.

Суставные поверхности и суставная щель визуализируются частично, по боковым и задним поверхностям коленных суставов. Глубина сканирования здесь ограничена костными структурами и степенью затухания ультразвука в зависимости от рабочей частоты датчика, и составляет 20-30 мм. Впрочем, это позволяет проводить количественную оценку размеров суставной щели, коррелирующую с рентгенологическими данными.

Мениски лицируются в виде изоэхогенных однородных структур треугольной формы с четкими ровными контурами, слабоогнутой или прямолинейной передней поверхностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех больных, предъявлявших жалобы на боли в коленных суставах, мы выявили изменения синовиальной оболочки хотя бы в одном суставе (100 %), в обоих суставах — 96 %. Наблюдались утолщение синовию, ее неоднородность, расслоенность, нечеткость контуров.

Деструктивные изменения гиалинового хряща определялись у 64 % больных — неровность контуров, неоднородность структуры, его истончение. У 33 % обследованных отмечались изменения кортикального слоя суставной поверхности — неровность, неоднородность, остеосклероз. Деформация суставной щели (разница размеров наружного и внутреннего краев 1 мм) определялась у 43 %.

Дегенеративные изменения менисков выявлены в виде нечеткости контуров, фрагментации, изменения эхогенности, формы, выпячивания наружного края менисков за границы суставной щели. Мениски представлялись как бы выдавленными из суставной щели. Эти изменения отмечены у 73 % больных. У 30 % обследованных (34 пациента) в заворотах суставов выявлено присутствие синовиальной жидкости, причем клинически синовит определялся только у 11 больных. У трех больных диагностированы кисты менисков размерами от 18 × 15 мм до 4 × 3 мм. Грыжа Беккера выявлена в четырех случаях.

У всех больных, предъявлявших жалобы на боли в коленных суставах, наблюдались различные изменения структур коленного сустава. Даже локальное увеличение толщины синовиальной оболочки свидетельствовало о наличии воспалительного процесса в коленном суставе — 100 % больных.

Таким образом, боль в суставах является индикатором воспалительного либо деструктивного



процесса в суставе, а конкретно это можно определить, проводя эхографическое исследование. Обращает на себя внимание довольно высокий процент деструктивно-дегенеративных изменений в коленных суставах — 72 % деформаций менисков. Изменений, называемых «возрастными», не найдено.

Поскольку изменения синовиальной оболочки в суставе определялись всегда, наличие измененных менисков, гиалинового хряща, деформации суставной щели, либо их совокупность, свидетельствуют о степени выраженности деструктивно-дегенеративных изменений в коленных суставах.

ВЫВОДЫ:

1. Эхографическое исследование коленных суставов является доступным, быстрым, наглядным и достоверным, позволяет диагностировать патологию в коленном суставе, не определяемую рентгенологически, и намного раньше.

2. Результаты эхографического исследования позволяют выбрать правильную тактику лечения.

3. Найденные изменения в коленном суставе, регистрируемые эхографически, отражают степень деструктивно-дегенеративных изменений, но не стадию деформирующего остеоартроза.

4. Основываясь на наших наблюдениях, мы позволим себе предложить следующую количественную классификацию качественных деструктивно-дегенеративных изменений в коленных суставах:

1-я степень — наличие эхографических признаков деструктивных изменений в одной из структур коленного сустава (гиалиновый хрящ, суставная щель, мениски);

2-я степень — наличие эхографических признаков деструктивных изменений в любых двух структурах коленного сустава;

3 степень — наличие эхографических признаков деструктивных изменений во всех структурах коленного сустава.

ВОДЯНОВ Н.М.

*Кузбасский научно-исследовательский институт травматологии и реабилитации,
г. Прокопьевск*

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЛУЧА В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

За 25 лет в отделении хирургии кисти и микрохирургии лечились 47 больных в возрасте от 50 до 70 лет с последствиями переломов лучевой и локтевой костей в дистальной трети предплечья. Только 7 больных — жители г. Прокопьевска, 40 человек ранее лечились в городах Сибири и Дальнего Востока. Сроки госпитализации составил от трех месяцев до 1,5 лет. При госпитализации, на основании анамнеза, выписок из историй болезней и рентгенограмм, установлено, что у всех пострадавших в результате падения на выпрямленную руку были многооскольчатые переломы лучевой и, реже, локтевой костей в дистальной трети предплечья на фоне остеопороза. Репозицию отломков проводили под местной анестезией. У 20 больных «приемлемый» результат был достигнут только после повторной репозиции. У 17 пострадавших были использованы многократные репозиции. Фиксация конечностей осуществлялась гипсовой повязкой от 30 до 45 дней. Многие больные испытывали сильные боли в кисти и предплечье даже после разведения краев гипсовой шины. Следует особо подчеркнуть, что ни у одного больного (травмировались 43 женщины) ранее в диагнозе не фигурировал остеопороз, и лечение его не проводилось.

У всех больных диагностирован болевой синдром на фоне сращения переломов со смещением отломков, остеопороза и афункциональности не только кисти, но и всей верхней конечности. Все пострадавшие находились в состоянии депрессии.

Практически все больные отметили, что у них обострились заболевания со стороны сердца, легких и почек. Некоторые больные пристрастились к алкоголю. Консервативное лечение (ЛФК, массаж, витаминотерапия, тепловые процедуры, электро- и магнитотерапия и т.д.), по свидетельству больных, не приносили облегчения и даже ухудшали их общее состояние, обостряли заболевания сердца. Для облегчения состояния больных, на период обследования использовали блокады плечевого сплетения.

Все больные оперированы, под наркозом (12 больных), проводниковой анестезией (23 человека) и внутрикостной (12 человек).

У всех больных установлены причины болевого синдрома — сдавление срединного, локтевого и межкостного нерва. Окончательно причина сдавления нервов определялась во время хирургического вмешательства. Сдавление срединного нерва выявлено у 28 больных, сдавление средин-



ного и локтевого нервов — у 10, сдавление волярного межкостного нерва — у 9 человек.

Во время операции устанавливали причину сдавления нервов. Срединный и локтевой нервы подвергались сдавлению на протяжении запястья и дистальной трети предплечья. Поэтому рассекали поперечную связку запястья и фасцию предплечья, вскрывали Гийюнов канал. Оценивали степень повреждения нервов после их полного освобождения от сдавливающего агента. Только у 6 больных поднадкостнично были удалены выступающие в волярную сторону предплечья отломки лучевой кости. В случаях моментального наполнения нервов кровью, что свидетельствует о сохранении кровеносной системы нерва, ограничивались только невролизом. В случаях, когда сдавленная часть нерва оставалась деформированной и обокровленной, выполняли эндоневролиз с использованием микрохирургической техники. Вид хирургического вмешательства на волярных межкостных нервах (рассечение, невролиз) зависел от степени их вовлеченности в рубцовую ткань и костную мозоль.

После операции конечность фиксировали гипсовой шиной до проксимальной трети плеча. На 2 дня назначали обезболивающие средства. В течение недели боли теряли прежнюю интенсивность. Больные «на глазах» выходили

из состояния депрессии. Назначалось лечение остеопороза, лечебная физкультура, тепловые процедуры.

Средние сроки пребывания в стационаре составили 20 дней. Выписывались больные с рекомендациями о лечении. После выписки связь с больными поддерживалась путем периодических осмотров, анкетирования и переписки. У всех больных получены положительные результаты, которые зависели от своевременно проведенной декомпрессии нервов.

ВЫВОДЫ:

1. Следует пересмотреть тактику лечения больных пожилого возраста с переломами костей предплечья в сторону расширения показаний к открытой репозиции отломков.

2. Для репозиции отломков при переломах луча в типичном месте целесообразно применять проводниковую анестезию плечевого сплетения, обеспечивающую релаксацию всех мышц верхней конечности.

3. Лечение болевых синдромов у больных после переломов костей предплечья должно быть комплексным. Декомпрессия сдавленных нервов определяет исход лечения. В его успехе немаловажную роль играет лечение остеопороза.

ВОДЯНОВ Н.М.

*Кузбасский научно-исследовательский институт травматологии и реабилитации,
г. Прокопьевск*

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ ПРИ ВВЕДЕНИИ МЕДИКАМЕНТОВ

Мы наблюдали 44 больных, которым врачи и медицинские сестры во время манипуляций повреждали нервные стволы. У 22 пациентов был поражен седалищный нерв, у 14 — срединный, у 2-х — локтевой, у 3-х — поверхностная ветвь лучевого нерва, у одного — локтевой и срединный, у 2-х больных — пальцевые нервы.

Причинами повреждения нервов явились внутримышечные инъекции антибиотиков (22 больных), внутривенное введение хлористого кальция (14 больных), выполнение проводниковой анестезии новокаином и адреналином (7 больных), внутрикостное введение 70 % спирта в метафиз лучевой кости (один больной).

Все больные работоспособного возраста, от 21 года до 52 лет, поступили в отделение хирургии кисти и микрохирургии из городов Западной и Восточной Сибири, в сроки от двух месяцев до 1,5 лет.

Только один больной, после внутрикостного введения 70 % спирта в метафиз лучевой кости, был госпитализирован на вторые сутки после травмы. Он был оперирован в экстренном порядке, иссечены все нежизнеспособные ткани кисти и предплечья, через два дня выполнена повторная некрэктомия с кожной пластикой образовавшегося дефекта лоскутом по Холевичу. Через пять месяцев выполнена пластика срединного нерва за счет локтевого. В результате удалось не только сохранить, но и в удовлетворительном объеме восстановить функцию кисти. При таком осложнении было бы целесообразным немедленно снять жгут и через внутрикостную иглу ввести значительное количество физиологического раствора и 200 мл 0,25 % раствора новокаина.

При неправильном выполнении внутримышечной инъекции, 22 больным были введены растворы антибиотиков под эпинеурый седалищного нерва. Эта группа больных продолжительное вре-

мя получала консервативное лечение (витамины, прозерин, массаж, электрофорез с ронедазой, тепловые процедуры, грязевые аппликации, лечебную физкультуру). Оперированы все больные. Под наркозом выполнены невролиз и эндоневролиз седалищного нерва. На операциях выявили рубцы разной степени выраженности, от 3-х до 5 см. По всей вероятности, степень повреждения нерва зависела от количества введенного раствора и антибиотика и степени повреждений внутриствольных артерий.

После операции болевой синдром купирован у всех больных. Для восстановления двигательной функции конечности больные продолжительно получали консервативное лечение. Функция конечности восстановилась у 16 больных. Шести больным, из-за непоправимого паралича общего малоберцового нерва, осуществлена пересадка камбаловидной мышцы на общий разгибатель пальцев и отводящие стопу мышцы. Получен хороший результат лечения. Все больные возвратились к труду по прежней профессии.

Профилактика: выбор медицинской сестрой места для безопасного введения антибиотиков. Тактика хирурга: при стойких параличах и парезах в течение 3-х суток показан невролиз и эндоневролиз. В результате «санации» нерва создаются условия для восстановления его функции.

У 14 больных, при неудачном внутривенном введении 10 % хлористого кальция, были повреждены срединный нерв (11 чел.) и поверхностная ветвь лучевого нерва (3 чел.). При подкожном введении хлористого кальция возникал некроз тканей, окружающих нервы. Нарушения функций нервов возникали от непосредственного воздействия хлористого кальция, из-за нарушения питания (поврежденные сосуды), влияния инфекции и возникших стягивающих рубцов (результат вторичного заживления раны). Всем больным выполнены невролиз и эндоневролиз. Проводилась консервативная терапия, направленная на рассасывание рубцов и ускорение регенерации. Весьма полезны компрессы с пихтовым маслом. Результаты были различны по качеству, но они удовлетворяли больных (исчезли боли, восстановились движения).

Наша тактика: немедленное рассечение тканей, подверженных воздействию хлористого кальция, с последующим иссечением нежизнеспособных тканей; изоляция нервов от некротизированных тканей. При появлении грануляции — закрытие раны с использованием приемов местной кожной пластики.

После выполнения проводниковой анестезии по Оберсту у двух больных возникли «мозаичные» некрозы тканей пальцев. Причина: чрезмерное нагнетание в подкожно-жировую клетчатку новокаина с адреналином при наложенном жгуте у основания пальцев. Врачи добивались «моментального» обезболивания, забыв о том, что анестезия при этом способе обезбоживания наступает через 5-10 минут. Некрозы в срочном порядке были иссечены. Дефекты закрыты лоскутами на питающих ножках. Пальцы удалось спасти.

Стойкие изменения со стороны срединного (3 чел.) и локтевого (2 чел.) нервов в виде нарушений функции кисти и болевые синдромы возникли после осуществления проводниковой анестезии. После выполнения невролиза и эндоневролиза было установлено, что внутриствольные рубцы были разной интенсивности и распространенности. Это зависело от степени повреждений нервных пучков и сосудов иглой, количества введенного раствора новокаина и адреналина. У всех больных этой группы болевые синдромы были купированы (у двух — каузалгический синдром). Двигательная функция кисти восстановилась в удовлетворительном объеме.

Профилактика: мастерство анестезиолога при выполнении проводниковой анестезии. Тактика при возникновении болевого синдрома после выполнения проводниковой анестезии — срочное оперативное вмешательство по декомпрессии нервного ствола.

Следует заметить, что ни один из 44 человек, пострадавших от медицинских работников, официально не предъявил к ним претензий. Однако, учитывая опыт зарубежных коллег, такая «российская терпимость» больных скоро иссякнет. Об этом следует помнить.

ВОДЯНОВ Н.М.

*Кузбасский научно-исследовательский институт травматологии и реабилитации,
г. Прокопьевск*

ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТРЫВАМИ СЕГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Мы наблюдали 65 больных, которым во время первичной хирургической обработки по поводу отрывов были сформированы культы (табл.).

Отрывы сегментов верхней конечности произошли в результате воздействия остроережущих предметов (механические ножницы, циркулярная пила, строгальный станок), закручивания на



Таблица
Распределение больных в зависимости от локализации культи

Локализация культи	Кол-во больных	Характер болевого синдрома		
		Болезненные культи	Каузалгия	Фантомно-болевой
Пальцы	31	26	5	-
Кисть	19	19	-	-
Предплечье	10	7	-	3
Плечо	5	2	-	3
Итого:	65	54	5	6

вращающие механизмы (буровой и сверлильный станки), сжатия между движущимися шестернями или петлями каната, отчленения колесами железнодорожного транспорта. Практически у всех больных раны тканей носили рвано-ушибленный характер. Всем больным были сформированы культи (у десяти человек — с использованием кожных лоскутов на питающей ножке). В сроки от одних до 20 суток после оперативного вмешательства у больных появились боли в ампутационных культих. Боли со временем усиливались и стали носить нестерпимый характер.

Из-за неэффективности консервативного лечения, 20 больных повторно оперированы (иссечение невром, устранение порочных культи), пятеро пострадавших оперированы дважды. Пострадавшие госпитализированы в отделение микрохирургии в сроки от 15 дней до одного года. Поздняя госпитализация обусловлена отдаленностью места жительства (50 больных — жители городов Кемеровской области и областей Сибири и Дальнего Востока) и переоценкой возможностей консервативного лечения. Все больные оперированы.

Во время оперативных вмешательств обнаружено, что у 28 больных невромы пальцевых и общепальцевых нервов были запаяны в грубые рубцы, у 15 — нервы были лигированы вместе с сосудами, у 6 — лигированы без сосуда, у 3 — нервы были погружены в костные каналы фаланг пальцев, у 8 — ствольные концы нерва были подшиты к его стволу после предварительного расщепления, у 8 пострадавших образовались внутривольные невром, возникшие в результате перерастяжения нерва во время первичной хирургической обработки раны.

Способ обезболивания выбирали в зависимости от общего состояния, характера болевого синдрома, локализации повреждения нервов и объема оперативного вмешательства: интубационный наркоз (11 чел.), проводниковая анестезия плечевого сплетения (27 чел.) и внутрикостная анестезия (27 чел.). Независимо от способа анестезии, перед иссечением невром вводили 1 % раствор новокаина в дозе от 0,2 мл до 1 мл.

Перед операцией выявляли расположение болезненных невром. Они диагностировались по-

луострым предметом (спичка, карандаш) и отмечались краской. Делались разрезы в проекции невром, нерв аккуратно отделяли от сосудов, обезболивали и, после фиксации зажимом, невром отсекали бритвой.

При порочной культе (спаившиеся с подлежащими тканями рубцы) рубец иссекался, а дефект закрывался одним из способов кожной пластики на питающих ножках.

При расположении болезненной невром под пересаженным кожным лоскутом нерв иссекался так, чтобы периферический его конец располагался проксимальнее пересаженного лоскута. При необходимости, проводили коррекцию кожного лоскута. В случаях перевязки нерва лигатурой, методика обработки нерва была такой же, как при иссечении невром.

При каузалгических синдромах перед операцией проводили тест-пробы, подтверждающие целесообразность резекции II и III узлов грудной симпатической цепочки. Проба заключается в следующем. На стороне болевого синдрома в проекции 3 ребра и 3 грудного позвонка, отступя от остистого отростка 2,5-3 см, обезболивается участок кожи. Затем иглу продвигают строго горизонтально (больной сидит на стуле, опершись согнутыми предплечьями о край стола) до упора иглы в ребро, находят его верхний край и вводят 3 мл 1 % раствора новокаина. Выжидают 5-10 минут. Исчезновение болевого синдрома свидетельствует о целесообразности резекции узлов грудной симпатической цепочки.

Ход операции: Положение больного на спине. Эндотрахеальный наркоз. Торакотомия в 4-5 межреберье. Рана расширялась. Тщательный гемостаз. Раздельной интубацией легкое на стороне операции выключали из акта дыхания. Не торопясь, находили симпатическую цепочку, резецировали II и III грудные узлы вместе с многочисленными веточками, идущими к сосудам. В ложе узлов вводилось 2-3 мл 1 % раствора новокаина. Перед наложением, для герметизации грудной полости, последнего шва анестезиолог расправлял легкое. В течение первых суток больные наблюдались в отделении реанимации.

У всех больных получены положительные результаты.

ВЫВОДЫ:

1. Болевые синдромы возникают в результате ошибок травматологов (перевязка нервов, отсутствие обработки нервов, их растяжение).
2. При возникновении болевого синдрома консервативная терапия бесполезна и даже вредна. Показана ранняя ревизия нервных стволов с целью исправления ошибок.
3. Вмешательство на узлах грудной симпатической цепочки — весьма ответственная операция.



До ее выполнения необходимо «санировать» первичный очаг поражения.

Успех операции во многом зависит от анестезиолога.

4. Одновременно с иссечением болезненных нервов, необходимо шире использовать кожную

пластику для замещения афункциональных рубцов на культих пальцев.

5. Профилактика осложнений при лечении больных с отрывами сегментов верхней конечности зависит, в основном, от квалификации травматолога.

СЕРГИЕНКО С.В., КОРНЕВ В.П., ЯКОВЛЕВ В.И., МОРОЗОВА Г.В.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕХОВОГО ТРАВМАТОЛОГА ЗАО «РАСПАДСКАЯ»

С 2000 года в МУЗ Центральная городская больница г. Междуреченска, на базе травматологического отделения поликлиники, осуществляется программа «Цеховой травматолог» для предприятия ЗАО «Распадская» с участием страховой компании «Сибирский спас». Ранее для этого же предприятия был выделен цеховой терапевт.

Целью создания программы «Цеховой травматолог» явились резкое повышение нетрудоспособности при травмах и заболеваниях в 1999-2000 гг. и заинтересованность предприятия в улучшении качества оказания медицинской помощи работникам ЗАО «Распадская» и снижение нетрудоспособности. В результате была разработана и внедрена данная программа. В городе это первый опыт цеховой травматологической службы.

В травматологическом отделении поликлиники выделен врач-травматолог и организован отдельный прием для работников ЗАО «Распадская», кроме экстренных больных. Цеховой травматолог работает в тесном контакте с цеховым терапевтом, предприятием и страховой компанией «Сибирский спас». Ежегодно проводится врачебно-инженерная бригада, где подводятся итоги работы в предыдущем году и рассматриваются планы на следующий год.

В таблице представлен травматизм на ЗАО «Распадская» в течение 1999-2004 гг. В 2004 г., по отношению к 1999 г., отмечено снижение травматизма в случаях по всем видам травм. Производственные травмы снизились на 80 %, в пять раз. Травмы в пути уменьшились на 16 %, бытовые травмы — на 8 %, общий травматизм — на 16 %.

Динамика травматизма в днях нетрудоспособности показывает снижение нетрудоспособности по всем видам травм на 25 % в 2004 г., по отношению к 1999 г., что составляет около семи тысяч дней нетрудоспособности. При производственных травмах нетрудоспособность уменьшилась

в два раза, на 55 %, при травмах в пути — на 27 %, при бытовых травмах — на 1 %. Следует отметить, что при бытовых травмах наибольшая нетрудоспособность была в 2000 г., а наименьшая — в 2003 г.

Выход на инвалидность при травмах работников ЗАО «Распадская» снизился. Наибольший выход на инвалидность отмечен в 2001 г. — 14 человек, в данном году был массовый случай производственного травматизма, взрыв на шахте, пострадали семь человек, пятеро получили инвалидность. В 2004 г. отмечен наименьший выход на инвалидность — 3 человека.

Отмечается тенденция к снижению удельного веса травматизма в структуре общей заболеваемости. Наиболее высокий удельный вес травм отмечен в 2001 году — 24,47 в случаях, 31,31 в днях нетрудоспособности. Наименьшие показатели удельного веса травматизма отмечены в 2003 году — 18,08 в случаях, 23,93 в днях нетрудоспособности.

Таким образом, за четыре года работы по программе «цеховой травматолог» улучшилось качество оказания амбулаторной помощи травмированным работникам ЗАО «Распадская», за счет наблюдения больных одним врачом, от начала

Таблица
Травматизм на ЗАО «Распадская» в 1999-2004
годах

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
В случаях						
Производственные	279	164	187	91	48	58
По пути	122	124	127	96	84	103
Бытовые	731	831	859	757	623	676
Общий травматизм	1132	1119	1173	946	755	837
В днях нетрудоспособности						
Производственные	10534	7538	9100	5654	4627	4692
По пути	3052	2552	2742	2395	1751	2215
Бытовые	13860	15314	13951	13555	12223	13729
Общий травматизм	27446	25314	25793	21604	18601	20636



лечения до выписки к труду. Совместные формы работы с предприятием дают возможность своев-

ременно и рационально трудоустроить больных с остаточной нетрудоспособностью.

ГИНЗБУРГ Е.Р., СТАРЫХ В.С., СЕМЕНОВ В.В., ЧЕПРОВ А.Г.
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово*

КРАНИОПЛАСТИКА КОСТНЫМИ БРЕФОТРАНСПЛАНТАТАМИ

Для улучшения результатов хирургического лечения больных с дефектами свода черепа и твердой мозговой оболочки авторами изобретены и защищены патентами РФ № 2199287 и № 2197911 способы хирургических вмешательств с использованием консервированных тканей, взятых из черепа плода человека.

Дефекты костей черепа, остающиеся после резекционных трепанаций, подлежат замещению, так как наличие костного дефекта свода черепа вызывает ряд функциональных и органических расстройств, которые усугубляют течение травматической болезни головного мозга. В последнее время внимание исследователей вновь привлечено к методам костной пластики.

Решая вопрос о материале для замещения дефектов черепа, чаще всего хирурги останавливают свой выбор на монолитном фрагменте собственной кости, а при отсутствии таких возможностей — на протезе из акриловой пластмассы, иногда на консервированной замораживанием или формалином собственной кости больного, редко на консервированной кости от трупа взрослого человека, а также от плода.

Существующие методы замещения дефектов черепа имеют свои недостатки. Так, для костно-пластической трепанации у части больных имеются противопоказания. Краниопластика монолитным фрагментом из консервированной собственной кости возможна не всегда из-за множественных переломов костного фрагмента. Протезирование самотвердеющей пластмассой обеспечивает быструю защиту мозга от внешних механических воздействий, но под протезом сохраняется анатомический дефект черепа, являющийся основанием для определения больным группы инвалидности.

В связи с этим, поиски биологических материалов для краниопластики, позволяющих восстанавливать костную ткань в области костно-пластической операции, являются актуальными. Особый интерес приобретает консервированная кость плода, поскольку незрелая малодифференцированная плодная ткань обладает низкой антигенной активностью, устойчива к инфекции и гипоксии, имеет высокие остеогенные свойства.

Для улучшения результатов хирургического лечения больных с дефектами свода черепа и твердой мозговой оболочки нами разработаны способы пластики дефектов черепа и твердой мозговой оболочки консервированными тканями, взятыми из черепа плода человека (патенты РФ № 2199287 и № 2197911, авторы В.С. Старых и Е.Р. Гинзбург.). Изобретенный способ предусматривает использование костно-оболочечных блоков теменных костей плода человека, взятых в сроки ишемии, через 4-6 часов. Забор производили в условиях тканевой лаборатории у плодов 22-36 недель гестации. Заключение о пригодности тканей для трансплантации давали после результатов патологоанатомического вскрытия, биохимических и серологических исследований крови, бактериального посева и тщательного сбора анамнеза.

Изобретенный нами способ по патенту № 2197911 осуществляют следующим образом. После хирургического разреза с обнажением дефекта черепа у края дефекта и обработки его костного края в трех точках, у края дефекта просверливают отверстия в кости. Из заготовленного черепа плода человека вырезают костную пластинку вместе с твердой мозговой оболочкой на ней, при этом костную пластинку формируют размером меньше, а оболочку больше дефекта черепа. Костную пластинку берут на лигатуры из длительно рассасывающего материала, например, полисорба. Удерживая за лигатуры, твердую мозговую оболочку подводят под края кости в дефекте, а костную пластинку размещают в костном дефекте. Лигатуры проводят через сформированные отверстия в костях и трансплантат нитями прикрепляют к черепу.

Изобретенная методика изучена у 29 больных. В послеоперационном периоде общие и местные воспалительные реакции у больных не наблюдались. В отдаленные сроки в костном дефекте отмечена стойкая регенерация от краев к периферии, с постепенным уменьшением его размеров. При анализе показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных, перенесших краниопластику с использованием консервированной кости и твердой мозговой оболочки плода, подтверждается малая антигенная активность консервированной брэфоткани.



Изобретенные способы пластики дефектов костей черепа являются эффективными в реконструктивной нейрохирургии, расширяют возможности выбора хирургического вмешательства, улучшают качество лечения и повышают функци-

ональные возможности больных. Разработанные нами методики просты в исполнении, не требуют специального оснащения, применимы в условиях любого хирургического стационара, оказывающего помощь пациентам с патологией черепа.

НАБОКИХ А.В.

*Областная клиническая ортопедо-хирургическая больница восстановительного лечения,
г. Прокопьевск*

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ СТОПЫ

Пролечено 124 пациента. Речь идет о патологии, которая связана с компрессией нервно-сосудистых образований, что чаще всего происходит на уровне т.н. туннелей или каналов стопы и называется туннельными синдромами. Но, т.к. в представленной классификации не все эти синдромы вызваны компрессией на уровне туннелей, то предпочтительнее название «компрессионные» синдромы.

К КБСС, кроме обычных туннельных синдромов, мы относим также компрессию икроножного нерва и его ветвей, а также метатарзалгии. Т.е., предлагаемая нами клиническая классификация может быть представлена в следующем виде:

- синдром тарзального канала (СТК);
- синдром переднего тарзального канала (СПТК);
- компрессия икроножного нерва и его ветвей;
- различные виды метатарзалгий;
- тарзальный полисиндром.

Наличие т.н. «безболевых» синдромов, при которых болевая симптоматика нетипична для данных синдромов, а преобладают признаки синдрома Зудека (т.е. частично синдром Зудека является проявлением данных синдромов, хотя полностью мы не сводим его к ним). На фоне трофических и нейродистрофических расстройств развиваются деформирующие артрозы суставов (голеностопного, подтаранного, суставов среднего и переднего отделов стопы). Выявление туннельного поражения нервов и лечение последнего ведет к улучшению клинического течения деформирующих артрозов.

Выработаны критерии для определения методики лечения КБСС, оперативного и консервативного. Усовершенствована методика консервативного лечения компрессионных болевых синдромов стопы, как для реабилитации после оперативного лечения, так и в качестве самостоятельной методики, включающей комплекс специально разработанных упражнений (ЛФК), мануальную терапию (разработана специальная методика), физиотерапию (электростимуляция

коротких мышц стопы, ультразвук с гидрокортизоновой мазью, электрофорез кальция), массаж. Разумеется, в комплекс входит нейростимулирующая терапия, блокады с кортикостероидами, по показаниям применение таких вазоактивных препаратов, как трентал или никотиновая кислота.

Компрессия икроножного нерва и его ветвей в литературе встречена нами в работе Видерхольта «Лечение нервных болезней» (1984), где существование ее связывается с травматизацией икроножного нерва, а точнее его ветвей, о блоковидный отросток пяточной кости. Это тот отросток, возле которого расходятся сухожилия длинной и короткой малоберцовых мышц, ветви икроножного нерва здесь также расходятся, хотя они лежат под кожей, т.е. непосредственно этот отросток не огибают. Травмируются они вследствие его избыточного разрастания, а чаще после травм (повреждения наружных боковых связок голеностопного сустава).

Нами выявлен другой механизм развития этой компрессии, а именно — пяточно-малоберцовый контакт, который возникает после переломов пяточной кости. Выстоящий кнаружи экзостоз пяточной кости придавливает мягкие ткани с икроножным нервом к наружной лодыжке, что особенно часто отмечается при движении, или просто натягивает мягкие ткани, также вызывая резкую боль при движении. Разумеется, иссечение этого экзостоза значительно облегчает ходьбу, так что после этой операции, как правило, не требуется артрореза подтаранного сустава.

Нами также введено в классификацию посттравматических болевых синдромов понятие тарзального полисиндрома. Это касается случаев сочетания нескольких синдромов, чаще всего тарзального и переднего тарзального каналов. Но могут быть сочетания СТК и компрессии ветвей икроножного нерва, СТК и метатарзалгии, в некоторых случаях наблюдалось сочетание трех синдромов.

КБСС развиваются вследствие анатомических особенностей стопы, а именно, из-за наличия раз-



личных анатомических образований, способствующих развитию компрессии нервов и сосудов. Это такие клинко-анатомические понятия, как тарзальный канал (туннель) и передний тарзальный канал. Они образованы вследствие наличия ложных связок, представляющих собой утолщения собственной фасции над сухожилиями, сосудами и нервами по передней и внутренней поверхности голеностопного сустава. Для тарзального канала — это связка, поддерживающая сухожилия сгибателей стопы, под ней проходят эти сухожилия, а также большеберцовый нерв и его ветви, а также задние большеберцовые сосуды и их ветви. Для переднего тарзального канала — связка, поддерживающая сухожилия разгибателей стопы, под которой проходят данные сухожилия, а также передние большеберцовые сосуды и глубокий малоберцовый нерв. Сдавление под этими связками и ведет к развитию синдромов тарзального и переднего тарзального каналов. Метатарзалгии развиваются на уровне головок плюсневых костей, вследствие сдавления между ними и поперечной (межплюсневой) связкой переднего отдела стопы.

Клиническая картина болевых синдромов связана с поражением нервов на стопе. При СТК поражается большеберцовый нерв на уровне пяточной кости (по внутренней поверхности голеностопного сустава). Отмечаются боли по внутренней поверхности голеностопного сустава, иррадиирующие в подошву стопы или пальцы. Иррадиация может быть и в проксимальном направлении, по задневнутренней поверхности голени, задней поверхности бедра и даже в тазобедренный сустав. Отмечаются нарушения чувствительности в зоне иннервации большеберцового нерва, т.е. на подошве стопы и пальцев — гиперестезия при раздражении нерва, чаще гипестезия и реже парестезия. Интенсивность болей различная, от незначительной до каузалгической.

При СПТК поражается глубокий малоберцовый нерв по передней поверхности стопы. Отмечаются боли там же, иррадиирующие по тылу стопы, в основном в 1-й межпальцевой промежуток. Иррадиация может быть и в проксимальном направлении по передней поверхности стопы и, даже, в тазобедренный сустав. Отмечаются нарушения чувствительности в зоне иннервации глубокого малоберцового нерва, т.е. по тылу 1-го межпальцевого промежутка. Здесь также может быть гиперестезия, гипестезия или парестезия.

При синдроме компрессии ветвей икроножного нерва поражаются ветви икроножного нерва по наружной поверхности голеностопного сустава, чаще всего, травмируясь о блоковидный отросток пяточной кости. Отмечаются боли по тыльно-наружной поверхности стопы и наружной поверхности голеностопного сустава, иррадиирующие в 4-5 пальцы, иногда вверх по наружной поверхно-

сти голени. Отмечаются нарушения чувствительности в зоне иннервации ветвей икроножного нерва (гиперестезии, гипестезии, парестезии).

При метатарзалгиях поражаются подошвенные общепальцевые нервы (чаще общепальцевой 3-4). Отмечаются боли по подошвенной поверхности стопы под головками плюсневых костей (чаще между головками 3-й и 4-й плюсневых костей), иногда сильные боли в кончике одного из пальцев. Имеются нарушения чувствительности в соответствующем межпальцевом промежутке (также гиперестезии, гипестезии или парестезии, вплоть до анестезии одного из пальцев). Наиболее серьезным видом метатарзалгии является метатарзалгия Мортона, при которой имеется либо неврома общепальцевого подошвенного нерва (чаще 3-4), либо опухолевое перерождение нерва — невринома.

Лечение болевых синдромов зависит от этиологии. К сожалению, кроме травмы, причин их развития очень много. Диагностика этих синдромов затруднена подчас именно из-за того, что, при правильно поставленном диагнозе основного заболевания, наличие этих синдромов не придается никакого значения и, в итоге, больному не проводится их лечение, что приводит к впечатлению об особо тяжелых случаях заболеваний, не поддающихся лечению. Малая осведомленность практических врачей вкупе с полиэтиологичностью данных синдромов ведет к тому, что они считаются редкой патологией.

Для развития болевых синдромов имеет значение предшествующее состояние нервных волокон, а это зависит от вышерасположенных отделов нервной системы, т.е. при явлениях поясничного остеохондроза с поражением корешков L4, L5, S1 имеется предрасположенность к возникновению компрессионных болевых синдромов. Развитие болевых синдромов способствует также ишемия нервных стволов, т.е. при наличии облитерирующего эндартериита, атеросклероза сосудов нижних конечностей, диабетической ангиопатии эти синдромы развиваются чаще.

Непосредственные причины возникновения болевых синдромов многообразны: травмы, приводящие к сдавлению содержимого каналов отломками костей или гематомами, воспалительные заболевания, такие как артриты, синовиты, последние также иногда развиваются после травм. Метатарзалгии возникают и без травмы, при поперечной распластанности стоп вследствие давления опустившихся головок плюсневых костей на сосудисто-нервные образования. После травм стопы очень часто бывает посттравматическое плоскостопие, которое, способствует развитию метатарзалгий. Нередко полиэтиологичность касается конкретного случая заболевания. Например, СТК при последствиях перелома пяточной кости на фоне атеросклероза сосудов нижних



конечностей и остеохондроза поясничного отдела позвоночника, или поперечная распластанность стопы на фоне ревматоидного полиартрита и поясничного остеохондроза. Отсюда понятно, почему диагностика затруднена: малая осведомленность врачей, даже специалистов, наличие других заболеваний, имеющих этиологическую связь с болевыми синдромами, которые как бы затушевывают эти синдромы.

Интересен пример метатарзалгий, легкие формы которых могут проходить без лечения, иногда за счет одной смены обуви. Создается впечатление, что они являются сигналами неблагополучного состояния стоп, показателями того, что стопы необходимо лечить. Точнее, это как бы ранний сигнал неблагополучия, которое в последующем охватывает значительную часть опорно-двигательного аппарата.

В диагностике ведущее значение имеют клиника, неврологическая симптоматика, рентгенологические данные. На рентгенограммах характерен регионарный пятнистый остеопороз, связанный как с нарушением иннервации и, соответственно, трофическими нарушениями, так и с ограничением нагрузки пораженной конечности.

Важное место занимают электрофизиологические исследования: электронейрография соответствующих нервов (стимуляционная ЭМГ). Здесь важным показателем является удлинение латентного времени, менее показательно уменьшение М-ответа. К сожалению, этот метод нельзя применить при всех болевых синдромах, он хорош для диагностики синдромов СТК и СПТК, поскольку пораженные нервы имеют моторные волокна и неприменим при компрессии икроножного нерва и метатарзалгиях, поскольку пораженные нервы являются чувствительными. Но даже при СТК и СПТК, при незначительном поражении моторных волокон, результаты электронейрографии могут оказаться отрицательными, поэтому их необходимо рассматривать в купе с клиническими данными. Определенным подспорьем может служить термография, при которой отмечаются нарушения кожной температуры соответственно зонам иннервации пораженных нервов.

В дифференциальной диагностике всегда необходимо выявить отличие от синдрома Зудека, который очень часто является именно проявлением туннельных или, точнее, компрессионных синдромов, но не всегда он обусловлен ими. Т.е., уровни поражения нервных образований могут быть значительно выше, приводя к картине нейродистрофического синдрома. Необходимо также дифференцировать с более высокими поражениями нервных образований, причем клиника может быть очень похожей.

Для лечения болевых компрессионных синдромов стопы предлагаются методики консервативного и оперативного лечения. По литерату-

рым данным, чаще применяется консервативное лечение и только при его неэффективности проводится операция. Чаще всего используется введение кортикостероидов локально в соответствующую связку или параневрально. Проводятся также нейростимулирующая терапия, рассасывающая терапия, по показаниям применение вазоактивных средств. Особое внимание уделяется лечебной физкультуре и массажу. Консервативное лечение, как правило, применяется при нетравматических болевых компрессионных синдромах стопы и при травматических с нечетко выраженной клиникой, незначительным болевым синдромом, небольшими электронейрографическими изменениями проводимости, не превышающими уменьшение М-ответа на 35-40 %.

При неэффективности консервативного лечения, выраженной клинической картине (наличие ночных болей), значительных электронейрографических изменениях, включающих удлинение латентного времени проводимости, а также при явных признаках органического сдавления нерва, проводится оперативное лечение. Оно включает рассечение связок соответственно каждому синдрому, т.е., поддерживающих связок сухожилий при СТК и СПТК, межплюсневой связки при метатарзалгиях. При резком утолщении связки это может дать быстрый клинический эффект. Но, так как после травм, как правило, бывает кровоизлияние по ходу сосудисто-нервного пучка с последующим грубым рубцеванием, то необходимо проводить неврולי́з и эндоневрולי́з.

Основная причина неудач оперативного лечения — шаблонный подход, необходимо учитывать анамнестические данные. Если синдром развился на фоне тракционного механизма, то имеется повреждение нервных волокон на протяжении, и требуется полноценный эндоневрולי́з. Если же в основе лежит повреждение связок с утолщением связки канала, то после ее рассечения необходимо оценить состояние сосудисто-нервного пучка и, если явных изменений нет, то лучше в них «не копаться», потому что после операции неминуемо последующее рубцевание, т.е. достаточно ограничиться просто рассечением связки. Следует отметить, что при тщательном неврולי́зе и эндоневрOLÍзе травмируется лимфатический коллектор. Это приводит к длительному послеоперационному истечению лимфы, что является причиной плохого заживления раны. Необходимо контрастировать лимфатические коллекторы, но мы пока этим не занимались.

В восстановительном лечении применяются те же методики, о которых говорилось при описании консервативного лечения. Проводятся также инъекции лидазы, фибринолизина в область послеоперационного рубца.



По состоянию на 1995 год было пролечено 68 больных с посттравматическими болевыми компрессионными синдромами стопы. Из них, оперировано 42 больных, не оперировано — 26. Это были пациенты с легкой клиникой и больные, отказавшиеся от оперативного лечения. При анализе внимание было обращено на профилактику судорог и контрактур суставов стопы.

Для предотвращения судорог (возникают из-за повышенной чувствительности послеоперационного рубца), к оперативному лечению применялся дифференцированный подход, т.е. уменьшали количество эндоневролизмов, в тех случаях, где было явное сдавление связкой, при ее резком утолщении в 10 и более раз, а подлежащие ткани не были сильно изменены.

Обязательным стало проведение редрессации суставов стопы в конце операции, также больные обучались специальным упражнениям для стопы, с целью устранения гипотрофии короткой мускулатуры стопы, им проводилась мануальная терапия стоп.

С 1996 г. по 2004 г. пролечены 56 больных с КБСС. Из них, оперированы 24 больных, не оперированы — 32. Среди последних, 3 пациента отказались от оперативного лечения.

ВЫВОДЫ:

1. Болевые компрессионные посттравматические синдромы стопы — частая патология у больных с последствиями травм стопы, голеностопного сустава и голени. При данной патологии, по показаниям, проводится консервативное или оперативное лечение, причем объем его зависит от конкретного органического поражения нерва.

2. Значительная часть больных с синдромом Зудека стопы и голеностопного сустава после травм — это больные с посттравматическими болевыми компрессионными синдромами стопы.

3. Усовершенствована методика консервативного лечения компрессионных болевых синдромов стопы, как для реабилитации после оперативного лечения, так и в самостоятельном качестве. Она включает в себя комплекс специально разработанных упражнений (ЛФК), мануальную терапию (разработана специальная методика), некоторые физиотерапевтические методы (электростимуляция коротких мышц стопы, ультразвук с гидрокортизоновой мазью, электрофорез кальция), массаж. Разумеется, в комплекс лечения входят нейростимуляция, блокады с кортикостероидами, по показаниям применение таких вазоактивных препаратов, как трентал или никотиновая кислота.



ТАШЛЫКОВ В.В. ИШУТИН Ю.В. БАШЛАЧЕВ В.А.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Проблема мочекаменной болезни (МКБ) является одной из основных для врача урологического стационара в нашем регионе. Пациенты, как правило, поступают в отделение с приступом почечной колики, вызванным камнем мочеточника. Реже — с уже развившимися осложнениями в виде острого обструктивного пиелонефрита.

До недавнего времени тактика ведения больных при камнях мочеточника была ограничена, в общей сложности, двумя путями:

- консервативное лечение, направленное на отхождение конкремента естественным путем, в тех случаях, когда расположение и размеры камня позволяли надеяться на это отхождение;

- уретеро- либо пиелолитотомия с целью удаления конкремента и восстановления оттока мочи.

Катетеризация мочеточника и экстракция камней под рентгенологическим контролем, в сущности, лишь дополняли консервативный метод и так же имели существенные ограничения по размеру и расположению конкремента. Первый способ менее травматичен для больного, но применим лишь при небольших камнях низкого расположения. Оперативное лечение позволяет быстро удалить камень, при необходимости — оценить состояние почки, но этот метод значительно тяжелее для пациента, как психологически, так и объективно, требует долгого восстановительного послеоперационного периода. Нетрудоспособность после операции из люмботомного доступа достигает 2-х месяцев.

С развитием видео- и эндоскопической техники в распоряжение врача поступили новые виды инструментов — уретероскопы, позволяющие осмотреть мочеточник на всем его протяжении, литотрипторы различных модификаций, наборы эндоскопических инструментов и самофиксирующихся скрытых катетеров (стентов). Это дало новые возможности для малоинвазивного лечения осложнений мочекаменной болезни.

В отделении урологии г. Междуреченска лечебные уретероскопии проводятся в течение 1,5 лет. Техническое оснащение: уретероскопы 8 и 10 Sr. с набором щипцов и петель; литотриптор; камера; осветитель; монитор. Манипуляции проводятся под различными видами анестезии, чаще (в 85 % случаев) используются СМА и в/в обезболивание, в остальных случаях — эндотрахеальный наркоз и комбинированные методы.

С октября 2003 года по декабрь 2004 года произведено 37 уретероскопий. В период освоения

методики на литотрипсию брались больные с низко расположенными камнями, преимущественно женщины, при неэффективности консервативного лечения, при сохраняющихся болях, либо когда размеры камня не позволяли ожидать его быстрое и неосложненное отхождение.

Диагноз устанавливался с помощью УЗИ и, в обязательном порядке, экскреторной урографии. Обзорная урограмма проводилась непосредственно перед манипуляцией.

Вмешательства проводились преимущественно по поводу камней нижней трети мочеточника — в 73 % случаев, по поводу камней средней трети — в 27 %.

Для введения уретероскопа, в случае узкого устья, использовался направляющий катетер. В 2-х случаях провести уретероскоп в устье не удалось, эти пациенты были направлены в специализированное отделение эндоурологии, где одному удалось провести контактную литотрипсию, второй был прооперирован.

В одном случае при введении уретероскопа возникла гематурия, что потребовало прекратить вмешательство, через 3 суток после прекращения гематурии повторно произведена уретероскопия, контактная литотрипсия.

Во время проведения уретероскопии, литотрипсии в 4-х случаях камень мигрировал в верхние отделы МВП, недоступные для осмотра и манипуляций. В этих случаях в мочеточник устанавливался стент и пациенты направлялись в эндоурологическое отделение для проведения дистанционной литотрипсии. В 5 случаях после проведения уретероскопии появилась клиника восходящего не гнойного пиелонефрита. Под влиянием проводимой антибактериальной и инфузионной терапии явления пиелонефрита были купированы.

За все время ни разу не было случаев перфорации мочеточника или других осложнений, потребовавших перехода на открытую операцию.

Средний койко-день при проведении КЛТ составил 10,8, что значительно меньше чем койко-день при открытой уретеролитотомии (от 14 до 37 дней в зависимости от доступа, по данным разных авторов).

Таким образом, уретроскопия и контактная литотрипсия является современным методом лечения, значительно расширяющим лечебные возможности врача и позволяющим сократить койко-день в осложненных случаях мочекаменной болезни.



ТАШЛЫКОВ В.В., БОРЦОВ М.Ю., ВИШНЯКОВ И.А.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Частота распространения варикозной болезни (ВБ), как наиболее частой причины хронической венозной недостаточности (ХВН), составляет до 40 % у женщин и до 20 % — у мужчин.

В нашей стране различными формами ВБ страдают более 30 млн. человек. Проблема лечения ВБ очень актуальна и объясняется распространенностью патологии, «омоложением» и большим числом рецидивов. Частота трофических нарушений при осложненных формах ХВН достигает до 11 %.

Хирургический способ лечения ВБ в настоящее время является наиболее оптимальным, т.к. радикальная венэктомия позволяет излечиться от ВБ на любой стадии. При этом пациенты все чаще обращают внимание на эстетическую сторону лечения, что заставляет принимать оптимальное решение между радикальностью и травматичностью вмешательства. Поэтому комбинация разных высокоэффективных, технологичных и малотравматичных методов оперативного лечения ВБ направлена на устранение поражения венозной структуры, как в вертикальном, так и в горизонтальном направлениях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

При оперативных вмешательствах применялись комбинации из общепринятых методик:

- 1) кроссэктомия,
- 2) удаление или склерозирование магистральных стволов подкожных вен,
- 3) удаление, склерозирование или диссекция измененных притоков первого и второго порядка, перфорантных вен (эпифасциально),
- 4) эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен (ЭСДПВ).

Все действия были направлены на минимизацию кожных разрезов. Минидоступы с длиной разреза 10-25 мм (в зависимости от выраженности подкожной клетчатки) применяли для эндхирургических приемов, доступов к устью БПВ и МПВ. Кроссэктомию выполняли из прямого доступа по паховой складке после тщательной предоперационной разметки. ЭСДПВ на голени проводили из удаленного минидоступа, при этом разрез кожи проводили на участке с сохраненной трофикой, обычно по внутренней поверхности, на границе верхней и средней трети.

Микродоступы с длиной разреза 3-5 мм применяли для выделения, удаления и диссекции из-

мененных притоков и узлов, а также эпифасциальной обработки перфорантных вен. При этом проводили несколько последовательных микродоступов с использованием инструмента для минивенэктомии (микрокрючки и микрошпатели Эша), с последующим проведением ротационной венэкстракции расширенных притоков. Швы на рану или не накладывали, или применяли одиночный косметический шов. Наложение компрессионных эластичных бинтов обязательно.

Стволовую склерооблитерацию БПВ и МПВ (диаметр не более 1 см) проводили из минидоступов после проведения адекватной кроссэктомии, устранения горизонтального вено-венозного рефлюкса по перфорантным венам и возможности интраоперационной компрессии. Интраоперационное катетеризационное склерозирование отдельных расширенных притоков проводили из микродоступов.

Работа базируется на опыте 97 хирургических вмешательств при различных формах ВБ в течение 2003-2005 гг. Мужчин было 27 человек, женщин — 70. На левой нижней конечности проведено 50 операций, на правой — 47. Возраст пациентов колебался от 17 до 67 лет.

В зависимости от распространенности варикозного поражения и объема выполненных манипуляций на подкожных и перфорантных венах при ВБ, не осложненной трофическими расстройствами, планировали комбинированную венэктомию. Туда входило разобщение сафеноподколенного и(или) сафеноподколенного соустьев (по показаниям) через минидоступ, катетеризационное склерозирование или удаление ствола БПВ (длинный стриппинг) или его части (короткий стриппинг) и(или) МПВ, а все их притоки и узлы — из нескольких микродоступов на протяжении конечности, с обязательной тщательной обработкой истоков БПВ и МПВ в области лодыжек на голени. Из этих же микродоступов проводили эпифасциальную перевязку перфорантных вен и склерозирование притоков.

Комбинация со склерозированием проведена у 10 пациентов. У 8 пациентов с рецидивными формами ВБ мы так же соблюдали комбинированный подход оперативного лечения в зависимости от дооперационной физикальной и инструментальной диагностики, с тщательной ревизией и обработкой культей БПВ и МПВ, их стволов и притоков.

При наличии у пациентов осложненных форм ВБ, в оперативную комбинацию обязательно



дополнением включалась субфасциальная бло-кировка перфорантных вен с доступом вне зоны трофических расстройств на голени из удаленно-го минидоступа. ЭСДПВ, как этап комбиниро-ванной венэктомии, проведена у 28 пациентов, у 4-х из них были трофические язвы.

Трем пациентам с острым варикотромбофле-битом п/к вен проведены отдельные этапы ком-бинированной операции (кроссэктомия и корот-кий стриппинг).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех случаях удалось выполнить вмеша-тельства, адекватные клиническим и ультраз-вуковым методам обследования. Длительность операций составила от 30 до 90 минут. Интра-операционных осложнений не было. Длитель-ность пребывания в стационаре после операции составила 3,5 суток. Пациенты начинали ходить в первый же день после операции. Трофические

язвы у всех эпителизировались. Из послеопе-рационных осложнений, у одного пациента на-блюдалась лимфорея послеоперационной раны после ЭСДПВ. В одном случае — вторичное за-живление послеоперационной раны после эва-куации гематомы. У трех пациентов отмечались неврологические нарушения голени, связанные с этапом освоения технологии и большим объемом операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методика комбинированного хирургическо-го лечения ВБ в сочетании с минидоступами и высокотехнологичными оперативными приемами позволяет проводить полное адекватное лечение патологии в совокупности с высоким косметиче-ским эффектом и щадящим характером послеопе-рационного течения, а так же ускоряет реабили-тацию пациентов за счет снижения агрессивности вмешательства.

ИШУТИН Ю.В. ТАШЛЫКОВ В.В. ПРОХОРОВ М.В. БАШЛАЧЕВ В.А.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСТОМИЯ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Методика нефростомии под ультразву-ковым контролем вошла в практику с 1972 года. Постоянный контроль позво-ляет визуализировать движение и расположение иглы и значительно снизить количество осложне-ний. Введение в практику этой методики, как лю-бой новой операции, проходит этапы распростра-нения из крупных клиник в небольшие городские и районные больницы, по мере обучения специа-листов и закупок необходимого оборудования.

В нашей больнице перкутанные нефростомы проводятся с марта 2002 года. Для наложения неф-ростом применяются аппарат УЗИ Logic-100 с насадкой на датчик и набор для пункционной неф-ростомии. Операции выполняются под местной анестезией либо под кратковременным внутри-венным наркозом. За 6 месяцев в отделении уро-логии проведено 5 пункционных нефростомий.

Пациентка Е., 1934 года рождения, поступи-ла с диагнозом: Мочекаменная болезнь, камень нижней трети левого мочеточника. Гидронефроз II-III ст. Острый обструктивный пиелонефрит. Сопутствующий диагноз: Гипертоническая бо-лезнь, период декомпенсации.

Попытка катетеризации безуспешна. Произ-ведена пункционная нефростомия, на фоне про-веденной антибактериальной терапии явления пиелонефрита купировались, пациентка была

дообследована и компенсирована по сопутству-ющим заболеваниям. Через 12 дней произведена уретеролитотомия нижней трети слева, течение послеоперационного периода не осложнено.

Пациент Г., 1963 года рождения, поступил в отделение с клиникой почечной колики слева. При обследовании выявлена Мочекаменная бо-лезнь, камень ПУС слева 35 мм. Состояние паци-ента осложнялось наличием цирроза печени сме-шанной этиологии (алкогольный + гепатит «С»), с асцитом и декомпенсированной печеночной не-достаточностью.

Попытки стентирования мочеточника слева к успеху не привели. Решено было наложить пер-кутанную нефростому, с расчетом удалить камень при улучшении состояния больного через люм-ботомный доступ. После наложения нефростомы состояние улучшилось. Боли купировались, по-лучена моча из левой почки. Больной передан для лечения терапевту. Из-за прогрессирования печеночной недостаточности второй этап прове-сти не удалось, больной скончался спустя 1 ме-сяц, нарушения функционирования нефростомы не отмечалось.

Пациентка Д., 1930 года рождения, диагноз при поступлении: Анурия. Сапсер молочной же-лезы IV ст. Беспокоили выраженные боли в по-яснице с 2-х сторон. При обследовании выявлено



расширение полостной системы почек с 2-х сторон, лоханка слева до 55 мм, справа до 37 мм, повышение уровня мочевины крови до 24 ммоль/л, креатинина — до 400 мкмоль/л. При цистоскопии, попытке катетеризации катетер встречает непреодолимое препятствие на 6 см справа и на 1,5 см слева. Состояние расценено как постретенальная анурия, сдавление мочеточников увеличенными забрюшинными лимфоузлами.

Произведена перкутанная нефростомия слева, затем справа. По обеим нефростомам за первые сутки получено 3,5 литра мочи. Состояние пациентки улучшилось, мочевина снизилась до 14 ммоль/л. Выписана под наблюдение онколога поликлиники. При осмотре на дому через 2 недели — болей нет, нефростомы функционируют, диурез адекватен. Смерть пациентки наступила вследствие прогрессирования основного заболевания спустя 2 месяца, все это время нефростомы функционировали хорошо.

Пациент К., 1937 года рождения, поступил в отделение реанимации с диагнозом: Мочекаменная болезнь, ХПН III ст.. При обследовании выявлена нефункционирующая правая почка, камень средней трети мочеточника единственной функционирующей левой почки, камень мочевого пузыря.

Тяжелое общее состояние не позволяло выполнить люмботомию, уретеролитотомию. Уретероскопия была невозможна вследствие цистита, камня мочевого пузыря. Попытка катетеризации безуспешна. Было решено наложить нефростому для получения мочи, облегчения состояния больного. После наложения перкутанной нефростомы, по ней получено более 1,5 литров мочи, но спустя сутки больной, в связи с нарушением сознания, выдернул нефростомический дренаж, что потребовало проведения люмботомии, наложения операционной нефростомы. Несмотря на то, что отток мочи был восстановлен, почечная недостаточность прогрессировала и, спустя 2 суток, наступила смерть больного.

Таким образом, в условиях городской больницы перкутанная нефростомия может использоваться в тех случаях, когда более обширная операция была бы невозможна из-за тяжелого общего состояния больного. В то же время, внедрение перкутанной нефростомии позволяет в городской больнице накопить опыт и ввести в практику малотравматичный доступ в полостную систему почки, который впоследствии, по мере обеспечения необходимым оборудованием, может быть использован для проведения нефроскопии, чрескожной нефролитотрипсии.

ХРОМОВА Н.Л.

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТОГО ЭКСПЛАНТАТА

Гнойно-септические инфекции (ГСИ) представляют серьезную проблему для любого хирургического стационара при всех видах оперативных вмешательств. ГСИ становятся, наряду с другими, одной из ведущих причин в структуре летальных исходов, и наносят значительный экономический ущерб, прежде всего, за счет увеличения длительности пребывания больного в стационаре, возможных повторных операций, назначения дополнительных бактериологических и клинических исследований пациента, использования дорогостоящих лекарственных средств.

Поэтому проблема профилактики послеоперационных осложнений при внедрении в хирургическую практику любых новых технологий не обходится без решения проблем, связанных с ГСИ. При этом особое внимание уделяется хирургической раневой инфекции, учитывая ее ведущее место в структуре ГСИ.

Начиная с 1997 г., в Городском герниологическом центре при ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского проводятся операции герниопластики с использованием сетчатого эксплантата. Данный вид оперативного вмешательства относится к новым технологиям — во время операции пластика грыжевого мешка происходит с использованием синтетических изопропиленовых эксплантатов.

В период с 1998 г. по 2004 г. в Городском герниологическом центре было проведено 327 операций герниопластики с использованием сетчатого эксплантата. Из них, 44 операции осложнились присоединением ГСИ. В 33 случаях ГСИ проявлялась в поверхностном нагноении послеоперационной раны. В 11 случаях проявления ГСИ расценивались как глубокая хирургическая раневая инфекция — произошло отторжение сетчатого эксплантата.

С целью выявления причин высокого уровня ГСИ было проведено комплексное клинико-эпиде-

миологическое исследование, включавшее в себя проведение микробиологического мониторинга операции, ретроспективное и проспективное наблюдение за пациентами, изучение микробиологического пейзажа раневого отделяемого.

В результате были установлены следующие факторы передачи инфекции: неадекватная де-контаминация рук хирургов перед операцией в ультразвуковой установке, неадекватная обработка части инструментов, используемых при проведении операции (коагулятор, пункционные иглы, отсос и т.д.) в ультразвуковой установке, использование дренажей Редона во время операции и в раннем послеоперационном периоде, применение активной аспирации из дренажей в послеоперационном периоде, выделение микроорганизмов из старых лигатур, из прилежащих к ним тканей, нагноение старых лигатур и прилежащих к ним тканей, высокая бактериальная обсемененность в послеоперационных палатах, не были ограничены клинические показания к операции.

При изучении микробиологического пейзажа отделяемого из послеоперационных ран получены следующие данные. В 1998 г. частота обнаружения положительных находок составила 61,8 % от всех исследований. Грамположительная микрофлора была представлена *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. hominis* и составляла 45,5 % от всех исследований. Грамотрицательная микрофлора была представлена *P. aeruginosa*, *E. coli*, *A. calcoaceticus* и составляла 36,4 % от всех исследований. Ведущее место принадлежало *S. aureus* — 27,3 %.

В результате была разработана система мероприятий, позволяющая контролировать инфекционный процесс. Было решено хирургическую обработку рук перед операцией проводить современными антисептиками; прекратить обрабатывать инструменты, используемые при проведении операции в ультразвуковой установке; для снижения высокой бактериальной обсемененности в послеоперационных палатах — использовать современные дезинфектанты с учетом выделенных микроорганизмов; ограничить перечень клинических показаний к операции;

не применять активную аспирацию из дренажей в послеоперационном периоде; вместо дренажа по Редону проводить пункции под УЗИ в послеоперационном периоде; во время операции применять антибиотикопрофилактику цефалоспоридами.

Уже в 1999 г. частота обнаружения положительных находок составила 52,7 % от всех исследований. При этом грамотрицательная микрофлора составляла 27,3% от всех исследований и была представлена *E. coli*, *P. aeruginosa*, *A. calcoaceticus*. Ведущее место по-прежнему принадлежало *S. aureus* — 45,5 %. В 2000 г. частота обнаружения положительных находок составила 41,4 % от всех исследований. При этом грамположительная микрофлора составила 64,3 % от всех исследований, была представлена *S. epidermidis*, *S. aureus*, *S. hominis*. Доля *S. aureus* составила 42,9 %. Грамотрицательная микрофлора — 7,1 % от всех исследований, была представлена *E. coli*. В 2001 г. частота обнаружения положительных находок составила всего 27,3 % от всех исследований. При этом грамотрицательная микрофлора вообще не выделялась. Грамположительная микрофлора была представлена *S. epidermidis* и *S. aureus*. Доля *S. aureus* составила 18,2 %. Начиная с 2002 г., грамотрицательная микрофлора и *S. aureus* перестали выделяться из раневого содержимого, частота обнаружения положительных находок составляла до 7,3 % от всех исследований.

В 1998 г., после герниопластики с использованием сетчатого эксплантата, заболеваемость ГСИ составляла 46,75 случаев на 100 операций, в 1999 г. — 37,84, в 2000 г. — 29,31, в 2001 г. — 18,63, в 2002 г. — 8,12, в 2003 г. — 5,49, в 2004 г. — 4,83 случая на 100 операций.

Таким образом, введенная система мероприятий позволила снизить микробную обсемененность послеоперационных ран при операциях герниопластики с использованием сетчатого эксплантата с 61,8 % до 7,3 % от всех исследований, а также снизить число ГСИ после данных операций с 46,75 случаев на 100 операций до 4,83 случаев на 100 операций.

БАРИНОВА Е.В., ХРОМОВА Н.Л.

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

ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Проблема гнойно-септической заболеваемости (ГСЗ) новорожденных и родильниц не теряет своей актуальности в современном акушерстве. В настоящей работе мы приводим

данные ГСЗ новорожденных и родильниц в родильном доме № 1, входящем в состав МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского г. Кемерово, в период с 2000 по



2004 г., а также факторы, влияющие на частоту возникновения ГСЗ в родильном доме.

Акушерский стационар рассчитан на 115 коек. В его состав входят реанимационно-анестезиологическое отделение, операционное, родильное, послеродовое наблюдательное, акушерской патологии беременных, отделение новорожденных.

Показатели ГСЗ среди родильниц в 2000 году составили 1,5 случая на 100 родильниц, в 2001 году — 2,5, в 2002-2003 гг. — 0,8, в 2004 г. — 0,7 случая на 100 родильниц.

Структура случаев ГСЗ у родильниц в период 2000-2004 гг. была представлена следующим образом: хирургическая раневая инфекция, инфекции репродуктивных органов, маститы, постинфекционные абсцессы.

Показатели ГСЗ среди новорожденных в 2000 году составили 3,9 случаев на 100 новорожденных, в 2001 году — 5,1, в 2002 году — 3,3, в 2003 году — 1,4, в 2004 году — 2,5 случаев на 100 новорожденных.

У новорожденных наблюдались инфекции глаз, инфекции кожи, пневмонии, инфекции пупочной ранки (омфалит).

Таким образом, по данным динамики ГСЗ за последние 5 лет, отмечается снижение внутрибольничной ГСЗ родильниц в 2 раза (с 1,5 случаев на 100 родильниц до 0,7; $t = 2,0$; $p < 0,01$), внутрибольничной заболеваемости новорожденных — в 1,5 раза (с 3,9 случаев на 100 новорожденных до 2,5; $t = 2,7$; $p < 0,01$).

Необходимо отметить, что в течение последних двух лет у новорожденных отсутствуют осложнения со стороны пупочной ранки. В течение последних 5 лет отсутствуют «большие» формы ГСЗ среди родильниц (метроэндометрииты, несостоятельность швов на матке после операции «кесарево сечение», послеродовый сепсис). Заслуживает внимания и отсутствие вспышечной заболеваемости.

Следует отметить ряд факторов, способствовавших снижению уровня ГСЗ в родильном доме № 1: использование индивидуальных разовых упаковок для осмотра и обработки новорожден-

ных; использование перчаток при обработке глаз и пупочной ранки новорожденных, при проведении искусственного вскармливания и приготовления молочной смеси; использование бактериофагов и биопрепаратов в лечении и профилактике ГСЗ; возможность выбора дезинфицирующих средств; контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима, стерильности жидких лекарственных форм, предметов ухода за детьми, инструментария и прочее; обучение медицинского персонала; раннее прикладывание новорожденных к груди; снижение объема докорма новорожденных искусственной молочной смесью; внедрение в работе родильного дома принципа «мать и дитя».

Тем не менее, сохраняется ряд факторов, препятствующих дальнейшему снижению уровня ГСЗ: отсутствие электродогрейных устройств на рабочих местах; недостаточная обеспеченность родильного дома мягким инвентарем, нехватка перчаток; не решен вопрос с организацией соответствующего гардероба для сотрудников (согласно пр. № 345); не соблюдается адекватная обработка рук медицинского персонала; не обеспечен полный переход на использование одноразовых полотенец и салфеток.

Также, не всегда возможна организация изоляционно-ограничительных мероприятий в отношении инфекционных больных, а также больных ГСЗ. Такие ситуации бывают во время закрытия других родильных домов города (не менее 4-5 месяцев в году). В это время мы наблюдаем, сочетание нескольких факторов, способствующих возникновению эпидемиологического неблагополучия. Именно в этот период времени наблюдается подъем внутрибольничной заболеваемости.

Таким образом, в период 2000-2004 гг. уровень ГСЗ у родильниц и новорожденных стабилизировался, вспышечной заболеваемости не было. Однако, несмотря на стабильный уровень внутрибольничных ГСЗ, в родильном доме продолжают действовать факторы, препятствующие дальнейшему снижению уровня заболеваемости этой группы инфекций.

ПИНАЕВ В.А., БОБРОВСКАЯ Л.И., ЛЕБЕДЕВ В.В.
МЛПУ Городская клиническая больница № 22,
г. Новокузнецк

МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ, КАК ПРИЧИНА СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Меккелев дивертикул относится к аномалиям желточного протока. Одним из редких вариантов его расположения является фиксация свободного края дивертикула

к пупку. Осложнения, возникающие при Меккелевом дивертикуле: дивертикулит, кровотечение, кишечная непроходимость, обусловленная перекутом кишечных петель вокруг него. В этой

статье мы приводим случай странгуляционной кишечной непроходимости, обусловленной Меккелевым дивертикулом.

Больной И., 38 лет, история болезни № 816/222, доставлен бригадой скорой помощи 23.04.2004 г. с подозрением на острый аппендицит в хирургическое отделение через 32 часа от начала заболевания. Жалобы при поступлении: боль в подвздошной и мезогастральной областях справа, тошнота, двукратная рвота. Первоначально боль появилась в эпигастральной области, позднее сместившаяся в правую подвздошную область, постоянная, постепенно нарастающая.

Состояние больного при поступлении средней степени тяжести. Температура тела 37,4°C, АД — 120/80 мм рт. ст. Пульс 92 удара в минуту. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот не вздут, умеренно напряжен, болезненный в мезогастральной и подвздошной областях справа. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области, симптомы Ситковского, Ровзинга. В анализе крови: СОЭ — 40 мм/час, L — 12000, палочкоядерные — 12 %. Диагноз острого аппендицита при поступлении сомнений не вызывал.

Под ЭТН, доступом Волковича-Дьяконова, вскрыта брюшная полость. В брюшной полости до 500 мл серозно-геморрагического выпота. Червеобразный отросток практически не изменен. К ране предлежит петля тонкой кишки синюшно-багрового цвета на участке до 15 см, брыжейка которой сдавлена дивертикулом подвздошной

кишки длиной до 12 см, в 40 см от илеоцекального угла, трубчатой формы, диаметром до 1,5 см. Верхушка дивертикула фиксирована в зоне пупка, из имеющегося разреза пальцем и инструментально недостижима. Проведена срединная лапаротомия. Дивертикул отделен от внутренней поверхности пупка, перевязан у основания на подвздошной кишке. Культи погружены отдельными двухрядными швами. Ущемившаяся дивертикулом в виде удавки петля тощей кишки расправлена. Блокада корня брыжейки раствором новокаина. Кишка жизнеспособна. Выполнена аппендэктомия. Выпот эвакуирован. В полость малого таза подведен резиновый дренаж. Срединная рана и рана в правой подвздошной области ушиты наглухо.

Гистологическое заключение от 24.02.2004 г.: хронический неспецифический дивертикулит; реактивный периаппендицит с каловыми камнями в просвете.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 3-и сутки. Швы сняты на 10-е сутки. Выписан здоровым. Работает по своей специальности фотографом. Жалоб не предъявляет.

Считаем, что представленный случай странгуляционной непроходимости тощей кишки, спровоцированный фиксированным Меккелевским дивертикулом подвздошной кишки, которая в свою очередь симулировала клиническую картину острого аппендицита, имеет практический интерес.

ЛЕБЕДЕВ В.В., БОБРОВСКАЯ Л.И., ПИНАЕВ В.А.
МЛПУ Городская клиническая больница № 22,
г. Новокузнецк

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩЕЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АМИЛОИДОЗА

Амилоидоз — общее заболевание, связанное прежде всего с нарушением клеточного белкового обмена. Он характеризуется количественными и качественными сдвигами белкового состава сыворотки крови в сторону глобулинов.

Амилоид в настоящее время рассматривается как сложный белок-гликопротеид, в котором полисахарид связан с глобулином. Среди глобулиновых фракций в амилоиде преобладают γ-глобулины, а главным углеводным компонентом амилоида является хондроитинсерная кислота. Амилоидный процесс имеет аутоиммунную природу и в основе его лежит диспротеинемия с накоплением в сыворотке грубодисперсных глобулинов и аномальных (денатурированных) белков.

Выделяют две стадии развития амилоидоза. Первая стадия — возникновение аутоантигенов и соответствующих антител в результате извращения белково-синтетической функции ретикуло-эндотелия. Вторая стадия — связывание аутоантигена с аутоантителом, с образованием специфических комплексов, и фиксация их в тканях, в частности, в почках в виде амилоидной субстанции.

Клинически различают три периода развития амилоидоза почек. Первый — ранний, предтечный период, когда болезнь проявляется, главным образом, протеинурией с незначительным повышением уровня холестерина крови, причем протеинурия может быть очень небольшой, непостоянной и полностью исчезать в период ремиссии основного



заболевания. Второй период — отечный. Обычно отеки развиваются медленно и постепенно, что сопровождается микрогематурией и напоминает начало острого нефрита. Третий период — кахектический, с развитием уремии. Отеки при этом сохраняются, отмечается выраженная протеинурия.

Для амилоидоза почек характерна следующая триада признаков: наличие соответствующего этиологического фактора, протеинурия и холестеринемия. Однако крайне трудно разграничить амилоидоз почек, протекающий с нефротическим синдромом и нефротический синдром другого происхождения, в частности при диффузном гломерулонефрите.

Приводим описание собственного наблюдения.

Больная В., 65 лет, находилась в хирургическом отделении МЛПУ ГКБ № 22 с 24.08.2004 г. по 23.01.2005 г. с диагнозом: Рожистое воспаление правой голени и бедра, осложненное обширной эпифасциальной гнойно-некротической флегмоной правой нижней конечности. Сепсис. Септицемия. Сахарный диабет 2-го типа. Диабетическая нефропатия. Гипертоническая болезнь 2 ст. ХСН 2Б. ФК 4. Сердечная астма. Ожирение 4 ст. Анемия сложного генеза. Мочекаменная болезнь. Амилоидоз почек.

Больная поступила в клинику в экстренном порядке в тяжелом состоянии, обусловленном выраженными симптомами интоксикации, декомпенсацией сахарного диабета и тяжелой сопутствующей патологией.

В отделении проводились перевязки, неоднократно — некрэктомия, вскрытие, дренирование гнойных затеков флегмоны бедра и голени. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, инсулинотерапия.

Общий анализ крови: Нb — 100 г/л, Эр — $3,1 \times 10^6$ Т/л, L — $5,6 \times 10^9$ Г/л, п — 3, с — 65, л — 26, м — 5, э — 1. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, уд. вес — 1011, L и Эр — 1-2 в поле зрения, белок — 0,33 г/л. Биохимический анализ крови: сахар — 4,6; билирубин — 14,0; креатинин — 87,0; амилаза — 18,0; общий белок — 68,4, альбумины — 31,5 %; α_1 -глобулины — 15,1 %;

α_2 -глобулины — 17,4 %; β -глобулины — 18,6 %; γ -глобулины — 17,4 %; холестерин — 7,8 ммоль/л. Коагулограмма: ПТИ — 88; фибриноген — 4,2; фибринолиз — 270. Гликемический профиль: 4,4 — 8,9 — 7,0. ЭКГ: синусовая тахикардия 110 уд. в мин., дилатация левого предсердия. УЗИ: В почках граница коркового и мозгового слоя стерта, корневой слой истончен, признаки нефроангиосклероза. Жировой гепатоз, спленомегалия, хронический бескаменный холецистит. ФЭГДС: субатрофический пангастрит, антральный эрозивный гастрит. Рентгенография органов грудной клетки: признаки диффузного пневмосклероза, хронического венозного застоя; сердце расширено влево, аорта склерозирована.

Больная в удовлетворительном состоянии была выписана из отделения на амбулаторное лечение, под наблюдение хирурга, эндокринолога и терапевта.

ВЫВОДЫ:

По данным литературы, основная роль в развитии амилоидоза отводится таким инфекциям, как сифилис, туберкулез, хронические нагноительные процессы в легких. Однако опыт нашей клиники показывает, что такое грозное осложнение, как амилоидоз, может возникать при буллезно-некротической форме рожи, осложненной флегмоной (8 случаев в течение 2004-2005 гг.); диабетических гнойно-некротических гнилостных флегмонах (12 случаев); инфицированных укушенных ранах, осложненных длительно текущим нагноительным процессом (9 случаев); хроническом остеомиелите с обширной инфицированной трофической язвой (3 случая); длительно текущих гнойно-некротических процессах после отморожений, ожогов и электротравм (10 пациентов); инфицированных рубцово-трофических, вазотрофических и нейротрофических язвах (11 случаев).

Причиной развития амилоидной болезни также может явиться любая другая длительно текущая гнойная инфекция на фоне иммунодефицита, кахексии, анемии, при наличии тяжелой хронической сопутствующей патологии.

МЕРЗЛЯКОВ М.В., КОРОТКЕВИЧ А.Г., РЕПНИКОВА Р.В., СИЛАНТЬЕВА Е.В.

*Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово*

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА

В современной литературе имеются единичные сообщения об оценке цитологических мазков при фиброколоноскопии. Хрониче-

ский колит повышает риск возникновения опухолей. Своевременная диагностика неопластических процессов, как и хронических колитов,



остается проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Цель работы: изучить цитологические изменения слизи при хроническом неязвенном колите (ХНеЯК) в сопоставлении с гистоморфологическим состоянием толстой кишки для оценки скрининговых возможностей метода.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 126 больных с клиническими проявлениями ХНеЯК (по классификации М.А. Ногаллера, 2000 г.), из них 86 пациентов с катаральным и 40 больных с хроническим атрофическим колитом. Контрольная группа здоровых добровольцев — 20 человек. Возраст пациентов составил 23-48 лет. Использовали эндоскопическое исследование толстой кишки, цитологическое исследование мазков слизи толстой кишки, гистоморфометрию биоптатов слизистой толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У обследованных пациентов при гистологическом и морфометрическом исследовании выявлены катаральные (75,4 %) и атрофические (24,6 %) изменения, у всех выявлена четкая зависимость нарушений двигательной функции толстой кишки от длительности заболевания. Эндоскопическая

картина соответствовала гистологическим изменениям в 96,5 % случаев. При цитологическом исследовании выявлены изменения, характерные для атрофического колита, в виде атипии клеток. Эти клетки имеют овальную или округлую форму, более крупные, чем клетки пролиферирующего кишечного эпителия, однако ядерно-цитоплазматическое отношение остается увеличенным, ядра содержат зернистый хроматин и укрупненные ядрышки, цитоплазма окрашивается базофильно. Описанные изменения выявлены в 0,2 % случаев. Цитологическая картина практически не различалась в зависимости от формы колита: катарального или атрофического. Цитограмма ректальной слизи здоровых пациентов не отличалась от цитограммы больных хроническим колитом в 99,8 % случаев.

Таким образом, эндоскопическая диагностика хронического неязвенного колита возможна в 96,5 %, гистологическое исследование выявляет воспалительные изменения слизистой у 100 % больных с клиникой колита, цитологическое исследование мазков слизи в 0,2 % случаев позволяет подтвердить факт острого или хронического воспаления. Использование цитологического метода в скрининговой диагностике хронического колита, как пренеопластического состояния, не оправдано.

ХИСЛАВСКИЙ В.М., БОБРОВСКАЯ Л.И., ПИНАЕВ В.А.

МЛПУ Городская клиническая больница № 22,

г. Новокузнецк

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В период разработки методики лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и первоначального накопления опыта большинство пионеров лапароскопической технологии считали острый холецистит противопоказанием к ЛХЭ. С накоплением опыта и усовершенствованием техники, ЛХЭ стала использоваться и при лечении острого холецистита.

В МЛПУ Городская клиническая больница № 22 г. Новокузнецка метод ЛХЭ внедрен в 1992 г. Операция в условиях острого воспаления желчного пузыря сопряжена со значительными техническими трудностями. Отек, повышенная кровоточивость тканей, наличие инфекции значительно увеличивают вероятность осложнений и их тяжесть. Мы убедились, что выполнение ЛХЭ при остром холецистите возможно и вполне безопасно при использовании следующих методических приемов, направленных на профилактику осложнений:

- операция должна начинаться с пункции желчного пузыря, эвакуации инфицированной желчи и введения в просвет пузыря раствора антибиотика широкого спектра действия;
- при выделении пузырного протока и пузырной артерии предпочтительна тупая диссекция, ценным методическим приемом является использование гидродиссекции;
- клипирование и пересечение трубчатых структур возможно выполнять только при надежной их идентификации;
- при подозрении на анатомические аномалии желчных протоков необходимо выполнять интраоперационную холангиографию (наиболее безопасный способ — холецистохолангиография);
- при наличии выраженной воспалительной инфильтрации, рубцовом перерождении клетчатки гепатодуоденальной связки, значительно затрудняющих идентификацию анатомических



структур, необходимо перейти к лапаротомии сразу же после пробной диссекции;

- при диссекции желчного пузыря из ложа, следует использовать преимущественно тупой метод, с последующей коагуляцией ложа.

Выполнение этих приемов, хотя и не исчерпывает всех клинических ситуаций, однако позволяет в большинстве случаев успешно выполнить ЛХЭ в условиях острого холецистита, избегая осложнений. В 2004 г. в больнице было оперировано 62 больных с острым холециститом. Клиническими критериями диагноза считали приступ острых болей в правом подреберье, наличие болезненности при пальпации в правом подреберье, пальпаторное определение увеличенного болезненного желчного пузыря, повышение температуры тела, увеличение количества и изменение качественного состава лейкоцитов периферической крови.

Примерно четверть больных поступала в плановом порядке, не предъявляя жалоб, без клинических и лабораторных признаков острого воспаления, однако при лапароскопии были обнаружены деструктивные формы острого холецистита. На УЗИ признаками острого холецистита считали увеличение размеров желчного пузыря, утолщение и двойной контур стенки. При наличии четких клинических и эхоскопических признаков острого холецистита больных оперировали в первые 24-48 часов после поступления.

Всем больным выполняли стандартный объем обследования и индивидуализированную предоперационную подготовку. При выполнении операции использовали методические приемы, описанные выше. Пузырный проток клипировали после четкой визуализации гепатикохоледох и устья пузырного протока. Диссекцию пузырной артерии, как правило, выполняли после пересечения пузырного протока. Этот прием способствует лучшей экспозиции треугольника Calot.

Возникавшее в процессе диссекции кровотечение из ствола и ветвей пузырной артерии останавливали лапароскопически. В этом случае кровоточащий сосуд захватывали зажимом, затем накладывали клипсу или применяли биполярную коагуляцию. При кровотечении из ложа желчного пузыря кровоточащие участки коагулировали электродом-лопаткой. Экстракцию препарата из брюшной полости осуществляли через субкифоидальный доступ. При наличии выраженных воспалительных изменений стенки желчного пузыря, повреждении пузыря в процессе диссекции, препарат предварительно помещали в полиэтиленовый контейнер, чтобы избежать инфицирования раны брюшной стенки. Продолжительность операций варьировала от 35 до 115 минут, составив в среднем 48 минут.

Во время операции мы встретились со следующими интраоперационными осложнениями:

кровотечение из ствола и ветвей пузырной артерии (2 случая, 3,2 %), кровотечение из ложа желчного пузыря (2 случая, 3,2 %), повреждение желчного пузыря в процессе диссекции (8 случаев, 12,9 %).

Нам удалось избежать повреждения структур гепатодуоденальной связки благодаря строгому соблюдению методических приемов профилактики и низкому порогу конверсии доступа. При решении вопроса об окончательном выборе доступа (лапароскопический или лапаротомный) мы руководствовались следующим правилом: если в течение 30 минут после начала операции невозможно четко идентифицировать анатомические структуры треугольника Calot, необходима конверсия доступа в лапаротомный. К конверсии доступа прибегли у 2-х больных (3,2 %). Причинами конверсии были наличие пузырно-холедохального свища, образовавшегося вследствие пролежня, ущемившегося в шейке желчного пузыря конкремента с выраженными рубцово-воспалительными изменениями клетчатки гепатодуоденальной связки и холедохолитиаз, выявленный у больного на интраоперационной холецистохолангиографии.

В послеоперационном периоде имели место следующие осложнения: гематома в области субкифоидальной раны (1 случай, 1,6 %), образование небольшой послеоперационной грыжи в правом подреберье, в месте стояния марлевого тампона у больного с гангренозным холециститом, перивезикальным абсцессом. Пациент обратился через 3 месяца после операции, произведено грыжесечение под местной анестезией. Летальных исходов не было.

При патоморфологическом исследовании были установлены следующие формы воспаления желчного пузыря: острый флегмонозный калькулезный холецистит (47 случаев, 75,8 %), острый гангренозный калькулезный холецистит (14 случаев, 3,4 %), острый гангренозный бескаменный холецистит (1 случай, 1,6 %).

Всем больным проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика по стандартным схемам. В послеоперационном периоде все больные получали антибиотики широкого спектра действия, преимущественно полусинтетические бета-лактамы, в сочетании с аминогликозидами, в среднетерапевтических дозах. Большинство больных в первые сутки после операции принимали жидкую пищу и питье без ограничений. Со вторых суток после операции больным назначали 5-й стол по Певзнеру. Ни в одном случае не наблюдалось нарушений моторики кишечника. К концу первых суток все больные вставали и начинали передвигаться по палате. Болевой синдром легко купировался 1-2-х кратным введением ненаркотических анальгетиков в среднетерапевтических дозах. К концу вторых суток после операции у

большинства больных болевой синдром полностью регрессировал. Продолжительность госпитализации варьировала от 5 до 18 суток, составив в среднем 7,1 суток.

ВЫВОДЫ:

1. Возможности ЛХЭ позволяют использовать эту технологию в лечении острого холецистита.
2. Применение ЛХЭ в лечении острого холецистита имеет те же преимущества, по сравнению

с лапаротомным доступом, что и при лечении хронического холецистита.

3. ЛХЭ при остром холецистите технически более сложна, опасность интра- и послеоперационных осложнений выше, чем при хроническом холецистите, поэтому обязательными условиями являются достаточно большой опыт хирурга (выполнение 60-80 ЛХЭ при хроническом холецистите), строгое соблюдение методических приемов и правил, направленных на профилактику осложнений.

БОБРОВСКАЯ Л.И., ПИНАЕВ В.А., ЛЕБЕДЕВ В.В.
МЛПУ Городская клиническая больница № 22,
г. Новокузнецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ ПРИ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Лечение паховых, послеоперационных и других грыж передней брюшной стенки является не только чисто хирургической проблемой. Грыженосителями являются 5-7 % всего населения Земли, среди оперированных в активном трудовом возрасте почти в 1/3 случаев возникает рецидив, при котором часто наблюдается ущемление (18 %) с летальностью (8 %). Социальный характер этой проблемы очевиден.

Много лет хирурги, занимающиеся лечением грыж передней брюшной стенки, пытаются использовать различные материалы для укрепления тканей. Истории этого опыта около 100 лет, но особенно бурное развитие этот вид пластики получил в последние 10-15 лет. Наш опыт аутодермопластики более 15 лет. Доля операций по поводу грыж передней брюшной стенки в операциях нашего отделения составляет около 13 %.

Использование полипропиленовой сетки в нашем отделении начато в 2001 году. Мы использовали эндопротез — полипропиленовую сетку «Линтекс-эсфил» (2-012) стерильную. Сетку фиксировали полипропиленовой мононитью.

При грыжах послеоперационных, пупочных, белой линии живота сетку фиксируем поверх апоневроза, накладывая швы по периметру грыжевых ворот и по периметру имплантата. При паховых грыжах выполняем операцию по Лихтенштейну.

В течение 2001-2005 гг. прооперировано всего 367 человек. Традиционная герниопластика применена у 141 больного (38,4 %), лапароскопическая герниопластика — у 126 (34,3 %), герниопластика с применением ППС — у 100 больных (27,3 %). Герниопластика с применением ППС

проведена у 53 пациентов с паховыми грыжами, у 34 больных с вентральными, у 6 человек с грыжами белой линии живота и у 7 пациентов с пупочными.

Из 367 проведенных операций, осложнения развились в 10 случаях (2,7 %), при проведении традиционной герниопластики — в 6 случаях (4,3 %), лапароскопической — в 2-х (1,6 %), с применением ППС — в 2-х случаях (2 %).

Из перечисленных осложнений интересен один случай. Больная оперирована в одном стационаре с пластикой послеоперационной вентральной грыжи. По прошествии некоторого времени, у нее появляется послеоперационная вентральная грыжа в другом месте передней брюшной стенки, ее оперируют в другом стационаре и вновь с применением сетки, после чего у нее вновь появляется послеоперационная вентральная грыжа в другом месте передней брюшной стенки. В данном случае она обращается в наш стационар.

На операции имеет место дефект апоневроза ниже предыдущей пластики и виден край имплантированной сетки, который представляет собой плотную соединительно-тканную пластинку. Мы выполнили пластику полипропиленовой сеткой. Пациентка выписана без осложнений.

Обратилась через 3 недели с жалобами на боли в области послеоперационного рубца и истечение жидкости. При осмотре — гиперемия и отек в области послеоперационного рубца. Больная после выписки своевременно не явилась на пункцию остаточной полости. Проведено лечение: этапные пункции остаточной полости с эвакуацией жидкости и введением антибиотиков в полость и внутримышечно, физиолечение. Больная выписана



с выздоровлением и более не обращалась. Посев жидкости на микрофлору — не выделена. При цитологическом исследовании жидкости признаков воспаления не выявлено.

Второе осложнение наблюдалось после пластики полипропиленовой сеткой послеоперационной вентральной грыжи у больной, которая ранее была оперирована с выведением трансверзостомы, но она осталась нескрытой.

У больной в анамнезе ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия, и поэтому до операции она длительно получала аспирин амбулаторно по назначению участкового терапевта. На операции снята трансверзостома, иссечен лигатурный абсцесс, выполнена пластика полипропиленовой сеткой. После операции для профилактики тромбоэмболических осложнений получала гепарин. Развилось осложнение в виде гематомы без сгустков крови. Лечение: этапные пункции остаточной полости, гемостатическая терапия, местно холод. Выписана с выздоровлением.

Для профилактики осложнений в послеоперационном периоде в отделении проводятся следующие мероприятия:

- профилактика тромбоэмболических осложнений — антикоагулянтная терапия и эластическое бинтование конечностей больным с сердечно-сосудистой патологией и варикозной болезнью нижних конечностей;

- активизация больного на следующие сутки, независимо от локализации и размеров грыжи;

- антибиотики широкого спектра действия внутримышечно с учетом переносимости;

- профилактика декомпенсации и обострений сопутствующей патологии (30 % оперированных больных имеют тяжелую сердечно-сосудистую и дыхательную патологию);

- своевременная пункция остаточной полости; у больных с вентральной грыжей — на 7-е, 10-е сутки после операции, и затем после выписки 1 раз в неделю), как правило, через 1-1,5 месяца жидкость исчезает;

- ношение бандажа после операции по поводу вентральных, пупочных грыж и грыж белой линии живота в течение 1-2 месяцев, в зависимости от размеров грыжи.

Проведен анализ рецидивов после грыжесечений. После традиционных грыжесечений рецидивы развивались в 9,9 % случаев, после лапароскопической герниопластики — в 7,9 %. После герниопластики полипропиленовой сеткой больные не обращались, но судьба одной больной не известна. Эта больная обратилась через месяц после операции, с жалобами на неприятные ощущения в области послеоперационного рубца. При выяснении обстоятельств оказалось, что в область рубца ее пнула знакомая во время драки, после чего у нее появились боли в области рубца, затем неприятные ощущения. При осмотре явного рецидива грыжи не выявлено, рекомендован повторный осмотр, но больная более не обращалась.

В заключение можно сказать, что наш небольшой опыт ненатяжной герниопластики с применением полипропиленовой сетки позволяет нам по-новому взглянуть на проблему лечения грыж различной локализации. Важно, что сейчас мы можем помочь больному, практически, с любой гигантской грыжей, которые раньше были неразрешимой проблемой.

Ненатяжная герниопластика дает нам возможность излечить грыжи у больных, страдающих тяжелой патологией дыхательной и сердечно-сосудистой систем, когда им противопоказаны натяжные виды герниопластики (из-за опасности повышения внутрибрюшного давления), больным, которые неоднократно оперированы с рецидивами грыж и от них отказываются хирурги, не владеющие данной методикой герниопластики.

Таким образом, ненатяжная герниопластика с применением полипропиленовой сетки является одним из удачных методов выбора лечения грыж передней брюшной стенки.

БЕДИН В.В., ПЕЛЬЦ В.А., КРАСНОВ К.А., ШИН И.П., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В.
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кузбасский областной гепатологический центр,
г. Кемерово*

ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В статье представлены результаты лечения 195 больных панкреонекрозом. В лечении больных панкреонекрозом применена дифференцированная тактика. При мелкоочаговом инфицированном панкреонекрозе широко применяются минимально-инвазивные вмешательства под контролем ультразвука. Операцией выбора при инфицированном панкреонекрозе яв-

ляется программированная секвестрэктомия, которая завершается одним из видов дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. Применение дифференцированной тактики позволяет снизить общую и послеоперационную летальность. Общая летальность составила 16,9 %, послеоперационная летальность – 18,9 %.

Острый панкреатит, особенно его деструктивные формы, по сей день остается сложной и нерешенной проблемой в хирургии, которой в последние десятилетия уделяется повышенное внимание в связи с увеличением заболеваемости с неуклонной тенденцией к росту удельного веса тяжелых форм. Многообразие его клинических проявлений затрудняет своевременную постановку правильного диагноза и выбор рациональной лечебной тактики.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты лечения панкреонекроза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2000-2004 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре проведено лечение 195 больных панкреонекрозом, из них алкогольный генез панкреонекроза был отмечен у 131 (67,2 %), билиарный генез панкреонекроза – у 64 (32,8 %). Среди больных было 122 мужчины (62,6 %) и 73 женщины (37,4 %). Средний возраст составил $44,9 \pm 0,2$ года. В лечении больных с панкреонекрозом использован дифференцированный тактический подход.

Всем поступившим проведено комплексное обследование, включающее лабораторные, инструментальные, лучевые методы диагностики; компьютерная томография выполнялась по показаниям для выявления осложнений панкреонекроза. Пациенты с панкреонекрозом госпитализировались в отделение интенсивной терапии, где проводился комплекс лечебных мероприятий, направленных на купирование эндотоксикоза, полиорганной недостаточности, профилактику и предотвращение перехода стерильного панкреонекроза в инфицированную форму.

Для купирования эндотоксикоза у ряда больных применены методы экстракорпоральной детоксикации и эфферентные методы, такие как плазмаферез, УФО крови, инкубация клеточной массы с антибиотиками. Всем больным с клиникой панкреонекроза проводилась комплексная антибактериальная терапия, направленная на профилактику развития гнойных осложнений, перехода процесса в инфицированную форму. Препаратами выбора считали антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины III-IV поколений, фторхинолоны, защищенные пенициллины, карбопены, нитроимидазолы. Всем пациентам со стерильными формами панкреонекроза массивную антибактериальную терапию сочетали с деконтаминацией кишечника, что также позволяет профилактировать развитие инфицированного панкреонекроза.

С целью определения эффективности проводимого лечения, динамики общего состояния пациентов применена интегральная шкала оценки тяжести состояния пациентов (APACHE II). В лечении пациентов с неинфицированным панкреонекрозом использованы минимально-инвазивные способы лечения.

При наличии неинфицированных острых скоплений жидкости использован пункционно-дренирующий способ лечения под контролем УЗИ (79 случаев, 40,5 %). При механической желтухе у пациентов с билиарным панкреатитом, панкреонекрозом применены следующие способы декомпрессии: холецистостомия выполнена у 15 больных (7,7 %), ЭРХПГ и ЭПТ – у 24 больных (12,3 %). С целью дифференциальной диагностики, санации брюшной полости при ферментативном перитоните, в 34 случаях (17,4 %) выполнены видеолaparоскопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

В течение 2000-2004 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре находилось 87 больных (44,6 %) с инфицированным панкреонекрозом. Клиника, данные динамической интегральной оценки состояния больного, признаки деструкции поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, подтвержденные данными лучевых методов (УЗИ, КТГ) позволяют заподозрить, а бактериологическое исследование экссудата (посев на элективные среды, бактериоскопия), полученного при пункции под контролем ультразвука – подтвердить переход процесса в инфицированную форму. При мелкоочаговом инфицированном панкреонекрозе широко применяются минимально-инвазивные вмешательства под контролем ультразвука. У 69 больных (35,4 %) с инфицированными острыми скоплениями жидкости применен пункционно-дренирующий способ под УЗИ контролем, эффект достигнут в 20 случаях (29 %).

Операцией выбора при инфицированном панкреонекрозе является программированная секвестрэктомия, которая завершается одним из видов дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки (применена у 65 больных). В Центре выполняются три вида дренирующих операций: «закрытый», «полуоткрытый», «открытый». Выбор вида дренирования строго индивидуален и зависит от характера и распространенности гнойно-деструктивных изменений в области поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки.

«Закрытый» вид применен у 14 больных с мелкоочаговым инфицированным панкреонекрозом, инфицированными постнекротическими кистами. Используется исключительно при условии



адекватной секвестрэктомии и отсутствии условий для прогрессирования процесса секвестрации. «Полуоткрытый» вид дренирования использован у 10 пациентов при наличии инфицированного мелко- и среднеочагового панкреонекроза, при условии адекватной секвестрэктомии. «Открытый» вид — оментобурсостомия и люмботомия — применен при инфицированном крупноочаговом панкреонекрозе в сочетании с забрюшинной флегмоной у 41 больного. При наличии гнойного перитонита в сочетании с инфицированным панкреонекрозом, некрозе мезоколон, у 4-х пациентов применены программированные релапаротомии. У 22 больных (11,2 %) после применения лапаротомного способа лечения отмечены специфические послеоперационные осложнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Применение комплексного консервативного лечения в сочетании с минимально-инвазивными вмешательствами в 108 случаях (55,4 %) позволило избежать развития инфицированного панкреонекроза. Общая летальность составила 16,9 %, послеоперационная летальность — 18,9 %.

ВЫВОД

Таким образом, применение дифференцированной тактики в лечении больных панкреонекрозом позволило достигнуть снижения показателей общей и послеоперационной летальности.

БЕДИН В.В., ШИН И.П., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., ЧУРКИН М.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кузбасский областной гепатологический центр,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

В статье представлены результаты обследования и хирургического лечения 259 больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой за период с 2000-2004 гг. У 213 пациентов (82,2 %) выявлен рак головки поджелудочной железы, у 46 (17,8 %) — рак большого дуоденального сосочка. При раке панкреатодуоденальной зоны применяли двухэтапное лечение. На первом этапе выполняли декомпрессию желчевыводящих путей минимально-инвазивными способами: чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (138), холецистостомия (62) под контролем УЗИ, эндоскопическая ретроградная папиллотомия и транспапиллярное дренирование (54). Вторым этапом проводили хирургическое лечение — 148 пациентов (57,1 %). Выполнили 41 панкреатодуоденальных резекций и 6 папиллэктоми. Уровень резектабельности составил 27,7%. Различные паллиативные операции выполнили 101 больному. Послеоперационные осложнения отмечены у 8,8 %. Послеоперационная летальность составила 6,1 %. Летальность после панкреатогастродуоденальной резекции — 9,7 %, после паллиативных операций — 4,7 %.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, механическая желтуха, декомпрессия желчевыводящих путей, оперативное лечение.

Нарастание числа больных со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны — рак поджелудочной железы (ПЖ), большого дуоденального сосочка (БДС), терминального отдела холедоха (ТОХ) — является одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Среди опухолей панкреатодуоденальной зоны рак ПЖ встречается наиболее часто (60-94 %) и занимает третье место по распространенности среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. В структуре онкологической заболеваемости на долю рака ПЖ приходится 3 %, рака БДС — 1,6 %.

Заболеваемость раком ПЖ за последние 30 лет выросла на 30 % и составляет 9,5 мужчин и 7,6 женщин на 100000 населения. Ежегодно в мире раком ПЖ заболевают около 200000 человек. В США от рака ПЖ ежегодно умирают 28000 человек. Медиана жизни без операции составляет 4,1 месяца.

90 % больных раком панкреатодуоденальной зоны поступают с длительно протекающей механической желтухой и явлениями печечно-почечной недостаточности. Хирургическое вмешательство на высоте желтухи сопровождается высокой после-

перационной летальностью (15-60 %) и тяжелыми послеоперационными осложнениями. В связи с этим, хирургическое лечение в большинстве клиник в настоящее время проводится в два этапа.

На первом этапе выполняется декомпрессия желчевыводящих путей. Этот этап позволяет улучшить функциональное состояние печени, уменьшить отрицательное влияние эндотоксинов на организм, снизить послеоперационную летальность. Позднее поступление больных раком панкреатодуоденальной зоны и, часто, их достаточно тяжелое общее состояние, обусловленное МЖ, заставляют в большинстве случаев сосредоточивать главное внимание на выборе оптимального и максимально безопасного метода декомпрессии желчных путей, как в качестве способа подготовки больного к радикальной операции, так и в качестве основного и завершающего способа хирургического лечения. Несмотря на совершенствование методов диагностики и способов хирургического лечения с применением современных технологий, по-прежнему, остается низким уровень резектабельности опухоли головки ПЖ и периапулярной зоны (5-23 %).

Одной из важнейших задач является диагностика рака ПЖ на ранних стадиях развития. Считается, что скрининговое обследование пациентов с целью выявления рака поджелудочной железы на ранних стадиях не информативно, поскольку опухоли, доступные для скрининговой диагностики, как правило, являются уже инкурабельными. Ни один из применяемых в настоящее время методов диагностики не позволяет выявлять опухоль панкреатодуоденальной зоны на ранней стадии. Это выразительно отражает возрастающую актуальность проблемы.

Кузбасский областной гепатологический центр выполняет функцию областного специализированного онкологического подразделения, занимающегося диагностикой и лечением больных с опухолевым поражением органов панкреатодуоденальной зоны. В статье проанализированы результаты лечения больных с опухолевым поражением панкреатодуоденальной зоны.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период 2000-2004 гг. было пролечено 259 пациентов. Среди пациентов было 142 мужчины (54,8 %) и 117 женщин (45,2 %). Средний возраст мужчин — 60,5 лет, женщин — 65,2. Выявлена следующая локализация опухолевого процесса: рак головки поджелудочной железы (ГПЖ) — 213 пациентов (82,2 %), рак большого дуоденального сосочка (БДС) — 46 (17,8 %). Средний уровень билирубина составил 216 ± 12 мкмоль/л.

В диагностический алгоритм, кроме стандартного клиничко-лабораторного исследования, входили:

в обязательном порядке — ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка; спиральная компьютерная томография, определение уровня онкомаркеров СА19-9, СА242, РЭА; по показаниям — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспеченочная холангиография под ультразвуковым и рентгенконтролем, ангиография, лапароскопия, чрескожная пункционно-аспирационная биопсия под контролем ультразвука, интраоперационное ультразвуковое исследование и биопсия органов.

Первым этапом больным выполнили декомпрессию желчевыводящих путей. 238 пациентам (91,9 %) применили следующие минимально-инвазивные способы декомпрессии: чрескожно-чреспеченочная холангистомия (ЧЧХС) под контролем ультразвука и электронно-оптического преобразователя — 138, чрескожно-чреспеченочная холецистостомия (ХС) под контролем ультразвука — 62, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллотомией и транспапиллярным дренированием холедоха (ТПД) — 54 пациента.

В 16 случаях выполнили двойное дренирование: холецистостомия и транспапиллярное дренирование холедоха.

У 21 пациента (8,1 %), из-за отсутствия условий для минимально-инвазивной декомпрессии, выполнили наружное дренирование желчных путей лапаротомно.

В 65 случаях (41,1 %) стентирование желчных путей с бужированием опухоли стало заключительным этапом в лечении больных с диагностированной диссеминацией процесса. Дренирование осуществляли по методике Селдингера и стилет-катетером типа «pig tail» калибром 9-12 Fr под ультразвуковым и рентгенологическим контролем.

Оперировано 148 пациентов (57,1 %): рак головки поджелудочной железы — 117, рак большого дуоденального сосочка — 31. Большинству больных применили паллиативные желчеотводящие операции: гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле — 80 (в 10 случаях дополнены гастроэнтеростомией при дуоденальной непроходимости), холецистоеюностомия — 4, холецистогастротомия — 6, наружное дренирование желчных путей — 11 (при отсутствии условий для декомпрессии или при осложнениях после декомпрессии желчных путей).

Радикальные и условно-радикальные операции: панкреатогастродуоденальная резекция (ПДР) — 41 пациент (при раке ГПЖ — 23, при раке БДС — 18), папиллэктоми (ПЭ) — 6 пациентов (в 4-х случаях — с гепатикоеюноанастомозом).



РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больным проводилось этапное лечение. На первом этапе выполняли декомпрессию желчевыводящих путей, в ближайшие 12-24 часа после установления диагноза и предоперационной подготовки. Способы декомпрессии зависели, прежде всего, от локализации опухоли. При выявлении опухоли головки поджелудочной железы выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию (с последующей попыткой бужирования опухоли для уменьшения потерь желчи) или холецистостомию. Выбор между данными способами декомпрессии при низком блоке зависел от наличия обтурации опухолью пузырного протока и степени внутрипеченочной билиарной гипертензии. При опухоли большого дуоденального сосочка выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с эндоскопической папиллотомией и транспиллярным дренированием холедоха. При неудачном исходе ретроградного дренирования выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию или холецистостомию. Уже на этом этапе проводили диагностику диссеминации опухолевого процесса с помощью ультразвукового исследования, компьютерной томографии и биопсии органов. При выявлении метастазирования в отдаленные органы декомпрессия желчевыводящих путей становилась заключительным этапом лечения.

Осложнения после дренирования желчных протоков: миграция МХС под УЗИ — 8 случаев (12,9 %), ЧЧХС — 5 (3,6 %), перфорация желчного пузыря при МХС — 4 (6,4 %). Летальность при минимально-инвазивных способах декомпрессии — 5 пациентов (2,1 %), при лапаротомных способах — 3 (17,6 %). У 111 пациентов (42,9 %) декомпрессия желчных путей стала заключительным этапом лечения при диагностированной диссеминации опухолевого процесса.

Вторым этапом проводили оперативное лечение после стабилизации состояния, нормализации лабораторных показателей крови, отсутствии инструментальных признаков отдаленных метастазов. Во время операции проводили тщательную ревизию органов панкреатодуоденальной зоны, экспресс-биопсию для исключения отдаленного метастазирования. При отсутствии признаков отдаленных метастазов и прорастания опухоли в магистральные сосуды выполняли панкреатодуоденальную резекцию с обязательной лимфодиссекцией. Формирование анастомозов проводилось на двух изолированных петлях тонкой кишки. Особое внимание уделяли обработке культи поджелудочной железы. При неудовлетворительных условиях для формирования панкреатоеюноанастомоза, выполняли наружное дренирование панкреатического протока (14 па-

циентов) по методике М.В. Данилова, с последующим закрытием панкреатического свища. Уровень резектабельности при раке головки ПЖ и БДС — 27,7 %

При выявлении диссеминации выполнялась паллиативная операция — билиодигестивное соустье. При выборе способа паллиативной операции предпочтение отдавали высокой гепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле. В последнее время мы отказались от формирования анастомозов с желчным пузырем из-за рано возникающей обтурации пузырного протока и, вследствие этого, неадекватного дренирования желчных путей. При синдроме дуоденальной непроходимости билиодигестивное соустье дополняли гастроэнтероанастомозом на короткой петле. В послеоперационном периоде проводили системную химиотерапию (Гемцитабином, 5-фторурацилом), иммуномодулирующую терапию (Ронколейкином) больным, которым были выполнены как радикальные, так и паллиативные вмешательства.

Послеоперационные осложнения наблюдали у 13 пациентов (8,8 %): несостоятельность билиодигестивного анастомоза — 3, кровотечения — 4, перитонит — 2, острый посттравматический панкреатит, панкреонекроз — 4.

Послеоперационная летальность — 9 пациентов (6,1 %): после панкреатогастродуоденальной резекции — 4 (9,7 %), после паллиативных операций — 5 (4,7 %). Причинами смерти после панкреатогастродуоденальной резекции были: два острых панкреатита с некрозом культи поджелудочной железы и развившейся на этом фоне несостоятельностью панкреатоеюноанастомоза и перитонитом, острое нарушение мозгового кровообращения с развившимся отеком головного мозга, внутрибрюшное кровотечение из печеночной артерии с развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточностью.

Причины смерти после паллиативных операций: в двух случаях развился инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде, аррозивное кровотечение из панкреатодуоденальной артерии, перитонит вследствие несостоятельности гепатикоеюноанастомоза.

ВЫВОДЫ:

1. Больным раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой, показано этапное лечение.
2. Декомпрессия желчных путей является важнейшим компонентом предоперационной подготовки, а также заключительным этапом лечения при диссеминации рака.
3. При раке головки ПЖ оптимальным способом декомпрессии является ЧЧХС. При раке БДС — эндоскопическое ретроградное дренирование холедоха.

4. Оптимальной паллиативной операцией при раке панкреатодуоденальной зоны является гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле.

5. Операцией выбора при раке панкреатодуоденальной зоны является панкреатогастродуоденальная резекция.

ПЕРШИН А.М.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ (ТУР) АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доброкачественная гиперплазия (аденома) простаты (ДГП) — одно из самых распространенных урологических заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. В настоящее время основным методом лечения ДГП остается оперативный, среди многочисленных способов которого наиболее эффективным и популярным является трансуретральная резекция (ТУР) простаты.

В России ТУР проводится с 1982 года, и методика проведения операции постоянно совершенствуется и распространяется во все регионы. В г. Междуреченске метод ТУР внедрен с 2003 года, когда было приобретено необходимое оборудование. С этой же целью в поликлинике № 1 введен дополнительный прием врача-уролога для отбора больных на оперативное лечение, а также в городе организовано исследование простатоспецифического антигена, для дифференциальной диагностики с раком простаты. В октябре 2003 года проведена первая операция.

До настоящего времени, т.е. за 1,5 года, на базе хирургического отделения № 1 проведено 15 операций, одна из которых включала предварительную механическую литотрипсию камня мочевого пузыря.

Невзирая на ничтожно малое количество проведенных операций, приобретен некоторый опыт по технике операции и ведению больных в послеоперационном периоде.

Из 15 проведенных операций получено одно серьезное осложнение в виде стриктуры уретры

(осложнение ликвидировано на базе «Урата» г. Новокузнецка, где проведена ТУР повторно). Осложнение составляет 6 %, что соответствует данным НИИ урологии МЗ РФ (до 10 %).

Дизурические явления получены у 7 пациентов, что соответствует почти 50 % от общего числа операций. Данное осложнение можно расценивать как боязнь получения более грозных осложнений из-за несовершенства техники и, как следствие этого, оставление большого количества аденоматозной ткани в ложе железы. За последние 6 месяцев у 7 пациентов дизурические явления практически не встречаются, либо проходят в ближайшие после операции сроки.

У одного больного получена ретроградная эякуляция, но, по данным ведущих клиник, данное осложнение не относится к опасным и может наблюдаться в 100 % случаев.

При проведении ТУР аденомы предстательной железы, по сравнению с традиционным методом аденомэктомии, значительно сократились сроки пребывания в стационаре. Даже с учетом малого количества операций, сроки пребывания сократились с 2 недель, до 6 дней.

Таким образом, с внедрением новейших технологий стало возможным проведение оперативных вмешательств у больных с большим количеством сопутствующей патологии, возможность повторных оперативных вмешательств без повышения риска для больного, снижение, в конечном итоге, инвалидизации больных.

МЕЛЬНИК Н.Л., ТАШЛЫКОВ В.В.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МУЗ ЦГБ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

В развитии общества можно отметить несколько периодов развития, которые знаменуются теми или иными достиже-

ниями человеческой мысли. Например, появление колеса привело к развитию транспорта, изобретение пороха привело к переделу границ



государств, изобретение паровой машины и двигателя внутреннего сгорания привело к созданию промышленных концернов, после полета в космос началась космическая эра, появление компьютера ускорило процесс обработки информации и т.д.

Неразрывно с развитием общества развивалась и медицина. В развитии медицины также можно отметить ряд событий, которые можно назвать эпохальными. Труды Авиценны многие века были учебниками для врачей многих стран. Открытие Рентгеном лучей, в дальнейшем названных его именем, значительно улучшило качество диагностики многих заболеваний, а появление волоконной оптики привело к созданию целого направления в медицине — эндоскопии.

Медицина Междуреченска насчитывает около 60 лет, и все эти годы она развивалась и развивается параллельно с медициной всего мира, нельзя сказать, что это передовые позиции мирового здравоохранения, однако и не последняя повозка в обозе.

Выделяя из общего понятия медицины ее раздел под названием хирургия, можно отметить, что золотой век хирургии наступил после появления наркоза и основные методики и подходы были сформированы во второй половине девятнадцатого и в первой половине двадцатого века.

Со второй половины двадцатого века и до наших дней происходит шлифование методик, внедрение технологий основанных на появлении новых шовных материалов, всевозможных имплантатов, технологий по их установке, и внедрение новых способов доступа, имея в виду эндоскопию.

Однако это не значит, что хирургия не развивается, даже, наоборот, благодаря новейшим технологиям стало возможным значительно снизить послеоперационную летальность, уменьшить послеоперационный койко-день и, тем самым, раньше вернуть больного в состояние здорового.

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 высококлассное владение сотрудниками отделения традиционных технологий дали хороший результат.

В 2000 г. были выполнены первые эндоскопические операции: эндоскопическая аппендэктомия, лапароскопическая холецистэктомия

(ЛХЭ). За 2001 г. выполнено более 100 ЛХЭ, выполнены операции на холедохе (антеградная холедохо-лито-экстракция). В 2002 г. — первое эндоскопическое ушивание прободной язвы ДПК. В 2003 г., после приобретения аппарата УРИ, внедрена методика ретроградной холедохо-панкреатико-графии, которая продолжилась в освоение эндоскопической ретроградной папиллотомии.

В том же году внедрена антеградная папиллосфинктеротомия. Так же в 2003 г. стала использоваться методика эндоскопической герниопластики паховых и бедренных грыж с использованием полипропиленовой сетки.

В отделении ведутся разработки технологий с использованием видеоэндоскопии, 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.

Метод подразумевает эндоскопическую диссекцию перфорантных вен, хотелось бы отметить, что наша клиника пока единственная в области, освоившая этот весьма эффективный и мало инвазивный метод лечения варикозной болезни. Появление нового ультразвукового сканера позволит освоить ряд хирургических вмешательств под контролем УЗИ, это планируется освоить в 2005 г.

С 2002 г. внедрена методика герниопластики вентральных грыж с использованием аллотрансплантата (карбоникус, полипропиленовая сетка).

Нельзя не отметить, что с 2002 г., на базе хирургического отделения и при самом активном участии его сотрудников, 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, и на сегодня освоена эндоскопическая ампутация и экстирпация матки.

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

Оценивая все выше перечисленное, нельзя не отметить, что в начале нового тысячелетия хирургия Междуреченска заняла достойное место в хирургии Кузбасса.

БОРЦОВ М.Ю., ВИШНЯКОВ И.А.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СУБФАСЦИАЛЬНОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Обообщен опыт использования в хирургическом отделении ЦГБ г. Междуреченска видеоэндоскопических технологий при манипуляциях в субфасциальном пространстве голени для лечения больных с варикозным расширением вен нижних конечностей и имеющейся хронической венозной недостаточностью 2-3 степени.

Недостаточность перфорантных вен (ПВ) играет важную роль в патогенезе варикозного расширения подкожных вен и трофических язв нижних конечностей, основой развития которых является горизонтальный рефлюкс крови с высоким давлением через несостоятельные ПВ из глубокой в поверхностную венозную сеть и далее к коже.

Если вертикальный рефлюкс устраняется традиционной венэктомией, то устранение горизонтального рефлюкса требует применения комбинированной операции с применением диссекции ПВ, в т.ч. в комплексном лечении трофических нарушений.

Метод эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен (ЭСДПВ-«SEPS») завоевывает все большую популярность, как мало инвазивный и, в то же время, патогенетически обоснованный радикальный метод.

Цель работы: улучшение качества жизни у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, внедрение новых мало-травматичных оперативных способов у данных пациентов и оценка возможности использования видеоэндоскопической техники.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с мая 2004 года по апрель 2005 года выполнено 28 оперативных вмешательств у больных с явлениями трофических нарушений голени на фоне варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей. Средний возраст больных, среди которых преобладали женщины (17 женщин и 11 мужчин), был равен 45 годам. У 4-х пациентов имелись трофические язвы, не поддающиеся консервативному лечению на протяжении последнего года. В одном случае ЭСДПВ проведена изолированно при трофической язве голени на фоне ПТФС. В остальных случаях больным проведена ЭСДПВ в комбинации с венэктомией.

Мы используем универсальный эндохирurgical набор инструментов по безгазовой методике. Все операции выполнены при комбинированном анестезиологическом пособии, после тщательного предоперационного обследования больных с обязательной УЗ-диагностикой и разметкой.

Доступ в субфасциальное пространство осуществляется послойно через кожный разрез, удаленный от зоны трофических расстройств, длиной 20-25 мм (в зависимости от степени выраженности подкожно-жировой клетчатки), по медиальной поверхности (линия Линтона), обычно на границе верхней и средней трети голени. При выявлении латеральной группы ПВ возможен наружный доступ. После фасциотомии вводим тубус эндоскопа. Визуализация перфорантных вен достигается созданием достаточной временной субфасциальной полости у торца тубуса с видеосистемой для последовательного интраоперационного поиска, мобилизации, коагуляции или клиппирования субфасциальных образований. Эффект «задымления» (запотевания) устраняем электроотсасывателем. После выявления несостоятельных ПВ выполняем их диссекцию (до 3 мм — коагуляция; более 3 мм — клиппирование). Фасция зашивается редкими одиночными швами, без дренирования.

После проведения эндоскопического этапа операции, выполняется комбинированная венэктомия подкожных вен. Операция заканчивается наложением компрессионной эластической повязки. В послеоперационном периоде антикоагулянтная терапия не проводилась. Послеоперационный период составил 4,3 дня. В послеоперационном периоде у одного пациента отмечалась лимфорея послеоперационных швов (самостоятельно разрешилась на 4-е сутки), у двоих имелись неврологические нарушения (неврит и частичный парез малоберцового нерва, лечение с положительной динамикой). У данных пациентов осложнения связывали с большим объемом операционной агрессии (БПВ, МПВ и ЭСДПВ), а также с периодом освоения технических приемов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через месяц после операции у всех больных отмечено уменьшение гиперпигментации кожи и явлений индуративного целлюлита, а так же бы-



строе заживление трофических язв. Больные отмечали улучшение общего состояния, исчезновение других клинических симптомов заболевания.

ВЫВОДЫ:

ЭСДПВ является высокоэффективным методом оперативного лечения варикозной болезни нижних конечностей, альтернативной методике

операции Линтона-Фельдера, позволяющей минимизировать оперативный доступ, уменьшить травматичность оперативного вмешательства, приводит к хорошим клиническим и косметическим результатам за более короткий срок послеоперационного лечения. Учитывая данные метода ЭСДПВ, возможно проведение его и на более ранней стадии ХВН, до развития серьезных осложнений.





НИКУЛИН В.Н.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ В МУЗ ЦГБ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА

В структуре воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей синуситы играют ведущую роль. В качестве причин такого характера заболеваемости лежат полиэтиологичность синусита и анатомо-физиологические особенности строения носа и околоносовых пазух, сложность патогенеза, все возрастающая экологическая нагрузка на верхние дыхательные пути, снижение иммунореактивности организма, аллергия и другие факторы.

В настоящее время ведущая патология, с которой приходится сталкиваться отоларингологу — это болезни носа и околоносовых пазух. До 50 % больных, находящихся на лечении в отоларингологических отделениях, представляют данную группу заболеваний.

Излишний радикализм традиционных оперативных вмешательств на околоносовых пазухах и в полости носа связан с концепцией, базирующейся на удалении всей слизистой оболочки, что привело бы к вылечиванию и синусита. Однако это не подтвердилось на практике. Роль слизистой оболочки, как многофункционального органа, была учтена в последующих концепциях и открыла эру современной функциональной риносинусохирургии. Использование эндоскопической техники привлекло внимание к возможностям восстановления дренажа околоносовых пазух и реабилитации слизистой оболочки.

Прогресс лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух связан также с развитием адекватной медикаментозной терапией. Щадящая эндоскопическая риносинусохирургия используется в основном для устранения причин, предрасполагающих к возникновению и течению воспалительного процесса. Наиболее существенное изменение в философии эндоскопической ринохирургии последних лет состоит в осознании необходимости сохранения слизистой оболочки, так как, регенерирующая после операции, она уже не всегда сможет восстановить нормальную плотность ресничек мерцательного эпителия и, следовательно, нарушается их эффекторная функция в мукоцилиарном транспорте.

Возможности визуализации имеют большое значение в диагностике и лечении синуситов. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) признана необходимой для идентификации патологии в областях, недоступных эндоскопу. Коронарные срезы с шагом в 3 мм лучше всего помогают хирургу в оценке анатомии носа. В определенных ситуациях аксиальная проекция

дает дополнительную информацию, в частности, о лобном кармане и клиновидной пазухе. В некоторых случаях важна и сагиттальная, но она требуется не так часто.

Показанием для выполнения эндоскопической операции являются:

- хронические и рецидивирующие экссудативные синуситы;
- полипозные синуситы;
- муко- и пиоцеле;
- грибковое поражение синусов;
- орбитальные осложнения синуситов;
- вазомоторные риниты;
- наличие инородных тел в верхнечелюстных пазухах (корни зубов, пломбировочный материал).

Функциональное эндоскопическое вмешательство противопоказано при внутричерепных осложнениях синуситов, остеомиелите лобной кости, рубцовой и костной облитерации лобноносового сообщения после операции на лобной пазухе.

Применение эндоскопов в ринологии позволило исследовать и выявить патологию в тех отделах полости носа, которые ранее были слепыми. Наибольшие затруднения при хирургических вмешательствах по латеральной стенке полости носа возникали из-за того, что операционное поле всегда располагается под острым углом к оси зрения. Это снижало эффективность операций, увеличивало их травматичность и возможность осложнений, вызывало необходимость в расширении хирургического доступа. Преимущества эндоскопического вмешательства — выполнение всех манипуляций под контролем зрения, переход от радикальной этмоидэктомии к парциальной резекции только измененных отделов решетчатого лабиринта, от радикальных операций на верхнечелюстной и лобной пазухах к щадящим эндоназальным, реставрация физиологических выводящих путей пораженных околоносовых пазухах.

Традиционный метод хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух предусматривает удаление здоровой кости передней стенки и ведет к образованию дефекта, нарушая анатомию синуса и некоторые его функции. Травматичность метода влечет за собой осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде: выраженный и продолжительный отек мягких тканей лица, нарушение иннервации и кровоснабжения интактных зубов, вторичные невралгии. Остео-



пластические изменения нередко приводят к затруднениям при трактовке обзорных рентгенограмм околоносовых пазух.

Нами за 2004-2005 гг. проведено 129 эндоскопических операций в полости носа и на околоносовых пазухах: диагностическая ринофарингоскопия — 8; терапевтическая ринофарингоскопия — 12; вазотомия нижних носовых раковин с латеропозицией — 45; кристотомия носовой перегородки — 11; полипотомия носа — 14; полисинусотомия — 23; удаление хоанального полипа — 3; гайморотомия с помощью модернизированной титановой воронки при инородных телах верхнечелюстной пазухи (корни зубов, пломбировочный материал), кисты пазухи — 4; иссечение синей полости носа — 7; удаление доброкачественных новообразований полости носа — 2. По ходу операций и в послеоперационном периоде

осложнений не было. По сравнению с традиционными методами оперативного лечения, средние сроки пребывания в стационаре снижены от 8 койко-дней до 5 койко-дней. Сроки нетрудоспособности снижены, в среднем, от 12 дней до 7 дней. Об отдаленных результатах говорить не представляется возможным.

С приобретением шейверной системы намного расширится круг оперативных вмешательств и сократится время пребывания больного на операционном столе.

Последнее достижение эндоскопической ринопластики в условиях города Междуреченска — операция эндоскопической гайморотомии с применением модернизированной ушной титановой воронки с прорезью для удаления кист верхнечелюстной пазухи, корней зубов, пломбировочного материала.

АКСЕНОВА И.Л.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА РАДИОВОЛНОВЫМ АППАРАТОМ «СУРГИТРОН» В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Огромное количество больных обращаются к отоларингологу в связи с постоянным или периодическим нарушением носового дыхания. При наличии вазомоторного компонента, патогенез заболевания зависит от извращенной сосудистой реакции слизистой оболочки носа на различные раздражители (аллергены, холод, пыль и т.д.). Больные часто пользуются сосудосуживающими каплями, на которые возникает привыкание, а затем и извращенная реакция.

При неэффективности консервативных методов лечения хронического вазомоторного ринита (ХВР) назначаются оперативные. В настоящее время общепринятыми способами хирургического лечения являются:

- подслизистая вазотомия с латеропексией;
- гальванокаустика;
- ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин, которые проводятся в условиях стационара.

Успех лечения ХВР зависит, в основном, от правильно выбранной тактики, квалификации врача, а также терпения самого больного, его общего самочувствия и наличия у него фоновых заболеваний.

При наличии радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» возможно провести лечение хронического ринита другим методом, а именно,

подслизистой каутеризацией носовых раковин в условиях операционной поликлиники.

Каутеризация производится специальным биполярным (двойным) электродом в виде двух игл, вводимых в подслизистый слой нижних или средних носовых раковин под местной инфильтрационной анестезией (лидокаин, новокаин).

При использовании радиоволнового воздействия в толще носовой раковины происходит «вскипание» внутриклеточной жидкости при довольно низкой температуре (около 80 градусов), что ведет к мягкому сморщиванию кавернозной ткани, и, как следствие, уменьшению ее в объеме.

Процедура проводится в режиме «коагуляция + разрез», мощностью аппарата 4 единицы, длительность процедуры с каждой стороны — по 15-20 секунд. Зачастую носовая раковина сокращается прямо в процессе процедуры. Иногда это происходит на 3-4 день. В обязательном порядке больному рекомендуется один из местных глюкокортикоидов (флексоназе, назонекс, насобек) и отказ от использования сосудосуживающих капель, с целью улучшения процесса лечения.

Отличительными достоинствами данной манипуляции являются:

1. Бескровность метода. Вся процедура проводится в подслизистом слое: нет поврежденных



слизистой оболочки. Для того чтобы не было кровотечения из места вкола электрода, аппарат включается при выходе из подслизистого слоя на 2-3 секунды, таким образом «заваривается» и место вкола. Как результат этого — не требуется мучительная для больного тампонада носа. Пациент уходит домой через 20-30 минут после проведения манипуляции.

2. Высокая эффективность метода. По литературным данным, эффективность в течение двух лет составляет 87,5 %. Это обусловлено глубоким проникновением радиоволн по всей длине носовых раковин, удобным устройством электрода, позволяющим проводить манипуляцию в любом отделе носовых раковин под контролем зрения.

3. Метод очень прост в применении.

4. Метод безболезненный и занимает мало времени.

5. Быстрый результат от проведенного лечения. Улучшение носового дыхания наступает уже на 3-4 день и полное его восстановление — через 2 недели.

На базе операционной поликлиники платных услуг (ППУ) методом подслизистой каутеризации носовых раковин на аппарате «Сургитрон» было пролечено 27 больных.

В результате проведенного лечения, из 24 больных с нейровегетативной формой хронического вазомоторного ринита, улучшение носового дыхания на 5-е сутки отмечено у 20 человек, нормализация носового дыхания через 2 недели — у

22, нормальное дыхание через 2 месяца — у 22, проведение повторной процедуры потребовалось двум больным. Из 4-х пациентов с аллергическим ринитом улучшение носового дыхания на 5-е сутки отмечено у 2-х человек, нормализация носового дыхания через 2 недели — у 2-х, нормальное дыхание через 2 месяца — также у 2-х.

ВЫВОДЫ:

1. Все пациенты отметили значительное улучшение носового дыхания и хорошую переносимость процедуры.

2. Трем пациентам была проведена подслизистая каутеризация носовых раковин аппаратом «Сургитрон» после проведенных ранее конхотомии, ультразвуковой дезинтеграции и вазотомии.

3. Двум пациентам с ХВР потребовалась повторная процедура через один месяц.

4. У всех 27 пациентов осложнения не выявлены.

Таким образом, эффективность и бескровность, отсутствие осложнений, легкая переносимость пациентами и простота в применении проводимой манипуляции позволяет применять метод подслизистой каутеризации носовых раковин на радиоволновом хирургическом аппарате «Сургитрон» в амбулаторных условиях. В условиях рыночной экономики метод весьма привлекателен на рынке платных медицинских услуг.

КАНДАУРОВ И.Ф.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Сложность этиологии и патогенеза ревматического процесса, необходимость проведения всестороннего функционального обследования ЛОР-органов и патогенетического лечения хронических заболеваний верхних дыхательных путей и уха, которое невозможно без специальной подготовки врача, вызывают необходимость организации специализированных оториноларингологических приемов для детей, больных ревматизмом.

Задачами врача являются:

а) проведение консультативного приема больных, потенциально угрожаемых по ревматизму;

б) организация обследования, профилактики и лечения хронических заболеваний ЛОР-органов при ревматизме у детей;

в) проведение анализа работы по профилактике и лечению заболеваний ЛОР-органов у больных, угрожаемых по ревматизму и страдающих ревматизмом, разработка мероприятий по его снижению.

Лечение ЛОР-органов при ревматизме у детей должно идти по пути устранения экзогенных и эндогенных факторов: устранения усугубляющих заболевание факторов; восстановления нарушенных функций ЛОР-органов; нормализации иммуно-биологического равновесия организма в целом; устранения патологических элементов поражения ЛОР-органов.

Лечение хронических заболеваний ЛОР-органов при ревматизме у детей следует проводить по следующей схеме:



- профилактические и лечебные ингаляции необходимо назначать всем больным ревматизмом, неоднократно повторять в тех наблюдениях, когда ревматический процесс прогрессирует и когда на слизистой оболочке верхних дыхательных путей проведено какое-либо хирургическое вмешательство;

- использовать консервативные методы хирургического вмешательства при лечении хронических заболеваний верхних дыхательных путей и уха в активной фазе ревматизма;

- радикальное хирургическое лечение хронических заболеваний верхних дыхательных путей и уха следует проводить по строгим показаниям;

- местное лечение хронических заболеваний верхних дыхательных путей и уха при ревматизме у детей необходимо проводить на фоне лечения основного заболевания.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на надлежащее лечение острой патологии ЛОР-органов, своевременное выявление ранних симптомов хронических заболеваний верхних дыхательных путей и уха, проведение специального обследования слизистой оболочки верхних дыхательных путей, слухового и вестибулярного анализаторов, выполнение всех мероприятий лечебно-профилактического характера, которые будут назначены оториноларингологом и ревматологом.



ЛИХОДИЕНКО А.А., ПРОКУДИНА Т.А.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Нарушения ритма сердца (НРС) доминируют среди прочих синдромов основного заболевания и могут представлять непосредственную угрозу для жизни больного. Неотложная противоаритмическая помощь на догоспитальном этапе оказывается бригадами СМП.

В течение двух последних лет в г. Междуреченске отмечается рост НРС на 1,4 % от общего числа больных ишемической болезнью сердца, и в 2004 г. службой скорой медицинской помощи было обслужено 5080 больных ишемической болезнью сердца, которые распределились следующим образом:

- первичный инфаркт миокарда (ИМ) — 134;
- повторный инфаркт миокарда — 48;
- возможный инфаркт миокарда — 48;
- стенокардия — 924;
- различные нарушения ритма сердца (НРС) — 993;
- хроническая ишемическая болезнь сердца — 1427;
- прочие сердечно-сосудистые заболевания.

НРС явились причиной вызова у 19,5 % от числа больных с ИБС. Причем наибольшее количество вызовов к больным с НРС приходится на мерцательную аритмию — до 75 %.

Целью неотложного лечения НРС на догоспитальном этапе (ДЭ) является перевод аритмии в гемодинамически благоприятную форму (из тахи- в нормосистолию) или, что является наиболее оптимальным, — восстановление синусового ритма.

Тем не менее, на ДЭ не ставится задача во что бы то ни стало полностью купировать аритмию у всех больных. Особенностью лечения больных с НРС является, прежде всего, безопасность проводимой антиаритмической терапии, поэтому в выборе препарата учитывается опыт предшествовавшего лечения данного больного.

Из числа всех купированных пароксизмальных мерцательных аритмий (ПМА), 52 % купированы новокаиномидом, 22 % — сочетанием новокаинамида и изоптина, 10 % — сочетанием новокаинамида и строфантина. В остальных случаях аритмия купирована другими препаратами и/или их сочетанием (кардарон, АТФ, обзидан). Из антиаритмических препаратов при ПМА средством выбора явился новокаинамид.

Подавляющему большинству больных с ПМА, наряду с антиаритмиком, применялось введение панангина. Необходимость коррекции электролитного баланса диктуется тем, что в патогенезе НРС значительную роль играют гипогликемия и гипомagneзиемия.

В случае сочетания ПМА с синдромом психоэмоционального напряжения, помимо собственно антиаритмической терапии, применялся транквилизатор — реланиум в дозе 10 мг в/в. Комбинированная терапия ПМА — антиаритмик, панангин и реланиум — позволяет:

- уменьшить дозу антиаритмического препарата и, следовательно, уменьшить его проаритмогенный и гипотензивный эффект;
- улучшить переносимость сердечных гликозидов;
- снизить частоту повторных ПМА;
- уменьшить процент больных, нуждающихся в госпитализации.

С конца 2004 г. и по настоящее время прекратилось поступление новокаинамида — основного антиаритмического препарата СМП последних десятилетий. Тем самым, сузился терапевтический выбор антиаритмических препаратов в лечении больных с НРС, что, вероятно, приведет к увеличению процента больных, госпитализируемых в отделение кардиологии и, следовательно, увеличит стоимость лечения данной категории больных.

ФЕТИСОВА Л.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ ЦГБ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА

В последние полвека в индустриально развитых странах сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) получили большое рас-

пространение. Эксперты ВОЗ прогнозируют, к 2020 году ИБС и ее осложнения станут основной причиной смерти в мире, что говорит о глобали-



зации проблемы. Заболеваемость органов кровообращения взрослого населения имеет тенденцию к росту с 1999 года. В 2004 году по Кемеровской области она составила 173,5 на тысячу населения, из них артериальная гипертензия — 39,5, стенокардия — 15,98, острые инфаркты миокарда — 2,19, повторные острые инфаркты миокарда — 0,40, ЦВБ — 57,2, ревматические пороки сердца — 1,19.

Помимо истинного роста заболеваемости ССЗ, имеет место увеличение их выявления за счет применения новых технологий в диагностике и современном лечении. По общей заболеваемости органов кровообращения г. Междуреченск занимает второе место по области, что говорит о хорошей выявляемости, прирост по сравнению с прошлым годом составил 25,8 %. По заболеваемости артериальной гипертензией — на 5-м месте (60 случаев на тысячу), инфарктом миокарда — на 6-м месте. Работа кардиологической службы города снижает уровень смертности от ССЗ, по которой мы занимаем второе место в области. Особенности климатических условий, высокая социальная напряженность и значительное распространение факторов риска (высокий процент курильщиков и злоупотребляющих алкоголем среди больных) обуславливает высокую частоту летальности от острого инфаркта миокарда (7-е место по области).

Оснащенность кардиологического отделения современным оборудованием, лекарственное обеспечение, в том числе возможность тромболитической терапии в первые часы инфаркта миокарда, выводит нас на одно из первых мест, снижает койко-день (отделение на 5-м месте по инфаркту миокарда — 12,4).

Кардиологическое отделение поликлиники принимает активное участие в Российской программе «Артериальная гипертензия». Улучшается диспансеризация больных с АГ, что связано с компьютеризацией поликлиник, повышением качества статистической обработки данных. Кардиологи проводят «Школы гипертоника», с 1999 года их посетило более 480 человек.

Кардиологическое отделение поликлиники городской больницы активно сотрудничает с Кемеровским кардиологическим центром. С 1999 года по 2004 год по поводу врожденных пороков сердца прооперировано 17 человек, ревматических пороков сердца — 9 человек, аортокоронарное шунтирование и баллонная ангиопластика (со стентированием) проведено 45 больным, коронаровентрикулография — 62, установлены кардиостимуляторы (ИВР) 5 больным, сделана пластика брюшного и грудного отделов аорты 3 больным.

Проконсультированы кардиохирургом более 300 больных, кардиологом ККЦ и аритмологом — более 460 больных. Большую помощь в лечении, консультации сложных в диагностическом плане больных оказывает доктор медицинских наук, профессор ГИДУВа Бичан Н.А., которым осмотрено более 1700 больных.

При анализе амбулаторных карт прооперированных больных с 1999 года по 2004 год выявлена положительная динамика. После аорто-коронарного шунтирования 77,8 % больных работают, третью группу инвалидности получили 11 %, вторую группу инвалидности — 22,2 %, летальность составила 4,4 %. После операций по поводу перенесенных эндокардитов, врожденных пороков сердца 11,8 % больных получили инвалидность 2-й группы, летальность составила 5,9 %. После операций по поводу ревматических пороков инвалидность 2-й группы получили 55,6 % больных, 3-й группы — 22,2 %, из 2-й в 3-ю группу переведен один человек. Летальность составила 11,1 % (один больной).

Повторные госпитализации у больных с ИБС 1 раз в год проведены у 28,9 % больных, 2 раза в год — у 14,4 %, более 3 раз в год — у 22,2 %, с повторными инфарктами — у 11,1 % пациентов.

С каждым годом растет количество больных, направляемых на КВГ. В 2004 году были проанализированы 150 историй болезней и амбулаторных карт. Всем этим больным была показана и предложена КВГ.

За последние годы кардиологическая служба города получила возможность использовать системы для проведения суточного мониторирования ЭКГ, АД, новый аппарат для проведения Эхо-КГ с цветным доплером. В 2004 году по ЭКГ был заподозрен постинфарктный кардиосклероз у 13 % человек, что было подтверждено Эхо-КГ. В большинстве своем это были люди трудоспособного возраста, которые не подозревали о перенесенном инфаркте миокарда. По результатам анализов общего холестерина, в 2005 году у каждого 3-го больного уровень холестерина составил более 5,5 ммоль/л (в норме менее 5,0 ммоль/л).

С 2004 года проводится анализ липидного спектра (сделано 210 исследований), 81 % из них превышает нормальные величины. Применение современных препаратов, в том числе статинов, является важным в стратегии первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Наше отделение будет и в дальнейшем сохранять преимущество в работе с кардиологической службой области и Кемеровским кардиологическим центром.



ШУШУНОВА О.В.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОИМ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦГБ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Наиболее острой и важной проблемой сердечно-сосудистой патологии является ишемическая болезнь сердца (ИБС). ИБС называют «эпидемией нашей эпохи».

Во всем мире только от этой болезни ежегодно погибает почти 3 млн. людей — больше, чем от злокачественных опухолей. ИБС в экономически развитых странах составляет примерно 50-60 % всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, при этом частота поражений увеличивается с возрастом, достигая максимума в группе 50 лет и более. Понятно в связи с этим то внимание, которое вызывает инфаркт миокарда.

Коронарная болезнь сердца (КБС) протекает с периодами стабильного течения и обострений. Период обострения КБС обозначают как острый коронарный синдром. Этим термином объединяют такие клинические состояния, как инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию. Нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда являются разными клиническими проявлениями единого патофизиологического процесса, а именно, тромбоза различной степени выраженности над надрывом атеросклеротической бляшки.

Тромботическая окклюзия коронарных артерий может быть полной и неполной. При полной тромботической окклюзии регистрируются подъемы сегмента ST, отражающие наличие трансмуральной ишемии миокарда.

Как правило, позже у больных с такой ЭКГ-картиной выявляются признаки крупноочагового инфаркта миокарда. При неполной окклюзии коронарной артерии пристеночным тромбом обычно наблюдаются другие изменения — депрессия ST, отрицательные зубцы T.

Положение сегмента ST относительно изоэлектрической линии на ЭКГ у больного с клинической картиной обострения коронарной болезни сердца определяет характер необходимого экстренного вмешательства — при смещениях

сегмента ST вверх эффективна и, следовательно, показана тромболитическая терапия с целью реканализации коронарной артерии, которая в отделении кардиологии МУЗ ЦГБ проводится с 1998 года.

За это время проведено 169 инфузий тромболитиков (кабикиназа, стрептаза, стрептодеказа, стрептокиназа) по общепринятой схеме. Это привело к снижению летальности.

Для сравнения, в 1998 году от ОИМ в отделении умерли 30 больных, а в 2003 году летальность составила 22 случая.

В 2003-2004 годах на базе нашего отделения внедрена методика использования современного антитромбоцитарного средства плавикса (клопидогреля) после системного тромболитика. У всех больных был отмечен главный признак реперфузии миокарда: быстрое уменьшение подъема сегмента ST. У шести больных произошло полное восстановление коронарного кровотока и острый коронарный синдром не был реализован.

Клопидогрель назначался в дозе 75 мг в сутки внутрь после однократной ударной дозы 300 мг, на протяжении всего периода пребывания больного в стационаре, а это составило, в среднем, 16 дней. Плавикс назначался пациентам в возрасте от 38 до 57 лет, преимущественно это были мужчины. На фоне лечения клопидогрелем мы не обнаружили снижения летальности.

В 2004 году смертность составила 22 случая (на одном уровне с 2003 годом). Рецидив ОИМ был отмечен только в одном случае.

Осложнений от терапии плавиксом не отмечено, в то время как у 5 больных получавших в эти же годы аспирин (вместо клопидогреля) после ТЛТ в 13,2 % случаев наблюдались изжога, боли в эпигастрии (как проявления обострения гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни ДПК).

Таким образом, применение клопидогреля после ТЛТ оказалось более эффективным и безопасным, чем аспирин.



ПЕТРУННИКОВА С.А., КУЛИГИНА Т.П.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭХО-КАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Сердечная патология занимает значительное место в структуре перинатальной смертности и ранней инвалидизации детей, преимущественно за счет врожденных пороков сердца.

В городе Междуреченске сердечно-сосудистая заболеваемость у детей является актуальной проблемой. За последние два года отмечается рост впервые выявленной патологии, что связано с использованием в диагностике современной ультразвуковой технологии — ЭХО-кардиографии с цветным, постоянно-волновым доплеровским режимом. Это позволило обследовать детей всех возрастов (от 0 до 18 лет).

По данным обращаемости на Эхо-КГ, в 2003–2004 гг. увеличилось количество исследований, в том числе впервые обратившихся. Детским кардиологом направляются на обследование дети, у которых выслушивается шум в сердце, одышка, изменения по ЭКГ, что является важными признаками в отборе на Эхо-кардиографическое исследование. Патология сердца, выявленная у детей впервые, представлена в таблице.

Показатель выявленной патологии на 100 осмотренных в 2003 году составил 47,7 %, в 2004 году — 36,7 % за счет увеличения числа обследованных, которое возросло на 187 детей. По данным Эхо-КГ с доплеровским исследованием, чаще всего встречаются различные проявления малых аномалий развития сердца (МАС). Дополнительные хорды в левом желудочке по удельному весу занимают 1-е место в структуре МАС (от 50 % до 55,7 % в 2004 г.), 2-е место — ПМК, ДХЛЖ + ПМК (от 33 % до 40 %). Врожденные пороки сердца в течение 2-х лет возросли в 2,5 раза, от 4-х случаев до 11. Среди врожденных пороков наиболее часто встречается ДМПП, который в 2003 году выявлен у 2-х детей (50 % от выявленных пороков сердца), а в 2004 году — у 4-х, что составило 40 %.

Полученные данные убеждают в необходимости проведения Эхо-КГ у всех детей с подозрением на пороки развития сердца, для своевременного их выявления и дифференцирования функциональной и органической патологии сердечно-сосудистой системы.

Таблица
Патология сердца у детей, выявленная впервые

Патология сердца	2003 год	2004 год
Проведено Эхо-КГ, всего	488	675
Патология сердца, выявленная впервые (%), в том числе:	47,7	36,7
1. Малые аномалии сердца:	220 (45,1 %)	233 (34,5 %)
- дополнительная хорда в левом желудочке (ДХЛЖ)	110	130
- множественные дополнительные хорды	7	4
- пролапс митрального клапана (ПМК)	60	48
- с регургитацией 1 ст.	15	10
- пролапс митрального клапана + дополнительная хорда в левом желудочке (ПМК + ДХЛЖ)	31	29
- аневризма межпредсердной перегородки (АМПП)	4	2
- открытое овальное окно (ООО)	4	9
- идиопатичное расширение восходящего отдела аорты	1	1
2. Врожденные пороки сердца:	4 (0,8 %)	11 (1,9 %)
- дефект межпредсердной перегородки (ДМПП)	2	4
- дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП)	2	2
- тетрада Фалла	-	1
- стеноз легочной артерии	-	2
- двухстворчатый аортальный клапан	-	1
- транспозиция магистральных сосудов (ТМС)	-	1
3. Начальная гипертрофия левого желудочка у детей с артериальной гипертензией	4	5
4. Дети, у которых не найдено сердечно-сосудистой патологии	255 (52 %)	426 (63 %)

КУЛИГИНА Т.П.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПО ДАННЫМ ЭХО-КАРДИОГРАФИИ

Эхо-кардиографическое исследование сердца проводится в МУЗ ЦГБ с 1993 года. До июля 2003 года — на аппарате Aloka-1400 с механическим датчиком 3,7 МГц с импульсно-волновым доплером, с июля 2003 года — на аппарате Siemens-omniа с кардиологическим датчиком частотой 2,1, 2,5 и 3,6 МГц, с импульсно-волновым, постоянно-волновым и цветным доплером.

Работа на современном аппарате с импульсной доплер-Эхо-кардиографией значительно расширила возможности диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы у взрослого и детского населения, включая новорожденных детей. За 2002-2004 гг. проведено 4119 исследований взрослого населения с применением полного доплеровского исследования.

Впервые в жизни, в течение 2002-2004 годов, по данным Эхо-КГ, выявлена следующая патология сердечно-сосудистой системы:

Заболевания	Количество
Приобретенные пороки сердца ревматической этиологии	18
ГКМП без обструкции	6
ГКМП с обструкцией	1
ДКМП	4
Рестриктивная кардиопатия	2
Дефект МПП	4
Дефект МЖП	2
ВПС: двухстворчатый аортальный клапан	2
Перикардит	7
Септический эндокардит	6
МПК III ст. с митральной регургитацией	2
Пролапс 3-х створчатого клапана	3
Итого:	57

Среди пациентов старшей возрастной группы (старше 40 лет), наблюдалось 919 человек, в структуре которых преобладали больные с ИБС (39,4 %), постинфарктным кардиосклерозом (22 %), гипертонической болезнью (30 %).

В последние годы большое внимание уделяется более точной диагностике ХСН у больных с ИБС. Для этого недостаточно определять один показатель Эхо-КГ — фракцию выброса. Необходимо изучение систолической и диастолической функций левого желудочка.

Заболевания	Количество	%
ИБС	361	39,4
Постинфарктный кардиосклероз	203	22,0
ПИКС с осложнением — аневризмой сердца	25	
ПИКС, осложненный тромбом	5	
ПИКС, осложненный разрывом кисты	1	
Гипертоническая болезнь	282	30,0
Перикардит	3	
Аневризматическое расширение корня аорты	6	
ДКМП	5	
Другая патология	28	
Итого:	919	

Качество жизни и прогноз больных ХСН определяется степенью систолической и диастолической функций миокарда. Для определения степени дисфункции миокарда определялись следующие показатели:

- для определения систолической функции — функция выброса, фракция укорочения, ударный объем;

- для определения диастолической функции — 3 патологических типа диастолического наполнения левого желудочка, размер левого предсердия, степень митральной регургитации, индекс сферичности, индекс толщины стенок, время изовольметрического расслабления, время замедления трансмитрального кровотока.

Проведен анализ диастолической и систолической дисфункций миокарда у больных ИБС с ХСН I ф. кл. Обследовано 40 человек.

Нарушение диастолической функции левого желудочка по гипертрофическому типу (1-й тип) выявлено у 82 % больных, по рестриктивному типу — 10 % (чаще у больных после 70 лет), по псевдонормальному типу — 8 %, в сочетании с нарушением систолической функции левого желудочка — 11 %. Диастолическая дисфункция левого желудочка при ХСН у больных ИБС с I ф. кл., по нашим наблюдениям, наступила раньше систолической дисфункции.

Определение диастолической функции левого желудочка не только по анализу трансмитрального потока в раннюю и позднюю фазу наполнения, но и учитывая другие показатели (вре-



мя изовольметрического расслабления, время замедления транзитного кровотока, размеры левого предсердия и степень митральной

регургитации дает полное и более точное представление о ХСН у больных с ИБС, особенно в начальных стадиях.

ФЕДОРОВА Л.Ю.

МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Достижения последних лет в области изучения патогенеза гипертонической болезни, внедрение в медицинскую практику новых классов и форм лекарственных средств, не снимают с повестки дня проблему оптимального, в широком смысле этого слова, лечения больных с артериальной гипертонией. При этом основным методом выявления повышенного давления и оценки эффективности проводимых корригирующих процедур продолжает оставаться традиционное разовое или трех-четырёх кратное определение АД по методу Н.С. Короткова. Основные надежды на уточнение и дополнение традиционного метода связывают с суточным мониторингом АД (СМАД).

Исследования последних лет показали, что диагностическую ценность представляет информация об уровнях и колебаниях АД в течение суток, во время бодрствования и сна, физических, умственных нагрузок, а также выявление больных с недостаточным снижением АД в ночные часы, которые являются группой высокого риска развития поражений органов-мишеней.

Наиболее важными параметрами суточного профиля артериального давления (СПАД) являются: средние значения за сутки, день, ночь, вариабельность АД, степень ночного снижения АД, а также немаловажную роль играет соотношение АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Методика суточного мониторинга АД освоена и внедрена в условиях отделения кардиологии с сентября 2000 г., после приобретения бифункционального прибора для СМ ЭКГ и АД в одном блоке «Cardio-Tens» с анализирующей программой «Medibase». С января 2003 года СМАД проводится и по компьютерной программе «BPLab». За этот период по бифункциональной методике проведено 168 обследований СМ АД и ЭКГ и 57 СМАД по программе «BPLab».

Проведенное число исследований выявило ряд особенностей поведения АД в течение суточного наблюдения, которые позволяют использовать их, в ряду других критериев, в дифференциальной диагностике гипертонической болезни (ГБ) и нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Величина и вариабельность среднего АД за сутки, день, ночь при НЦД ниже, чем при АГ. Снижение АД

ночью — физиологическое явление, оно наблюдается и у здоровых людей. При НЦД выявляется большой перепад между дневными и ночными значениями АД, т.к. практически у всех больных с таким диагнозом регистрировались цифры АД в «нормальных» пределах в ночное время. При АГ регистрируется «монотонный» характер кривой, с менее выраженным перепадом день-ночь, нередко АД ночью повышается. При анализе кривой систолического АД отмечается большая лабильность его при НЦД, пикообразное повышение и быстрое возвращение к исходному уровню. Таким же образом ведет себя и кривая ЧСС при НЦД, ее «пики» практически всегда связаны с повышением АД и его снижением — снижается ЧСС.

На рисунке 1 представлены тренды СПАД и ЧСС при НЦД (рис. 1А) и при АГ (рис. 1Б), где можно проследить вышеописанные отличия.

Рис. 1А

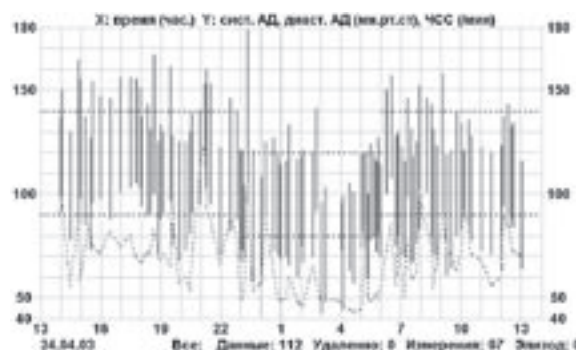
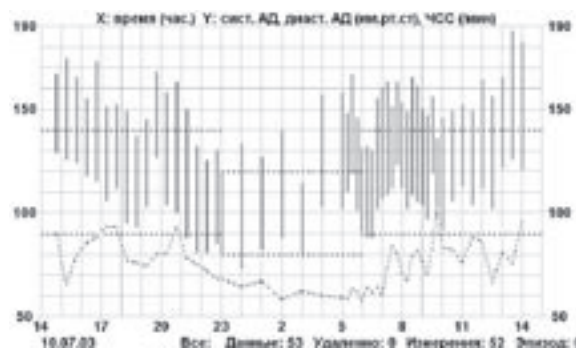


Рис. 1Б



Метод анализа СПАД используется и для контроля лечения больных артериальной гипертензией. Это важно не только для подтверждения правильности подобранной терапии, но и для контроля за уровнем снижения АД ночью (особенно АД диастолического). Известно, что чрезмерное снижение АД ночью может привести к ишемизации органов-мишеней и развитию нежелательных осложнений: острый инфаркт миокарда, ишемический инсульт, сложные нарушения ритма и проводимости.

На рисунке 2 представлены СПАД больной П., 53 лет, на фоне «самолечения» (рис. 2А) и в ходе подбора антигипертензивной терапии (рис. 2Б).

На рисунке 2А видно, что до подбора лечения характер СПАД систолического и диастолического — «найтпикер» (устойчивое повышение ночного АД). В ходе подбора антигипертензивной терапии (рис. 2Б) СПАД систолического — «нондиппер» (недостаточная степень ночного снижения АД), а СПАД диастолического — «гипердиппер» (повышенная степень ночного снижения АД), что требует дополнительной коррекции.

На рисунке 3 приведен пример неудачного подбора антигипертензивной терапии больной Ж., 48 лет. По графикам СПАД до (рис. 3А) и после (рис. 3Б) назначенного лечения видно, что в результате ухудшились показатели АД систолического в ночные и утренние часы, а также отмечается недостаточное снижение уровня АД диастолического ночью; дневная же динамика систолического и диастолического АД практически без изменений. Данный случай потребовал полного пересмотра подходов к лечению и назначенной терапии, что было бы невозможно без объективной информации, полученной при проведении СМАД.

Из приведенных выше примеров видно, что СМАД предоставляет лечащему врачу большой объем информации, позволяющий уточнить диагноз, разобраться в симптоматике пациента, оценить тяжесть состояния, а во многих случаях и выявить прогностически важные признаки; помогает более корректно выбрать терапию для данного больного. Проведенное, в ближайшее время от поступления больного в отделение, СМАД позволяет, в конечном итоге, сократить время пребывания на стационарной койке.

Рис. 2А

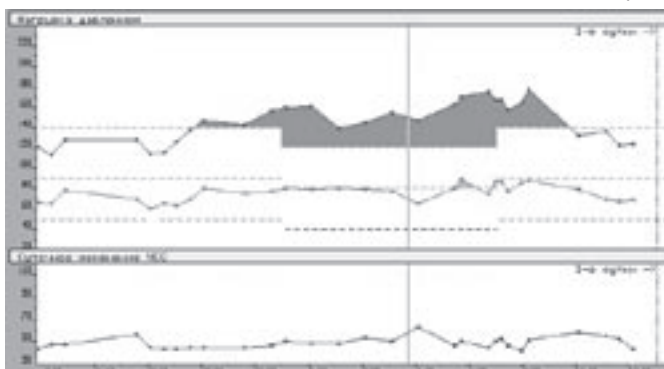


Рис. 2Б

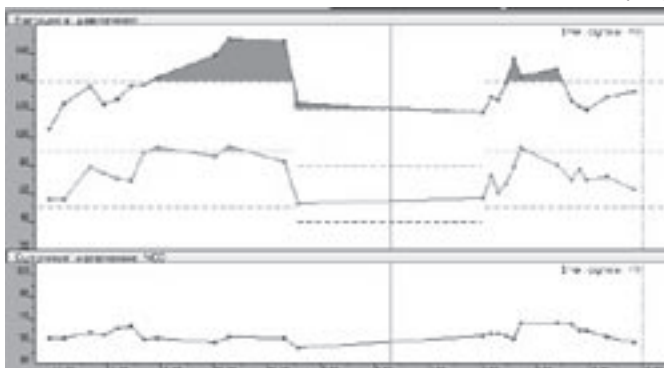


Рис. 3А

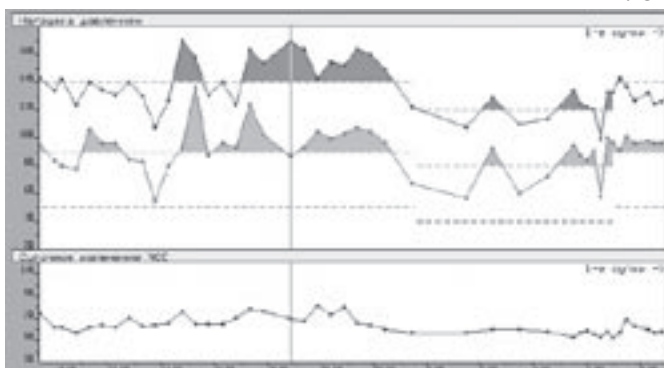
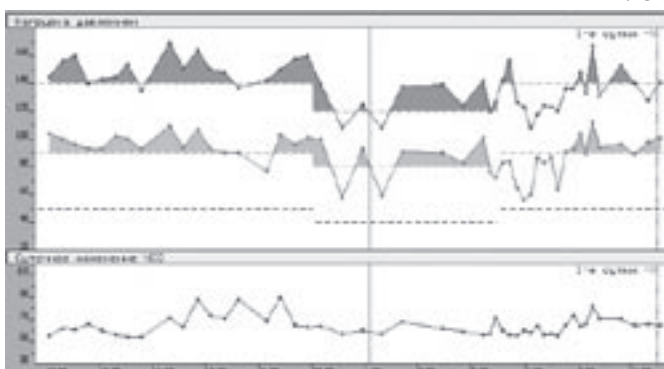


Рис. 3Б





ТАЛОВЕР З.С.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Язвенная болезнь относится к широко распространенным заболеваниям. В городе Междуреченске 5,5 % взрослого населения страдает этой патологией, причем мужчины страдают чаще женщин, у лиц молодого возраста это преобладание оказывается более выраженным.

С современной позиции язвенная болезнь рассматривается как полиэтиологическое заболевание, в патогенезе которого большое значение придается инфекционному агенту.

В конце 2003 года в центральной бактериологической лаборатории МУЗ ЦГБ введен в практику актуальный метод диагностики инфекционных заболеваний методом ПЦР, который позволил врачу-терапевту проводить исследования на *Helicobacter pylori* и лечить данную инфекцию. Всего в 2004 году было проведено 132 исследований, из них наличие данного возбудителя было выявлено у 39 пациентов, что составило 30 %.

Мы применили эту методику у диспансерных больных с язвенной болезнью на ОАО разрез «Томусинский» с последующим проведением эрадикационной терапии. Всего диспансерных больных язвенной болезнью было 76 человек, в том числе язвенная болезнь желудка — 14, язвенная болезнь 12-перстной кишки — 62. По полу больные распределились следующим образом: мужчин — 60 чел., женщин — 16. Возраст больных колебался от 20 до 60 лет. Длительность заболевания у пациентов составила от одного года до 20 лет. Инфицированность *H. pylori* была обнаружена у 80 пациентов. Всем им была проведена эрадикационная терапия, были использованы препарат Пилобак и комбинации препаратов Ультоп + Хинкоцил + Формилид. Препараты переносили пациенты хорошо, лишь у 2-х человек была горечь во рту и у одного — послабление стула.

Возникновение побочных реакций не потребовало отмены лечения.

Проведение эрадикационной терапии у диспансерных больных дало положительный результат в виде уменьшения случаев нетрудоспособности среди данной категории пациентов на 42 % (если в 2002 году было 23 случая, то в 2004 году — 13 случаев), а также позволило сократить число дней нетрудоспособности на 49 % (в 2002 году по причине обострения язвенной болезни было 577 дней нетрудоспособности, в 2004 году — 293). Средние сроки лечения сократились на 29 %. Поскольку средняя заработная плата на разрезе 8000 рублей, а средний дневной заработок 266 рублей, то проведенное лечение позволило сохранить 75544 рублей.

Таким образом, широкое использование в практике терапевта эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* дает существенный экономический эффект в виде уменьшения случаев ВК, сокращения сроков лечения и, тем самым, прекращения длительного приема антисекреторных препаратов.

ВЫВОДЫ:

Исследование на инфицированность *Helicobacter pylori* и проведение эрадикационной терапии может быть рекомендовано для широкого использования в практике врачей-терапевтов как метод, дающий существенный экономический эффект и предупреждающий частоту обострений. Препарат Пилобак и комбинация препаратов Ультоп + Хинкацил + Формилид эффективны в эрадикации *Helicobacter pylori*, частота эрадикации составляет 88 %. Переносимость препаратов хорошая и побочные реакции не потребовали их отмены.

ДУТОВА И.А.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ппульмонологическая помощь больным оказывается на базе терапевтического отделения МУЗ Центральная городская больница. Терапевтическое отделение рассчитано на 60 коек, количество пролеченных больных в год

составляет около 1550 человек, из них болезни органов дыхания стоят на 1-м месте и составляют 54,6 % в структуре госпитализации.

Внедрение нового — открытие палаты интенсивной терапии с ноября 2003 года. В палату го-



спитализируются больные с острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания, которые протекают с резким нарушением жизненно-важных функций организма (дыхательной, сердечно-сосудистой, выделительной).

Условия интенсивной палаты приближены к условиям реанимационного отделения. Больные находятся под круглосуточным наблюдением врача и медицинской сестры.

Оснащение интенсивной палаты: функциональные кровати — 4, небулайзеры — 2, УЗИ-ингаляторы — 4, вакуум-отсосы — 2, кислородотерапия, пульсоксиметры — 2, бактерицидная лампа — 1, дефибриллятор — 1, шкаф для медикаментов — 1, индивидуальный медицинский пост.

Средний срок пребывания в палате составляет 3-5 дней. При крайне тяжелом состоянии больного и резком снижении жизненно-важных функций организма сроки пребывания удлиняются.

За время существования палаты (17 месяцев) пролечено 612 человек, из них, с бронхиальной астмой, тяжелое течение — 48 больных (7,8 %), с ХОБЛ, осложненной ДН II-III, ХЛС, СН ПАБ — 398 больных (65 %), с тяжелым течением пневмонии — 160 (26,1 %), с острыми абсцессами легких — 8 (1,1 %).

Наибольшее количество больных (65 %) — это больные с ХОБЛ. В основном, это пожилые, длительно болеющие пациенты, имеющие такие осложнения, как пневмосклероз, эмфизема легких, ДН, ХЛС, СН. На 2-м месте — пневмонии, тяжелое течение (чаще двусторонние, полисегментарные, деструктивные, осложненные ДН, плевритом, гипоксией). На 3-м месте — бронхи-

альная астма, тяжелое течение (чаще гормонозависимые пациенты, имеющие сопутствующие заболевания).

Таким образом, организация интенсивной палаты позволила:

- обеспечить полноценное лечение (кислородотерапия у больных с гипоксией, гипоксемией);
- сократить койко-день больных с заболеваниями органов дыхания;
- обеспечить экономию денежных средств на интенсивном этапе лечения больных с заболеваниями органов дыхания.

С 1998 года на базе отделения работала «Астма-школа», где проходили обучение больные бронхиальной астмой, была внедрена небулайзеротерапия. С 2003 года «Астма-школа» переименована в «Пульмо-школу», где, наряду с больными бронхиальной астмой, проходят обучение больные ХОБЛ. Школа проводится ежемесячно, цикл состоит из 12 занятий, задача школы: партнерство «Пациент — Врач». Цель школы: приобретение знаний о своем заболевании, ориентация в различных ситуациях, повышение качества жизни.

В ближайшее время ожидается поступление в терапевтическое отделение концентратора кислорода — прибора, который способен синтезировать кислород из обычного воздуха, концентрация кислорода составляет 95-97 %, способен работать до 20 часов в сутки. Вырабатываемый им кислород более физиологичен человеческому организму, нежели кислород из баллона. С помощью концентратора кислорода мы надеемся улучшить лечение и качество жизни больных с заболеваниями органов дыхания.

ТАШЛЫКОВА Л.Л.

МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОЙ ПО ПОВОДУ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Больная Н., 1937 года рождения, находилась под наблюдением неврологов с 15 августа 2004 года, когда обратилась по поводу участвовавших приступов головокружения с эпизодами потери сознания. Периодически рвота, не приносящая облегчения, ощущение «дурноты» практически постоянно.

Из анамнеза известно, что редкие приступы головокружения появились в 1999 году. Ухудшение с первых чисел августа. Указать причину не может. При первичном осмотре очаговой симптоматики в неврологическом статусе не выявлено. Координаторных расстройств нет. Выставлен диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия. Ангидротический синдром. Кризовое течение.

Назначен соответствующий курс сосудистой терапии: курантил, глиатилин, пирацетам, витамин В1, эглонил. В дальнейшем, после проведенного курса лечения, состояние и самочувствие не улучшились. Жалобы на головокружения с приступами потери сознания сохранялись.

Проведено обследование: МРТ сосудов головного мозга, по заключению которого выявлено обеднение сосудистого рисунка в бассейнах передних и средних мозговых артерий. На МРТ сосудов шеи выявлена патологическая извитость ВСА с имеющимися признаками атеросклероза общих сонных артерий и их ветвей.

Учитывая жалобы, данные обследования, пациентка наблюдалась и получала лечение по со-



судистой патологии головного мозга. За период наблюдения проведен полный объем сосудистой терапии, эффект не получен. Консультирована нейрохирургом четырежды — диагноз тот же.

С 26 января 2005 года по 2 февраля 2005 года проводилось обследование в гематологическом отделении 29-й клинической больницы города Новокузнецка, где выявлено объемное образование левой половины грудной клетки. С 22 февраля 2005 года по 30 марта 2005 года — обследование и оперативное лечение в Кемеровском онкологическом диспансере по поводу злокачественной неврилеммы грудной полости слева.

На дооперативном этапе при обследовании выявлена огромных размеров опухоль, приведшая к частичному ателектазу левого легкого, дислока-

ции селезенки вниз. После операции (удаления опухоли) основная жалоба — общая слабость. Головокружения нет.

Таким образом, пациентка, наблюдавшаяся и получавшая курсы сосудистой терапии с августа 2004 года по март 2005 года (7,5 месяцев) не могла избавиться от основной жалобы — головокружения, приступов потери сознания. После операции, проведенной 17 марта 2005 года, вышеизложенные жалобы исчезли. В связи с этим, можно сделать заключение, что опухоль, растущая в левой половине грудной клетки, приводила к раздражению конечных ветвей *plexus cardialis* (постганглионарные волокна симпатической нервной системы), вызывая отмеченные ранее жалобы.

БАШКАТОВА М.М., ФЕДОРОВА Л.Ю.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С УЧЕТОМ ТЕСТА РФН, В САНАТОРИИ «СОЛНЕЧНЫЙ»

В сентябре 2003 г. в санатории «Солнечный» открыто отделение долечивания больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операции на сердце. Согласно Приказу МЗ РФ и ФСС РФ № 190/355 «О долечивании больных в условиях санатория», в санаторий принимаются пациенты на 15-й день после развития мелкоочагового и на 18-21-й день после крупноочагового инфарктов миокарда.

Для более успешного и дифференцированного построения программ реабилитации больных, перенесших ОИМ, при поступлении в санаторий на 18-23-й день болезни проводится тест ранней физической нагрузки по Д.М. Аронову. Ранние пробы с физической нагрузкой положительно влияют на психику больных, они помогают им преодолеть страх перед активацией. Тест позволяет использовать в рамках режима физических нагрузок тренировки на велоэргометре или тредмиле, что, в целом, улучшает прогноз трудоспособности.

Противопоказаниями для проведения ранней велоэргометрии являются частые приступы стенокардии, состояние клинической смерти, отек легких, кардиогенный шок в остром периоде болезни; острая аневризма сердца, тромбоэндокардит, желудочковые нарушения ритма, сердечная недостаточность, высокая артериальная гипертензия, блокада ножек пучка Гиса. Проба проводится на современной компьютерной стресс-системе «Геолинк-Эрго», позволяющей устанавливать различные режимы физических нагрузок, контролировать по монитору в режиме реального времени текущую ЭКГ в 12 общепринятых отведениях,

ЧСС, сопоставлять текущий желудочковый комплекс с исходным, оценивать динамику ST относительно изолинии. Контроль АД осуществляется путем ручного измерения.

Постоянный визуальный контроль за ЭКГ гарантирует безопасность при проведении нагрузочных проб, а в случае выявления нежелательных изменений, позволяет немедленно прекратить пробу и принять необходимые меры. Это важно еще и потому, что у большого числа больных нарушения ритма сердца, колебания сегмента ST не сопровождаются какими-либо субъективными ощущениями. Перед выпиской из отделения проводится повторная ВЭМ для оценки успешности проведенных реабилитационных мероприятий. За прошедший период ВЭМ проведена у 179 больных, что составило 60 %, у половины из них нагрузочные пробы проводились дважды — при поступлении и выписке. В отдельных случаях, из опасений врача, тест РФН при поступлении не проводился, но перед выпиской был проведен.

Нами отслежено состояние 49 человек, из них 5 женщин. Дважды, при поступлении и выписке, нагрузочные тесты проведены у 31 человека, однократно, либо при поступлении, либо при выписке — у 18.

При проведении первичного теста РФН больному давалась ступенчатая непрерывная нагрузка с 25 ватт, продолжительность каждой ступени 3 минуты. Предельная нагрузка при первичном тесте РФН — 75 ватт. Физиологические критерии прекращения пробы (КПП) в данном случае — увеличение ЧСС до 100-120 ударов в минуту, выполнение всех трех ступеней нагрузки, появле-

ние чувства утомления. Патологические критерии прекращения пробы — развитие приступа стенокардии, депрессия или элевация сегмента ST на 1,5-2 мм и более, появление экстрасистол или других нарушений ритма и проводимости.

Установлено, что развитие приступа стенокардии и, в несколько меньшей степени, появление ишемических изменений на ЭКГ характеризуют неблагоприятное течение ИБС у больного на протяжении первого года после инфаркта миокарда.

В зависимости от результата, полученного на тесте РФН, пациентам назначались физические нагрузки. В случае прекращения пробы по физиологическим КПП, пациенту назначался тренирующий режим физической активности: поуровневый переход от комплекса лечебной гимнастики IIIA к комплексу IIIB — 2-3 дня, от комплекса IIIB к IVA — 5-6 дней. Основной режим тренировок — лечебная гимнастика IVA, у отдельных больных с дополнительным включением гантелей по 0,5 кг в последние 5-6 дней реабилитации. Кроме того, назначались тренировки на велотренажере (велоэргометре), обычно в режиме 25 ватт, с пяти минут с постепенным увеличением времени на 2-5 минут в день до 20-25 минут. Контролем служит переносимость и достигаемый уровень ЧСС, который не должен превышать достигнутый на высоте теста РФН. Затем нагрузка на педали увеличивается до 50 ватт, и опять тренировки начинаются с пяти минут с постепенным увеличением.

Больным, у которых КПП на тесте РФН были патологические, шаг перехода от ступени к ступени лечебной гимнастики увеличивался до 4-6 дней на уровне IIIA-IIIB, и до 6-8 дней на уровне IIIB-IVA. В случае назначения тренировок на велотренажере, для контроля за состоянием больного, определялся тренирующий пульс (ТП), который вычисляется по формуле: $\text{ЧСС}_{\text{исходная}} + (\text{ЧСС}_{\text{появления патологических КПП}} - \text{ЧСС}_{\text{исходная}}) : 2$. Как правило, у этой категории больных тренировки не превышали уровня нагрузки на педали 25 ватт с ежедневным увеличением продолжительности не более, чем на 2 минуты.

В ряде случаев, когда критерием прекращения пробы являлись желудочковые нарушения ритма сердца или проба ограничивалась первой ступенью нагрузки, предпочтение отдавалось тренировкам на тредмиле, как более физиологичному виду нагрузок. Изначально назначался темп ходьбы 70-80 шагов в минуту, затем, при хорошей переносимости, он увеличивался до 80-90 шагов в минуту, также с постепенным увеличением продолжительности тренировок на 2-4 минуты в день. Наклон полотна дорожки установлен минимальный — 5 градусов. Надо отметить, что переносимость ходьбы на беговой дорожке при одинаковой скорости субъективно и объективно переносится тяжелее, чем дозированная ходьба.

Дозированная ходьба (ДХ) назначалась всем. В зависимости от исходного состояния, на начальном этапе назначалась ходьба от 300 м дважды в день в темпе 60 шагов в минуту до 1000 м в темпе 70 шагов в минуту. Контроль опять же проводился по реакции ЧСС. В дальнейшем прирост времени и расстояния проводился дифференцированно, максимальный темп ходьбы к концу санаторного этапа реабилитации — 90-100 шагов в минуту. ООХ (общий объем ходьбы) варьировал от 1-1,5 км в начале реабилитации до 4,5-5 км в конце ее.

Единичным больным (в данном случае 6 пациентам) с хорошими результатами теста РФН, наиболее успешно и благоприятно переносившим физические нагрузки, в течение последних 7 дней санаторного этапа реабилитации назначалась лечебная гимнастика в бассейне. Во всех шести случаях прирост ЧСС после 15-минутной гимнастики в воде и 5-10-минутного плавания достигал 110-120 ударов в минуту.

Для оценки результатов реабилитации нагрузочный тест повторялся перед выпиской. Критерии усвоения физических нагрузок: физиологический тип реакции на нагрузку, уменьшение клинических проявлений ИБС, снижение дозы принимаемых нитратов, повышение толерантности к дозированной нагрузке или более благоприятная реакция на первоначальную нагрузку (меньший подъем АД, меньшее увеличение ЧСС, уменьшение величины двойного произведения).

Рассмотрим группу больных с повторными тестами РФН, которая составила 31 человек. У всех больных проведена первичная РФН, из них: с физиологическими КПП — 19 человек, с патологическими КПП — 12 человек. Результат повторной РФН: с повышением порога физической нагрузки — 25 человек, без повышения — 6 человек.

Таким образом, 6 человек из 12-ти с патологическими КПП при первом тесте РФН, в результате правильно проведенных реабилитационных мероприятий, смогли преодолеть следующую ступень физических нагрузок. Успешно прошли санаторный этап реабилитации 25 человек. У трех человек без повышения порога физической нагрузки при повторной нагрузочной пробе отмечены физиологические КПП, т.е. в данной группе хорошую перспективу на восстановление трудоспособности имеют 28 человек.

Теперь рассмотрим другую группу больных с одним тестом РФН, проведенным в начале или конце реабилитации. Она составила 18 человек. В начале этапа тест проведен у 11 человек, из них: с физиологическими КПП — 1 человек, с патологическими КПП — 10 человек. В конце этапа тест проведен у 7 человек, из них: с физиологическими КПП — 4 человека, с патологическими КПП — 3 человека.



Таким образом, в этой группе успешно реабилитированы 5 человек. Один больной из группы с физиологическими КПП при поступлении не прошел повторный тест РФН по причине опасения больного из-за имеющейся у него грыжи поясничного отдела позвоночника. Патологические КПП на день выписки имели 13 человек, что составило 26,5 % от всех, прошедших тестирование, что, вероятно, удлинит амбулаторный этап реабилитации у этих пациентов.

В целом, из 49 больных 33 человека (73,5 %) имеют благоприятный прогноз в отношении дальнейшей амбулаторной реабилитации, возможности

удовлетворительно справляться с физическими нагрузками, встречающимися в повседневной жизни и на производстве, и восстановления трудоспособности, как конечной цели. Очевидно, резерв более высокого процента проведения тестов РФН кроется в лучшей подготовленности больных по уровню физической активности к санаторному этапу (13,9 % больных не соответствуют требованиям поступления в санаторное отделение долечивания по уровню физической подготовленности) и, следовательно, построения более индивидуально адаптированных программ физической реабилитации, приводящих к положительному результату.





БОКОВА Г.Н., КЛЫБИК С.В., СТИХИНА Г.М., ШАТОХИНА Т.Н.,
ШАМАЕВ Д.Ю., СЫЧЕНКО А.Г., МЕРИНОВА А.С.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

За последние годы перинатальный подход к проблемам акушерства привел к повышению числа оперативных родоразрешений. Общеизвестно, что повышение числа оперативных родоразрешений лишь до определенного уровня способствует снижению перинатальной смертности. Кроме того, абдоминальное родоразрешение должно быть максимально безопасным для матери.

Расширение показаний к Кесареву сечению отразилось на увеличении числа послеоперационных осложнений, в частности гнойно-септических (Никонов А.П., 1993), которые занимают одно из ведущих мест в структуре материнской смертности. По данным различных авторов, гнойно-септические осложнения после Кесарева сечения возникают в 12-65 % случаев (Гуртовой Б.Л. и др., 1981; Кулаков В.И. и др., 1984; Савельева Г.М. и др., 1989; Faro S., 1990).

Такой широкий диапазон обусловлен рядом причин. Прежде всего, по мнению Чернуха Е.А. и Кулакова В.И. (1998), это различия в формировании изучаемых групп обследованных женщин (экстрагенитальная и гинекологическая патология, хроническая инфекция, социальные факторы, осложнения течения беременности и родов, плановое или экстренное Кесарево сечение, длительность операции, степень кровопотери, технические особенности операции, качество шовного материала, антибиотикопрофилактика и т.д.).

Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, посвященные вопросам совершенствования Кесарева сечения и профилактики гнойно-септических осложнений, высокая частота послеоперационных осложнений требует концентрации знаний по данной проблеме. Учитывая все эти данные, в нашем отделении, совместно с госпитально-эпидемиологическим отделом больницы, в 1999 году были разработаны стандарты профилактики ГСО после операции Кесарево сечение, которые уточняются, совершенствуются и детализируются ежегодно, учитывая современные научные достижения и результаты практической деятельности. С

этой целью нами проведено исследование по изучению и анализу данной проблемы в рамках родильного отделения.

Цель исследования: оценить эффективность профилактики гнойно-септических осложнений при абдоминальном родоразрешении путем операции Кесарево сечение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены 180 историй родов с оперативным родоразрешением Кесаревым сечением за 2004 г. В соответствии с принятыми стандартами, все женщины, идущие на операцию Кесарево сечение, оцениваются по степеням риска по ГСО по комплексу факторов в различных сочетаниях по математической модели, предложенной В.С. Горинным и В.А. Крамской.

В таблице представлены факторы риска выявленные при ретроспективном анализе историй родов с оперативным родоразрешением путем Кесарева сечения.

Таблица
Факторы риска развития осложнений при
проведении операции Кесарево сечение

Факторы риска	Количество женщин	
	абс.	отн.
Экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации	2	1,1
Хронические очаги воспаления, из них:	108	60
- хронический пиелонефрит вне обострения	10	5,5
- острый пиелонефрит	2	1,1
Социальное неблагополучие	18	10
Анемия	109	60,5
Ожирение 2-й степени и выше	11	6,1
Гестоз: легкий	35	19,4
средней и тяжелой степени	17	9,4
Прооперированные в экстренном порядке	106	58,8
Безводный период от 6 до 12 часов	37	20,6
Безводный период более 12 часов	4	2,2
Длительность операции более 1 часа	16	8,8
Кровопотеря 10-20 %	18	10
Влагалищное исследование более 3-х раз	37	20,6
Длительность родов более 12 часов	10	5,5



Таким образом, 1-я степень риска ГСО наблюдалась у 2,8 % женщин, родоразрешенных оперативно, 2-я степень — у 6,6 %, 3-я степень — у 48,3 %, 4-я степень — у 36,6 %, 5-я степень — у 5,5 % женщин.

Обязательными и важными являются предоперационные мероприятия:

а) общепрофилактические: тщательная гигиеническая подготовка к оперативному вмешательству, обязательный забор посева из цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам с последующей санацией влагалища дез. растворами.

б) индивидуальные: проведение патогенетической терапии основного заболевания, санация очагов хронической инфекции (чаще это лечение бактериальных вагинозов у беременных — 37 % случаев), иммунокоррекция.

Родильницам с 4-й и 5-й степенями риска ГСО, как правило, антибиотики назначались до операции и продолжались в послеоперационном периоде.

Интраоперационные мероприятия по профилактике ГСО:

1. Выполнение разреза передней брюшной стенки, при котором ни одно из направлений посплошных разрезов не совпадает по всей длине:

- разрез по Пфанненштилю — 77 случаев (42,8 %);

- разрез по Joel-Cohen — 41 случай (22,8 %);

- доступ к матке по М. Stark — 38 случаев (21,1 %);

- разрез на матке по Дефлеру — 5 случаев (2,8 %), остальные — по Гусакову.

2. Трансперитонеальное Кесарево сечение в нижнем сегменте матки с временной изоляцией брюшной полости в модификации З.А. Чиладзе — проведено в 2-х случаях, с последующим благоприятным послеоперационным периодом.

3. Взятие посева из полости матки на флору и чувствительность к антибиотикам — проведено в 100 % случаев.

4. Тщательный гемостаз — осуществлялся методом электрокоагуляции всех мелких сосудов и перевязки сосудов среднего калибра.

5. Внутриматочный лаваж (растворами 1 % диоксида, 2 % хлоргексидина, метрагила) — проведен в 61 случае (33,8 %).

6. Ушивание матки — в 100 % случаев выполнено непрерывным однорядным швом с использованием синтетического рассасывающегося материала (викрил — 15,8 %, капроаг — 84,2 %).

7. Лимфотропное введение антибиотиков — проведено в 25 случаях (13,9 %).

8. Внутривенное введение антибиотиков после пережатия пуповины — выполнено в 100 % случаев (цефазолин по 2 г — 19 %, цефабол по 2 г — 81 %).

9. Обработка антисептиками брюшной полости — 13,9 % случаев, подкожно-жировой клетчатки — 100 %.

Послеоперационные мероприятия общепрофилактического направления заключались в коррекции гемостаза адекватной инфузионной терапией, восполнении кровопотери, профилактике пареза кишечника, субинволюции матки, раневой инфекции, активном ведении родильниц.

В послеоперационном периоде огромное значение придавалось антибиотикопрофилактике. До настоящего времени продолжается дискуссия о длительности превентивной терапии. Многие авторы указывают на преимущества короткого курса лечения антибиотиками. Наиболее благоприятным, в плане профилактики, в хирургии является дооперационный период (за 2 часа до операции). Однако быстрый трансплацентарный переход антибиотиков ограничивает дооперационное применение их у беременных. Многие исследователи считают, что однократное введение 3-4 г цефалоспоринов по терапевтическому эффекту не уступает более длительному введению антибиотиков.

Однако при лабораторном контроле через 12-24 часа после операции у прооперированных нами женщин из 3-й и 4-й групп риска по ГСО практически всегда наблюдались достаточные выраженные изменения в клиническом анализе крови. В связи с этим, мы придерживались схемы антибиотикопрофилактики, предложенной коллегами из Новокузнецкого и Иркутского ГИДУВов, которые считают, что однократное введение АБ возможно только при 1-й степени риска ГСО. Родильницам с 3-й степенью риска ГСО антибиотики назначаются короткими курсами (48-72 часа), с учетом чувствительности флоры. У родильниц из 4-й и 5-й групп риска антибиотикопрофилактика, как правило, должна начинаться до операции и продолжаться после операции в курсовой дозе.

Таким образом, у 180 родильниц, прооперированных в 2004 году, продолжительность антибиотикопрофилактики распределилась следующим образом:

- во время операции и через 12 часов после нее — 17 женщин (9,4 %) из 1-й и 2-й групп риска;

- в течение 48 часов — 26 женщин (14,4 %) из 3-й группы риска;

- в течение 72 часов — 61 женщина (33,9 %) из 3-й группы риска;

- в течение 5 суток — 76 женщин (42,2 %) из 4-й и 5-й групп риска.

Профилактика одним антибиотиком (цефазолин или цефабол) проводилась 115 женщинам (63,3 %), двумя антибиотиками (цефалоспорины и аминогликозиды) — 27 женщинам (15 %), двумя антибиотиками и метрагилом — 38 женщинам (21,1 %).

Послеоперационный период после операции Кесарева сечения, в основном, протекал у рожениц благоприятно. Минимальная клиника пареза кишечника наблюдалась у 2-х пациенток (1,1 %), кратковременная гипертермия до 38°C — у 7 человек (3,9 %), изменения в клинических анализах крови наблюдались у 137 человек (76,1 %).

В 2-х случаях у пациенток из 4-й группы риска ГСО развился послеоперационный эндометрит. Внутриматочный аспирационно-промывной лаваж полости матки выполнялся в 7 случаях (3,8 %), инструментальное выскабливание послеоперационной матки проведено 5 больным (2,8 %).

В итоге, на 6-7 сутки выписано 64 человека (35,5 %), на 8-9 сутки — 91 (50,5 %), на 10-11 сутки — 21 (11,7 %), на 11-12 сутки — 4 человека (2,2 %).

ВЫВОД:

Комплексная программа профилактики ГСО после Кесарева сечения и четкое следование выработанным стандартам ведения, включающим выделение групп риска по ГСО, обеспечение минимальной вероятности инфицирования во время беременности, родов, операции и в послеоперационном периоде, ранняя диагностика и лечение локализованных форм заболеваний позволило снизить послеоперационные ГСО до 1,1 %, избежать развития генерализованных форм инфекции (перитонит, сепсис), снизить послеоперационное пребывание в отделении, несмотря на преобладание в структуре больных, абдоминально родоразрешенных путем Кесарева сечения, рожениц с высокой группой риска по ГСО.

САЛЮК Л.С., НЕЗАВИТИНА М.В., КОЛЫХАЛОВА А.С., БАРАКОВА З.Д.
*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) относятся к патологии, с которой часто встречается врач-гинеколог, но не всегда правильно и своевременно решает вопрос о лечении и реабилитации таких больных. Практически все дисфункции тазовых органов связаны с дисфункциями мышц тазового дна. Без оптимальной функции мышц тазового дна не может быть нормального держания мочи, газов, плода; нормального мочеиспускания, дефекации, оргазма, вынашивания плода и родов. Мышцы тазового дна являются истинными (интимными) и тесно связаны с интимными органами. Интимные мышцы активно участвуют в выработке сексуальной энергии, которая является одной из основных движущих сил в организме человека. Ее сублимация или переход в другие виды энергии способствует активации любой деятельности человека.

По последним данным ВОЗ, насчитывается 200 миллионов человек с недержанием мочи.

Дизурия, недержание мочи, запоры — это «маркеры» опущения тазового дна у женщин. На основании данных исследования Национального Института Геронтологии в США, 38 % американских женщин страдают недержанием мочи. По разным данным, у нас в России недержанием мочи страдают до 80 % женщин.

ОиВВПО — заболевание полиэтиологичное и в его развитии важную роль играют физические, генетические и психологические факторы. Оказывают влияние на состояние тазового дна и связоч-

ного аппарата матки: возраст, наследственность, роды, родовые травмы, тяжелая физическая работа, рубцы после хирургических операций, снижение уровня половых гормонов, растренированность мышц тазового дна.

О достаточном широком распространении патологии свидетельствует наличие Международного общества удержания мочи и создание на Западе специальных микциологических центров по изучению проблемы нарушения акта мочеиспускания. У нас в России всего этого нет. В нашей стране опущение тазового дна и недержание мочи у женщин до последнего времени обсуждать было не принято. Но проблема дисфункции тазового дна, в связи с включением в нее миллионов страдающих людей, имеет не только большое медицинское значение, но и является социальной и экономической проблемой общества.

Существуют подробные классификации опущения и выпадения половых органов с формированием цистоцеле, ректоцеле и пролапса матки по степеням.

В клинике наиболее характерными являются жалобы на тянущие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание или позывы, выпадение половых органов, появление трофических, декубитальных язв на слизистой оболочке влагалища, недержание газов и т.д.

При обследовании определяется объем операции и, после тщательной подготовки, проводится оперативное лечение с целью коррекции дисфункции тазовых мышц и улучшения качества жизни.



Цель — определить возможности пластической хирургии в гинекологии. Оценить отдаленные результаты и эффективность проведенных операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами прооперировано 38 женщин, в возрасте от 40 до 70 лет, в течение 2001-2004 гг. Операции проведены по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов с цистоцеле, ректоцеле, пролапсом матки 2-3 степени, выворотом стенок влагалища вплоть до формирования промежностной грыжи, с послеродовым разрывом промежности 4-й степени и образованием влагалищно-промежностно-прямокишечного свища, с недержанием мочи и запорами. Всего проведено 52 операции, направленных на укрепление тазового дна: передняя кольпоррафия — 12 случаев; задняя кольпоррафия с перинеоррафией и неизолированной леваторопластикой — 13 случаев; операций, направленных на частичную облитерацию влагалища: срединная кольпоррафия — 3 случая; операций, направленных на укрепление фиксирующего аппарата матки: подшивание апоневротического лоскута к связкам матки — 18 случаев. Удаление влагалищной перегородки проведено в одном случае, ампутация шейки матки с пересадкой сводов по Штурмдорфу — в 2-х случаях.

Все операции проводились по классической методике, применяемой годами. Учитывая высокий процент рецидивов заболевания, нами освоена и используется комбинированная двухэтапная операция: 1-й этап заключается в укреплении крестцово-маточных связок апоневротическими лоскутами, выкроенными из апоневроза наружных косых мышц живота, проведенными к ним экстраперитонеально; 2-й этап — кольпоперинеолеваторопластика.

Анатомо-физиологическое обоснование укрепления матки, культы шейки матки, купола влагалища апоневротическим лоскутом заключается в том, что одновременно создается фиксация и репозиция матки в физиологическое положение с сохранением подвижности, восстанавливается гемодикуляция во всех отделах матки, кроме того, операция технически проста в исполнении. Хирургическое вмешательство проводилось в 1-ю фазу менструального цикла. Для обезболивания применялся эндотрахеальный наркоз или эпидуральная анестезия. Оба этапа операции проводились одновременно. Средняя продолжительность операции — 2,5-3 часа.

Ведение послеоперационного периода не отличалось от общепринятого при полостных и влагалищных операциях. С 3-х суток после операции проводилось спринцевание влагалища раствором хлоргексидина. После 4-х суток постельного режима женщины вставали, на 6-е сутки снимались

швы с промежности. Садиться можно спустя 3 недели с момента операции. Соблюдение этих рекомендаций привело к заживлению швов первичным натяжением. Прооперированным женщинам давались рекомендации: ограничить подъем тяжестей до 5 кг, через 30 дней начать активную половую жизнь, при ее отсутствии — лечебная гимнастика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании приняли участие 31 женщина (всего прооперированы 38 женщин, 4 женщины поменяли место жительства, 3 женщины не изъявили желания участвовать в исследовании). Были выполнены симультанные операции: пластические операции на промежности в 12 случаях сочетались с ампутацией матки, в 3-х случаях — с экстирпацией матки, в 10 случаях симультанно выполнена аднексэктомия.

Время послеоперационного наблюдения составило от 4 месяцев до 3 лет. Женщины приглашались на медицинский осмотр, проводилось анкетирование, где выяснялась эффективность проведенных операций по коррекции мышц тазового дна. Заключение о хорошем результате операции получили 22 женщины (71 %), об удовлетворительном — 5 пациенток (16,1 %), рецидив заболевания развился у 4-х женщин (12,9 %).

Из четырех случаев рецидива заболевания только у одной пациентки проводилось подшивание апоневротического лоскута, у трех женщин укрепление фиксирующего аппарата матки, к сожалению, не проводилось. Это лишний раз подтверждает, что укрепление связок матки дополнительно уменьшает число рецидивов.

Результаты полученные в нашей работе, не противоречат работам других авторов. По данным В.И. Краснопольского, частота рецидивов опущения и выпадения матки и влагалища после различных операций составляет 12,5-33,5 %. Следует отметить, что ни у одной пациентки не развились послеоперационные грыжи передней брюшной стенки, не было стойких болей внизу живота. Только у одной женщины были жалобы на нарушения менструального цикла (3,2 %). Рецидивы наступили, возможно, из-за больших повреждений фасциальных структур малого таза или врожденной несостоятельности соединительной ткани.

ВЫВОДЫ:

Процент рецидивов оказался незначительным. Окончательные выводы при данной численности больных делать преждевременно, но полученные результаты обнадеживают. Проводимые нами 2-х этапные пластические операции на промежности

в сочетании с укреплением связочного аппарата матки апоневротическими лоскутами физиологически обоснованы, технически просты, позволяют сохранить специфические функции женского организма. Операции не приводят к тяжелым интра- и послеоперационным осложнениям, надежны и эффективны, позволяют сократить частоту

рецидивов опущения и выпадения матки и стенок влагалища, вернуть женщин к активной социальной жизни.

Безусловно, необходимо проведение дальнейших исследований с привлечением большего числа пациентов и более длительными сроками наблюдения.

ЩЕГЛОВА Е.В., САЛЮК Л.С., МЕЛЬНИК Н.Л.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

В настоящее время в практической деятельности врача-гинеколога все больший удельный вес занимает лапароскопический метод оперативного лечения, имеющий ряд преимуществ по сравнению с лапаротомией.

Цель исследования — показать улучшение результатов хирургического лечения гинекологических больных при использовании эндоскопических методов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Первая эндоскопическая операция выполнена по поводу внематочной беременности 12.07.2001 г. — выдавливание плодного яйца из ампулярного отдела трубы. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

За 3,5 года количество лапароскопических операций неуклонно повышается. В течение первого года эндоскопические операции проводились только на придатках, уже в 2002 г. была проведена первая эндоскопическая ампутация тела матки, а в 2004 г. — первая влагалищная экстирпация матки с эндоскопической ассистенцией.

Внематочная беременность — одно из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний. Оперативная лапароскопия в настоящее время стала методом выбора при лечении этого заболевания, причем выполняются как радикальные, так и органосохраняющие операции. Всего проведено 45 лапароскопий, из них: органосохраняющих — 4, (выдавливание плодного яйца — 3, линейная сальпинготомия — 1), радикальных — 41 операция.

Отдаленные результаты органосохраняющих операций мало утешительные — в одном случае в сохраненной трубе повторно возникла внематочная беременность и была выполнена лапаро-

скопическая тубэктомия, в одном случае — через единственную сохраненную трубу беременность так и не возникла (время наблюдения 2 года).

Течение послеоперационного периода во всех случаях правильное, осложнений не было. В сравнении с полостными операциями, при эндоскопических операциях среднее пребывание в стационаре меньше в 2-2,2 раза, расход препаратов — в 1,7 раза (таблица).

Таблица
Сравнительная характеристика эндоскопических и полостных операций

Операции	Эндоскопические	Полостные
Среднее количество койко-дней	4,5-5	10-11
Антибактериальные препараты:		
- количество	1	1-2
- сроки назначения	3-4 суток	5-7 суток
Инфузионная терапия	-	2-3 суток

Стерилизация — одна из первых процедур гинекологической лапароскопии, впервые выполненная в 1941 году. Стерилизация представляет собой хирургическую операцию, приводящую к отсутствию оплодотворения в силу невозможности транспорта сперматозоида и яйцеклетки. Эта операция сразу начала проводиться и нами. Отдаленные результаты — наступлений беременности после хирургической стерилизации не было ни в одном случае.

В послеоперационном периоде было одно осложнение — обострение хронического эндометрита после трубной стерилизации и тубэктомии по поводу гематосальпинкса. На фоне антибактериальной терапии воспалительный процесс купирован, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Среднее пребывание при эндоскопической стерилизации составлял 2 койко-дня, а при полостных операциях, мини-лапаротомии — 5 койко-дней, что в 2,5 раза больше.



Бесплодие в браке — важная и достаточно сложная современная проблема. По данным ВОЗ, за последние 2-3 десятилетия во всех развитых странах мира, наряду с низкой рождаемостью, регистрируют увеличение доли бесплодных браков до 12-18 %. Наиболее часто проводятся операции по поводу трубноперитонеального бесплодия, с целью разделения спаек и восстановления проходимости маточных труб и при эндокринном бесплодии (первичные поликистозные яичники).

Отдаленные результаты этих операций показывают их большую эффективность у женщин с эндокринным бесплодием. В наших наблюдениях беременность наступила и закончилась рождением здоровых детей у одной женщины после адгезиолизиса и у 3-х — после резекции яичников (17,7 %).

Течение послеоперационного периода в одном случае осложнилось явлениями тонкокишечной непроходимости из-за ущемления петли тонкого кишечника в раневом канале после введения большого троакара. Проведено расширение разреза, ревизия кишечника — явлений некроза петель кишечника не обнаружено, выполнено тщательное послойное ушивание раневого канала. Женщина выписана в удовлетворительном состоянии.

Среднее пребывание после лапароскопических операций при бесплодии составляет 5 койко-дней, при полостных операциях — 7-9 койко-дней (в 1,4-1,8 раза больше). В послеоперационном периоде больные получали антибиотики цефалоспоринового ряда или фторхинолоны в течение 3-5 дней, при полостных операциях — 5-7 дней, в обоих случаях физиотерапия начиналась с первых суток.

Эндохирургическое лечение опухолей и опухолевидных образований яичников повторяет принципы классической хирургии. Эндоскопические операции на яичниках (клиновидная резекция, каутеризация, цистэктомия, овариэктомия, аднексэктомия) делаются с самого начала и их число увеличивается. Течение послеоперационного периода во всех случаях правильное, осложнений не было. Средний койко-день при эндоскопических операциях составил 5-7, при полостных — 10-11. Антибактериальные препараты назначались в течение 3-5 суток и 5-7 суток, соответственно, по 1 и 1-2 курса.

Таким образом, в сравнении с полостными операциями, при эндоскопических операциях среднее пребывание меньше в 1,8 раза, а расход препаратов — в 1,5 раза.

С 2002 года в отделении проводятся операции на матке — надрезагалищная ампутация

тела матки, консервативная миомэктомия. В количественном отношении их становится все больше.

Основные показания к оперативному лечению — субмукозная миома, миома тела матки с центрипетальным ростом узла. Величина матки соответствовала до 8-9 недель — из-за отсутствия морцеллятора опухоли больших размеров эндоскопически не оперировались.

Течение послеоперационного периода во всех случаях правильное, осложнений не было. Средний койко-день при эндоскопических операциях составил 7-8, при полостных — 11-12. Антибактериальные препараты назначались в течение 5 суток и 5-7 суток, соответственно, по 1 и 1-2 курса. Инфузионная терапия проводилась при эндоскопических операциях 1-2 суток, при полостных — 3 суток.

Таким образом, в сравнении с полостными операциями, при эндоскопических операциях среднее пребывание меньше в 1,5 раза, расход препаратов — в 1,2 раза.

В 2004 году была выполнена влагалищная экстирпация матки с эндоскопической ассистенцией. Показания — миома тела матки в сочетании с патологией шейки матки (рубцовая деформация, гипертрофия шейки матки, эрозированный эктропион, предраковые заболевания шейки матки). В течение года выполнено 5 операций.

Течение послеоперационного периода во всех случаях правильное, осложнений не было. В сравнении с полостными операциями, при эндоскопической экстирпации среднее пребывание в стационаре меньше в 1,6 раза, расход препаратов — в 1,4 раза.

Таким образом, в настоящее время лапароскопическая хирургия становится все более распространенным методом диагностики и лечения в гинекологии. Это объясняется достоинствами лапароскопического доступа, по сравнению с лапаротомным:

- менее выраженная операционная травма;
- уменьшение кровопотери;
- большие возможности выполнения органосохраняющих операций;
- сокращение сроков пребывания больных в стационаре;
- уменьшение расхода препаратов в послеоперационном периоде;
- быстрая реабилитация после вмешательства.

Малая травматичность и низкая частота интра- и послеоперационных осложнений сделали лапароскопический метод альтернативой традиционным методам лечения.

СИЛАНТЬЕВА Е.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ С ПОДРОСТКАМИ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Центр планирования семьи и репродукции МУЗ ЦГБ одной из основных задач в своей работе поставил работу с подрастающим поколением.

Так уж сложилось в России, что беременность и рождение детей были связаны с замужеством, половая жизнь до брака не обсуждалась. Долгое время беседы о половом воспитании были запрещены. Считалось, что они способны вызвать у молодых людей чрезмерное любопытство и привести к преждевременному половому опыту. Но жизнь показывает другое. Молодежь, которая получает достаточно информации, обычно осознанно начинает взрослую жизнь.

Вопросы о том, когда и сколько иметь детей, как избежать нежелательной беременности, как строить свои семейные отношения, рано или поздно встают перед каждым человеком. Рост сексуальной активности молодежи в последние годы, при крайне низком уровне знаний по вопросам контрацепции, приводит к увеличению числа нежелательных беременностей, исходом зачастую является искусственный аборт, реже — юное материнство.

Для современных подростков характерно ускоренное физиологическое созревание на фоне недостаточной социальной зрелости и не сформировавшегося чувства ответственности за свои поступки, в том числе и в половой жизни. Поскольку половая зрелость у девочек наступает на 1,5-2 года раньше, чем у мальчиков, о чем свидетельствуют материалы многих исследований, профилактическую и воспитательную работу с ними необходимо начинать как можно раньше. Конечно, мы имеем в виду половое воспитание подростков. Репродуктивное поведение подростков, связанное с акселерацией, характеризуется ранним началом половой жизни, как нельзя лучше это подтверждают данные анкетирования, проведенного в 2004 году у 100 старшеклассников г. Междуреченска.

У девушек дебют половой жизни в 13 лет составил 10 %, с 14 лет — 35 %, с 15 лет — 35 %, с 16 лет — 20 %, у юношей — 6 %, 27 %, 33 % и 34 %, соответственно. По данным анкетирования, дебют половой жизни в 15 лет у юношей и девушек одинаков и составляет 33-35 %. Такие же данные дают исследования, проведенные в других городах России.

Из опроса наших респондентов установлено, что 30 % девушек и 62 % юношей положительно относятся к раннему началу половой жизни. По-

зитивным является то, выражая свое отношение к ранней половой жизни, 45 % девушек и 26 % юношей видят в этом вред.

Одним из путей сохранения репродуктивного здоровья подрастающего поколения является профилактика незапланированной беременности. Анализируя данные анкетирования об использовании современных средств контрацепции подростками нашего города, мы получили следующие данные: всегда предохраняются 25 % девушек и 32 % юношей, иногда предохраняются — 42 % девушек и 40 % юношей.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что охрана сексуального здоровья молодежи требует всестороннего подхода. И надо особо отметить, что внедрение полового воспитания не стимулирует сексуальную активность подростков, а, наоборот, приводит к пониманию необходимости ответственного сексуального поведения и формированию положительного отношения к семейным ценностям.

С этой целью в нашем Центре ежедневно проводятся индивидуальные и групповые беседы акушерами-гинекологами, психологами, акушерками, с подрастающим поколением нашего города, с показом видеофильмов. Проводятся курсы лекций по вопросам гигиены, анатомии, физиологии, контрацепции. В 2002 году подросткам прочитано 65 лекций, в 2003 году — 117, в 2004 году — 125. Видеофильмов показано 6, 65 и 125, соответственно.

Опыт нашей работы показывает, что доверие к врачу и открытость подростков увеличиваются при работе в малых группах. 98 % прочитанных лекций проведены в Центре планирования семьи и репродукции, и мы считаем, что это наиболее правильный подход в работе с подростками. Все, кто приходит в Центр, потом с большим доверием и желанием обращаются за консультациями к специалистам Центра. Это происходит еще и потому, что Центр расположен в центре города, отдельно от других структурных подразделений ЦГБ, а это играет немаловажную роль при работе с подростками.

Для учащихся школ города в Центре проводятся декадни здоровья. Организованы постоянно действующие выставки «Современные средства предохранения от нежелательной беременности», «Средства личной гигиены», «Азбука для будущих матерей».

В тесном взаимодействии мы работаем с детским приютом «Нежность» — участвуем в ток-шоу,



которые проходят в приюте, организуем круглые столы, дети ежемесячно приходят на беседы. Ежегодно участвуем в научно-практических конференциях учащихся школ и студентов. Совместно с учащимися школ проводятся анкетирования, лицензируем научно-практические работы, участвуем в городских акциях «Человек и здоровье». Традицией стало проводить дни открытых дверей в День студента (13.02), День здоровья (17.04), День семьи (15.05), День матери (26.11). Работа ведется также с отдаленными участками пос. Майзасс, пос. Теба (организованы уголки репродуктивного здоровья, проведены круглые столы). Накануне летней оздоровительной компании провели цикл лекций для вожатых о физиологии полового созревания, современных средствах контрацепции.

На протяжении 5 лет в Центре планирования семьи и репродукции бесплатно выдаются современные средства предохранения от нежелательной беременности. С 2004 года любая женщина и девушка может получить гормональные таблетки для «аварийной контрацепции».

В заключение хочется сказать, что подростковый возраст — это особый период в жизни каждого человека. В это время закладывается основа его здоровья. И мы считаем, что должна действовать система как школьного, так и внешкольного полового образования подростков. Не вместо семейного воспитания, а наряду с ним. Каждый подросток должен знать, что самая безопасная сексуальная жизнь — это жизнь в семье при взаимной верности супругов.

ЯНКИНА Т.Н.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРИЕМА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ЗА 2 ГОДА (2003-2004 ГГ.)

Невынашивание является актуальной проблемой здравоохранения и находится в центре внимания исследователей всего мира, поскольку значительно повышает уровень перинатальной заболеваемости и смертности.

Понятие невынашивания беременности включает в себя самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды. Привычное невынашивание — это прерывание 3-х и более последовательных беременностей. Частота невынашивания составляет около 20 % к числу желанных беременностей, привычного невынашивания — 1-2 %.

К факторам риска (предполагаемым причинам) невынашивания относятся:

1. Социально-биологические: возраст, вредные привычки, вредные условия труда, внутрисемейные факторы.

2. Генетические факторы.

3. Акушерско-гинекологический анамнез: гормональные нарушения, перенесенные воспалительные заболевания, бесплодие, искусственные аборт, преждевременные роды, аномалии развития половых органов.

4. Экстрагенитальные заболевания: инфекционные, эндокринные, сердечно-сосудистые и др.

5. Осложнения данной беременности.

6. Иммунологические факторы.

7. Отцовские факторы.

Оказание помощи беременным и гинекологическим женщинам с невынашиванием осуществляется в соответствии со стандартами динамического наблюдения беременных и небеременных женщин с невынашиванием в соответствии с приказом № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

На протяжении 2-х лет (2003-2004гг) в МУЗ ЦГБ ведется специализированный прием по невынашиванию. Объем работы составляет ведение беременных с невынашиванием; наблюдение женщин с невынашиванием вне беременности; проведение им обследования, консультаций, реабилитационных мероприятий, контрацепции.

В течение 2003 г. наблюдались 43 беременных с невынашиванием, в 2004 г. — 40 (табл. 1).

Таблица 1
Показатели наблюдения беременных группы невынашивания в сравнении с показателями по женской консультации за 2003-2004 гг. (в %)

Показатели	2003 год		2004 год	
	невынаш	ж/к	невынаш	ж/к
Ранняя явка (до 12 нед.)	93	76,9	92,5	80,6
Поздняя явка (свыше 28 нед.)	-	2,5	-	1,1
Преждевременные роды	5	2,9	-	2,4
Самопроизвольные выкидыши	4,5	1,2	-	2,6
Невынашивание	9	4,2	-	5
Перинатальная смертность	-	9,9 ‰	-	7,8 ‰
Материнская смертность	-	1 случай	-	-

Из приведенных в таблице данных видно, что:

- процент ранней явки на специализированном приеме выше, чем по женской консультации;
- случаев поздней явки не было;
- процент преждевременных родов и невынашивания в 2003 выше, чем по женской консультации, в 2004 г. — 0 %;
- случаев материнской и перинатальной смертности в группе беременных с невынашиванием за 2 года не было.

Объем обследования беременных с невынашиванием, помимо принятого по стандартам физиологически протекающей беременности, включает дополнительно гормональное обследование (ХГЧ, 17-КС), обследование на хронические инфекции методами ИФА и ПЦР, консультации эндокринолога, генетика, по показаниям — других специалистов, консультации на КЭК в женской консультации, в Зональном перинатальном центре г. Новокузнецка, по показаниям — дородовую госпитализацию.

Показатели обследования беременных с невынашиванием на хронические инфекции, консультации узких специалистов, консультаций на КЭК, в ЗПЦ г. Новокузнецка, дородовой госпитализации выше, чем по женской консультации в 4-5 раз; основные (рутинные) показатели составили практически 100 %.

Беременные с невынашиванием относятся к группе повышенного риска по развитию различных осложнений беременности: угрозы прерывания, ФПН, гестоза, ВПР плода, что подтверждается практическими наблюдениями (табл. 2).

Показатели осложнений беременности в группе невынашивания по сравнению с женской консультацией (в %)

Показатели	2003 год		2004 год	
	невынаш	ж/к	невынаш	ж/к
Гестоз	15	14,8	2,5	14,7
Госпитализированы с гестозом	100	95,5	100	92,8
Беременные группы высокого риска	11,6	9,8	17,5	8,9
Угроза прерывания	58	19,9	47,5	19
ФПН	19,3	14,6	25	11
ВПР плода	-	0,4	-	0,3

Из таблицы следует, что в группе невынашивания процент осложнений в течении беременности значительно выше, чем по женской консультации: гестозов — в 2 раза, ФПН — в 1,5-2 раза, угрозы прерывания — в 2,5-3 раза.

Более высокие показатели осложнений при беременности потребовали дополнительных курсов лечения в дневном стационаре женской консультации, в гинекологическом отделении и отделении патологии беременности. Конечным результатом ведения беременной является исход родов.

В группе беременных с невынашиванием процент осложнений в родах был выше, чем по женской консультации.

Процент осложнений в родах в группе беременных с невынашиванием, по сравнению с женской консультацией был выше практически по всем видам осложнений. Кесарево сечение было проведено в 2003 году у 20 % женщин с невынашиванием и у 16,6 % женщин, стоявших на учете в женской консультации по поводу беременности, в 2004 году — у 31,2 % и 16 % женщин, соответственно. Гестоз развился у 15 % и 9,1 % в 2003 г., у 15,6 % и 11,5 % в 2004 г.; аномалии родовой деятельности — у 10 % и 6 % в 2003 г., у 15,6 % и 7,9 % в 2004 г.; кровотечение в родах — у 5 % и 0,2 % в 2003 г., у 3,1 % и 0,4 % в 2004 г.; эклампсия — у 0 % и 1 % в 2003 г., у 0 % и 0,7 % в 2004 г., соответственно. Таким образом, процент осложнений в родах в группе с невынашиванием значительно выше, чем по женской консультации: гестозов — в 1,5 раза, кесарева сечения — в 1,5-2 раза, аномалий родовой деятельности — в 2 раза, кровотечений — значительно выше.

Однако, несмотря на большее число осложнений в родах, в группе беременных с невынашиванием не было случаев тяжелых форм гестозов, перинатальной и материнской смертности.

Оказание помощи женщинам с невынашиванием вне беременности включало в себя обследование, реабилитацию, контрацепцию.

Обследование проводилось общеклиническое, биохимическое, на хронические инфекции, гормональное, УЗИ, R-логическое (R-графия черепа, турецкого седла, МСГ). Консультации — медико-генетическая, по показаниям — узких специалистов. Реабилитация включала в себя проведение противовоспалительной терапии, гормонотерапии — по показаниям, санацию очагов хронической инфекции, дополнительные методы лечения (физиотерапия, лазеротерапия и т.д.) Пациентки обеспечивались надежным средством контрацепции на необходимое время (барьерная или КОК).

Всего взято на диспансерный учет в 2003 году 46 женщин, в 2004 году — 52; сняты в связи с наступлением беременности — 37 и 39, сняты в связи с непосещением — 4 и 5 женщин, соответственно. Практически все взятые на учет пациентки (95-97 чел.) прошли объем обследования и консультаций, предусмотренный стандартами, а также курсы реабилитации, и обеспечены надежной контрацепцией на необходимое время.

Таким образом, организация специализированного приема по невынашиванию позволила: улучшить обследование и реабилитацию жен-



щин с невынашиванием вне беременности, что положительно влияет на благополучный исход последующих желанных беременностей; повысить уровень качества наблюдения беременных

группы невынашивания, что помогло избежать тяжелых осложнений в родах, тяжелых форм гестозов, материнской и перинатальной смертности.

ПШЕНИЧНАЯ Л.А., ПЕРЛУХИНА А.А.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН В Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКЕ

Первые случаи заболеваемости ВИЧ-инфекцией в г. Междуреченске начались в феврале 2000 г., одной из первых была зарегистрирована беременная женщина, но уже в фазе разрешения родов.

Удельный вес женщин среди ВИЧ-инфицированных составил: в 2000 г. — 20 человек из 71, в 2001 г. — 17 из 80, в 2002 г. — 8 из 30, в 2003 г. — 8 из 17, в 2004 г. — 13 из 29. Таким образом, женское население среди ВИЧ-инфицированных составляет в динамике с 21,2 % до 47 %, репродуктивный возраст составляет 100 %.

Скорость распространения ВИЧ-инфекции на территории зависит от пути передачи: чем выше удельный вес полового пути передачи, тем выше число ВИЧ-позитивных женщин из всего выявленного контингента. Гетеросексуальный путь передачи в структуре эпидемии имеет значение не только в увеличении удельного веса женщин в общем количестве зараженных, но и в увеличении количества беременностей среди этого контингента:

К 2004 году у беременных женщин в динамике превалировал гетеросексуальный путь заражения. Доля выявленных ВИЧ-позитивных беременных среди всего вновь выявленного контингента составила от 5 % в 2000 г. до 38,5 % в 2004 г. Несмотря на снижение доли ПИН среди родивших ВИЧ-инфицированных женщин, сохраняется тенденция позднего обращения в женскую консультацию для постановки на учет, тем самым, ухудшается значение профилактики перинатального пути передачи ВИЧ-инфекции.

По нашим данным, выявляется прямая зависимость заражения ВИЧ-инфекцией ребенка от матери в зависимости от проведения трехэтапной схемы профилактики передачи ВИЧ-инфекции. У тех женщин, которым была проведена полная схема профилактики передачи ВИЧ, дети рождались здоровыми. Женщины, которые приходили в родильное отделение без контроля акушера-гинеколога женской консультации и без проведения специфической профилактики, рожали детей с ВИЧ-инфекцией:

- 2000 г. — 1 роды без профилактики — диагноз «ВИЧ-инфекция»;
- 2001 г. — 1 роды без профилактики (преждевременные) — диагноз «Здоров»;
- 2002 г. — 5 родов, из них 4 с профилактикой — у всех детей диагноз «Здоров», 1 роды без профилактики — диагноз «ВИЧ-инфекция»;
- 2003 г. — 3 родов с профилактикой — диагноз «Здоров».

При проведении мониторинга в 2004 г., среди беременных женщин был выявлен фактор риска передачи ВИЧ-инфекции половым путем. Из наблюдаемых 1493 женщин, у 1320 (88,4 %) выявлена эрозия шейки матки, у 133 (8,9 %) — хронические заболевания репродуктивной сферы, 40 женщин (2,6 %) здоровы. Выявленные ВИЧ-инфицированные женщины имели эрозию шейки матки в 100 % случаев.

По результатам анкетирования выявлено что за последний год 78 % респондентов имели от 1 до 3-х половых партнеров, более 70 % не использовали презерватив, более 90 % неработающих женщин не обращались профилактически к гинекологу более 5 лет.

ВЫВОДЫ:

- в структуре ВИЧ-инфицированных за 5 лет эпидемии в городе появилась тенденция к увеличению доли женского населения, при нарастании полового пути передачи, с 13,6 % в 2001 году до 67,8 % в 2004 году;
- сохраняя закономерность полового пути передачи, увеличилось количество беременных ВИЧ-инфицированных женщин и рождение детей в этой группе;
- при проведении мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку сохраняется шанс (до 95-98 %) у ребенка родиться здоровым;
- при проведении мониторинга среди беременных женщин по женской консультации, выявлены факторы риска заражения ИППП, в том числе ВИЧ-инфекцией: высокая заболеваемость

эрозией шейки матки (88,4 %), сексуальная беспорядочная активность без применения контра-

цептивов, недостаточная информированность о профилактике ИППП, в т.ч. ВИЧ-инфекции.

ИШУТИНА В.В.

МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУРГИТРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

С октября 2001 г. в г. Междуреченске внедрен новый метод лечения заболеваний шейки матки — радиохирургический, с помощью аппарата «Сургитрон». Последний не имеет аналогов в России и незаменим во многих разделах медицины. Достижением этого аппарата является новейшая технология разреза тканей без механического воздействия и дробления тканей клеток. Оно осуществляется при помощи тепла, выделенного при соприкосновении тканей, проникновению высокочастотных волн, исходящих из тончайшей проволоки, называемой хирургическим электродом, это заставляет ткань расходиться в стороны, как от острейшего скальпеля. «Surgitron» используется для разрезов и коагуляции:

Чистый фильтрованный сигнал (полностью фильтрованная волна) является непрерывным потоком высокочастотных волн. Результатом фильтрации является непрерывный не пульсирующий поток волны, обеспечивающий микроскопический разрез. Такая волна производит наименьшее количество вторичного тепла и разрушения тканей. Этот режим и рекомендован для хирургических разрезов.

Полностью выпрямленный сигнал производит минутный ощутимый пульсирующий эффект в дополнение к ровному разрезу. Этот вид волны производит очень мелкую поверхностную коагуляцию на свежих разрезах ткани. Такая коагуляция незаметна ни клинически, ни под микроскопом, при этом значительно останавливает кровотечение.

Показания: бородавки, папилломы, кератозы, невусы, эпителиомы, косметические операции, кисты, абсцессы, формирование кожных лоскутов при пластических операциях, диатермоэлектротокоагуляция (ДЭА).

Преимущества метода: отсутствие отека в послеоперационном периоде, поскольку ткани не травмируются; заживление ран происходит без образования шрама, характерного последствия

традиционных методов; значительно сокращается время хирургической процедуры, что обеспечивает пациентам минимальный дискомфорт; практически отсутствует боль после операции.

С помощью аппарата «Сургитрон» нами пролечено 1900 пациенток с различными патологическими изменениями.

Таблица
Структура заболеваний шейки матки, пролеченных на аппарате «Сургитрон»

	2001	2002	2003	2004
Эндоцервикоз	128	117	257	407
Эрозированный эктропиум	126	34	59	139
Эрозия шейки матки	219	47	55	103
Папилломы наружных половых органов	29	1	6	13
Остроконечные кондиломы	7	1	3	18
Эндометриоз шейки матки	5	15	12	53
Лейкоплакия шейки матки	4	2	9	31
Итого:	518	217	401	764
Всего:	1900			

Примечание: уменьшение количества процедур в 2002-2003 гг. объясняется тем, что врач не работал в ППУ.

Доход по годам от ДЭК на аппарате «Сургитрон» составил, в среднем, 2 % от всего дохода ППУ (2001 г. — 2 %; 2002 г. — 1,1 %; 2003 г. — 1,8 %; 2004 г. — 2,8 %).

Лечение проводится после кольпоскопического, лабораторного, цитологического обследований. В виде предоперационной подготовки назначалась санация влагалища. После проведения ДЭК пациентам рекомендовался контрольный осмотр через 2 недели.

Из всех пролеченных на аппарате «Сургитрон», мы наблюдали 350 женщин в течение двух лет. Из них, только в семи случаях выявлен эндометриоз, что составило 2 %. Однако, по данным Н.А. Татарова, наружный эндометриоз после применения других способов электролечения патологии шейки матки достигает 10-15 %.

Все 7 женщин были повторно взяты на лечение эндометриоза аппаратом «Сургитрон» до полного выздоровления. Других осложнений не было.



ВЫВОДЫ:

Достоинством метода является безболезненность, асептичность, абластичность воздействия; возможность избирательного удаления патологического очага; контроль в ходе операции за глубиной воздействия; отсутствие послеопераци-

онного отека. Заживление ран происходит без образования рубца, с сохранением анатомической целостности шейки матки. Высока эффективность метода. Процент осложнений значительно снижен (по нашим данным, в 5 раз, по сравнению с применением других способов электролечения).

ЕЛГИНА С.И., ДЕМЬЯНОВА Т.М., ГОЛИКОВ Г.Я., БОГДАНОВА Н.Л., ПЕРЕДЕЛКИНА О.Н.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3,
г. Кемерово*

ЛАПАРОСКОПИЯ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Внедрение в клиническую практику эндоскопических методов позволило существенно изменить диагностическую и лечебную тактику при многих гинекологических заболеваниях.

Цель исследования — изучить влияние эндоскопических операций на исходы заболевания и течение послеоперационного периода, а также возможность проведения органосохраняющих операций при лапароскопии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучено состояние здоровья у 510 женщин, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ГКБ № 3 в 2002-2004 годах и получивших оперативное лечение лапароскопическим доступом. В плановом порядке прооперированы 24,9 % (127 пациенток), в экстренном порядке — 75,1 % (383 пациентки).

При поступлении был выставлен диагноз: внематочная беременность — у 138 (27,1 %), апоплексия яичника — у 47 (9,2 %), кистозные образования придатков — у 178 (34,9 %), бесплодие — у 66 (12,9 %), склерокистоз яичников — у 46 (9 %), воспалительные процессы придатков — у 22 (4,3 %), миома тела матки — у 13 (2,5 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностическая лапароскопия проведена в 49 случаях (9,6 %), оперативная — у 461 женщины (90,4 %). Объем операций: резекция маточ-

ной трубы — у 37 (26,8 % от операций при внематочной беременности), сальпинготомия — у 101 (73,2 %), консервативная миомэктомия при миоме матки — у 13 (100 %).

При бесплодии в 100 % случаев проведены хромогидротубация, адгезиолизис, при гнойных воспалительных заболеваниях в 13 случаях (62,4 %) проведено дренирование гнойных очагов, в 2-х (9,1 %) — санационные лапароскопии и в 7 случаях (31,8 %) — сальпингоэктомия по поводу пиосальпинксов, при кистозных образованиях придатков резекция — у 172 (96,6 %) и аднексэктомия — у 6 (3,4 %), при апоплексии резекция — у 45 (95,7 %) и удаление — у 2 (4,3 %), при склерокистозных яичниках резекция — у 46 (100 %).

Органосохраняющие операции выполнены у 392 женщин (77,6 %). Совпадение клинического и гистологического диагнозов составило 100 %. В послеоперационном периоде у всех женщин отмечено удовлетворительное состояние. Ходить разрешали в первые сутки после операции. Все женщины были выписаны домой на 3-5 сутки под амбулаторное наблюдение.

Таким образом, хирургическая лапароскопия является эффективным методом лечения гинекологической патологии, особенно у женщин репродуктивного возраста. Применение эндоскопических методов лечения позволяет проводить реконструктивно-пластические оперативные вмешательства с минимальной травмой органов малого таза, что является перспективным в плане сохранения репродуктивного здоровья женщин.



ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., НОВИКОВА О.Н.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

АНАЛИЗ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНЫХ ШВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

Анализ литературных данных свидетельствует, что ведущими осложнениями в послеродовом периоде являются нарушение инволюции матки и несостоятельность первичных швов мягких тканей родового канала.

Предпосылками указанных осложнений могут быть рост числа беременных женщин с общим и генитальным инфантилизмом, с очагами хронической инфекции в организме, рост числа беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (перенесенными гинекологическими заболеваниями, операциями), рост числа рожениц с массой плодов выше среднестатистических стандартов, высокий процент инфицирования тканей родового канала до родоразрешения, рост числа родоразрешений на фоне несвоевременного излития околоплодных вод и другие причины.

В последние десятилетия, когда развитие перинатологии поставило акушерство перед необходимостью пересмотреть традиционные акушерские приемы родоразрешения с позиций интересов плода, резко возросла частота оперативных вмешательств. Соответственно, возросло и число послеоперационных больных в акушерском стационаре. По данным Чернухи Е.А. (2000), частота расщеплений и разрывов промежности в родах составляет 20-26 % и не имеет тенденции к снижению. Нагноение ушитых травм промежности, по данным Коломийцева А.Г. (1996), возникает у 13,1-27,5 %. Частота этого осложнения также не имеет тенденции к снижению, поскольку с момента своего возникновения рана подвергается воздействию микробной флоры влагалища, кожи промежности и прямой кишки.

Каждый случай нагноения и расхождения швов в акушерском стационаре всегда рассматривается как событие чрезвычайное в силу опасности септических осложнений у этой родильницы и распространения септической инфекции на других.

Помимо опасности септических осложнений у послеродовых операционных больных, существует и другой аспект этой проблемы, который мы всегда должны иметь в виду — оперативное родоразрешение всегда осложняет прогноз последующих беременностей и родов.

Это относится и к ранам промежности. Известно, что плохое заживление в этой области, помимо сказанного, ведет к диспареунии и вторичным заболеваниям гениталий.

В связи со сказанным, в акушерской практике приходится, параллельно с организационными и профилактическими мерами, изыскивать способы максимально быстрого заживления ран.

Цель исследования — попытка проанализировать факторы, влияющие на частоту родовых травм, степень повреждения, процессы заживления, и сформулировать принципы ведения родов и восстановительной хирургии промежности, позволяющие ожидать заживление ран первичным натяжением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ 17 историй родов родильниц с полным расхождением первичных швов на промежности по данным родильного дома № 1 МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово за 2004 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 2004 год в послеродовом отделении пролечено 2103 родильницы после родоразрешения через естественные родовые пути. У 1038 (49,4 %) из них имелись травмы, в том числе травмы промежности различных степеней у 193 родильниц (9,2 %), применены перинеотомия — у 121 (5,7 %), эпизиотомия — у 724 (34,4 %).

Несостоятельность первичных швов промежности выявлена у 31 родильницы (3 %), в том числе у 14 родильниц (1,3 %) имело место частичное расхождение швов, у 17 (1,6 %) — полное расхождение швов промежности. Родильницы с полным расхождением первичных швов на промежности составили изучаемую группу.

Средний возраст родильниц составил $22,8 \pm 13,3$ года. По социальному статусу работающие родильницы составили 10 (58,8 %), домохозяйки — 7 (41,2 %), имели высшее образование 6 (35,3 %) и среднее 3 (17,7 %) родильниц. Первобеременных было 14 человек (82,4 %), повторобеременных — 3 (17,7 %). Первородящие составили 94,1 % (16 человек), повторнородящая 1 женщина (5,9 %). Состояли под наблюдением в женской консультации с ранних сроков 11 человек (64,7 %), поздняя явка к врачу — у 5 (29,4 %), не наблюдалась по беременности одна женщина (5,9 %).

Средний возраст менархе составил $13,4 \pm 1,4$ года, средняя продолжительность менструального цикла $27,6 \pm 8$ дней, средняя длительность



менструации $5,4 \pm 1,6$ дней. У всех рожениц менструальный цикл регулярный. Альгоменорея наблюдалась у 2 (11,8 %), обильные менструации — у 2 (11,8 %).

Половую жизнь до 18 лет начали 10 человек, вне брака. Средний возраст начала половой жизни составил $18,3 \pm 3,2$ года.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 13 женщин (76,5 %). Из них у 6 (46,2 %) была диагностирована эрозия шейки матки, у 5 (38,5 %) — хронические воспалительные процессы придатков матки, 7 женщин (53,8 %) до беременности перенесли кольпиты, причем в 3-х случаях специфической этиологии, у одной (7,7 %) в анамнезе замершая беременность, у 2-х (15,4 %) — медицинские аборт.

Хроническими соматическими заболеваниями страдали 14 человек (82,4 %), в том числе заболеваниями желудочно-кишечного тракта 3 (21,4 %), почек — 5 (35,7 %), легких — 2 (14,3 %), заболеваниями кожи (нейродермит, фурункулез) — 3 (21,4 %). Частыми респираторными заболеваниями страдали 8 рожениц (57,1 %), носителями хронических инфекций являлись 5 (35,7 %). На одну роженицу в среднем пришлось 2,4 заболевания.

Осложненное течение первого триместра беременности выявлено у 10 рожениц (58,8 %). По структуре осложнения составили: угрожающий выкидыш — 5 (29,4 %), кольпит — 2 (11,8 %), по одному случаю (5,9 %) имели место обострение хронического пиелонефрита, фурункулеза, анемии.

Течение беременности во втором триместре осложнилось у 12 рожениц (70,6 %): угрожающий поздний выкидыш — 6 (35,3 %), кольпит — 4 (23,5 %), хроническая гипоксия плода — 3 (17,6 %), по два случая (11,8 %) гестоза, хронической фето-плацентарной недостаточности, по одному случаю (5,9 %) — анемии, многоводия, бессимптомной бактериурии, ОРВИ.

Осложненное течение третьего триместра беременности имело место у 14 рожениц (82,4 %): гестоз — 9 (52,9 %), кольпит — 4 (23,5 %), анемия — 4 (23,5 %), по одному случаю гестационного пиелонефрита, многоводия и фурункулеза (5,9 %), угрожающие преждевременные роды — 2 (11,8 %), хроническая гипоксия плода — 7 (41,2 %), хроническая фето-плацентарная недостаточность — 3 (22,5 %).

До родов микрофлора влагалища исследована у 12 пациенток (70,6 %). Качественный состав микрофлоры представлен условно-патогенными микроорганизмами у 9 (75 %), патогенными — у 3 (25 %).

После родов микрофлора влагалища исследована в 100 %, из них условно-патогенные микроорганизмы выявлены у 9 (52,9 %), патогенные — у 5 (29,4 %), анаэробы — у 3 (17,6 %).

Средняя продолжительность родов составила: общая $10 \text{ ч } 45 \text{ мин} \pm 5 \text{ ч } 25 \text{ мин}$, продолжительность первого периода родов — $9 \text{ ч } 47 \text{ мин} \pm 5 \text{ ч } 5 \text{ мин}$, продолжительность второго периода родов — $48 \pm 20 \text{ мин}$.

По течению родов были выявлены следующие особенности: родовое излитие вод и длительный безводный период у 3-х (17,7 %), хориоамнионит в родах — у 1 (5,9 %), патологический прелиминарный период — у 1 (5,9 %), первичная дискоординация родовой деятельности — у 3-х (17,7 %), стремительные роды — у 1 (5,9 %), асфиксия плода в периоде изгнания и в связи с этим наложение полостных акушерских щипцов — в 2-х случаях (11,8 %), ручное отделение и выделение последа — у 2-х (11,8 %).

Дополнительно имелся травматизм других отделов родового канала: разрывы влагалища — у 4 (23,5 %), разрывы шейки матки — у 5 (29,4 %), эпизиотомия продлилась в разрыв промежности второй-третьей степени у 5 рожениц (29,4 %), вскрывшийся абсцесс бартолиновой железы в месте проведенной эпизиотомии — у 1 роженицы (5,9 %).

Частота влагалищных исследований в родах составила, в среднем, 3 ± 2 . При восстановлении целостности промежности в родах ушивание проводилось под местной анестезией 0,25 % раствором новокаина у 9 рожениц (52,9 %), использовалась длительная перидуральная анестезия у 6 (35,3 %), внутривенный наркоз — у 2 (11,8 %).

В качестве шовного материала при ушивании травм промежности в родах использовался полисорб — у 9 женщин (52,9 %), кетгут — у 8 (47,1 %).

Средняя масса новорожденных составила $3470 \pm 370 \text{ г}$, окружность головы — $34 \pm 0,3 \text{ см}$, окружность груди — $34 \pm 0,6 \text{ см}$. Оценка новорожденных по шкале Апгар распределилась следующим образом: здоровые новорожденные (7-10 баллов) — 13 (76,5 %), в состоянии умеренной асфиксии (4-6 баллов) — 2 ребенка (11,8 %), в тяжелой асфиксии (1-3 балла) — 2 ребенка (11,8 %).

При гистологическом исследовании плацент воспалительные изменения наблюдались в 11 случаях (64,7 %).

При гистологическом исследовании биоптатов, взятых при иссечении рубцовых тканей нижнего отдела влагалища, промежности во время проведения реконструктивных операций на тазовом дне, в 100 % определялось наличие некроза, гнойного расплавления, острые и подострые эрозивные дефекты, поля зреющей грануляционной ткани, грануломы инородных тел, в глубоких отделах — признаки хронического воспаления.

Длительность пребывания рожениц после родов в родильном доме составила 6,1 дней, в том числе с частичным расхождением швов на про-



межности — 9,1, с полным расхождением швов на промежности — 12,8.

ВЫВОДЫ

Травмы промежности происходят, и оперативные пособия оказываются, преимущественно, первородящим женщинам. Большинство из них страдали хроническими соматическими заболеваниями, имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, перенесли воспалительные заболевания нижних отделов полового тракта до беременности и во время беременности.

Вынашивание беременности осложнилось у большинства пациенток на разных этапах анемией, пиелонефритом, многоводием, фурункулезом, ОРВИ, гестозом — заболеваниями, способствующими дополнительной иммуносупрессии, подавлению неспецифических сил организма, что отрицательно сказалось в послеродовом периоде на процессах регенерации тканей.

Микробная колонизация половых органов на фоне нарушения вагинального микробиоценоза является начальным этапом инфекционного процесса в послеродовом периоде, создается высокая

вероятность развития осложнений при ушивании травм мягких тканей родовых путей.

Увеличению степени травм промежности способствовали стремительное течение родового акта, применение акушерских щипцов, сочетание травм промежности с травмами других отделов родового канала, приводящее к длительному травмирующему воздействию на ткани в процессе их восстановления, дополнительной анемизации пациентки, использованию большого количества шовного материала. Анализ показал, что в этиологии травм промежности ведущую роль сыграла не масса плода, а, по-видимому, быстрое разгибание и прорезывание головки и техника выведения плечиков.

Несостоятельность первичных швов промежности и нижних отделов влагалища может быть предотвращена при использовании в 100 % случаев синтетического шовного материала, соблюдении техники восстановления травм, применении адекватного обезболивания.

Активное ведение послеродового периода, определение видового состава микрофлоры, степени обсемененности, взаимоотношений различных клеточных элементов в ране позволит контролировать динамику происходящих процессов, выбирать лечебную тактику.

МУХИНА В.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 1,
г. Кемерово*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

В последние годы большое внимание уделяется разработке консервативных методов лечения патологических состояний шейки матки у молодых нерожавших женщин, т.к. существующие инвазивные методы лечения связаны с рядом побочных эффектов, таких как деформация шейки матки, истмиоцервикальная недостаточность, кровотечение и др.

С этой целью изучена эффективность комплексного лечения патологических состояний шейки матки малавитом, солью «мертвого моря», Нарине-Ф, путем использования энергии низкочастотного ультразвука аппарата «Генитон» для стимуляции регенерации многослойного плоского эпителия и показана его эффективность.

Обследовано и пролечено 98 нерожавших женщин от 19 до 26 лет. Всем больным проведено обследование в общеклиническом плане: мазки на онкоцитологию, бактериологическое и бактериоскопическое исследование, проба Шиллера, простая и расширенная кольпоскопия. Исключался фактор инфицирования на заболевания, передающиеся половым путем (ПЦР).

Кольпоскопическая картина шейки матки эктопией (90 %) и эндоцервицитом (10 %). Проба Шиллера в 55 % характеризовалась как иод-негативная. В 28 % цитограмма представлена картиной неспецифического воспаления. Лечение, направленное на купирование неспецифического воспаления.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что при эктопии шейки матки и эндоцервиците лечебные мероприятия должны быть направлены на ликвидацию сопутствующего воспалительного процесса шейки матки и влагалища и стимуляцию многослойного плоского эпителия (Прилепская В.Н., 1998).

Лечение, направленное на купирование неспецифического воспалительного процесса включало: ванночки с препаратами «Малавит», лечебной солью «мертвого моря», «Нарине-Ф», подведенными к шейке матки с помощью аппарата «Генитон», после чего контрольное обследование и лечебные грязевые тампоны «мертвого моря». После проведенного лечения у 84 женщин (85,7 %) наступило выздоровление,



у 14 (14,3 %) — улучшение. Таким образом, современный подход в лечении эктопии шейки матки и эндочервицита у женщин является

эффективным в амбулаторных условиях у молодых нерожавших женщин, планирующих беременность.

ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В., КУБАСОВА Л.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3,
г. Кемерово

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ИНТЕРЕСАХ МАТЕРИ И ПЛОДА

Кесарево сечение в настоящее время является довольно распространенным оперативным вмешательством в акушерской практике. Причиной увеличения частоты кесарева сечения является перинатальный аспект. В последние годы значительно улучшилась диагностика состояния плода: УЗИ-, фето- и плацентометрия, кардиомониторное наблюдение, изучение биофизического профиля, доплерометрическое исследование кровотока в сосудах системы «мать-плацента-плод».

В акушерской клинике Городской клинической больницы № 3 г. Кемерово в 2004 году произведено 493 операции кесарева сечения, что составило 19,5 % к общему числу родов, в плановом порядке — 158 (32,1 %), в экстренном — 335 (68 %). Традиционно принято выделять абсолютные и относительные показания к абдоминальному родоразрешению.

С точки зрения Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, целесообразно разделять показания во время беременности и в родах. Показаниями во время беременности явились: рубец на матке (19,3 %), тазовое предлежание плода (3,1 %), миопия высокой степени (1,5 %), тяжелые формы гестоза (2,4 %), рубцовая деформация шейки матки (2,2 %), симфизит (2,4 %), полное предлежание плаценты (0,5 %), многоплодная беременность с поперечным положением одного из плодов (0,5 %), варикоз вульвы (0,2 %). Показаниями в родах были: клинически узкий таз (5,1 %), отслойка нормально и низкорасположенной плаценты (4,3 %), дискоординация родовой деятельности (26,8 %), родовое излитие околоплодных вод и неэффек-

тивность родовозбуждения (6,8 %), возрастная первородящая в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией (25,7 %).

Обезболивание при операции кесарева сечения определяли индивидуально, с учетом состояния беременной и плода. У 54 женщин (10,9 %) был применен эндотрахеальный наркоз, у 370 (75,2 %) — перидуральная анестезия, у 69 (13,9 %) — спинномозговая анестезия. Активное внедрение в акушерскую практику длительной перидуральной анестезии объясняется наличием преимуществ не только для матери (сохранение сознания, спонтанного дыхания, исключение аспирации дыхательных путей, хорошая сократимость послеродовой матки), а также отсутствием отрицательного влияния на организм плода и новорожденного.

При 493 операциях кесарева сечения извлечено 502 живых ребенка (9 — двойни), в том числе 1 недоношенный (0,2 %). Оценка по шкале Апгар 7-9 баллов была у 80,9 % детей, 5-6 баллов — у 11,8 %, 1-4 балла — у 7,3 %. 487 детей выписаны домой в удовлетворительном состоянии вместе с матерью, двое переведены в психоневрологическое отделение новорожденных, 3 — в реанимационно-анестезиологическое отделение перинатального центра. Материнской и перинатальной смертности не было.

Таким образом, в сохранении жизни и здоровья плода и новорожденного большое значение придается разумному расширению показаний к операции кесарева сечения, особенно при тазовом предлежании, патологии сократительной деятельности матки и многоплодной беременности.

БЫКАСОВА Н.В.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДА У ДЕТЕЙ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА

Рассматривая вопрос о «предотвратимости и непредотвратимости» смертности детей в Российской Федерации, как индикаторе качества оказания медико-социальной помощи детям, следует отнести к непредотвратимым случаям смерти — смерть от тяжелых врожденных заболеваний, онкогематологических, кардиологических заболеваний. К предотвратимым случаям смерти относятся все многочисленные случаи смерти от заболеваний органов дыхания, инфекций, травм, отравлений и других внешних причин и, безусловно, смерть вследствие суицида.

В нашем городе ежегодно от суицида умирают 1-3 ребенка (табл.).

с высоты. Четыре ребенка из социально-неблагополучных семей состояли на диспансерном учете в детской поликлинике, по нашим сведениям один ребенок эпизодически употреблял наркотические вещества, один ребенок был токсикоманом.

Профилактика суицида в лечебно-профилактических учреждениях города проводится среди детей из групп риска, прежде всего с теми, кто совершал попытку суицида.

В 2004 году в ЦГБ были госпитализированы 7 таких детей: 3 человека — в травматологическое отделение (резаные раны предплечья, механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей),

4 ребенка — в педиатрическое отделение (девочки с медикаментозными отравлениями таблетками парацетама, экстрактом валерианы, уксусной кислотой). Все случаи были связаны с конфликтами в семье. Дети с попытками суицида вместе с родителями направляются на консультацию к психиатру и психологу в детскую поликлинику,

к психологу в центр «Семья». В детских поликлиниках работают кабинеты медико-социальной помощи подросткам, прием в которых ведут подростковые врачи. Они работают в тесном контакте со школьными медицинскими работниками и медицинскими работниками колледжа, училища, ПНД, КВД, выявляют подростков из группы риска, проводят индивидуальную работу с подростками, часто с выходом в общеобразовательные учреждения. Кроме того, они проводят групповые беседы, лекции, встречи с родителями и педагогами.

Формирование патологии у современных детей происходит в условиях существенного социального напряжения. В этих условиях особого внимания заслуживает медико-социальная поддержка социально-неблагополучных семей, как условие охраны здоровья детей.

Таблица

Показатели смертности детей г. Междуреченска

	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Количество детского населения 10-18 лет	13918	13102	12313
Умерло детей 10-18 лет	5	8	7
В т.ч. от суицида	-	2 (25 %)	3 (43 %)
Показатель на 10000 детского населения	0	1,5	2,4

Несмотря на небольшое число детей, умерших от суицида, доля их в структуре смертности детей 10-18 лет велика и составляет от 25 % до 43 %.

Неприятен и тот факт, что лишь 1-2 ребенка умирают от тяжелых заболеваний, являющихся непредотвратимыми, остальные дети (в 2002 году — четверо из пяти, в 2003 году — шестеро из восьми, в 2004 году — пятеро из семи) умерли от внешних причин: убийство, самоубийство, автодорожные травмы, утопления, относящимся к предотвратимым случаям смерти. Большинство умерших от суицида детей — подростки 16 лет (4 чел.) один ребенок 13 лет, 3 мальчика и 2 девочки, 80 % (4 чел.) — учащиеся школ, 1 ребенок неорганизованный. Трое детей умерли от механической асфиксии вследствие сдавления органов шеи петлей, двое — от травм, полученных при падении

СЕМЕНОВА Л.И., КАМИНСКАЯ О.Н.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА

При обследовании 50 детей в возрасте от 3-х месяцев до 18 лет с ротавирусной инфекцией (РИ), выявлены особенности течения

заболевания на фоне нервно-артритического диатеза (НАД). Установлено, что гастритический синдром и метаболические нарушения (кетацидоз)



более выражены у детей с высоким уровнем мочевой кислоты в плазме крови. Результаты анализа позволяют рекомендовать исследовать уровень мочевой кислоты в плазме крови у детей с РИ, что позволяет оптимизировать тактику лечения.

В структуре заболеваемости острыми кишечными инфекциями доля РИ у детей в г. Междуреченске в 2002 г. составила 11,3 %; в 2003 г. — 40,4 %, в 2004 г. — 38,2 %. Среди детей в возрасте до 3-х лет, госпитализированных в 2004 г. в инфекционное отделение с ОКИ, доля РИ составила 52 %. На течение заболевания оказывает влияние преморбитный фон, в т.ч. НАД. Понятие «Нервно-артритический диатез» (Diathesis neuroarthritika) в педиатрическую практику ввел в 1901-1902 гг. Дж. Комби. НАД характеризуется повышенной нервной возбудимостью, расстройствами питания и пищеварения, а в дальнейшем — предрасположенностью к развитию подагры, обменных артритов, что обусловлено, в основном, нарушением пуринового обмена. Подтверждающим лабораторным тестом при данном состоянии является повышение уровня мочевой кислоты: у мужчин более 416 ммоль/л, у женщин более 339 ммоль/л. При НАД устойчивость к инфекционным агентам не изменена, но при острых кишечных инфекциях на фоне токсикоза и дегидратации, у детей с НАД, и без того склонных к кетоацидозу и ацетонемической рвоте, синдром желудочной диспепсии носит более выраженный характер.

В работе показаны клинические особенности РИ у детей, отражены результаты наблюдения за течением РИ у детей с НАД.

Целью настоящего исследования явилось определение особенностей течения РИ у детей на фоне НАД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа проводилась на базе инфекционного отделения Центральной городской больницы г. Междуреченска. Под наблюдением находились 50 детей, поступивших в отделение в период с января по март 2004 г. в возрасте от 3-х месяцев до 18 лет. Диагноз ставился на основании клинико-эпидемиологических данных, подтверждался результатами исследования кала на наличие ротавируса группы А методом ИФА. Копрофильтраты исследовали фотометрически на антиген ротавируса человека группы А в иммуноферментном анализе с использованием иммуноферментной тест-системы «ИФА-Рота-Антиген».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: I ЧАСТЬ

Из 50 детей, находившихся под наблюдением, распределение по полу было равным: 25 мальчи-

ков и 25 девочек. Равная заболеваемость среди лиц женского и мужского пола подтверждается и результатами других работ. Наибольшее число заболевших — дети до трех лет (46 человек, 92 %); из них, дети первого года жизни составили 26 чел. (52 %). Детей в возрасте 3-7 лет было 2 (4 %), 7-18 лет — 2 (4 %).

Распределение больных по степени тяжести и вариантам течения представлено в таблице 1.

Таблица 1
Распределение больных по степени тяжести и вариантам течения РИ

		Количество больных	
		абс.	отн.
Вариант	Гастроэнтерит	40	80
	Энтерит	3	6
	Гастроэнтероколит	7	14
Степень тяжести болезни:	Легкая	16	32
	Среднетяжелая	22	44
	Тяжелая	12	24
Всего:		50	100

Как видно из таблицы, заболевание в большинстве случаев протекало по типу гастроэнтерита (80 %), преобладали среднетяжелые формы (44 %).

Частота различных симптомов, наблюдавшихся в разгар заболевания, представлена в таблице 2.

Таблица 2
Частота различных симптомов, наблюдавшихся в разгар заболевания

Клинические симптомы	Число больных	
	абс.	отн.
Острое начало	49	98
Повышение температуры тела:		
- 37-38°C	15	30
- 38-39°C	24	48
- более 39°C	11	22
Рвота	47	94
Расстройство стула:		
- водянистый	36	72
- кашицеобразный	5	10
- водянистый с патологическими примесями	9	18
Респираторный синдром:		
- ринит	1	2
- ринофарингит	15	30
- бронхит	3	6

Первым симптомом заболевания 65 % родителей отмечали рвоту. Через несколько часов возникали повышение температуры и диарея. Лишь у 13 % больных рвота появилась в последнюю очередь. Рвота наблюдалась у 94 % больных: однократная — в 20 % случаев РИ, повторная (2-5 раз) — в 52 %, многократная (более 5 раз в

сутки) — в 24 %. Продолжительность рвоты составила, в среднем, 2,1 дней.

Повышение температуры составило, в среднем, 2,8 дня; максимальные значения температуры в половине случаев зарегистрированы в первые-вторые сутки от начала заболевания. Максимальное зарегистрированное значение температуры тела при тяжелом течении РИ составляло 41,1°C.

Расстройство стула наблюдалось у всех пациентов; длительность диареи составила, в среднем, 5 суток. Течение заболевания как микст-инфекция наблюдалось в 21 случае (42 %). При исследовании кала на кишечную группу и УПФ выделены *Salmonella enteritidis* (1 чел.), *Kl. pneumoniae* (10 чел.), *St. aureus* (4 чел.), *Pr. Vulgaris* (3 чел.). У 2-х детей выделен *St. aureus* из промывных вод желудка.

В отличие от взрослых, при РИ у детей респираторный синдром характерен и проявлялся в 38 % случаев.

При инфекционном токсикозе, дегидратации процессы катаболизма преобладают над анаболическими. У детей это может проявляться симптомами кетоацидоза (вялость, тошнота, рвота, боли в животе, тахипноэ), что подтверждается лабораторно кетонурией.

Определение ацетона в моче проводилось качественным методом. Гипергликемии и глюкозурии не выявлено ни у одного больного. Признаки кетоацидоза и кетонурия выявлены у 36 детей (72 %). Длительность кетонурии составила: 1 день — 19 % случаев, 3-5 дней — 68 %, более 5 дней — 11 %. У 72 % детей выраженность кетонурии определена «+++», у 22 % — «++», у 5 % — «+».

У 12 из 36 детей (30 %) уровень мочевой кислоты превышал норму, причем у 3-х человек — более 600 ммоль/л, у одного ребенка — более 1000 ммоль/л. У всех детей имелись психоэмоциональные особенности, характерные для артритизма. У 10 детей (83 %) нервно-психическое развитие опережало возраст (дети любознательны, оживлены, легко возбудимы, отмечался беспокойный дневной и ночной сон), у 9 детей (75 %) в анамнезе отмечались анорексия, плохой аппетит, дефицит веса. В 3-х случаях (25 %) в анамнезе имелась периодическая рвота. При сравнении детей с повышенным и нормальным уровнем

мочевой кислоты, в течении РИ выявлены особенности (табл. 3).

Таблица 3
Характеристика течения клинических симптомов у детей с РИ в зависимости от уровня мочевой кислоты

Признак	Уровень мочевой кислоты	
	Нормальный (15 чел.)	Повышен (12 чел.)
Длительность поноса (дни)	5	5
Кетонурия (дни)	2,5	3,7
Длительность рвоты (дни)	2,5	2,8
Интенсивность рвоты (кратность в день)	2,8	3,4
Однократная рвота (%)	20	8
Рвота 2-5 раз в день (%)	60	17
Рвота 5-10 раз в день (%)	13	50
Рвота более 10 раз в день (%)	7	25

Как видно из таблицы, длительность диарейного синдрома в сравниваемых группах не различалась. У детей с НАД отмечены увеличение продолжительности кетонурии, интенсивности и длительности рвоты, а также преобладание многократной рвоты.

Более тяжелое течение РИ у детей с НАД требует оптимизации терапии. Общие принципы ведения больных с РИ:

- оральная регидратация солевыми растворами и гипотоническим раствором глюкозы, учитывая осмотический тип диареи и характерную дисахаридную недостаточность при РИ;
- назначение антидиарейных препаратов (смекта, имодиум) после снижения температуры при выраженном кишечном синдроме;
- ведение без антибиотиков.

При явлениях кетоацидоза дети отказывались от еды и жидкости, что осложняло оральную регидратацию. Для коррекции кетоацидоза назначались минеральная вода энтерально на весь период кетонурии, ректальное введение 2 % соды из расчета 4-8 мл/кг в сутки в 1-2 приема на период клинических проявлений кетоацидоза. При повышенном уровне мочевой кислоты в крови назначался аллопуринол по 10-20 мг/кг в сутки.

Данные мероприятия в 100 % случаев позволили проводить восполнение потерь энтерально, ликвидировать клинические симптомы кетоацидоза за 1-2 дня. Это приводило к сокращению пребывания больных в стационаре до 5 дней, что ниже среднеобластных показателей в 2 раза (по данным за 2004 г.).



НЕВДАХИНА О.А., БЕССОНОВА И.В.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ ПНЕВМО-23 У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

В детском возрасте среди всех заболеваний респираторного тракта отмечается абсолютное преобладание острой респираторной патологии. На ее долю приходится более 90 % всех заболеваний. Острые респираторные инфекции не только во многом определяют показатели общей заболеваемости, но и могут существенно влиять на показатели смертности в раннем детском возрасте. Острая респираторная патология — это и серьезная экономическая проблема для государства в целом, так как экономические потери только по одному случаю заболевания составляют от 3-х до 5 тысяч рублей.

Среди популяции детей с 1 года до 6 лет выделяется группа часто и длительно болеющих детей (ЧДБ), которая составляет 10-12 %, отмечено что среди них около 45-50 % составляют дети, у которых заболевания вызваны *Streptococcus pneumoniae*.

Для настоящего исследования взята группа часто и длительно болеющих детей в возрасте 2-6 лет, в количестве 20 человек.

В целях снижения заболеваний в группе ЧДБ наряду с общепринятыми мерами по оздоровлению (иммунопрофилактикой, санацией очагов хронической инфекции, витаминотерапией, закалывающими процедурами), нами использовалась вакцина Пневмо-23.

Вакцина представляет собой смесь очищенных капсульных полисахаридов 23-х наиболее часто встречающихся серотипов пневмококка. Пневмо-23 применяется у детей старше 2-х лет с асплини-

ей, удаленной селезенкой, гемоглобинопатиями, болезнями сердца. Также вакцина успешно применяется у детей с повторными заболеваниями носоглотки, заболеваниями среднего уха и придаточных пазух носа.

В изучаемой группе часто и длительно болеющих детей структура заболеваний распределилась следующим образом: рецидивирующие ринофарингиты — 9 детей, рецидивирующие отиты — 7 детей, рецидивирующие синуситы — 2 ребенка, рецидивирующие пневмонии — 1 ребенок, состояние после спленэктомии — 1 ребенок.

Проведен анализ частоты, длительности и тяжести заболеваний у детей исследуемой группы за 2000-2002 годы в сравнении с аналогичным временным периодом после вакцинации Пневмо-23 (2002-2004 гг.). Полученные результаты показывают у ЧДБ детей снижение кратности заболеваний после вакцинации в 4 раза.

До вакцинации тяжесть течения заболеваний у 18 детей была среднетяжелой, у 2-х тяжелой, после вакцинации — 14 детей переносят заболевания в легкой форме, 4 ребенка — в среднетяжелой, перестали болеть двое детей. Ни у одного из привитых детей заболевания не протекают в тяжелой форме.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о положительном эффекте вакцинации Пневмо-23 в группе часто и длительно болеющих детей. Вакцина Пневмо-23 может успешно использоваться в комплексе мероприятий по оздоровлению часто болеющих детей.

ДЕЛЬ В.Я.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРА В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ

На станции скорой медицинской помощи г. Междуреченска имеются два небулайзера, которые находятся на вооружении бригады интенсивной терапии и педиатрической. К сожалению, на станции нет пикфлоуметров для определения пиковой скорости выдоха, пульсоксиметров; определять степень тяжести бронхообструктивного синдрома и эффективность лечения приходится клинически, что может страдать субъективизмом.

Для проведения небулайзер-терапии в наличии имеются беротек, атровент, беродуал. В детской практике чаще используется беродуал, детям до 6 лет по 8-10 капель на одну ингаляцию, старше 6 лет — 16-20 капель. Объем ингаляции доводится до 3-4 мл физиологическим раствором.

За период 2000-2004 гг. проведено 68 сеансов небулайзер-терапии детям до 17 лет включительно. Небулайзер, как монотерапия при легкой и средней степени тяжести дыхательной недоста-



точности (тяжелая степень не встречалась), применялся при бронхиальной астме (39 случаев), при обструктивном бронхите на фоне ОРВИ (17 случаев), при стенозах гортани 1-2 степени при остром ларингите (12 случаев).

У детей первых двух групп имелся пароксизм экспираторного диспноэ (кашель, одышка, дистанционные хрипы, физикальные изменения в легких), у детей третьей группы — пароксизм инспираторного диспноэ (лающий кашель, стенотическое дыхание, физикальные изменения в легких).

Эффект оценивался сразу после сеанса аэрозольной терапии и через 10-20 минут, в ряде случаев с использованием дозированной физической нагрузки. Во всех случаях, за исключением одного (1,5 %), он был положителен. Только у ребенка в возрасте 3 года 3 месяца с обструктивным бронхитом на фоне ОРВИ пришлось повторить ингаляцию с беродуалом, чтобы получить положительный эффект, что, очевидно, связано с преобладанием в данном случае дискринии над бронхоспазмом. Вероятно, добавив в ингаляционную смесь муколитик, можно было получить эффект уже после первой ингаляции.

Из побочных действий препарата наблюдалась умеренная тахикардия, не требовавшая специальной терапии и встречавшаяся тем чаще, чем младше был возраст пациента.

В случае оставления больного на амбулаторном лечении или отказе от госпитализации, рекомендовалось продолжение базисной терапии и пероральное применение эуфиллина в возрастной

дозировке, при сопутствующем atopическом дерматите назначался антигистаминный препарат. Повторных вызовов к оставленным на дому не было. Больным с бронхиальной астмой, оставленным дома, рекомендовалась повторная консультация аллерголога.

С 2004 года, при обслуживании вызовов по поводу острого ларингита, сопровождающегося стенозом гортани, согласно Международному консенсусу, на ССМП применяются ингаляции преднизолона из расчета 1-2 мг/кг (из-за отсутствия в арсенале ингаляционных глюкокортикоидов). Отмечается тождественность результатов от введения преднизолона парентеральным способом и ингаляционным. Для профилактики микоза слизистой полости рта после ингаляции старшим детям предлагалось полоскание 2 % раствором соды, для детей младшего возраста — употребление молока. Во всех случаях стеноз гортани либо купировался, либо переходил в меньшую степень.

С учетом того, что ингаляционный метод не инвазивный, нет беспокойства ребенка из-за инъекции, усиливающего проявления стеноза, имеется определенный экономический эффект (не нужен ампулированный препарат, шприц, вата, спирт), необходимо включение в формуляр ингаляционного глюкокортикоида (пульмикорт — будесонид).

Метод небулайзер-терапии перспективен в использовании на догоспитальном этапе, в практике работы педиатрической бригады.

СИЛИНА Е.А., ПРОХОРОВА И.А.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ (АСИТ) АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Метод лечения АСИТ состоит во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, к которому у больного выявлена повышенная чувствительность, и который ответственен за клинические проявления заболевания.

Для АСИ-терапии подбирают аллергены, элиминация которых невозможна (клещи домашней пыли, споры грибов, яд насекомых, библиотечная и домашняя пыль). В основе действия АСИТ лежит выработка анти-JgE-антител, относящихся к классу IgG.

Таким образом, формируется снижение тканевой чувствительности к аллергенам, снижение неспецифической тканевой гиперреактивности, угнетение аллергического воспаления.

Итак, АСИТ обладает таким терапевтическим эффектом, который распространяется на все этапы аллергического процесса и отсутствует у известных фармакологических препаратов.

Представляются результаты лечения пациентов с полинозом (риноконъюнктивальный синдром).

Эффективность терапии оценивалась по трехбалльной системе по наличию назальных (зуд, чихание, выделения, обструкция) и конъюнктивальных (отек век, зуд, слезотечение) симптомов.

При отсутствии симптомов выставались 0 баллов, при слабой выраженности — 1 балл, при умеренной выраженности — 2 балла, при высокой выраженности — 3 балла.



Для изучения эффективности АСИТ были взяты 14 пациентов 7-16 лет – 1-я группа. Для сравнения выделена группа из 14 пациентов 6-16 лет, страдающих поллинозом и не получающих АСИТ – 2-я группа.

Изучаемые параметры	1 группа	2 группа
Назальные симптомы (сумма баллов)	0,96	2,5
Конъюнктивальные симптомы (сумма баллов)	1,0	2,2
Прием антигистаминных препаратов:		
- количество детей	6	14
- количество дней	3,7	31,4
Прием топических противоаллергенных препаратов	3,5	12,8

Сравнительная оценка симптомов и эффективности лечения в период обострения поллиноза в 2-х группах:

Таким образом, интенсивность проявления назальных и глазных симптомов уменьшилась в 2,2-2,6 раза.

Более чем у половины детей необходимость назначения антигистаминных препаратов и длительность их приема уменьшились в 8 раз. В дальнейшем положительный эффект АСИТ доказан снижением тканевой чувствительности при контрольном кожном тестировании.

Для изучения значимости АСИТ в лечении больных, страдающих бронхиальной астмой, были выбраны 2 группы пациентов, по 10 человек каждая, в возрасте 8-17 лет.

Пациенты 1-й группы получали АСИТ аллергенами эпидермального клеща, домашней и библиотечной пыли, а также ингаляционные кортикостероидные препараты.

Во 2-й группе детям были назначены только ингаляционные кортикостероиды. АСИТ продолжалась от 12 до 24 месяцев.

Оценка результатов проводилась по балльной системе:

Баллы	Частота симптомов астмы	Потребность в б-2 агонистах	Дозирование ингаляционных ГКС (базисная терапия)
0 баллов	Нет симптомов	Нет потребности	Отмена базисной терапии
1 балл	Не чаще 1 раза в месяц	Не чаще 1 раза в месяц	Перевод на кромогликаты
2 балла	Чаще 2-х раз в месяц, но не более 1 раза в неделю	Чаще 2-х раз в месяц, но не более 1 раза в неделю	Доза ингаляционных ГКС снижена на 1/3
3 балла	2 раза в неделю	2 раза в неделю	Доза ингаляционных ГКС не снижена
4 балла	Более 2-х раз в неделю	Более 2-х раз в неделю	Доза ингаляционных ГКС повышена или перевод на другие ГКС

Сравнительная оценка проведенной терапии через 24 месяца (в баллах):

Изучаемые параметры	1 группа	2 группа
1. Частота симптомов астмы	0,6	1,3
2. Потребность в б-2 агонистах	0,6	1,3
3. Потребность в базисной терапии	0,9	3,2

Таким образом, у пациентов, получавших ингаляционные глюкокортикостероиды и АСИТ, более чем в 2 раза снизилась частота симптомов астмы и потребность в б-2 агонистах. Кроме того, необходимость применения базисной терапии уменьшилась в 3,5 раза, а в ряде случаев ее удалось полностью отменить. Применение аллерген-специфической иммунотерапии позволяет значительно повысить качество жизни больных бронхиальной астмой, снизить количество тяжелых форм болезни и улучшить прогноз течения бронхиальной астмы.

МАКСИМОВА Л.К.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ УСЛОВНО ЗДОРОВЫМИ, НО ИМЕЮЩИМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

По статистическим данным, за последние три года в г. Междуреченске отмечается рост числа родившихся с поражением цен-

тральной нервной системы, с 12,6 % до 28 %, и некоторое снижение числа практически здоровых детей, имеющих отягощенный анамнез (биологи-



ческий, генетический, социальный). Такие дети составляют от 75 % до 60 %, т.е. всего эта группа равна 86,7 % от всех родившихся.

В городе проводятся целевые программы по реабилитации детей с поражением центральной нервной системы, в частности, детское соматическое отделение используется как I-й этап реабилитации, лечение в дневном стационаре — как II-й этап, амбулаторное наблюдение — как III-й этап.

Проведенный анализ за 2004 год показывает, что 25 % детей с отклонениями в раннем неонатальном периоде лечатся в дневном стационаре. Отбор на лечение в дневной стационар комисионный (невролог и заведующий отделением), с ежедневным наблюдением врачом-педиатром. Медикаментозное лечение (ноотропы, сосудистые препараты, витамины и др.) застрахованным детям организовано за счет средств ОМС. Массаж, физио-, водолечение бесплатные, все приближено к району обслуживания детей.

Отслежено две группы детей по 15 человек: I-я группа — дети, получавшие лечение в соматическом отделении и в дневном стационаре, II-я группа — дети, не получавшие реабилитацию. Срок наблюдения — до 1 года жизни. Этапность лечения, объем выполненного обследования и выявленной патологии представлены в таблице 1.

При значительном большем в I-й группе проценте детей, обследованных на ЭХОЭГ, выявлен одинаковый процент патологии в обеих группах, что говорит о необходимости проведения данного вида обследования, его значимости в назначении медикаментозной терапии. Метод обследования УЗИ головного мозга при достаточно высоком проценте его назначения мало информативен.

Регулярность диспансерного наблюдения в поликлинике детей I-й группы — 12 человек, II-й группы — 7 человек. Среднее количество посещений к невропатологу на 1 ребенка на первом году жизни в I-й группе — 4, во II-й группе — 3,7.

Объем выполненного лечения представлен в таблице 2.

Очевидно преимущество комплексного лечения детей в дневном стационаре: 100 % медикаментозное лечение, 100 % физиолечение, 100 % выполнение массажа и недостаточная реализация водолечения по объективным причинам (ремонт бассейна, холодное время года, маленький возраст пациентов, особенность режима дня и пр.).

В течение года I-й группы 5 детей не болели ни разу, 5 детей болели 1 раз, 5 — болели 2 раза, никто не болел 3 раза и более; во II-й группе — 4 детей, 2 детей, 4 детей, 5 детей, соответственно.

Индекс здоровья детей в I-й группе на 6,3 % выше, чем во II-й. Кроме того, в прошедшем 2004 году процент детей, умерших от аспирации пищей и имевших неврологическую патологию в раннем неонатальном периоде, снизился по городу на 63 % (в 2003 г. — 8 человек, в 2004 г. — 3 человека).

Таблица 1
Этапность лечения, объем выполненного обследования и выявленной патологии

	Количество детей	
	I группа	II группа
Направлены на лечение из родильного дома в соматическое отделение	7	-
Направлены на дневной стационар:		
- в возрасте 1 месяца	7	-
- с 2 до 3 месяцев	3	-
- с 3 месяцев и старше	5	-
Объем выполненного обследования:		
- ЭХОЭГ	11	7
- УЗИ головного мозга	6	1
- РЭГ	2	1
- другие методы (глазное дно и пр.)	7	2
Выявлена патология по:		
- ЭХОЭГ	5	5
- УЗИ головного мозга	-	-
- РЭГ	1	1
- другие методы	-	-

Таблица 2
Объем выполненного лечения

	Количество детей	
	I группа	II группа
Медикаментозное лечение назначалось:		
- 1 раз	1	5
- 2 раза	3	2
- 3 раза и более	11	7
Получали препараты в инъекциях	10	3
Использование массажа:		
- 1 раз	8	9
- 2 раза	6	1
- 3 раза и более	1	3
Использование плавания, гидрокинезотерапии	3	1
Использование физиолечения	15	7

Таким образом, удовлетворение нужд детского населения за счет современной стационарозамещающей технологии — дневного стационара — социально значимо, доступно, играет важную роль в реабилитации детей в раннем неонатальном периоде.



ВЕЛИКОЦКАЯ Н.С.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК НОВАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕТЯМ

С 2000 года наша детская поликлиника работает в условиях муниципального заказа по стационарозамещающим технологиям. С февраля 2000 года функционирует стационар на дому (далее — СД), с марта 2000 года открыт дневной стационар (далее — ДС) на 5 посещений в смену.

Отбор больных для лечения участковые педиатры проводят совместно с заведующими отделениями. Больные осматриваются ежедневно до полного выздоровления. Все стадии лечебного процесса отражаются в Ф-112 (амбулаторная карта) и Ф-003 (карта больного ДС и СД). Это позволяет отследить уровень качества лечения каждого больного, что способствует улучшению оказания помощи детям.

В ДС лечатся, в среднем, два ребенка в месяц, в СД — четыре. Среднее пребывание на койке в ДС составляет 7 койко-дней, в СД — 8, по нормативам. В ДС в 30-35 % случаев из пролеченных составляют дети с перинатальным поражением ЦНС, 40-45 % — дети с хронической патологией (язвенная болезнь, хронический гастродуоденит, ВСД, последствия черепно-мозговых травм), получающих противорецидивное лечение или лечение в период обострения. Только небольшой процент приходится на детей с острыми заболеваниями (осложненные ОРВИ, острые и обструктивные бронхиты, пневмонии).

В СД лечатся только дети с острыми заболеваниями. При этом группа детей с заболеваниями органов дыхания составляет 70-80 % (ОРВИ, грипп, ларинготрахеиты, острые бронхиты). Около 90 % — дети первых трех лет жизни. Уровень качества лечения в стационарах по участку не ниже 0,99. Нет случаев перевода детей с ухудшением в круглосуточный стационар. С введением ДС и СД уменьшилась госпитализация больных детей в круглосуточный стационар. Имеется тенденция к уменьшению числа госпитализированных.

За 2004 год пролечено 25 детей моего педиатрического участка. Число койко-дней составило 205. Стоимость одного койко-дня 69,38 рублей в СД и 345,95 рублей в круглосуточном стационаре. Экономический эффект составил 56696,86 рублей за год. При лечении детей в СД заработная плата участкового педиатра выросла за месяц, в среднем, на 1234 рубля.

Итак, лечение в СД с ДС экономически выгодно; не снижая качества лечения, есть возможность оздоравливать детей с хронической патологией, перинатальным поражением ЦНС, и лечить детей с острыми заболеваниями; лечение в ДС и СД атравматичны для ребенка, т.к. он находится в домашней обстановке; имеется материальная заинтересованность для врача; значительно снижена госпитализация детей в круглосуточные стационары.

СИЗОВА Е.Ю.

МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

КОРРЕКЦИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Нарушения речи встречаются очень часто, как у детей с сохранным интеллектом, так и у детей с различными отклонениями в психическом, эмоциональном и физическом развитии.

По статистическим данным, из 50-ти обследуемых детей-инвалидов, 80 % имеют различные

тяжелые речевые расстройства. В результате экспериментальных исследований речевых возможностей девяти детей с интеллектуальной недостаточностью (в исследуемой группе находились дети с ДЦП, Болезнью Дауна, эпилепсией, аутизмом), были выявлены следующие клинические проявления речи:

	Аутизм	Болезнь Дауна	Эпилепсия	ДЦП
Словарный запас	Немногочисленные стереотипные слова	Ограничен на уровне называния предметов и их действий	В пределах возрастной нормы	Ограничен на уровне обиходной речи



	Аутизм	Болезнь Дауна	Эпилепсия	ДЦП
Грамматический строй	Неупотребление предлогов, неиспользование личных местоимений, неизменение слов по числам, падежам и родам	Нарушение словоизменения и словообразования	Неправильное употребление предлогов, искажение, замена звуко-слоговой структуры слов	Нарушение словоизменения, словообразования, искажение звуко-слоговой структуры слов
Связная речь	Непонимание обращенной речи, отсутствие монологической и диалогической форм речи, неадекватное использование речевых форм	Грубое нарушение и несоблюдение лексико-грамматической структуры предложения	Речь схематичная, непоследовательная	Речь схематичная, непоследовательная

Наиболее тяжелые речевые расстройства выявлены у детей с аутизмом и Болезнью Дауна, бо- дического воздействия на формирование правильных языковых структур получены результаты:

	Аутизм	Болезнь Дауна	Эпилепсия	ДЦП
Словарный запас	Соотношение предметов и действий с реальной ситуацией, пополнение словарного запаса	Использование большого количества слов в обиходной речи	В пределах возрастной нормы	В пределах возрастной нормы
Грамматический строй	Употребление предлогов и местоимений по назначению, умение изменять слова по родам и числам	Умение изменять по числам, образовывать уменьшительно-ласкательные формы существительных и прилагательных	Владение звуко-слоговой структурой слов, правильное употребление предлогов и изменение слов по числам	Владение звуко-слоговой структурой слов
Связная речь	Понимание обращенной речи в зависимости от ситуации, формирование монолога в виде пересказа текста, умение правильно использовать речевые формы диалога	На этапе формирования распространенности предложений, умение пересказывать текст и сохранять его смысл	Речь более логична и последовательна	В речи более частое использование распространенных предложений

более легкие речевые нарушения — у детей с ДЦП, эпилепсией.

В течение 2004-2005 гг. с данной группой детей проводились индивидуальные коррекционные занятия, которые включали пополнение, расширение и активизацию словарного запаса; формирование лексико-грамматических представлений; развитие фонематического восприятия и навыков звукового анализа и синтеза; формирование и развитие связной речи. В ходе проведенного логопе-

Анализируя полученные результаты, можно констатировать, что в ходе индивидуальных коррекционных занятий стало возможным получение положительных результатов в процессе формирования и улучшения речи. Успешное речевое развитие ребенка-инвалида, как правило, способствует улучшению поведенческой реакции, формированию целенаправленности, лучшему пониманию ситуации в целом, а значит и социальной адаптации в обществе.

БЕСКОРОВАЙНАЯ Е.И., БУЛГАКОВА О.И.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕЧЕБНЫХ БЛОКАД ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭНУРЕЗОМ (БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ)

Нет ни одного подобного заболевания, этиологии и патогенезе которого существовало бы столько, зачастую противо-

речивых, мнений. Энурез — мультифакторальное заболевание с различными механизмами патогенеза.



Согласно Б.И. Ласкову и А.Я. Кремеру, в основе энуреза лежит невыработка, утрата или ослабление условно-рефлекторных связей, обеспечивающих контроль над состоянием мочевого пузыря во время сна. Недостаточный кортикофугальный контроль приводит к тому, что во сне мочеиспускание осуществляется по типу рефлекса, дуга которого замыкается в нижележащих отделах ЦНС.

В ФДП наблюдаются 35 детей с энурезом, различными причинами и механизмами патогенеза:

- энурез, причиной которого является патологический сон;
- нейрогенные дисфункции мочевого пузыря, которые чаще всего обусловлены не анатомической денервацией органа, а являются частным проявлением нарушения центрального звена вегетативной регуляции, непостоянны, и склонны к самопроизвольному исчезновению в пубертатном возрасте;
- энурез, как симптом при любой урологической патологии;
- энурез с наследственной предрасположенностью;
- энурез, как следствие ишемии в системе позвоночных артерий, артерии Адамкевича, артерии Депрож-Геттрона.

Ведущую роль при различных формах энуреза играют резидуально-органическая неполноценность ЦНС, острые и хронические психотравмы, нейроинфекции, интоксикации, травмы и операции на органах малого таза и позвоночнике, неправильное воспитание.

Из 35 детей в ФДП, 5 пациентов имеют энурез сочетанный, 30 — энурез «сонный».

У 29 детей энурез первичный (с момента рождения), у 6 — вторичный (возникший не менее чем через год после формирования контролируемого акта мочеиспускания).

Патогенетические варианты:

- энурез при церебральных дисфункциях различного генеза (7 человек);
- при спинальных дисфункциях уровня C1-Th12 (6 человек);
- при сочетанных цереброспинальных дисфункциях (7 человек);
- при гипоталамической дисфункции (1 человек);
- невротический, на фоне хронической психотравмы (3 человека);
- семейный (6 человек);
- при патобиомеханических синдромах (функциональных блоках) (3 человека);
- урологический (2 человека).

По степени тяжести больные с энурезом распределены следующим образом: легкая (1-5 раз в месяц) — 7 детей (20 %), среднетяжелая (6-

15 раз в месяц) — 16 (45,7 %), тяжелая (более 15 раз в месяц) — 8 (22,9 %), крайне тяжелая (каждую ночь по несколько раз) — 4 (11,4 %).

Всем детям проводилась дифференцированная терапия в зависимости от клинической формы энуреза. С апреля 2004 года 11 детей 6-16 лет (6 мальчиков и 5 девочек), с тяжелой и крайне тяжелой формами энуреза, неэффективностью предыдущих курсов лечения без применения лечебных блокад в разное время, были взяты на точечные инъекции лекарств в биологически активные точки. 6 детей из 35 страдали сочетанной формой энуреза; у 4-х детей имелся энурез при спинальной дисфункции уровня C1-Th12; у одного ребенка энурез был семейный. Проводились внутрикожные блокады в точки VC3, VC4 (по передней стенке живота) с прозеринумом в возрастной дозе и в точки PC85 (паравертебральные точки по Хуа-то, на уровне остистого отростка L5 с двух сторон) с дибазолом. Инъекции прозерина и дибазола чередовались. На один курс проводилось до 10 инъекций.

Кроме того, проводилась мануальная терапия на поясничном и шейном отделах позвоночника, до блокад или через 1,5-2 часа проводилось физиолечение (электрофорез с прозеринумом на область проекции мочевого пузыря или электрофорез с эуфилином на ШВЗ, СМТ), назначался мелипрамин или амитриптилин на ночь, 4-м больным назначались ноотропные средства. Рекомендуется проводить 2-3 курса лечения. В ФДП шести больным проведено по 1 курсу лечения, 4-м — 2 курса лечения и одному больному — 3 курса.

Кроме лечебных мероприятий рекомендовалось соблюдать следующие правила: ограничение питья и еды после 18 часов; будить ребенка ночью в туалет; соблюдение режима сна; избегать переохлаждений.

Длительная ремиссия (более 6 мес.) получена у 2-х детей (18,2 %), средней длительности (отсутствие энуреза 3-6 мес.) — у 2-х (18,2 %), недлительная (отсутствие энуреза 1-3 мес.) — у 4-х (36,4 %), урежение энуреза (переход из средней степени в легчайшую — 1 раз в месяц) — у 2-х (18,2 %). Отсутствие эффекта отмечено в одном случае (9 %).

Таким образом положительный эффект отмечен у 91 % больных, причем у 72,8 % отмечается клиническая ремиссия. Внедрение лечебных блокад в комплексную терапию больных энурезом позволяет добиться положительных результатов и, в перспективе, может стать эффективным средством в лечении этого заболевания, но чтобы окончательно оценить эффективность данного метода. Требуется наблюдение за каждым больным в течение 1 года. Ремиссия в течение 1 года и более считается выздоровлением.



БУЛГАКОВА О.И., ПОЛЕЖАЕВА В.Н., ДАНИЛОВА Т.А.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ (МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ)

Цель настоящей работы — оценить экономическую целесообразность дневного стационара для детей с заболеваниями органов пищеварения в условиях филиала детской поликлиники г. Междуреченска.

В условиях реформирования здравоохранения больничная помощь может быть заменена экономически более эффективными видами услуг, «центр тяжести» с дорогостоящего лечения в круглосуточном детском стационаре может быть перенесен на амбулаторно-поликлинический уровень с развитием альтернативной формы обслуживания — дневного стационара.

В дневной стационар дети поступают не только на лечение при обострениях, но и на противорецидивное лечение, на обследование. Ребенку обеспечен врачебный контроль, он получает все необходимые процедуры, но при этом часть суток проводит в кругу семьи, т.е. находится в состоянии психологического комфорта. Ребенок не испытывает стресса, как это бывает при госпитализации.

Учащиеся, при отсутствии медицинских противопоказаний, могут совмещать учебу с лечением.

Для выполнения этой работы проанализованы истории болезни 90 детей за 2004 г.

Дети были разделены на две группы: I-я группа — 67 детей, лечившиеся в круглосуточном стационаре; II-я группа — 23 ребенка, получавшие лечение в дневном стационаре филиала детской поликлиники.

У всех пациентов имелось обострение. Жалобы были полиморфными, свидетельствовали о наличии болевого, диспептического, астеновегетативного синдромов. Боли купировались при лечении в дневном стационаре на 5-7 день; в детском отделении — на 9-10 день.

Проводимая комплексная терапия (по схемам, протоколам лечения больных с заболеваниями ЖКТ) у всех больных позволила достичь клинической ремиссии заболевания, но на разных сроках: в дневном стационаре — на 7-8 день; в детском отделении — на 10-13 день.

Для оценки эффективности работы дневного стационара и детского отделения мы использовали такие показатели, как среднее пребывание больного на койке и количество койко-дней, проведенных пациентами. В 2004 году общее число койко-дней, затраченных на лечение детей с заболеваниями ЖКТ, в дневном стационаре составило 184, в круглосуточном — 714; среднее пребывание на койке — 8 дней и 10,7 дней, соответственно.

Внедрение современных методик и технологий позволило лечить больных в дневном стационаре без увеличения среднего пребывания пациентов на койке. Пребывание больных в дневном стационаре в течение неполного дня не требует расходов на питание, оплату работы персонала в ночное время, праздничные и выходные дни.

Работа дневного стационара в детской поликлинике позволила сократить затраты на госпитализацию и получить экономический эффект 220532 руб.

Анализируя вышеизложенное, считаем, что создание дневных стационаров и их расширение необходимо по ряду причин: улучшается доступность стационарной помощи; расширяется возможность активного оздоровления диспансерной группы больных, так как такие пациенты получают лечение в нужные сроки, а не в момент наличия мест в стационаре, и при этом находятся часть дня в привычной домашней обстановке, благодаря чему исключается стрессовый фактор постоянного пребывания в больнице.

Дневные стационары являются клинически эффективной и экономически выгодной формой медицинского обслуживания пациентов.

Эффективность этой формы организации медицинской помощи заключается в оказании нуждающимся услуг без снижения качества диагностики и лечения, при существенном сокращении затрат на одного больного. Очевидны экономические, организационные, медицинские, психологические преимущества работы дневного стационара, по сравнению со стационаром круглосуточного пребывания.



КОНЕНКО Л.Л.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЗДОРОВЛЕНИЮ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

В структуре заболеваемости детского возраста преобладают болезни органов дыхания, в том числе острые респираторные заболевания. Имеют значение географическое расположение нашего района, высокие среднегодовые перепады температур, большое количество транспорта и промышленных предприятий, загрязняющих окружающую среду. Но все же эти факторы менее актуальны, когда речь идет о детях, более других предрасположенных к ОРЗ. Это, так называемые, часто и длительно болеющие дети. Частота и характер течения заболеваний у таких пациентов зависит не столько от климатических условий и характера возбудителя, сколько от преморбидного состояния макроорганизма, от его сниженного иммунологического статуса.

Исходя из собственных наблюдений за ЧДБ детьми на участке за три анализируемых года, отмечено, что все часто болеющие дети — это организованные дети. Причем, имеется связь между увеличением процента организованных детей и количеством ЧДБ, что наглядно показано ниже:

	2001 год	2002 год	2003 год
Организованные дети до 7 лет	47,3 %	52,3 %	56,1 %
ЧБД дети	8,9 %	11,2 %	13,9 %

Среди ЧДБ детей на участке преобладают дети 1-2-летнего возраста, а, как известно, в этом возрасте дети особенно трудно переносят период адаптации к детскому дошкольному учреждению (ДДУ). В первые 1,5-2 года естественный иммунитет еще слаб, а в новой ситуации переходного периода он еще в большей степени снижается. Ребенок легко заболевает, простудные заболевания протекают более длительно и тяжело, с присоединением различных осложнений. Помимо этого, из 43-х наблюдавшихся нами ЧБД, 88 % — это дети из групп повышенного риска с неблагоприятным преморбидным фоном (патологией перинатального периода, наличием фоновых заболеваний и др.).

Но реалии нашей жизни заставляют матерей стремиться определить ребенка в ДДУ как можно раньше, в связи с материальными затруднениями и необходимостью выхода на работу. Именно это неблагоприятное обстоятельство мы считаем главной причиной того, что дети часто болеют.

Важное место в оздоровлении часто болеющих детей отводится лечению ЛОР-органов. Санация хронических очагов инфекции в носоглотке осуществляется в неблагоприятные в климатическом

отношении периоды года (весна, осень), когда угроза обострений особенно велика. В этот же период проводятся курсы витаминотерапии с использованием иммуномодуляторов из группы интерферонов, фитопрепаратов. В последние годы в лечебную практику мы широко внедряем современные иммуностимулирующие средства, содержащие лизаты бактерий (ИРС-19, бронхомунал, рибомунил, имудон).

Исходя из собственного опыта, можно сказать, что применение этих препаратов заметно снижает степень риска заболеваемости ОРЗ. Отмечено положительное действие спелеотерапии. Микроклимат «соляной пещеры» по своим параметрам приближается к природным условиям солякопей и повышает функцию внешнего дыхания, иммунологическую реактивность дыхательных путей.

Доказано, что эффективность оздоровления ЧДБ детей возрастает при проведении санаторного лечения на базе местных санаториев-профилакториев «Романтика» и «Солнечный» (круглогодично) с богатым арсеналом физиотерапевтических факторов для достижения наибольшего лечебного и реабилитационного эффекта (физиотерапия, аэрозольные ингаляции лекарственных средств и биогенных стимуляторов, кислородные коктейли и ванны, улучшающие функцию кардиопульмональной системы, ЛФК, массаж, бальнео- и пелоидотерапия). Все это, в сочетании с природными факторами (свежим таежным воздухом, водными процедурами, сбалансированным питанием и режимом дня), благоприятно действует на организм. К тому же, местные санатории — это самый оптимальный вариант для оздоровления ЧДБ детей, так как исключен процесс акклиматизации, который является стрессом для адаптивной системы человека.

За отчетной период из 43-х часто болеющих детей, наблюдавшихся на педиатрическом участке, 19 детей (44,2 %) получили санаторно-курортное лечение. Практика свидетельствует, что применение такого широкого комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий среди часто болеющих детей приводит к сокращению этой патологии на 60-70 %, что представлено ниже:

	2001 год	2002 год	2003 год
Всего ЧДБ на участке	10	14	19
Сняты с учета к концу года	6 (60 %)	11 (78,6 %)	15 (78,9 %)
Остались на учете к концу года	4 (40 %)	3 (21,4 %)	4 (21,1 %)



За основной критерий оценки эффективности работы с ЧДБ детьми взяты отсутствие заболеваний или значительное уменьшение их кратности, продолжительности и тяжести за год. Лечение ОРЗ у ЧДБ детей требует дальнейшего совершенствования, так как число таких детей из года в год не имеет тенденции к уменьшению. ЧДБ представляют большую социальную проблему, та-

кие дети обычно отстают в физическом развитии, в дальнейшем хуже учатся в школе, а что стоят материальные затраты по оплате больничных листов родителей? Только должная мобилизация всех доступных методов и условий профилактики, лечения и реабилитации детей из группы ЧДБ будет способствовать восстановлению их здоровья и адаптации к обычным условиям жизни.





ВОХМИНА Г.П., ТУРАПИН А.А.
МУЗ Центральная городская больница,
Психоневрологический диспансер,
г. Междуреченск

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АНТАКСОН В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОПИЙНОЙ (ГЕРОИНОВОЙ) ЗАВИСИМОСТИ И ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

С 2000 года в наркологическом отделении ПНД в комплексной терапии хронического алкоголизма и опийной (героиновой) наркомании стал широко использоваться новый препарат Антаксон.

Антаксон является специфическим антагонистом опиоидных рецепторов. Данный препарат конкурентно связывается с опиоидными рецепторами всех типов и предупреждает или устраняет действие как эндогенных опиоидов, так и экзогенных опиоидных препаратов — наркотических анальгетиков и их суррогатов. В дозе 50 мг (1 капсула) Антаксон в течение 24-х часов блокирует фармакологические эффекты, вызванные введением в организм 25 мг героина. При удвоении дозы Антаксона действие удлиняется до 48 часов, а при утроении — до 72 часов. Он не вызывает привыкания, физической и психической зависимости.

В наркологическом отделении ПНД в период с 2000 года по февраль 2005 года пролечено Антаксоном 693 больных, страдающих хроническим алкоголизмом и опийной (героиновой) наркоманией. Из 693-х полеченных, 115 больных страдали опийной наркоманией и 578 — хроническим алко-

голизмом. У 57 % больных опийной (героиновой) наркоманией (65 человек) период терапевтической ремиссии вырос, в среднем, в 1,8 раза и достиг 10 месяцев. Это позитивно изменило семейный и социальный статус больных наркоманией, многие из них создали семьи, устроились на работу. Из 578 больных хроническим алкоголизмом период терапевтической ремиссии вырос в 3,1 раза и достиг, в среднем, почти полутора лет. Это также положительно повлияло на социально-семейную адаптацию больных хроническим алкоголизмом.

Таким образом, повседневная клиническая практика подтверждает, что препарат Антаксон в значительной степени ограничивает потребление алкоголя, возобновление влечения к алкоголю происходит в более поздние сроки. При этом значительно увеличивается интервал между рецидивами (запойми).

У больных опийной (героиновой) наркоманией применение Антаксона обеспечивает увеличение периода воздержания от наркотика, снижает влечение. У данной категории больных препарат позволяет достичь минимального количества рецидивов и способствует реабилитации.

РАХМАНОВА В.В.
МУЗ Центральная городская больница,
Психоневрологический диспансер,
г. Междуреченск

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Использование арт-терапевтических методов в психокоррекционной работе с подростками с диагнозом «Эпизодическое употребление психоактивных веществ (ПАВ)» (МКБ-10) нацелено, прежде всего, на коррекцию эмоциональной и поведенческой структур, мобилизацию здоровых личностных потенциалов подростка, закрепление адаптивных механизмов, повышение стрессоустойчивости, восстановление успешного социального функционирования.

Данные зарубежной литературы свидетельствуют о высоких терапевтических возможностях арт-терапии, применение которой достоверно повышает эффективность проводимых психокоррекционных мероприятий в клиниках.

В отечественной литературе по данной тематике обращают на себя внимание работы М.Е. Бурно (1989), Р.Б. Хайкина (1992), А.И. Копытина (2002). Растущая зрелость и профессионализация арт-терапии ведут к тому, что этот метод превращается в одну из форм современной психокор-



рекционной работы, используемой в групповой работе с подростками.

Групповая арт-терапия позволяет развивать ценные социальные навыки; связана с оказанием взаимной поддержки членами группы и позволяет решать общие проблемы; дает возможность наблюдать результаты своих действий и их влияние на окружающих; позволяет осваивать новые роли и проявлять латентные качества личности, а также наблюдать, как модификация ролевого поведения влияет на взаимоотношения с окружающими; повышает самооценку и ведет к укреплению личной идентичности подростка; повышает навыки принятия решений.

В процессе арт-терапии подросток нередко осуществляет спонтанную разработку предметов фантазий, которые имеют непосредственное отношение к психологическим проблемам. Происходит активизация целительного потенциала, конфликты находят выражение и разрешение. Лист бумаги или песочница превращаются в «безопасное место» для размещения проекций, тогда как символы и образы принимают форму «вместилища» различных эмоций, обеспечивая возможность отображения чувств. Задача вербализации эмоциональных состояний состоит в том, чтобы показать подростку, что его чувства находят эмпатическое понимание.

Арт-терапевтические методы способствуют удовлетворению потребностей в самопонимании и положительном принятии самого себя; в творческом и осмысленном времяпрепровождении; в эмоциональной поддержке и самоусовершенствовании; в общении, обмене опытом; в признании собственных слабостей, выражении социально-неприемлемых чувств и мыслей в атмосфере терпимости и принятия; в освоении новых форм опыта, а также соотношении собственных чувств и мыслей с реальностью; в признании и понимании другими.

Психологами психоневрологического диспансера города Междуреченска с 2003 года в коррекционной работе с подростками с диагнозом «Эпизодическое употребление психоактивных веществ» используются групповые арт-терапевтические методы. Было проведено 6 психокоррекционных групп, количество участников каждой группы варьировало от 7 до 14 человек, возраст — от 13 до 16 лет. Группы полукруглы и гетерогенны.

Работа велась в специально оборудованном арт-терапевтическом кабинете. Изобразительные материалы включали краски (акварель, гуашь), цветные карандаши, стики, пастель, бумагу разного цвета, формата и фактуры, журналы для создания коллажей, а так же другие материалы.

Из известных арт-терапевтических подходов предпочтение отдавалось тематическому. Он ха-

рактеризуется относительно высокой структурированностью, отвечающей, на наш взгляд, ожиданиям большинства участников, возможностью проведения курсов небольшой и средней продолжительности, доступностью для подростка, в том числе не имеющего опыта художественного творчества, использованием широкого набора факторов коррекционного воздействия. Психологами определялись темы и образы до тех пор, пока подросток не приступал к спонтанному рисованию или не начинал отвергать предложенные темы. Данный подход предполагает, что ведущий группы должен регулярно предлагать подростку изображать образы или символы, которые соответствуют его эмоциональному состоянию. Коммуникации на арт-терапевтических сессиях в сочетании с переживаемым подростком творческим процессом, способствуют преодолению психических травм и восстановлению его положительной самооценки.

Сессии проводились 2-3 раза в неделю, продолжительностью 1,5-2 часа, на протяжении 6 недель. Занятия имели обычную для тематической групповой арт-терапии структуру: а) введение и «разогрев»; б) выбор темы и изобразительная работа; в) обсуждение рисунков и завершение сессии.

Начиная работу, мы ставили следующие задачи:

- минимизация факторов наркориска психологического характера;
- достижение более высокого уровня психосоциальной адаптации;
- формирование навыков саморегуляции;
- развитие способности выражать свои чувства и мысли в вербальной и невербальной формах;
- развитие здорового самосознания;
- преобразование негативных установок в личностно-развивающие;
- укрепление чувства «Я», совершенствование способностей к принятию самостоятельных решений, к действиям в конфликтных и напряженных ситуациях;
- формирование устойчивой системы социально-значимых связей.

Как уже отмечалось выше, арт-терапевтический процесс включает несколько этапов.

Подготовительный этап заключается в объяснении подросткам особенностей подхода, а также правил поведения в группе. Участников группы знакомили с арт-терапевтическим пространством, разъясняли условия проведения проекционных рисуночных тестов («Розовый куст», «Дом — дерево — человек», «Моя семья»). Последующий «разогрев» представляет собой разные виды физической активности и способы настройки на работу в группе. В ней используются некоторые упражнения из арсенала «групп встреч», упражнения на релаксацию.



На этапе формирования системы психотерапевтических отношений и начала изобразительной деятельности используются методики, способствующие развитию творческого воображения, активизации участников группы, повышению их способности к самоконтролю. Среди них следует упомянуть «каракули Винникотта», технику коллажа, упражнения с цветом. Так же оправданно применение техник с элементами аутогенной тренировки и релаксации (метод направленной визуализации в сочетании с изобразительной работой).

На этапе укрепления и развития психотерапевтических отношений применяются упражнения, позволяющие подросткам в художественной форме выражать свои мысли и чувства, связанные в том числе, со значимыми проблемными ситуациями («Моя проблема», «Яркое воспоминание детства», «Что мне мешает», «Мое будущее», применение песочной терапии). Техники интерактивного характера и мультимодальный подход способствуют развитию коммуникативных навыков, укреплению чувства идентичности и актуализации механизмов психологической защиты. Эти приемы способствуют прояснению и осознанию подростками системы своих отношений, включая отношение к самим себе.

Этап обсуждения и завершения сессии. Здесь возможно использование нескольких вариантов обсуждения. В одних случаях каждому представляется возможность высказаться, в других — внимание может фокусироваться на одной или нескольких работах. Возможно, вносить в обсуждение и ход групповой работы: каждый участник психокоррекционной группы делится своими ощущениями и мыслями относительно того, что происходило во время данной сессии, каковы его впечатления об общей атмосфере в группе. Завершение сессии может представлять собой краткое резюме, отражающее ее основные результаты. Необходимо ведение документации для динамического анализа работы, позволяющего принимать решения, связанные с ведением группы.

В динамике внутригрупповых процессов отмечается нарастание спонтанности. Расширение способов коммуникаций происходит за счет более частого использования сенсомоторного и ролевого способов поведения. Возможно уменьшение зависимости участников группы от ведущего, при сохранении заинтересованности в эмоциональной поддержке с его стороны.

В ходе сессий иногда возникали сложные моменты, связанные с замешательством или пассивностью группы, беспокойным поведением отдельных участников (3 человека в первой психокоррекционной группе, 2 — во второй, 1 — в пятой), мешающим работать другим, бурным проявлением чувств, которые «вышли на поверхность» в процессе работы, но не нашли своего

разрешения. Поэтому иногда эффективно использовать иную последовательность этапов сессии. Наблюдение за ходом групповой работы позволяет констатировать действие разнообразных факторов и механизмов психотерапевтических изменений, включающих, прежде всего, такие факторы, как художественная экспрессия, психотерапевтические отношения, интерпретация, и механизм вербальной «обратной связи». В качестве одного из вариантов вербальной «обратной связи» используются художественные описания изобразительной продукции: подросткам предлагается, на основе своих рисунков, создать рассказ или записать ряд связанных с ним ассоциаций.

Арт-терапевту, работающему с подростком, требуется принимать во внимание особую пластичность психики и логику возрастных изменений в самых различных аспектах, что, несомненно, помогает делать психокоррекционный процесс более живым, динамичным и эффективным для разрешения поставленных задач.

Арт-терапевтические методы позволяют подростку самому проецировать реальность и по-своему интерпретировать ее. Поэтому естественно, что полученные результаты в значительной мере несут на себе отпечаток личности подростка: настроения, состояния, чувств, особенностей представлений, отношений.

Однако за многими достоинствами арт-терапевтических методов, простотой и доступностью их применения, стоят высокие требования к специалисту-психологу, использующему их в психокоррекционной работе. Необходимы длительная практика, чрезвычайная осторожность в интерпретации, умение правильно формировать сложный комплекс методик, поскольку арт-методы, по нашему убеждению, не должны применяться изолированно от других психокоррекционных методов работы с подростками. Во время проведения арт-терапевтических сессий интерпретации вводились и строились в соответствии с требованиями психодинамического подхода, с той оговоркой, что ведущий группы стремился избегать прямых интерпретаций работ подростка. Методики арт-терапии следует дифференцировать с учетом глубины, формы, качественной специфики дезадаптации и личностных особенностей участников группы.

Таким образом, применение арт-терапевтических методов в психокоррекции подростков с диагнозом «Эпизодическое употребление ПАВ» является одной из наиболее оправданных и эффективных форм групповой работы. Побуждение подростка к самостоятельному творчеству, как созидательному акту, рассматривается как основной психокоррекционный фактор, учитывающий самооценку, уровень притязаний и другие его личностные особенности.



Использование творческого потенциала наркориска психологического характера, вос-
участников группы позволяет гармонизировать становить успешное социальное функциониро-
структуру личности, минимизировать факторы вание.





БОБРОВА Г.Н., КИРИЩЕНКО Н.И.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФТРИАКСОНА И БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИН-ПРОКАИНА В ТЕРАПИИ СКРЫТОГО РАННЕГО СИФИЛИСА

Проблема роста скрытой ранней сифилитической инфекции продолжает оставаться весьма актуальной. Так, за последние три года отмечается увеличение случаев раннего скрытого сифилиса с 30 % до 44,5 %. Частота заболеваемости, хроническое течение, физический дискомфорт и сложности психологического порядка, которые ощущают пациенты, все это определяет особую актуальность проблемы терапии этих форм сифилиса.

К числу современных методов лечения скрытого раннего сифилиса в амбулаторных условиях относятся зарубежные дюрантные препараты пенициллина (экстенциллин, ретарпен), препарат средней дюрантности бензилпенициллин-прокаин, препарат цефалоспоринового ряда цефтриаксон (роцефин).

Целью нашей работы явилось установление эффективности лечения бензилпенициллин-прокаином и цефтриаксоном при скрытом раннем сифилисе на основании ближайших и отдаленных результатов КСР, так как одним из критериев эффективности лечения является снижение титра и негитивация серологической реакции.

Лечение проводилось 26 больным ранним скрытым сифилисом на основании Методических указаний по лечению и профилактике сифилиса 1999 года, утвержденных МЗ РФ. Бензилпенициллин-прокаин в дозе 1,2 млн. единиц 1 раз

в день в течение 20 дней получали 16 больных, цефтриаксон по 0,5-1 г 1 раз в день в течение 10-14 дней – 10 человек. Переносимость препаратов была хорошей. У двух больных при лечении бензилпенициллин-прокаином была отмечена аллергическая реакция в виде головокружения, тошноты, слабости, шума в ушах, холодного пота, падения артериального давления до 90/60 мм рт. ст.

Мы проанализировали эффективность лечения исследованием серологических реакций у больных, получавших бензилпенициллин-прокаин и цефтриаксон, сразу после окончания курса специфической терапии и через год. КСР оставались резко положительными, но отмечалось снижение титра реагенов в 2-4 раза.

При лечении цефтриаксоном у половины больных через год произошла полная негитивация КСР. У остальных пациентов серологические реакции остались слабо положительными.

У больных, пролеченных бензилпенициллин-прокаином, через год наблюдали полную негитивацию КСР только в 12,5 % случаев, у оставшихся больных серологические реакции так же сохранялись слабо положительными.

Таким образом, полученные результаты говорят о высокой эффективности цефтриаксона и безопасности его применения, дают преимущество в плане удобства использования, что не исключает дальнейшего его изучения.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Болезни щитовидной железы являются серьезными заболеваниями и могут даже угрожать жизни больного, но обычно поддаются лечению, контролю и излечиванию. Признаки гипер- и гипотиреоза хорошо известны, и, как правило, легко диагностируются, в то время как субклинические состояния не имеют отчетливых проявлений, и могут протекать под маской других заболеваний.

Выработка лабораторных стратегий является чрезвычайно важной для проведения дифференциальной диагностики различных состояний, для выбора правильного диагноза и лечения.

С апреля 2002 года клиничко-диагностическая лаборатория (КДЛ) начала заниматься лабораторной диагностикой заболеваний щитовидной железы, введя в перечень своих исследований определение гормона гипофиза — тиреотропного гормона (ТТГ), поскольку он занимает центральное место в системе регуляции функций щитовидной железы, гормонов щитовидной железы — свободную фракцию тироксина (св. Т₄) и общий трийодтиронин (Т₃). В 2004 году спектр гормональных исследований был расширен за счет определения в сыворотке крови пролактина и антител к тиреоглобулину (АТ к ТГ).

Гормоны определяются на автоматическом 8-канальном планшетном фотометре «Мультискан Классик» методом твердофазного иммуноферментного анализа, который основан на высокой избирательности и специфичности иммунологической реакции «антиген-антитело».

Результаты реакций обрабатываются с помощью компьютерной программы «Multiscan Magic».

Прведено анализов: в 2002 г. — 3049 исследований, в 2003 г. — 5530, в 2004 г. — 3767. Обследуются как взрослые, так и дети (10,3-13,5 % от общего количества).

Некоторый спад в количестве анализов в 2004 г. объясняется тем, что определение гормонов щитовидной железы было отнесено к разряду дорогостоящих технологий и переведено в раздел

платных услуг. Но, как среди взрослого населения, так и среди детского была выделена льготная группа, для которой этот вид исследования остался бесплатным.

Выявленные в результате проводимых в КДЛ исследований отклонения от нормы представлены в таблице.

Таблица
Результаты, полученные при проведении исследований в КДЛ

	2002 год		2003 год		2004 год	
	Выше нормы	Ниже нормы	Выше нормы	Ниже нормы	Выше нормы	Ниже нормы
ТТГ	185 (16 %)	107 (9,3 %)	429 (19 %)	174 (7,7 %)	231 (15 %)	126 (8,2 %)
Т ₃			61 (7,7 %)	30 (3,8 %)	75 (11,3 %)	37 (5,5 %)
Т ₄	203 (19 %)	69 (6,5 %)	201 (10 %)	174 (8,8 %)	231 (16,8 %)	126 (9,2 %)

Для более глубокой диагностики заболеваний щитовидной железы (выявления аутоиммунных заболеваний) в 2004 г. в лаборатории ввели определение антител к тиреоглобулину (АТ к ТГ).

За этот год проведено 61 исследование. Из них, антитела определены в 12 случаях (19,6 %). В этой группе больных у 5 человек (41,6 %) определялся низкий уровень ТТГ и высокий уровень свободного Т₄, что не исключает диагноза «Диффузный токсический зоб». У 2-х пациентов при наличии АТ к ТГ отмечался высокий уровень ТТГ. У одной женщины уровень свободного тироксина был ниже нормы, что позволяет выставить диагноз «Тиреоидит Хасимото» или «Послеродовый гипотиреоз». У второй женщины уровень свободного тироксина оказался в пределах нормы, что может соответствовать состоянию субклинического гипотиреоза.

Таким образом, лабораторные исследования играют важную роль в диагностике заболеваний щитовидной железы, поскольку окончательный диагноз большинства заболеваний может быть установлен только после проведения специальных лабораторных тестов.



ИВАНЧЕНКО В.В.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИБОРА ДЕСЕНСИТРОН-2 ДЛЯ ИОНОФОРЕЗА

В последнее десятилетие в терапевтической стоматологии происходят серьезные перемены. Почти ежегодно появляются новые материалы, инструментарий, принципиально новые методики лечения, новые аппараты, повышается уровень информированности и эстетических запросов населения. Развитие в нашей стране рыночных отношений открыло российским стоматологам доступ к самым современным технологиям. Возможность приобретения и использования в практике новых материалов, приборов, а также широкое распространение платного стоматологического лечения, поставили перед отечественной стоматологией ряд важных профессиональных, экономических и медицинских проблем.

В поликлинику платных услуг был приобретен «Десенситрон-2» — прибор для лечения сверхчувствительности эмали и дентина, которая возникает как результат эрозии открытых поверхностей корня, изношенности эмали или гипоплазии.

Этот прибор использует клинически provenные принципы ионофореза. При использовании малых токов ионы фторида натрия проникают глубоко в дентинные каналы, создавая фтор-кальциевые блоки и, тем самым, уменьшая

вызывающую болезненные ощущения проницаемость.

«Десенситрон-2» — это новый инструмент ручного размера, который обладает всеми качествами больших настольных приборов. Его компенсационная схема поддерживает постоянный уровень тока при всех условиях. Для комфорта пациента прибор увеличивает ток до выбранного уровня постепенно.

Противопоказания — сердечная аритмия, сверхчувствительность к фториду натрия.

В течение 2004 года пролечено 50 пациентов с гиперчувствительностью зубов, с учетом показаний. У 34 пациентов болевые ощущения исчезли полностью после первого сеанса, у 10 пациентов болевые ощущения исчезли после двух сеансов, а у 6 пациентов боль существенно уменьшилась после 3-го сеанса.

Таким образом, метод ионофореза подходит для большинства пациентов с гиперчувствительностью. Однократное применение прибора в большинстве случаев позволило навсегда устранить или существенно уменьшить боль. Повторное применение часто устраняет всякую болевую чувствительность.

ДУБОШИНА Л.А., ЛЕСНИКОВА И.В.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Специалистам-стоматологам известно, что, помимо непосредственно стоматологической проблемы, деструктивные периодонтиты представляют опасность для организма в целом, так как способны нарушить иммунологический статус пациента, осложнить течение заболеваний внутренних органов и систем, вплоть до развития хронического сепсиса.

Несколько слов об анатомии. Периодонт — это соединительно-тканное образование, располагающееся в щели между корнем зуба и альвеолой (костной ячейкой). В участке периодонта, окружающем верхушку корня зуба, часто протекают патологические процессы, которые развиваются при распространении воспалительного процесса из пульпы. При этом возникает очаг деструкции костной ткани. Следует заметить, что пациенты

с хроническими формами периодонтита составляют 55 % от общего количества обратившихся в стоматологическую поликлинику. Причем, среди хронических форм преобладают деструктивные (гранулирующий, гранулематозный периодонтит, кистогранулема, радикулярная киста), которые являются показанием к удалению зуба.

По данным Е.В. Боровского (1996), у каждого жителя в возрасте 35-44 лет 3-5 зубов удалены по поводу верхушечного периодонтита. Перед врачом-стоматологом, в этой связи, каждый раз возникает дилемма. Либо удалить зуб и не допустить наступления серьезных сдвигов в организме, т.е. гарантировать пациенту долговременный результат лечения (зарубежный подход), либо попытаться ликвидировать заапикальный очаг деструкции (соответственно, с условной гарантией).

При лечении периодонтитов стандартно принятые приемы эндодонтического лечения должны быть дополнены активным заапикальным воздействием. Поэтому большим достижением стало появление на рынке стоматологических материалов ряда активно действующих препаратов для восстановления костной ткани в патологическом очаге. Представителями данной группы являются материалы «Calasept» («Каласепт») и «Vitaпex» («Витапекс»). С 2002 года в стоматологической поликлинике на базе кабинета платных услуг было предложено применение данных материалов.

Целью исследования явилось клинико-рентгенологическое изучение эффективности костнопластической функции препаратов «Каласепт», «Витапекс».

Препарат «Каласепт» представляет собой не отвердеющую пасту белого цвета на основе гидроксида кальция для временного пломбирования корневых каналов. Основа — гидроксид кальция — обладает сильно щелочной реакцией, РН — 12,5, благодаря этому, при заполнении им корневого канала, «Каласепт» оказывает бактерицидное действие, разрушает некротизированные ткани, стимулирует остео-, дентино- и цемтогенез.

Большим прогрессом стало применение «Каласепта» у детей и подростков для ускорения процессов формирования тканей корня и последующего полноценного эндодонтического лечения при осложненном кариесе. Материал «Витапекс» применяется и для постоянного пломбирования корневых каналов после депульпирования зубов и для лечения деструктивных форм периодонтитов. Активные составляющие — йодоформ и гидроксид кальция, благодаря чему материал оказывает антибактериальное и костнопластическое действие. Его преимущества перед «Каласептом»: рентгеноконтрастность, возможность применения как для временного, так и для постоянного пломбирования, простота в использовании, отсутствие особых условий хранения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период 2002-2004 гг. на базе кабинета платных услуг поликлиники было пролечено 279 пациентов с деструктивными формами периодонтита.

Лечение проводилось по следующей методике:

- эндодонтическая обработка корневого канала до анатомической верхушки;
- испытание на «герметизм»;
- пломбирование корневого канала материалом «Каласепт» сроком на 1 месяц, в течение которого происходит его активное действие.

В многокорневых зубах проводилось введение материала во все каналы.

Через 1 месяц проводили рентгенологическое обследование данных зубов и повторное введение «Каласепта». Об эффективности проведенного лечения судили на основании отсутствия жалоб, результатов объективного обследования, данных рентгенографии. Р-положительный результат остеогенеза в заапикальной области мы наблюдали, начиная с третьего месяца после введения «Каласепта». При положительной клинической ситуации остатки «Каласепта» извлекали из корневого канала и проводили постоянное пломбирование пастой «Endomethasone ivorj» с гуттаперчивыми штифтами методом латеральной конденсации. В определенных клинических ситуациях, при отсутствии у пациента времени и желания для длительного лечения и частых визитов к стоматологу, препаратом выбора стал материал «Витапекс». После проверки зуба на «герметизм», канал пломбировали пастой «Витапекс» с выведением материала в очаг поражения с использованием штифтов методом латеральной конденсации, и накладывали постоянную пломбу. Через 3, 6, 12 месяцев пациентов приглашали для рентгенологического обследования.

В 2002 г. по данной методике было пролечено 38 пациентов, в 2003 г. — 92 пациента, в 2004 г. — 149 пациентов. Оценка ближайших результатов лечения проводилась в сроки от 1 до 3 месяцев, а отдаленных — через 6, 12 месяцев. Результатом лечения стала частичная и полная регенерация околоверхушечного очага. Результаты представлены в таблице.

Таблица
Отдаленные результаты лечения деструктивных форм периодонтитов (сроки наблюдения 6-12 мес.)

	Число зубов, взятых на лечение	Частичная регенерация очага деструкции	Полная регенерация очага деструкции	Без изменений
2002	38	5 (13,2 %)	31 (78,9 %)	2 (5,3 %)
2003	92	6 (6,6 %)	83 (90,2 %)	3 (3,3 %)
2004	149	94 (63,1 %)	52 (34,9 %)	3 (2 %)

У пациентов, пролеченных в 2002 г., частичная регенерация наблюдалась в 13,2 % случаев, полная — в 78,9 %. У пролеченных в 2003 г. частичная регенерация наступила в 6,6 % случаев, полная — в 90,2 %. У пациентов, взятых на лечение в 2004 году, уменьшение очага деструкции наблюдалось в 63,1 %, полное восстановление костной ткани — в 34,9 % случаев. В этой группе пациентов изменение процентных соотношений произойдет в дальнейшем, т.к. увеличится срок наблюдения. Частичная регенерация околоверхушечного очага и отсутствие восстановления в периапикальных тканях наблюдалось у пациентов пожилого возраста и у лиц с сопутствующей соматической патологией, в частности, с заболе-



ваниями щитовидной железы. Увеличение очага деструкции ни у одного пациента не наступило.

Распределение всех 279 пролеченных зубов по нозологии и размерам деструктивных изменений было следующее:

- хронический гранулирующий периодонтит с очагом деструкции 3-5 мм — 183 зуба;
- кистогранулема с диаметром деструкции 5-8 мм — 53 зуба;
- радикулярная киста с диаметром очага 8-15 мм — 43 зуба.

Эффективность лечения зависела от размера деструктивных изменений, подлежащих замещению костной тканью. Анализируя результаты применения материалов «Каласепт» и «Витапекс» в зависимости от формы патологии, мы выявили их большую эффективность при хроническом гранулирующем периодонтите, по сравнению с редукцией гранул и радикулярных кист (соответственно, 97,3 %; 64,2 %; 51,2 %). При уменьшении размеров радикулярных кист пациентам была рекомендована операция резекции верхушки корня.

Коронковые части всех пролеченных зубов были отреставрированы с применением фотополимерных материалов, 45 зубов в последующем были использованы под опорные коронки мостовидного протеза, у 61 зуба уменьшилась патологическая подвижность.

ВЫВОДЫ:

Остеотропные препараты «Каласепт» и «Витапекс», при патологии в периодонте, вызывают активизацию остеогенеза в заапикальном пространстве.

Сроки реабилитации при их применении сокращаются в 2-3 раза по сравнению с традиционным лечением, особенно у лиц молодого возраста при лечении гранулирующего периодонтита.

Данный метод позволяет сохранить зуб как единицу целостного зубного ряда, восстановить эффективность жевания, что позволяет рекомендовать его для широкого применения при лечении деструктивных форм периодонтитов.





ПАХОМОВА Н.А.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ОПЫТ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ГИРУДОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

При любом патологическом состоянии организма развивается энергетический дисбаланс, что обосновывает включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий методов его коррекции. Основным методом является иглорефлексотерапия. Однако, с точки зрения традиционной китайской медицины, при глубоком энергетическом дисбалансе, вовлекающем чудесные меридианы, а также при выраженных признаках активности патологического процесса или истощения на общеорганизменном уровне, показана фитотерапия, которая использует, наряду с растительными препаратами, производные животного происхождения. К таким в китайской традиционной медицине относится суженое тело пиявки, устраняющее застой крови, удаляющее сгустки, имеющее тропность к печени, оказывающее противоопухолевое действие после ударов (так как существует опасность возникновения сарком).

С точки зрения западной медицины, гирудотерапия — это один из универсальных методов лечения неинфекционных заболеваний, ликвидирующий ухудшение обмена веществ, особенно жирового и углеводного, убирающий застойные явления в тканях и закупорку сосудов. Лечебную работу пиявка осуществляет на уровне микроциркуляции, куда не всегда проникают лекарства. Очень важно, что 70-80 % биологически активных веществ, выделяемых пиявкой, остаются в патологической зоне, в то время как лекарству свойственна большая распространенность в организме. Пиявка прокусывает кожу чаще всего в рефлексогенных зонах, т.е. в точках иглоукалывания. Она выбрасывает в кровоток слюну, содержащую гамму физиологически активных веществ, оказывающих противовоспалительное, бактериостатическое, иммуностимулирующее, антисклеротическое, противоишемическое, гипотензивное и лимфогенное действие, приводящих к угасанию патологического процесса и активации самогенеза.

Затем происходит чисто механическая разгрузка кровотока за счет насыщения пиявкой крови, а также продолжительного, возможно до 24 часов, кровотечения из ранки после отпадения пиявки. При этом в основном уходит лимфа, это приводит к ликвидации отеков и стимуляции иммунитета.

Противопоказания для гирудотерапии: гемофилия, анемия, стойкая гипотония, резкое истощение организма, беременность, индивидуальная

непереносимость пиявок.

Гирудотерапией мы занимаемся в течение последнего 2004 года, рефлексотерапией — 15 лет. В группу для совместного использования иглоукалывания и гирудотерапии были включены больные с метаболическим синдромом, 18 человек. Все больные женщины, в возрасте 42-54 лет. У всех имелось ожирение IА и IБ степени, 80 % имели абдоминальный тип и 20 % — гипотидный. Артериальная гипертензия была у всех больных. Гиперхолестеринемия отмечалась у 60 %, в 40 % случаев на верхней границе нормы. Нарушение толерантности к глюкозе отмечено у 3-х человек.

Соматовегетативные проявления (слабость, гипергидроз, тахикардия, жажда, мышечные боли, тошнота, тремор, озноб) разной степени выраженности предъявляли все больные. Психопатологические проявления в виде нарушений сна, тревоги, страха также отмечали все больные. У 2-х больных периодически возникали симпатоадреналовые кризы. У всех больных имелись проявления остеохондроза позвоночника.

Для уточнения локализации, распространенности энергетического дисбаланса использовались акупунктурная диагностика, включавшая специальный опрос, осмотр и кинестетическую диагностику, классическая пальпаторная пульсовая диагностика и диагностика по языку.

Коррекция энергетического дисбаланса проводилась методом иглорефлексотерапии. Курс лечения составлял 7-10 процедур, продолжительность лечения — 2 недели. В это же время использовалась гирудотерапия. Среднее количество сеансов — 4-5, количество использованных пиявок на курс лечения — 20-25. В начале лечения 80 % больных с тревогой и страхом относились к пиявкам, но уже после первого сеанса отношение к ним было дружелюбным. У всех больных обязательно использовались 3 зоны для поставки пиявок: копчиковая, зона печени и шейно-воротниковая, затем — в зависимости от соответствующей симптоматики. Осложнений от проведения гирудотерапии не было.

Учитывая важность сбалансированного питания, для больных с метаболическим синдромом, за период лечения предлагалось семидневное меню низкокалорийной диеты (1200 ккал), сопровождавшееся элементами личностно-ориентированной психотерапии. Рекомендовалось освоить



комплекс упражнений для растяжки позвоночника и укрепления мышц живота.

Во время сеанса иглорефлексотерапии больные использовали брюшной тип дыхания, как наиболее эффективный для освобождения от эмоциональных зажимов. В случае необходимости, проводилась психотерапевтическая коррекция.

Для оценки эффективности проводимого лечения использовались субъективное мнение больных об их состоянии и результаты контрольной акупунктурной диагностики.

Все больные отмечали улучшение сна, общего самочувствия, снижение уровня тревоги и страха, уменьшение мышечных болей. За время лечения, у одной больной из двух, на фоне эмоциональных переживаний, был симпатоадреналовый криз, но клиническая выраженность его проявлений была сглажена. Уменьшили дозу гипотензивных препаратов 14 человек (78 %); 3 человека (17 %) от-

казались от гипотензивных препаратов к концу курса лечения; 15 человек (83 %) отметили снижение веса от 0,5 кг до 1,5 кг.

Контрольная акупунктурная диагностика показала восстановление энергетического баланса в процентном отношении.

Деля выводы из выше изложенного, можно сказать, что у всех больных с метаболическим синдромом, имеющих глубокий энергетический дисбаланс и выраженный комплекс соматовегетативных и психопатологических проявлений, отмечено улучшение энергетического баланса, уменьшение соматовегетативных и психопатологических проявлений. При сочетании иглоукалывания с гирудотерапией лечение данной группы больных более эффективно. Комплексное применение в лечении этих больных элементов диетотерапии, психотерапии и дыхательной гимнастики также дает положительные результаты.

КАЛИНИНА А.В.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Новый аппарат, появившийся в поликлинике платных услуг несколько месяцев назад, начинает завоевывать популярность среди больных. Это аппарат Диа-Дэнс. Аппарат новой медицины, медицины информационной, которая понимает болезнь, как кризис управления организмом, не позволяющий организму адаптироваться к новым условиям жизни.

Болезнь — это и есть рассогласование действий в сложной системе управления организмом. Организм, не справляющийся с этим кризисом, подает знаки бедствия. Вначале это ощущение хандры, затем плохое самочувствие и, наконец, боль — крик о помощи. Надо корректировать весь стиль управления. Врач с помощью аппарата воздействует на систему управления организмом информационно.

Аппарат понимает импульсы, аналогичные тем, которые несут информацию в системе управления организмом. Импульсы, посылаемые аппаратом, идентичны сигналам конкретного организма в любой момент времени и поэтому воспринимаются организмом как свои собственные сигналы и беспрепятственно пропускаются в соответствующие каналы обработки без отторжения: автоматически обеспечивают «прицельность» по всем параметрам терапии в количестве не более и не менее, чем это необходимо для коррекции эндогенных сигналов. Они физиологичны, не содержат ненужных организму составляющих и, следовательно, не спо-

собны создавать обострения и побочные явления. Они сбалансированы по энергетике с эндогенными сигналами организма — компенсируют избыток энергии патологических сигналов и восполняют недостаток энергии физиологических сигналов.

Оптимальная система работает совместно с организмом пациента как единое целое, в ритме организма, и обеспечивает коррекцию физиологических и патологических процессов в реальном масштабе времени, постепенно обучая организм пациента правильному функционированию в соответствии со своей генетической программой. Сущность взаимодействия аппарата с организмом основана на прямых (аппарат — организм) и обратных (организм — аппарат) связях. При этом взаимодействии включаются обратная внутренняя связь и поиск наиболее биологически целесообразного состояния.

В отличие от физиотерапии, здесь применяется невысокий уровень энергии, практически незаметный на сенсорном уровне. Дэнс-терапию можно считать выходом на «новый виток спирали познания».

Дэнс-терапия оказывает анальгетический, сосудистый, противовоспалительный, противоотечный, жаропонижающий, противоаллергический, иммуномодулирующий, кровоостанавливающий, ранозаживляющий, косметический, антистрессорный, реанимационный эффекты, а также эффект расслабления гладкой и скелетной мускулатуры,



нормализации обмена веществ и гормонального статуса.

Достоинствами этого метода являются высокая эффективность, особенно в экстренных случаях, отсутствие привыкания к аппарату, отсутствие повреждения тканей и органов, отсутствие возрастных ограничений, отсутствие осложнений, портативность, возможность его применения онкологическим больным для снятия болей и лечения сопутствующих заболеваний, сокращение продолжительности болезни в 1,5-2 раза, возможность отказа или снижения потребности в лекарствах, отсутствие противопоказаний, за исключением наличия у больного кардиостимулятора.

Минздравом РФ прибор внесен в реестр медицинских средств для лечебных учреждений. В апреле 2003 года на Диа-Денс был получен сертификат евростандарта.

Наш опыт лечения аппаратом небольшой — всего 29 человек. Из них, 11 человек лечились по поводу остеохондроза с выраженным болевым синдромом, грыжами дисков различной локализации, у 10 человек болевой синдром купирован после первого сеанса, у 1 больного — после 3-го сеанса.

Трое больных лечились по поводу вазомоторного ринита. С первого же сеанса отмечалось значительное улучшение, а после 2-5 сеансов наступило выздоровление. Два человека лечились по поводу вегето-сосудистой дистонии (ВСД). Больных беспокоили сильные головные боли, которые исчезли после 1 сеанса лечения. Двое детей пролечены по поводу энуреза. После одного сеанса наступило улучшение, затем на 3-4 сеансе — обо-

стрение, но к концу 10 сеанса у одного ребенка наступило урежение частоты ночных недержаний мочи, у второго они исчезли совсем.

У одного больного с подвывихом голеностопного сустава боль снята на 3-м сеансе; у больного с парезом лицевого нерва после пластической операции излечение наступило после 14 сеанса; у больного с ДЮА коленного сустава улучшение наступило к 10 сеансу; у больного с гидроадениом излечение наступило без оперативного вмешательства через 4-й процедуры; у больного с панарицием самостоятельное вскрытие гноя из-под ногтевого ложа произошло на первом же сеансе и хирургическое вмешательство не потребовалось. После первого сеанса наступило излечение при аносмии, как осложнении после гриппа, обострении хронического тонзиллита, приступе бронхиальной астмы, обострении хронического гастрита и хронического панкреатита.

Небольшой опыт практического применения аппарата Диа-Денс показал его высокую эффективность при лечении различных болезней. Снятие болевого синдрома на первом сеансе произошло в 81 % случаев, после 3-го сеанса — в 18 %, к 10 сеансу — в 1 % случаев.

При помощи аппарата Диа-Денс возможно купирование острых воспалительных процессов, оказание экстренной помощи, сокращение сроков продолжительности болезни в 1,5 раза, что подтверждают и данные литературы.

Таким образом, аппарат Диа-Денс, аппарат новой информационной медицины, может занять достойное место на рынке платных медицинских услуг.





ДЕЛЬ В.Я.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

О РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МУЗ ЦГБ

Первые бюро по рационализации и изобретательству (БРИЗы) в ЛПУ города Междуреченска были созданы на Станции скорой и неотложной медицинской помощи, включая гараж горздравотдела и в Детском больнично-поликлиническом объединении.

С 1991 года произошло объединение и создание единого БРИЗа ТМО. С момента объединения и по настоящее время бюро по рационализации руководствуется «Положением о рационализаторской и изобретательской деятельности в ЛПУ города Междуреченска», которое является приложением к Коллективному договору. За время работы БРИЗа внедрено около 70 рационализаторских предложений. Круг интересов рационализаторов разнообразен:

- внедрение новых методов диагностики и усовершенствование используемых в практике,
- внедрение новых методов в лечении и реабилитации,
- научная организация труда,
- профилактика,
- улучшение условий труда и техники безопасности,
- уменьшение доли тяжелого физического труда при производстве ремонтных работ в гараже МУЗ ЦГБ,
- ремонт медицинского оборудования и создание более совершенных аппаратов.

К числу наиболее активных авторов-рационализаторов можно отнести заведующего гаражом МУЗ ЦГБ А.А. Ритикова, врача отделения реанимации и анестезии А.А. Семенова, главного врача СПК М.М. Полубатонова, заведующего ЛОР-отделением В.Н. Никулина, заведующего отделением урологии и детской хирургии Ю.В. Ишутина, заведующего отделением лучевой диагностики М.В. Прохорова, врача скорой помощи В.Я. Дель, мед. техника В.Л. Шевцова, врача отделения лучевой диагностики В.Ю. Саранова и многих других. Из структурных подразделений более всего внедренных предложений в гараже МУЗ ЦГБ, на Станции скорой медицинской помощи, в отделе медтехника и отделении лучевой диагностики.

В последние годы отмечается активность изобретателей. Получено два патента на изобретения, владелец патента ГИДУВ, а не МУЗ ЦГБ. Авторы изобретений — врачи-травматологи Ю.Н. Бабушкин, А.К. Максимов, В.П. Корнев, Ю.А. Сисин.

В планах на будущее — ликвидация неграмотности в области патентования и продолжение работы по рационализации и изобретательству, привлечение молодых специалистов к рационализаторской и изобретательской деятельности во всех структурных подразделениях МУЗ ЦГБ.

СТАРЫХ В.С.

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

УПУЩЕННАЯ ВЫГОДА И ДОХОДЫ ОТ ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВА

Мы ценим то, что сделано руками, — гласит старая поговорка. Недооценка интеллектуальной продукции в недалеком прошлом приводила в СССР к упущенной выгоде. Отсутствие должной патентной защиты перспективных и высокоэффективных изобретений наносило экономический ущерб государству, производителям и авторам. Так, в 1982 году в журнале «Коммунист» (№ 12) сообщалось, что разработанный нашим соотечественником О.И. Лейпунским способ получения дорогостоящих алмазов из недорогого углерода положен в основу промышленного производства искусственных алмазов, но из-за преждевременной публика-

ции он не был запатентован, и его безвозмездно используют в США, Швеции и других странах. На основе открытого Е.К. Завадским явления электронного парамагнитного резонанса, фирмы США и Японии запатентовали на свое имя приборы и реализовали лицензии во многие страны, в том числе и в СССР, разумеется, не бесплатно.

В 1998 году генеральный директор Роспатента А.Д. Корчагин привел историю с отечественными истребителями «МИГ» новейшей конструкции, которые пользуются спросом на мировых рынках. После первой же продажи за рубеж самолет был разобран и в нем выявлено 16 оригинальных узлов, не имеющих патентной охраны за рубе-



жом. А ведь именно эти узлы позволили нашему «МИГУ» опережать все зарубежные аналоги. Незащищенность изобретений патентами дает возможность иностранным производителям копировать и тиражировать наши новейшие технические решения и получать доходы без учета интересов России, организаций-разработчиков и авторов.

Известно также об упущенной выгоде из-за того, что не запатентовали автомат Калашникова, который безвозмездно производят в Китае и снабжают им китайскую армию, или от боевого оружия «Град», ставшего оружием армии Великобритании. Немало и других случаев, когда не запатентованные в других странах технические решения российских изобретателей беспрепятственно вывозятся за рубеж и используются для получения доходов зарубежными предпринимателями. Даже у гордости отечественной авиации вертолета «Черная акула» возникли серьезные проблемы с производством и экспортом, поскольку знаменитые «восемь узлов» запатентованы иностранными компаниями. Подавляющее число новаций в России не охраняются международными патентами, и являются бесплатным кладом научно-технического прогресса.

Во всем мире изобретения защищают патентами, а патентно-лицензионная торговля признана одним из самых прибыльных видов бизнеса. На мировом рынке три года назад наукоемкая продукция США составляла около 34 %, Японии — 30 %, России — лишь 1 %. Участие России на международном рынке интеллектуальной продукции незначительно потому, что наиболее экономически ценные изобретения должным образом не патентуются и на рынок не представляются. Выход на внешний рынок российских производителей с конкурентоспособной продукцией, включая и медицинскую, возможен только за счет использования в них новейших защищенных патентами высокоэффективных изобретений. Нас призывают к стабильности, но в изобретательском творчестве нельзя стоять на месте. Наше отставание от передовых стран в научно-техническом прогрессе может увеличиться, поскольку развитые страны в это время уходят вперед.

Тем не менее, в Российской Федерации известны прецеденты получения прибылей от патентов на изобретения. Летом 1997 года Басманный муниципальный суд г. Москвы, по иску российского обладателя патента на изобретение «Печатающее устройство», установил, что в пишущих машинках германского производства «Оптим», которые ввозит и продает в России торгующая организация «Интер трайдинг сервис», используется изобретение, защищенное российским патентом. Требования истца о взыскании убытков были удовлетворены судом и составили 5 % от объема

продаж пишущих машинок. После предъявления исков с владельцем патента, под угрозой решения судов, заключили ряд лицензионных соглашений и другие фирмы, такие как «Самсунг». Наличие патента, создавая патентообладателю неконкурентное положение на рынке, обеспечивает возврат инвестиций и получение прибыли.

Известны экономические достижения от других форм использования патентов на изобретения. Например, стоимость вклада в уставной капитал предприятия в виде двух изобретений, одного ноу-хау и товарного знака, разработанных российским учредителем, была оценена иностранным инвестором в 230 млн. долларов США. В другом случае иностранный инвестор, по согласованию с российским учредителем, считал целесообразным рассматривать в качестве вклада в уставной капитал предприятия стоимость прав на одно изобретение в размере 34 млн. долларов США.

В ежемесячном приложении к газете «Есть идея» была опубликована статья, как изобретатель инженер В. Тарасов заключил лицензионное соглашение по запатентованному изобретению с акционерным обществом «Токам» (Кусинский завод точильных технических камней). Изобретение стали широко использовать с получением больших прибылей. Однако через некоторое время предприятие перестало выполнять перед изобретателем обусловленные договором финансовые обязательства. Последний подал в суд исковое заявление. Суд принял решение взыскать с завода в пользу истца неустойку в размере 14 миллиардов 300 миллионов неденоминированных рублей.

Столичный изобретатель С. Кардашев защитил патентом РФ № 2157877 изобретение «Паркетный пол». Свое детище он обнаружил на прилавках московского магазина «Мир паркета». Хозяин магазина не стал платить автору-патентообладателю за использование его изобретения. Изобретатель подал в суд на нарушителя патента. В конечном результате, суд вынес решение о назначении ответчику наказания в виде двух лет лишения свободы условно с испытательным сроком в течение трех лет, а за незаконное использование промышленной собственности обязал бизнесмена выплатить патентообладателю 10,5 миллионов рублей. Суды стали восстанавливать справедливость в отношении патентообладателей, наказывать нарушителей закона, и стимулировать создателей изобретений.

В настоящее время в стране активнее стало патентование медицинских изобретений, и участилось заключение лицензионных соглашений с получением прибылей. Изобретения в медицине начинают находить спрос, а использование патентов на них — улучшать экономическое положение обладателей патентов на медицинские изобретения.



СТАРЫХ В.С.

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

О ЗНАЧЕНИИ ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВА В ЭКОНОМИКЕ ЛПУ

Великий философ Сократ, живший в древней Греции, сказал: «Изобретательский гений — отец богатства». Спустя два тысячелетия, в 1623 году, королем Англии был подписан первый в мире патентный закон, запретивший любые монополии, кроме изобретательских, и установивший абсолютное право патентообладателя на использование изобретения. Аналогичные законы были приняты и в других развитых странах, в том числе в России.

В СССР изобретателям выдавали авторские свидетельства, а собственником изобретения становилось государство. В 1992 году был принят «Патентный закон СССР», а затем и «Патентный закон Российской Федерации». Изобретения в Российской Федерации, как и во всем цивилизованном мире, стали защищать патентами. Согласно п. 2 ст. 3 Патентного Закона РФ, патент удостоверяет приоритет, авторство изобретения и исключительное право на изобретение. Приоритет исчисляется со дня поступления и регистрации заявки на изобретение в Роспатенте. По закону, автором изобретения признается физическое лицо, творческим трудом которого оно создано, а если в создании изобретения участвовало несколько физических лиц, то все они считаются его авторами.

Патент может быть выдан автору изобретения, работодателю или правопреемнику указанных лиц. Передача автором права на патент другому лицу осуществляется на основе договора, заключаемого между ними, в котором автору предусматривается вознаграждение. Пункт 1 статьи 10 Патентного Закона РФ устанавливает, что патентообладателю принадлежит исключительное право на изобретение. Никто не вправе использовать запатентованное изобретение без разрешения патентообладателя. Исключения предусмотрены законом. Патентообладатель может передать исключительное право на изобретение любому физическому или юридическому лицу по договору, который должен быть зарегистрирован в федеральном органе исполнительной власти по интеллектуальной собственности. Патентообладатель может заключать лицензионные соглашения и получать обусловленные договорами доходы.

За рубежом патентование изобретений осуществляют с целью защиты собственного технического решения; обхода изобретений, запатентованных конкурентами; реализации результатов промышленного шпионажа; вытеснения конкурентов с рынка; введения в заблуждение относительно применимости запатентованного технического

решения или реального заявителя, улучшения положительного имиджа обладателя патента в обществе. Патентуют изобретения, чтобы наладить производство и осуществлять торговлю товарами или услугами; в качестве залога для получения кредитов; как инвестиции или вклад в имущество предприятия; для передачи в депозит нотариальной конторы или банка. Патенты используют для повышения доходности предприятия, для внесения в качестве вклада в уставной капитал создаваемых предприятий, для рекламы или снижения ряда налогов.

Экономические цели автора изобретения при уступке права на получение патента другому юридическому или физическому лицу заключаются в получении прибыли по договору. Патентная защита технических решений обеспечивает автору возможность проводить научные исследования, выступать с докладами, публиковать статьи по изобретению и защищать диссертации.

Накопление опыта изобретательской и патентной деятельности в мире привело к развернутой патентно-лицензионной торговле, которая стала одним из самых прибыльных бизнесов. Так, в США в 1950 году объем лицензионной торговли составил 350 миллионов долларов, в 1980 году — 30 миллиардов, в 1990 году — 400 миллиардов, а в 2000 году ожидался в размере 5-15 триллионов долларов. В торговлю интеллектуальной собственностью включились даже университеты. Только в 1994 году по 4534 лицензионным соглашениям университеты США получили доход в размере 421,8 млн. долларов, а объем продукции, произведенной на основе университетских лицензий, превысил 20 млрд. долларов. Интеллектуальная собственность — ресурс, который при определенных условиях становится реальным фактором экономического развития, а изобретатели, при широком использовании высокоэффективных изобретений, при жизни могут обрести существенную материальную обеспеченность для дальнейшего творчества.

Медицинские учреждения Кемеровской области располагают значительным творческим потенциалом, способным производить изобретательскую продукцию на уровне мировой новизны, которая может стать интеллектуальной собственностью, приносящей прибыль обладателям патента. Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области организована патентная работа, назначен главный областной специалист, издан приказ № 637 от 17.09.03 г. «Об организации научно-технического творчества в лечебно-



профилактических учреждениях». Были приняты действия, направленные на преодоление застоя в научно-техническом творчестве в ЛПУ.

В данном сообщении не освещаются результаты изобретательской деятельности в вузах, НИИ и других учебных и исследовательских учреждениях области. В последние годы возросла изобретательская активность в ЛПУ области. В Новокузнецке МУУЗ провело значительную работу по организации рационализаторской и изобретательской деятельности, в которой работники ЛПУ активно участвуют и создали 28 изобретений. Наиболее продуктивны МУЗ Городские клинические больницы № 1 и № 29, МЛПУ Зональный перинатальный центр и Родильный дом № 2, а также медсанчасть АО ЗСМК. Однако патенты не принадлежат этим ЛПУ, а являются собственностью ГИДУВ.

В областном центре в г. Кемерово увеличилось число ЛПУ, участвующих в научно-техническом творчестве. В 2004 г. получила 4 патента МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского (у нее уже более 50 патентов на изобретения), два патента — МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр. Подали заявки на изобретения МУЗ ДГКБ № 5, Клиническая поликлиника № 5; ИКБ № 8 и некоторые другие учреждения.

Появились изобретатели и в ЛПУ других городов области. Медицинскими работниками г. Междуреченска созданы два изобретения, но патентами ЛПУ не владеет. В ЦРБ Юргинского района разработано изобретение, а патент принадлежит Томской медицинской академии. Есть изобретения и в ЛПУ г. Прокопьевска, но при годовом отчете руководителям не было известно, кому принадлежит интеллектуальная собственность. Впервые появились изобретатели и в районах. Так, ЦРБ Промышленновского района подала в 2004 г. две

заявки на изобретения, по одной из них уже принято решение о выдаче патента на имя больницы. Она станет первой обладательницей патента на изобретение среди ЦРБ Кузбасса. Таким образом, научно-техническое творчество в ЛПУ Кемеровской области в 2004 году несколько оживилось, но, как правило, интеллектуальная продукция изобретателей ЛПУ не становится собственностью учреждений практического здравоохранения.

Руководство страны готовится в 2005 году присоединить Россию к Всемирной торговой организации (ВТО). Президент России на пресс-конференции 24 июня 2002 года, касаясь вопроса о присоединении России к ВТО, заявил: «В условиях глобализации и открытости рынков стране невозможно эффективно развиваться, не будучи интегрированной в мирохозяйственные связи... Вступление России в ВТО естественным образом распространяет на нас правовые отношения цивилизованного мира, в том числе и на преступность». После присоединения России к ВТО, ее законам придется подчиняться.

В последние годы резко возросло число иностранных заявителей, патентующих изобретения в РФ. Стали появляться сообщения о патентной агрессии против РФ и ситуации, близкой к катастрофе. Сотни изобретений российских авторов уже не принадлежат отечественным предприятиям, что порождает проблемы при продвижении отечественной продукции на мировой рынок. Поэтому в условиях изменяющейся экономической обстановки дальновидные руководители ЛПУ начинают осознавать, что создание, защита и рациональное использование высокоэффективной изобретательской продукции — один из факторов, способных при умении и старании принести дополнительные доходы и открыть ЛПУ новые экономические возможности.





СОРОКИНА О.А., МАНЬКОВА Е.Г.
МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В РАБОТЕ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭПИДЕМИОЛОГА

Неотъемлемой частью системы эпидемиологического наблюдения является ретроспективный эпидемиологический анализ. Ретроспективный эпидемиологический анализ предусматривает изучение интенсивности, динамики и структуры заболеваемости различными нозологическими формами внутрибольничной инфекции, формулирование и оценку гипотез о ведущих факторах риска, изучение микробиологических особенностей всех подразделений стационара, определение приоритетных проблем профилактики для стационара в целом и для отдельных его подразделений, разработку целенаправленных профилактических и контрольных мер, оценку эффективности и качества проведенных мероприятий. При проведении ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости пациентов стационаров хирургического профиля ЦГБ гнойно-септическими инфекциями, изучены исходы 9633 оперативных вмешательств, 71 % из которых составили экстренные операции, в период с 2002 г. по 2004 г. Выявлено, что в послеоперационном периоде у 50 пациентов развились гнойно-септические осложнения, составив $0,5 \pm 0,1$ % ($P < 0,001$).

Гнойные осложнения у хирургических больных условно можно разделить на 3 группы: I-я группа — инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ); II-я группа — инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП); III-я группа — инфекции мочевыводящих путей (ИМВП). Однако ведущее место, как при плановых операциях, так и при экстренных, принадлежит нагноению послеоперационной раны, которое составило 52 %. В нашем случае ведущее место занимают ИОХВ — 72 %, на втором месте — ИМВП (18 %), на долю ИНДП приходится не более 10 %. Уровень последних практически не меняется за весь 3-летний период наблюдения.

Уровень ИМВП увеличился с 0,7 случаев на 1000 операций до 1,2 случаев, что, на наш взгляд, связано с расширением спектра урологических операций за анализируемый период. По ИОХВ произошло достоверное ($P < 0,05$) снижение показателя заболеваемости в 2 раза: с $7,1 \pm 1,5$ ($P < 0,001$) до $3,0 \pm 0,9$ ($P < 0,001$). По данным ретроспективного эпидемиологического анализа ИОХВ разделяют на инфекции, ограничивающиеся областью разреза, и инфекции, вовлекающие структуры, близлежащие по отношению к ране, которые были затронуты или обнажены во время

операции (иногда называемые «глубокими» инфекциями). Анализируя многолетнюю динамику ИОХВ, определили уровень круглогодичной (спорадической) заболеваемости, который составил 1,4 случаев в месяц. Установлен сезонный подъем: июнь — сентябрь месяцы. По данным историй болезни, послеоперационные нагноения развивались в срок 3-5 дней, что свидетельствует о попадании возбудителя (как экзогенным, так и эндогенным путем) в рану во время проведения операции.

Проведенное по результатам ретроспективного эпидемиологического анализа микробиологическое мониторинговое наблюдение хода операций позволило установить в 7 % случаев контаминацию Гр+ микрофлоры (*St. epidermidis*) рук персонала, участвующего в проведении данных операций, инструмента и шовного материала, самой операционной раны. В этиологии гнойно-септических осложнений при плановых и экстренных операциях преобладали:

- в группе ИОХВ — Гр+ микрофлора составляла от 51,9 % до 75,2 % по различным хирургическим профилям; ведущее место в группе занимал *St. aureus* (67-81 %);
- в группе ИНДП — ведущая микрофлора Гр+ — до 90 % с преобладанием *St. aureus*;
- в группе ИМВП — 85 % пришлось на долю Гр- флоры, ведущими возбудителями — *E. coli* (25,7 %) и *Ps. aeruginosa* (21,4 %).

Таким образом ретроспективный анализ позволил определить уровень и динамику послеоперационной заболеваемости в отделениях хирургического профиля на статистически достоверном объеме наблюдения; определить ведущие нозологические группы; рассчитать среднегодовой уровень заболеваемости, выявить сезонность гнойно-септических инфекций; определить этиологическую структуру послеоперационных осложнений; определить место и время присоединения и развития гнойно-септических инфекций у оперируемых больных; предположить пути и факторы передачи (уточнение и подтверждение, которые осуществляются в дальнейшей работе госпитального эпидемиолога).

На основе вышеизложенного, ретроспективный эпидемиологический анализ гнойно-септических инфекций позволяет разработать профилактические мероприятия, направленные на снижение риска развития гнойно-септических инфекций в послеоперационном периоде.



ОГЛАВЛЕНИЕ

Организация здравоохранения

Корнев В.П., Морозова Г.В., Мосейчук Н.Н.
ОПЫТ РАБОТЫ
ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК
МУЗ ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ
БОЛЬНИЦА Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА В УСЛОВИЯХ
ЧАСТИЧНОГО ФОНДОДЕРЖАНИЯ.....3

Роут Г.И., Корнев В.П., Морозова Г.В.
МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ПЛАТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА ЗА 2000-2004 ГГ.....5

Набиулина Л.А., Пинигина Н.Я.,
Русалева С.М., Меркурьева С.В.
ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В МУЗ ЦГБ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....8

Сорокина О.А.
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА.....9

Амбулаторно-поликлиническая служба

Ивашура Н.Н., Прокудина Т.А.,
Куртигешева Т.И.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....12

Садовская Л.С., Морозова Г.В.,
Красносельская О.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ
В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ № 2, КАК
РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ.....14

Макеева О.А., Корнев В.П.,
Змушко Ю.В., Морозова Г.В.
АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СО СЛУЖБАМИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....15

Залесова Н.Н.
ПОМОЩЬ ГЕРИАТРИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ
В ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ
ПРАКТИКИ № 1 Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....16

Иванова Г.И.
МОНИТОРИНГ КОНТИНГЕНТОВ
ОСОБОГО ВНИМАНИЯ.....17

Кравченко Н.И.
РЕАЛИЗАЦИЯ «ПРОГРАММЫ ПО АКТИВНОМУ
ВЫЯВЛЕНИЮ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ
БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АГ)»
В ГОРОДЕ МЕЖДУРЕЧЕНСКЕ.....19

Гаврикова Н.Е.
ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕХОВОГО ТЕРАПЕВТА
ЗАО «РАСПАДСКАЯ».....20

Трансфузиология

Рура Г.А., Полуботонов М.М., Алексеева С.Г.
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОТРАНСФУЗИИ.....22

Полуботонов М.М., Алексеева С.Г.,
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ВИРУСНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
КОМПОНЕНТОВ КРОВИ.....25

Травматология

Бабушкин Ю.Н., Корнев В.П., Ланшаков В.А.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ.....27

Яковлев В.И., Петрунников А.В., Клоков С.Н.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИХ
ТЕХНОЛОГИЙ НА БАЗЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....28

Соколовский В.В., Бабушкин Ю.Н.,
Корнев В.П.
ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ
ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ
ТРАВМОЙ.....29

Сисин Ю.А., Ланшаков В.А., Бабушкин Ю.Н.,
Максимов А.К., Зиябаев Ш.А.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ
СУХОЖИЛИЙ РОТАТОРОВ ПЛЕЧА В УСЛОВИЯХ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.....30

Максимов А.К., Бабушкин Ю.Н., Корнев В.П.
ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ
В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ
КОЛЕННОГО СУСТАВА.....31

Архипов О.Г., Корниенко Л.В.
ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
ДЕСТРУКТИВНО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ И ПОПЫТКА
ИХ КЛАССИФИКАЦИИ.....32



Водянов Н.М. БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЛУЧА В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ.....	34	Лебедев В.В., Бобровская Л.И., Пинаев В.А. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩЕЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АМИЛОИДОЗА.....	50
Водянов Н.М. ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ ПРИ ВВЕДЕНИИ МЕДИКАМЕНТОВ.....	35	Мерзляков М.В., Короткевич А.Г., Репникова Р.В., Силантьева Е.В. ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА.....	51
Водянов Н.М. ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТРЫВАМИ СЕГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	36	Хиславский В.М., Бобровская Л.И., Пинаев В.А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	52
Сергиенко С.В., Корнев В.П., Яковлев В.И., Морозова Г.В. ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕХОВОГО ТРАВМАТОЛОГА ЗАО «РАСПАДСКАЯ».....	38	Бобровская Л.И., Пинаев В.А., Лебедев В.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ ПРИ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.....	54
Гинзбург Е.Р., Старых В.С., Семенов В.В., Чепров А.Г. КРАНИОПЛАСТИКА КОСТНЫМИ БРЕФОТРАНСПЛАНТАТАМИ.....	39	Бедин В.В., Пельц В.А., Краснов К.А., Шин И.П., Архангельский В.В. ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА.....	55
Набоких А.В. НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ СТОПЫ.....	40	Бедин В.В., Шин И.П., Архангельский В.В., Чуркин М.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....	57
Хирургия		Мельник Н.Л., Ташлыков В.В. ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МУЗ ЦГБ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....	60
Ташлыков В.В. Ишутин Ю.В. Башлачев В.А. НОВЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	44	Першин А.М. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ (ТУР) АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	60
Ташлыков В.В., Борцов М.Ю., Вишняков И.А. КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ.....	45	Борцов М.Ю., Вишняков И.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СУБФАСЦИАЛЬНОЙ ДИСSEKЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	62
Ишутин Ю.В. Ташлыков В.В. Прохоров М.В. Башлачев В.А. ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСТОМИЯ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	46	Оториноларингология	
Хромова Н.Л. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТОГО ЭКСПЛАНТАТА.....	47	Никулин В.Н. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ В МУЗ ЦГБ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....	64
Баринаева Е.В., Хромова Н.Л. ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ.....	48		
Пинаев В.А., Бобровская Л.И., Лебедев В.В. МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ, КАК ПРИЧИНА СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	49		



Аксенова И.Л. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА РАДИОВОЛНОВЫМ АППАРАТОМ «СУРГИТРОН» В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ.....	65
Кандауров И.Ф. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ.....	66
Терапия и функциональная диагностика	
Лиходиенко А.А., Прокудина Т.А. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	68
Фетисова Л. АНАЛИЗ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ ЦГБ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА.....	68
Шушунова О.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОИМ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦГБ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....	70
Петрунникова С.А., Кулигина Т.П. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭХО-КАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....	71
Кулигина Т.П. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ЭХО-КАРДИОГРАФИИ.....	72
Федорова Л.Ю. ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	73
Таловер З.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	75
Дутова И.А. ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	75
Ташлыкова Л.Л. СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОЙ ПО ПОВОДУ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.....	76
Башкатова М.М., Федорова Л.Ю. РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С УЧЕТОМ ТЕСТА РФН, В САНАТОРИИ «СОЛНЕЧНЫЙ».....	77
Акушерство и гинекология	
Бокова Г.Н., Клыбик С.В., Стихина Г.М., Шатохина Т.Н., Шамаев Д.Ю., Сыченко А.Г., Меринова А.С. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.....	80
Салюк Л.С., Незавитина М.В., Колыхалова А.С., Баракова З.Д. ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ.....	82
Щеглова Е.В., Салюк Л.С., Мельник Н.Л. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	84
Силантьева Е. ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ С ПОДРОСТКАМИ ГОРОДА МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....	86
Янкина Т.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРИЕМА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ЗА 2 ГОДА (2003-2004 ГГ.).....	87
Пшеничная Л.А., Перлухина А.А. АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН В Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКЕ.....	89
Ишутина В.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУРГИТРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ.....	90
Елгина С.И., Демьянова Т.М., Голиков Г.Я., Богданова Н.Л., Переделкина О.Н. ЛАПАРОСКОПИЯ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	91



Полторацкая Л.П., Новикова О.Н. АНАЛИЗ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНЫХ ШВОВ ПРОМЕЖНОСТИ.....	92	Бескоровайная Е.И., Булгакова О.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕЧЕБНЫХ БЛОКАД ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭНУРЕЗОМ (БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ).....	104
Мухина В.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.....	94	Булгакова О.И., Полежаева В.Н., Данилова Т.А. ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ (МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ).....	106
Васютинская Ю.В., Кубасова Л.А. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ИНТЕРЕСАХ МАТЕРИ И ПЛОДА.....	95	Коненко Л.Л. НОВЫЙ ПОДХОД К ОЗДОРОВЛЕНИЮ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	107
Педиатрия		Наркология	
Быкасова Н.В. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДА У ДЕТЕЙ Г. МЕЖДУРЕЧЕНСКА.....	96	Вохмина Г.П., Турапин А.А. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АНТАКСОН В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОПИЙНОЙ (ГЕРОИНОВОЙ) ЗАВИСИМОСТИ И ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА.....	109
Семенова Л.И., Каминская О.Н. РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА.....	96	Рахманова В.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	109
Невдахина О.А., Бессонова И.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ ПНЕВМО-23 У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	99	Венерология	
Дель В.Я. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРА В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ.....	99	Боброва Г.Н., Кирищенко Н.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФТРИАКСОНА И БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИН-ПРОКАИНА В ТЕРАПИИ СКРЫТОГО РАННЕГО СИФИЛИСА.....	113
Силина Е.А., Прохорова И.А. АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ (АСИТ) АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	100	Лабораторная диагностика	
Максимова Л.К. МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ УСЛОВНО ЗДОРОВЫМИ, НО ИМЕЮЩИМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	101	Конкина М.В. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	114
Великоцкая Н.С. СТАЦИОНАРНО ЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК НОВАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕТЯМ.....	103	Стоматология	
Сизова Е.Ю. КОРРЕКЦИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ.....	103	Иванченко В.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИБОРА ДЕСЕНСИТРОН-2 ДЛЯ ИОНОФОРЕЗА.....	115



Дубошина Л.А., Лесникова И.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОТРОПНЫХ
ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ
ПЕРИОДОНТИТОВ.....115

Традиционная медицина

Пахомова Н.А.

ОПЫТ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ
И ГИРУДОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ
ПЛАТНЫХ УСЛУГ.....118

Калинина А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ
В ПОЛИКЛИНИКЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ.....119

О рационализаторской деятельности

Дель В.Я.

О РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В МУЗ ЦГБ.....121

Старых В.С.

УПУЩЕННАЯ ВЫГОДА И ДОХОДЫ
ОТ ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВА.....121

Старых В.С.

О ЗНАЧЕНИИ ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВА
В ЭКОНОМИКЕ ЛПУ.....123

Госпитальная эпидемиология

Сорокина О.А., Манькова Е.Г.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ
АНАЛИЗ В РАБОТЕ ГОСПИТАЛЬНОГО
ЭПИДЕМИОЛОГА.....125

